



Dipartimento di Salute Mentale di Trieste

Amalia - Telefono Speciale
prevenzione rinuncia alla vita



prevenire il suicidio:

**LINEE GUIDA PER I MEDICI DI MEDICINA GENERALE
E GLI OPERATORI SANITARI E SOCIALI**

Pubblicazione autorizzata dall'OMS
Dipartimento per la Salute Mentale,
Disturbi Mentali e del Comportamento
di Ginevra

Traduzione italiana a cura di
Maristella Cannalire

prevenire il suicidio:

**LINEE GUIDA PER I MEDICI DI MEDICINA GENERALE
E GLI OPERATORI SANITARI E SOCIALI**

Edizione italiana a cura di
Kenka Lekovich e Alessandra Oretti
con la supervisione di Peppe Dell'Acqua
e un'introduzione di Fabio Samani

Ginevra 2000 - Trieste 2011
(seconda edizione riveduta e aggiornata)

Questo documento fa parte di una serie di guide destinate a specifici gruppi sociali e professionali particolarmente importanti nella prevenzione del suicidio.

Rientra nel Programma di Prevenzione del Suicidio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità SUPRE (Suicide Prevention).

Si ringraziano Renata Bracco e Cristina Perich per i dati statistici (Osservatorio dei suicidi e delle morti solitarie DSM-Televita) e Isabella Franco (Comunicazione Televita) per la revisione delle bozze.

In copertina un disegno di nonno Mario e la nipotina Lara in videochiamata.

Finito di stampare Aprile 2011









Grafica e videoimpaginazione:

Ilaria Ericani per

Confini Impresa Sociale - Trieste

Stampa: Stella Arti Grafiche

I N D I C E

 Prefazione all'edizione inglese	5
Prefazione all'edizione italiana	7
In ascolto 24 ore su 24	9
Non siamo mai pronti	11
 Una risorsa per i medici di medicina generale	13
Il carico del suicidio nel mondo	13
Suicidio e disturbi mentali	15
Suicidio e patologie mediche	24
Suicidio e fattori socio-demografici	26
Suicidio e tentato suicidio	30
Come fare fronte al rischio di comportamento suicidario	32
Prendersi cura delle persone a rischio di suicidio	36
Invio a cure specialistiche	38
 La storia del signor Pino	41
 Lettera a un amico	49
Amalia-Telefono Speciale contro la rinuncia alla vita	51
Ciò che conta è guadagnare tempo	69
 Dalla campagna “366 motivi per NON FARLO/TEGA NIKAR”	73
 “Qualcosa non va?” Presidi Distrettuali di Salute Mentale	75
 Guida essenziale ai servizi sociosanitari del territorio di Trieste	83
 Bibliografia e riferimenti legislativi	87

P R E F A Z I O N E A L L ' E D I Z I O N E I N G L E S E

Il suicidio è un fenomeno complesso, che nel corso dei secoli ha attirato l'attenzione di filosofi, teologi, medici, sociologi e artisti. Secondo il filosofo francese Albert Camus - ne "Il Mito di Sisifo" - il suicidio è l'unico vero problema filosofico.

Poiché è anche uno dei principali e più gravi problemi di salute pubblica richiede la nostra attenzione, anche se purtroppo la sua prevenzione e il suo controllo non sono un compito facile. Le attuali ricerche dimostrano che un'azione preventiva, benché fattibile, richiede una serie articolata di interventi, che vanno dalle migliori condizioni educative possibili per bambini e giovani, attraverso efficaci trattamenti dei disturbi mentali, fino al controllo sociale dei fattori di rischio. Elementi essenziali dei programmi di prevenzione sono altresì un'appropriatezza informazione e sensibilizzazione dell'opinione pubblica.

Nel 1999 l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) ha attivato SUPRE (*Suicide Prevention*), la sua iniziativa mondiale per la prevenzione del suicidio. Questo manuale fa parte di una serie di guide predisposte nell'ambito di SUPRE, destinate a specifici gruppi sociali e professionali, che possono essere particolarmente importanti nell'azione preventiva. Si tratta di un anello di una lunga e diversificata catena che include un'ampia gamma di persone e gruppi, fra i quali professionisti della sanità, educatori, agenzie sociali, governi, legislatori, giornalisti, forze dell'ordine, famiglie e comunità.

Siamo particolarmente grati al Dr Jean-Pierre Soubrier (Groupe Hospitalier Cochin, Parigi, Francia) che ha predisposto la prima versione di questo manuale. Il testo è stato poi successivamente modificato dai seguenti membri della Rete Internazionale per la Prevenzione del Suicidio dell'OMS, ai quali vanno i nostri ringraziamenti:

Dr Sergio Pérez Barrero, Hospital de Bayamo, Granma, Cuba;

Dr Annette Beautrais, Christchurch School of Medicine, Christchurch, Nuova Zelanda;

Prof Diego de Leo, Griffith University, Brisbane, Australia;

Dr Ahmed Okasha, Ain Shams University, Il Cairo, Egitto;

Prof Lourens Schlebusch, University of Natal, Durban, Sudafrica;
Dr Airi Varnik, Tartu University, Tallinn, Estonia;
Prof Danuta Wasserman, National Centre for Suicide Research and
Control, Stoccolma, Svezia;
Dr Shutao Zhai, Nanjing Medical University Brain Hospital, Nanjing,
Cina.

Siamo grati anche alla Dr.ssa Lakshmi Vijayakumar, SNEHA, Chennai,
India, per la sua assistenza tecnica durante l'edizione della prima ver-
sione di questa guida.

Dr J. M. Bertolote

Coordinatore Dipartimento per la Salute Mentale
Disturbi Mentali e del Comportamento
Organizzazione Mondiale della Sanità
Ginevra, 2000

P R E F A Z I O N E A L L ' E D I Z I O N E I T A L I A N A

Dalla metà degli anni Novanta il Ministero italiano della Salute ha cominciato a preoccuparsi della questione del suicidio. A fronte di un rassicurante tasso medio nazionale che ci faceva omologare sempre di più ai paesi mediterranei, pieni di sole, di mare, cattolici, con famiglie numerose con tanti bambini e quindi con basso rischio di suicidio – perché quelli elencati sono tutti fattori protettivi – è cominciata infatti a rivelarsi la presenza inquietante di numeri che smentivano questa rosea immagine. Ma soprattutto abbiamo cominciato ad avere sentore, coscienza, che tante aree in Italia (magari più a Nord che a Sud, ma sicuramente il Sud non è immune), qualche ridente cittadina del centro della Toscana come della Valtellina, cominciavano a presentare dei tassi europei o mitteleuropei. Tassi indubbiamente allarmanti. Da qui le indicazioni dei Piani Sanitari Nazionali alle Regioni e alle Aziende Sanitarie a provvedere.

A Trieste abbiamo avuto sempre la consapevolezza di essere una strana città italiana, ossia di essere mediterranea per certi aspetti e mitteleuropea per altri. Purtroppo per noi, gli standard per quanto riguarda i suicidi erano molto più mitteleuropei che mediterranei. E quindi siamo stati più solerti, forse, di altri ad accogliere gli inviti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, dei vari Piani Sanitari Nazionali, delle indicazioni del governo regionale, mettendo in piedi un programma di prevenzione: Amalia-Telefono Speciale.

Non appena abbiamo deciso di passare all'azione, ci siamo resi conto di quanto impreparati eravamo, ovvero quanto inadeguati erano gli strumenti a nostra disposizione. Non era più sufficiente avere consapevolezza della solitudine degli anziani, del tasso dei suicidi, delle ampie fasce di popolazione a rischio. Non era più possibile medicalizzare o psichiatrizzare il suicidio, il tentativo di suicidio, i comportamenti a rischio. È nata spontaneamente la necessità di ampliare la comunicazione, di allargare la rete, di coinvolgere il più possibile gli attori sociali e sanitari.

Il presente manuale, il primo della serie e che giunge ora alla seconda

edizione, è rivolto al medico di medicina generale, come uno degli attori più coinvolti in questi accadimenti. Sia perché può agire, può fare delle scelte che possono determinare il corso delle cose, sia per i contatti che ha, per le mille persone che vede. Il medico di medicina generale è un comunicatore privilegiato, può costruire cultura e pratica di prevenzione.

Accogliendo l'invito dell'Organizzazione Mondiale della Sanità a utilizzare e diffondere i suoi manuali di prevenzione rivolti a fasce distinte di attori sociali, abbiamo pensato per prima cosa di offrire questo prezioso supporto ai medici di Trieste. Lo abbiamo poi condiviso con i medici e gli operatori della Carnia che ce lo avevano chiesto e pensiamo di utilizzarlo ora nell'Isontino nei programmi di area vasta. Abbiamo pubblicato anche altri due manuali, il primo rivolto agli insegnanti ed educatori, il secondo ai giornalisti e ora stiamo per dare alle stampe l'opuscolo destinato agli agenti della Polizia penitenziaria e agli operatori del carcere.

Frequentando questo terreno abbiamo toccato con mano quanto sia doloroso per un familiare, un amico, un operatore della salute sopravvivere all'esperienza diretta del suicidio e stiamo progettando strategie e strumenti per affrontare anche questa area. Il prossimo manuale della stessa serie sarà quindi dedicato ai "sopravvissuti" o "survivors", a iniziare dalle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità pubblicate nel 2008 per arricchirle con le esperienze e le modalità di intervento messe in atto sul nostro territorio.

Peppe Dell'Acqua

Direttore Dipartimento di Salute Mentale di Trieste

Azienda per i Servizi Sanitari n°1 Triestina

Trieste, marzo 2011

È con grandissima soddisfazione, unitamente alla consapevolezza della responsabilità che ne deriva, che presentiamo questo manuale frutto del lavoro maturato sul campo in questi anni.

Sono stati anni non semplici, in virtù dell'argomento delicatissimo oggetto dei nostri interventi, che ci hanno però consentito di approfondire un universo di sofferenza individuando "risposte" che vogliamo mettere a disposizione dei tanti professionisti che, con diverse modalità, lavorano sulla frontiera della prevenzione dei suicidi.

In una città come Trieste, dalle molteplici anime ed inclinazioni, abbiamo potuto misurare l'intreccio di storie private e collettive, la deprivazione economica ed affettiva, la mancanza di prospettive che ci ha portato intorno alla metà degli anni Novanta a raggiungere tassi di suicidi analoghi alla media del Nord Europa, con la consapevolezza, come scrive Peppe Dell'Acqua, che la sola risposta medicalizzata non era sufficiente. Troppe sono le variabili che possono condurre alla decisione di privarsi della vita e superare le condizioni che ci conducono a quel passo non è un'impresa meccanica, come non basta un generico ascolto o un'attenzione "una tantum".

Amalia-Telefono Speciale, il progetto promosso dall'Azienda per i Servizi Sanitari a partire dal 1997 con la collaborazione tecnica di Televita - rappresentando così un innovativo rapporto tra pubblico e privato - è partito con grande umiltà da questa consapevolezza ed ha raggiunto risultati considerevoli in ragione di un diverso approccio culturale e di una crescente professionalità che ha fatto tesoro delle "storie" che abbiamo incrociato riportandole dentro un percorso di continuo aggiornamento verso gli operatori che ha consentito di sviluppare una capacità di comprensione delle diverse situazioni tale da intervenire con forti margini di successo, anche perché sono intervenuti in tempo reale attraverso un numero verde in ascolto 24 ore su 24. Abbiamo scoperto vite nascoste, sogni spezzati, ci siamo resi conto di quanta sofferenza scorra tra le pieghe di una società che vorrebbe rappresentarsi senza problemi, fiera dei suoi progressi quotidiani, e che

intanto dimentica chi non è in grado, per i più vari motivi, di reggere il ritmo.

Sofferenza, ma anche tanta voglia di riprendersi non appena si offre un'opportunità, non appena si riesce a distendere qualche colore su di una tela che sembra destinata al grigio più cupo, anche solo una piccola luce che ci richiami alle tante cose che si possono fare per sentirsi con la voglia di vivere pur in presenza di gravi difficoltà e di strazianti fragilità.

Può capitare a tutti noi un momento di debolezza ed è per tutti che abbiamo predisposto questo materiale, vogliamo lavorare, anche in questo campo, affinché nessuno sia costretto ad essere solo in momenti drammatici come quelli che precedono un suicidio, vogliamo credere che sia sempre possibile un punto di vista diverso, pensiamo che ad ogni persona possa essere restituita, sempre, una dimensione che consenta di fare i conti con la realtà senza frantumarsi.

Offrire questo diverso punto di vista e dare conforto, rappresenta un'importante responsabilità, sostenibile con la professionalità e l'impegno di operatori preparati e formati, grazie ai quali è possibile realizzare progetti come Amalia-Telefono Speciale.

Michela Flaborea

Presidente e AD Televita SpA

Pubblichiamo di seguito un contributo del Direttore generale dell’Azienda per i Servizi Sanitari n°1 Triestina, già medico di medicina generale, che ci introduce nel vivo dell’argomento.

Sei il loro medico. Sei entrato nelle loro vite, nelle loro case, nelle loro famiglie, nelle loro sofferenze. E non sei preparato alla loro morte. Mai. È qualcosa che nessuno ti ha insegnato a fare.

Tu sei stato formato a cogliere i segni e i sintomi, a correlarli tra di loro, a intuire ipotesi, a misurare fenomeni, dati, probabilità, a formulare diagnosi, a prescrivere terapie, a dispensare aleatorie certezze, magari. O a consolare, qualche volta. Nella migliore delle ipotesi ad ascoltare con garbo e a dire le parole che ritieni più giuste. Ma nessuno mai ti ha preparato al fatto che ogni tanto si perde, si perde davvero.

Perché la morte - la loro, la nostra - è un tabù. Una sconfitta. Una strada interrotta di colpo. Il fallimento della scienza infallibile. Non se ne parla. Non siamo pronti. Mai.

E ogni volta che succede, ti chiedi se hai fatto tutto quello che dovevi, tutto quello che potevi, tutto quello che sapevi. Tu, medico impotente di fronte all’unica certezza che ci viene concessa anche dal più esistenzialista dei filosofi. Ricordati che morirai. Cerca di dare un senso alla vita, allora. Alla tua, ma anche a quella degli altri. A quell’intervallo più o meno lungo di transito terreno, compreso tra due atti non volontari: la nascita e la morte. Non volontaria, la morte? Non è sempre così...

Quando una persona che conosci, che curi, che *credi* di curare, la morte se la procura da sola, allora la crisi è ancora più profonda. I perché scavano ancora di più, dentro di te. Dov’ero? Cos’ho fatto? Ma soprattutto cosa *non* ho fatto? Che cosa non ho capito, non ho colto, non ho detto? O non ho saputo ascoltare?

Forse solo una mano tesa. Uno sguardo. Un momento. Una parola. Una carezza. Uno stare lì, immobile, nell’eternità di un momento che vuole soltanto dire «sono qui con te, con la tua sofferenza, e cammino al tuo fianco».

E allora, una volta di più, conti le tue sconfitte, più che le vittorie. Perché quelle pesano. Pesano molto di più di quest'ultime. E fai i conti anche con te stesso. Perché fuggiamo dalla morte. Come dal dolore. Come dalla sofferenza. Non quella del corpo. Non solo quella, a quella forse ci hanno abituati, altre armi ci han dato per combatterla, insegnandoci a usarle. Ma la sofferenza dello spirito. Che magari è già morto da tempo, lì dentro. O forse sta solo lì, immobile, in un letargo che urla nel silenzio. Ma tu non hai sentito.

Cosa possiamo fare? Come possiamo coglierlo, quest'urlo? Come possiamo imparare ad ascoltare meglio, a dire le cose giuste, a fare le cose migliori, a tendere questa mano perché una persona in più ci si aggrappi, per tirare con forza, per far salire un naufrago in più su questa scialuppa? Chi ci può aiutare, e come, a sentirci un po' meno soli, ad affrontare tutto questo? E cosa possiamo fare noi stessi, per dare una mano?

Questo non è un manuale come tanti. Non dà ricette miracolose, non vuole insegnare, vuole solo proporre un tema tremendo, che non può essere eluso.

Il suicidio di un proprio paziente è un'esperienza devastante, per ogni medico. Ogni suicidio, per chiunque, è un grido di dolore tremendo. Si può fare qualcosa. Insieme. Essere pronti. Cogliere il senso. Carpire il momento. Non essere soli.

Fabio Samani

È un peccato il non fare niente col pretesto che non possiamo fare tutto.

Winston Churchill

Una risorsa per i medici di medicina generale

Una delle situazioni peggiori che un medico può trovarsi ad affrontare è il suicidio di un paziente. Le reazioni più comuni in queste situazioni sono sfiducia, perdita di autostima, rabbia e sentimenti di colpa. Il suicidio di un paziente può scatenare sentimenti di inadeguatezza professionale, dubbi sulla propria competenza e timore di perdere la reputazione. Inoltre il medico deve anche confrontarsi con l'enorme difficoltà di discutere quanto accaduto con la famiglia e gli amici della persona deceduta. Queste linee guida sono destinate principalmente ai medici di medicina generale. L'obiettivo è di delineare i principali fattori di rischio, contesti e situazioni di vita connessi al fenomeno suicidario e quindi di dare informazioni sulla possibile identificazione e gestione del rischio suicidario, per contribuire a specifici programmi di prevenzione. La comprensione del suicidio è possibile soltanto in una prospettiva multifattoriale.

15

Il carico del suicidio nel mondo

Ogni 40 secondi una persona nel mondo si toglie la vita. Oltre 1 milione di persone nel mondo muoiono per suicidio ogni anno, con un tasso di mortalità globale di 16 suicidi per 100.000 abitanti. In molti paesi industrializzati il suicidio è la seconda/terza causa di morte negli adolescenti e nei giovani tra i 15 e i 24 anni.

“L'impatto sociale e psicologico del suicidio sulla famiglia e sulla comunità è enorme”

L'impatto sociale e psicologico del suicidio sulla famiglia e sulla comunità è enorme. In media un solo suicidio colpirà emotivamente e in maniera profonda almeno 6 altre persone.

Se il suicidio si verifica in una scuola o in un posto di lavoro, avrà un simile impatto su centinaia di persone.

Il carico del suicidio può essere valutato in termini di “anni di vita

persi per disabilità o morte prematura” (Disability adjusted life years o DALYs). In base a questo indicatore, nel 1998 ai suicidi era imputabile l'1,8% del carico totale mondiale di disabilità, percentuale che variava tra il 2,3 %, nei paesi industrializzati, e l'1,7 % nei paesi in via di sviluppo. Questo equivale al carico sociale dovuto a guerre e omicidi, al carico dovuto a traumi alla nascita e a due volte il carico causato dal diabete.

Il carico soggettivo e quello oggettivo che il suicidio di una persona comporta, devono essere tenuti in seria considerazione da parte del medico di medicina generale. Il rapporto personale e di fiducia che, nel corso del suo lavoro, il medico solitamente instaura con l'intero nucleo familiare dovrebbe consentire di sostenere emotivamente i componenti cosiddetti sopravvissuti al gesto del loro congiunto.

Suicidio e disturbi mentali

Il suicidio viene attualmente considerato un problema multifattoriale, determinato da una complessa interazione tra fattori biologici, genetici, psicologici, sociali e ambientali. Le ricerche dimostrano che una

“Tra il 40 e il 60% delle persone che si sono tolte la vita ha visto un medico nel mese precedente il gesto”

percentuale compresa fra il 40% e il 60% delle persone che si sono tolte la vita aveva visto un medico nel mese precedente il suicidio: la maggior parte di queste persone aveva visto un medico di medicina generale e non uno psichiatra.

Nei paesi dove i servizi di salute mentale non sono ancora molto diffusi e organizzati, questa percentuale è probabilmente ancora più elevata.

Identificare, valutare e gestire il rischio di suicidio è un importante compito del medico di medicina generale, il quale ha un ruolo fondamentale nella prevenzione.

Tuttavia valutare una predittività del rischio è particolarmente difficile proprio a causa delle molteplici variabili che entrano a far parte della storia soggettiva di vita di ciascuna persona.

Il suicidio di per sé non è una malattia, né è necessariamente la manifestazione di una malattia, ma il disturbo mentale è il fattore più fre-

“Il disturbo mentale è il fattore più frequente associato al suicidio”

quente associato al suicidio. Gli studi effettuati, sia in paesi in via di sviluppo che in paesi industrializzati, evidenziano una prevalenza di disturbi mentali nell'80-100% dei casi di suicidio portati a termine. È stato stimato che, nel corso della vita, il rischio di suicidio di persone con disturbi dell'umore (in particolare con depressione) è del 6-15%; in caso di alcolismo del 7-15%; in caso di schizofrenia del 4-10%.

Un riscontro comune rilevato tra i casi di suicidio è la compresenza di più disturbi. I disturbi più comunemente associati sono alcolismo e disturbi dell'umore (come la depressione), disturbi della personalità e altri disturbi di rilevanza psichiatrica.

Inoltre, un'osservazione sistematica del suicidio e una prassi preventiva

tra i pazienti dei servizi di salute mentale è un obiettivo riconosciuto dalle pianificazioni sanitarie nazionali e regionali.

Nel corso del 2001 si è conclusa la ricerca-intervento “Salute Mentale, Suicidio e Sistemi Informativi in Friuli Venezia Giulia” (1) che, grazie al contributo dell'Istituto Superiore della Sanità dell'allora Ministero della Sanità, ha reso possibile una collaborazione tra i 6 Dipartimenti di Salute Mentale, l'Agenzia Regionale della Sanità e delle Cliniche Psichiatriche Universitarie di Udine e Trieste. L'obiettivo è stato di rilevare i casi di suicidio nella popolazione generale in regione negli anni 1998-1999, identificando poi quei casi di persone che erano state almeno una volta in contatto con un servizio di salute mentale.

Oltre alla finalità di rendere operativa una procedura per un sistema informativo psichiatrico omogeneo, nell'ambito del Sistema Informativo Sanitario Regionale, si è tentato, alla luce dei dati raccolti (indagine confidenziale), di formulare linee guida sulla pratica clinica dei servizi (modalità della presa in carico, trattamenti, accessibilità, perdita di contatto) e di delineare strategie di riduzione del rischio di suicidio in soggetti con disturbo mentale.

I soggetti suicidatisi nei due anni selezionati in contatto o in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale sono stati 71 (su un totale di 312 suicidi), ossia il 22% della mortalità regionale per questa causa.

In linea con i dati della letteratura, i disturbi dell'umore (in particolare di tipo depressivo) sono risultati la categoria diagnostica più rappresentata (47,9%), seguita dalle psicosi (23,9%) e dai disturbi di personalità (9,9%). Il 38% dei casi infine presentava almeno una diagnosi secondaria. Nel corso del 2009 nella sola città di Trieste su 32 casi di suicidio, circa il 22% delle persone suicidatesi ha avuto almeno un contatto con un servizio di salute mentale. Va ricordato che a Trieste i servizi di salute mentale hanno una soglia di accesso molto bassa, registrando ogni anno circa 4.500 contatti, quasi il 20 per 1000 della popolazione provinciale.

Comunque, è appurato che una parte notevole di persone che si suicidano muoiono senza aver mai visto un operatore della salute mentale. Perciò il riconoscimento precoce, la rapidità dell'invio, la facilità di

accesso ai servizi specialistici e la possibilità di un intervento precoce e adeguato per le persone con disagio mentale, costituiscono un importante passo nella prevenzione del suicidio, evitando inoltre possibili percorsi di cronicizzazione della malattia mentale stessa.

L'efficacia di un programma preventivo è il suo livello di organizzazione e quindi di integrazione e coinvolgimento di più servizi di promozione della salute, una vasta gamma di interventi terapeutici e di campagne di educazione sanitaria.

In questo senso i medici di medicina generale, per la loro capacità di

“Il medico di medicina generale dovrebbe interagire con i servizi territoriali e in particolare con quelli di salute mentale”

filtro di una sempre più vasta pluralità di richieste di aiuto che la comunità esprime e per l'importanza di un loro rapido riconoscimento e invio a possibili servizi di competenza, dovrebbero collaborare e interagire con i servizi territoriali, in particolare di salute mentale, affinché i loro pazienti con disturbo mentale

abbiano un trattamento tempestivo e appropriato.

*** Disturbi dell'umore**

Tutti i disturbi dell'umore sono stati associati al suicidio. Questi comprendono il disturbo bipolare dell'umore, l'episodio depressivo, il disturbo depressivo ricorrente e quello persistente (come ciclotimia e distimia), i quali costituiscono le categorie F31-F34 dell'ICD-10 (2). Il suicidio è un rischio rilevante che corrono le persone affette da

“Il 60% di coloro che chiedono un trattamento inizialmente contattano il medico di famiglia”

depressione, a maggior ragione se non diagnosticata e non trattata. La depressione ha un'elevata prevalenza nella popolazione generale e da molti non viene riconosciuta come un disturbo. Si stima che circa il 30% delle persone viste da un medico di medicina generale soffra di depressione.

Approssimativamente il 60% di coloro che chiedono un trattamento, inizialmente contattano un medico di medicina generale, che si trova ad affrontare simultaneamente una patologia medica e un disturbo psicologico. In molte situazioni la depressione è infatti mascherata e il

paziente riferisce solo disturbi somatici.

Durante un episodio depressivo tipico, la persona di solito soffre di:

- umore depresso (tristezza)
- perdita di interesse e della capacità di provare piacere
- mancanza di energia (affaticamento e diminuzione delle attività)

I sintomi che si presentano comunemente nel disturbo depressivo sono:

- stanchezza
- tristezza
- difficoltà di concentrazione
- ansia
- irritabilità
- disturbi del sonno
- dolori somatici in diverse parti del corpo

Questi sintomi, accanto a un'accurata valutazione del contesto sociale, familiare, lavorativo e psicologico del paziente, dovrebbero far sospettare la presenza di un disturbo depressivo per condurre a una valutazione multifattoriale del rischio di suicidio.

Queste specifiche caratteristiche **(3)** sono associate all'elevato rischio suicidario nella depressione:

- insonnia persistente
- trascuratezza
- disturbo grave (in particolare depressione psicotica)
- deficit di memoria
- agitazione
- attacchi di panico

I seguenti fattori aumentano il rischio di suicidio nelle persone con depressione **(4)**:

- età al di sotto dei 25 anni nei maschi
- fase iniziale del disturbo
- abuso di alcol
- fase depressiva di un disturbo bipolare
- episodi misti (disturbo maniaco - depressivo)
- episodio maniacale psicotico

La depressione è un fattore rilevante nel suicidio tra adolescenti e anziani, ma le persone con un esordio del disturbo depressivo in età avanzata sono maggiormente a rischio, considerando che spesso vivono in una condizione di isolamento o di scarsa rete sociale.

In Svezia è stato rilevato che la formazione dei medici di medicina generale nell'identificare e trattare il disturbo depressivo ha contribuito a ridurre i casi di suicidio (5).

I recenti progressi nel trattamento della depressione sono molto importanti per la prevenzione primaria del suicidio. Le ricerche epidemiologiche fanno ipotizzare che l'utilizzo dei farmaci antidepressivi riduca il

“L’attivazione di risorse familiari, sociali, economiche e il cambiamento di condizioni di vita particolarmente difficili sono fattori protettivi”

rischio di suicidio fra le persone con depressione. I pazienti che seguono una regolare terapia di mantenimento con il litio presentano un più basso rischio di suicidio (6).

Ma accanto al trattamento farmacologico, la possibilità di una presa in carico complessiva della persona, con l'attivazione di risorse familiari, sociali, economiche, la modificazione di condizioni di vita particolarmente diffi-

cili e stressanti, costituiscono certamente dei fattori protettivi che aiutano l'individuo a uscire gradualmente dalle sensazioni di disperazione, di essere senza alternative e vie di scampo, tipiche del vissuto di depressione.

*** Alcolismo**

L'alcolismo (inteso sia come abuso, che come dipendenza da alcol) è una diagnosi frequente fra le persone che si sono suicidate, in particolare fra i giovani. Ci sono spiegazioni di ordine biologico, psicologico e sociale per la correlazione tra suicidio e alcolismo. Fattori specifici, associati con un maggior rischio di suicidio fra gli alcolisti, sono:

- inizio del problema in giovane età
- lunga storia di alcolismo
- elevati livelli di dipendenza
- umore depresso
- salute cagionevole

- difficoltà a mantenere il ruolo lavorativo
- storia familiare di alcolismo
- recente perdita o rottura di una importante relazione interpersonale

Queste problematiche devono essere considerate dal medico di medicina generale e fronteggiate con il coinvolgimento del contesto familiare, al quale spesso l'alcolista stesso nega di avere delle difficoltà.

Un'attenta considerazione non solo per le conseguenze fisiche dell'alcol deve accompagnare la capacità del medico di attivare servizi sociali e sanitari territoriali, per evitare l'isolamento e il declino sociale di un alcolista, contribuendo in questo modo a una riduzione del rischio suicidario.

* Schizofrenia

Seconda alla depressione, la schizofrenia è il disturbo psichiatrico più uniformemente diffuso nei vari paesi, che colpisce quasi l'1% della popolazione generale. L'età d'esordio è di solito compresa tra l'età adolescenziale e la prima giovinezza (16-30 anni), anche se spesso ha un'insorgenza subdola e poco chiara. Colpendo i giovani e a causa della sua lunga evoluzione rappresenta un rilevante problema sociale e sanitario. Si è visto che non si tratta di "una malattia singola", in quanto il suo quadro clinico varia nel tempo, comprende una serie di disturbi psicotici e un'eterogeneità di cause. Sia il periodo di insorgenza che il suo riconoscimento e la ricerca di un suo trattamento, con la conseguente

risposta e decorso, sono estremamente variabili da soggetto a soggetto, fortemente influenzati dalle sue capacità di "coping" (fronteggiare o gestire il problema) e dalle risorse dell'ambiente circostante.

Il suicidio è la prima causa di morte prematura fra le persone affette da schizofrenia.

"Molte volte dietro a una persona giovane che si è tolta la vita c'è un disturbo psicotico non riconosciuto"

Molte volte però dietro a una persona giovane che si è suicidata c'è un disturbo psicotico non riconosciuto.

Uno dei problemi è che spesso i giovani non hanno un buon rapporto con i servizi né tantomeno con il proprio medico curante. Di frequente il medico deve trovarsi a leggere "oltre" a quella che può apparire una

banale apprensione di genitore per il comportamento “bizzarro” del figlio.

Fondamentale è dunque il riconoscimento precoce dei primi segnali di malattia, per poter inviare rapidamente ai servizi di salute mentale e individuare una terapia ottimale. Diversi studi di valutazione del decorso e di esito dei disturbi psicotici hanno messo in discussione il concetto di inguaribilità, evidenziando che tra una stabilizzazione del disturbo e una remissione sintomatologica, più o meno completa (o con periodi transitori di fasi acute), esistono un’ampia gamma di posizioni intermedie, tante quante sono le soggettività. La grande variabilità del decorso dipende anche dalla rapidità di accesso al trattamento e dal tipo di gestione terapeutica e riabilitativa personalizzata che si offre. Accanto al progetto individualizzato è necessario coinvolgere e sostenere anche i familiari dei giovani all’esordio psicotico.

Fornire più strategie integrate, di prevenzione e di intervento precoce consente di venire incontro e riconoscere come “particolari” i bisogni delle famiglie che per la prima volta stanno vivendo in modo improvviso e drammatico l’impatto con il problema delle psicosi. In specifici gruppi di accoglienza i familiari possono così essere orientati verso prospettive di guarigione e di ripresa, di accurato riconoscimento del problema, evitando il rischio di interruzioni e di discontinuità del trattamento.

«La convinzione che la psicosi debba avere un esito ineluttabilmente sfavorevole è definitivamente in crisi [...]. È fondamentale distinguere fra il processo di guarigione dal primo episodio psicotico e da quelli successivi. Tale distinzione è assai importante rispetto alle strategie di intervento, e in relazione al processo di adattamento del paziente alla sua malattia [...]. Esistono differenti fasi nella malattia: fase prodromica, fase acuta, ripresa dalla fase acuta, postdimissione e convalescenza, fase residuale; ognuna di queste fasi presenta necessità differenti» (7). Nel faticoso e impervio tentativo di ogni individuo di costruirsi una propria identità psicologica e sociale, la domanda di cura che si può presentare al medico di medicina generale, a riflesso dell’attuale complessità dei sistemi sociali, è sempre più sfumata, molteplice e diffe-

renziata (difficoltà scolastiche, lavorative, conflitti familiari, dipendenza e/o abuso di sostanze, difficoltà relazionali, comportamenti strani e bizzarri). Come confermato dai dati ottenuti in vari programmi di prevenzione in alcuni paesi, il medico di medicina generale ha in questa fase un ruolo centrale. Egli dovrebbe cercare di riconoscere l'esordio psicotico e intervenire precocemente all'interno di un'organizzazione sociale e sanitaria comunitaria e distrettuale, interagendo con una molteplicità di figure professionali (educatori, insegnanti, operatori dei consultori, dei minori e della salute mentale).

Ritornando alla valutazione del rischio suicidario si possono considerare come caratteristici questi aspetti **(8)**:

- maschio di giovane età disoccupato
- ricadute frequenti
- paura di deterioramento cognitivo, specie per le persone molto dotate intellettualmente
- sintomi positivi quali eccessiva sospettosità e allucinazioni
- sintomi depressivi

Il rischio di suicidio è più alto nei seguenti periodi di malattia:

- fasi iniziali del disturbo
- fase iniziale di una ricaduta
- fase iniziale di remissione

Il rischio di suicidio diminuisce con l'aumentare della durata del disturbo.

Rispetto ai soggetti di età più avanzata con disturbo mentale severo e di più lunga durata, il medico di medicina generale spesso si può trovare a dover fronteggiare una serie di patologie mediche non trascurabili, che necessitano di accertamenti periodici o terapie specifiche in collaborazione con il servizio di salute mentale stesso, con la famiglia o con altri servizi di competenza distrettuale.

*** Disturbi della personalità**

Recenti ricerche su giovani che hanno commesso suicidio evidenziano un'alta prevalenza (20-50%) dei disturbi di personalità. Quelli più frequentemente associati al suicidio sono il disturbo "borderline" e il

disturbo antisociale di personalità **(9)**.

Anche i disturbi istrionico e narcisistico di personalità e certi tratti psicologici, quali impulsività e aggressività, sono stati correlati al suicidio. Anche in questi casi il medico di medicina generale può diventare un punto di riferimento, integrandosi con programmi di prevenzione di altri servizi (come il Sert, l'Alcologia, il Servizio sociale per adulti, le scuole).

*** Disturbi d'ansia**

I disturbi d'ansia, come il disturbo da attacchi di panico e il disturbo ossessivo compulsivo, soprattutto in situazioni conflittuali e problematiche o contesti di vita particolari, possono rendere più palese il rischio di suicidio.

Suicidio e patologie mediche

Le patologie mediche, soprattutto se croniche, se comportano disabilità e hanno prognosi negativa (10) mettono a dura prova le capacità di adattamento di una persona, che può facilmente precipitare in una depressione reattiva, o in una condizione comunque di malessere psicologico, e perdere ancora di più le proprie capacità adattive e di “coping”.

In condizioni di vita per molte persone inaccettabili e prive di senso, il suicidio può rappresentare l'unica via d'uscita.

* Disturbi neurologici

L'epilessia comporta un rischio di suicidio più alto, essendo questo disturbo spesso associato a una maggiore impulsività e aggressività e a disabilità cronica.

Danni cerebrali e al midollo spinale aumentano altresì il rischio di suicidio. Ricerche recenti hanno rilevato che dopo un ictus - particolarmente in presenza di lesioni posteriori, che causano maggiori deficit e disabilità - il 19% dei pazienti è di umore inevitabilmente depresso e commette suicidio.

* Neoplasie

Il rischio di suicidio è più alto al momento della diagnosi e nei primi due anni di malattia terminale, con un aumento in caso di malignità progressiva.

Il dolore fisico contribuisce significativamente ad aumentare il rischio di suicidio.

* Hiv/Aids

L'infezione da Hiv e l'Aids rappresentano un crescente fattore di rischio di suicidio fra i giovani. Il rischio è maggiore al momento della conferma della diagnosi e nelle prime fasi della malattia. I consumatori di stupefacenti per via endovenosa sono ancora più a rischio.

* Altre patologie

Altre malattie croniche quali disturbi renali, epatici, delle ossa e delle articolazioni, malattie cardiovascolari e gastrointestinali, comportano

un maggior rischio di suicidio. Disturbi della deambulazione, cecità e sordità possono altresì spingere verso il suicidio.

Recentemente l'eutanasia e il suicidio assistito sono diventati un tema cruciale di discussione per i medici. L'eutanasia è illegale in quasi tutte le giurisdizioni e il suicidio assistito è tuttora fonte di controversie etiche e filosofiche.

Il medico di medicina generale si trova quotidianamente a contatto con pazienti portatori di patologie croniche e invalidanti. Il suo ruolo è fondamentale in un'ottica preventiva, a patto che riesca a trascendere le sue competenze medico-tecnicistiche ed essere consapevole degli effetti positivi e negativi della sua modalità comunicativa con il paziente, nel rispetto e nella comprensione dell'alto impatto emotivo che questa comunque comporta.

È molto importante prestare attenzione non al “che cosa” si comunica bensì al “come” si comunica ossia la reale capacità di ascolto del medico, lo sforzo di comprendere, rassicurare. Instaurare insomma con il paziente una relazione il più possibile empatica.

Ancora di più in questi contesti, quando cioè la minaccia della morte e del non essere più come prima, attanaglia i pensieri di una persona malata, prevenire un eventuale gesto estremo vuol dire considerare e attivare risorse, reti, fattori protettivi sociali, ambientali e familiari.

Suicidio e fattori socio-demografici

Il suicidio è un atto individuale. Ciò nonostante bisogna tener presente che esso avviene in un determinato contesto sociale ed è correlato a diverse variabili socio-demografiche. Questi fattori, come il sesso e l'età, rappresentano un rischio generico del comportamento suicidario.

* Sesso

Nella maggior parte dei paesi sono soprattutto i maschi a commettere suicidio con un rapporto 3:1, benché il rapporto maschi-femmine vari da paese a paese. La Cina è l'unico stato in cui vi è un maggior numero di donne suicide nelle aree rurali, mentre nelle aree urbane il rapporto tra maschi e femmine è 1:1.

Secondo i dati più recenti forniti dall'ISTAT (Istituto nazionale di statistica), in Friuli Venezia Giulia nel triennio 2006-2008 i casi accertati di suicidio sono stati 335. Di questi il 62% (208) è rappresentato da soggetti di sesso maschile.

Nella città di Trieste l'attivazione di un servizio di monitoraggio sistematico dei suicidi ha registrato, nel corso del 2010, 32 casi di suicidio, di cui 18 uomini e 14 donne, con un tasso di 13,35 per 100.000 abitanti, decisamente in calo rispetto all'andamento degli ultimi venti anni (in cui il tasso si assestava sopra i 20 per 100.000 abitanti). La riduzione dei suicidi ha riguardato particolarmente le donne, a conferma che è il maschio la categoria più a rischio, con un rapporto maschi-femmine negli ultimi venti anni pari a 2,4:1.

* Età

Le persone più anziane (sopra i 65 anni) e quelle più giovani (tra i 15 e i 30 anni) sono a maggior rischio di suicidio. Recenti ricerche hanno evidenziato un aumento dei tassi di suicidio in uomini di mezza età.

La tendenza alla riduzione dell'età media si rivela anche nei casi di suicidio avvenuti a Trieste nel corso degli ultimi 10 anni di monitoraggio. A fronte dei 62 anni rilevati a partire dal 2000, nel 2009 l'età media è stata di 56 anni, con uno scarto notevole fra l'età media degli uomini (51 anni) e quella delle donne (70 anni).

* **Stato civile**

Essere divorziati, separati, vedovi o single rappresenta un altro fattore di rischio per il suicidio. La presenza di un contesto familiare e di una stabilità relazionale sono fattori protettivi, sebbene non così significativi per le donne. Essere separati o vivere soli aumenta il rischio di suicidio per gli uomini oltre i 55 anni di età.

* **Lavoro/occupazione**

Ci sono significative correlazioni tra disoccupazione e tasso di suicidio, benché tale rapporto sia complesso e non sempre diretto. Gli effetti della disoccupazione sono probabilmente mediati da fattori quali povertà, isolamento sociale, problemi familiari e senso di impotenza. Inoltre, le persone con disturbo mentale hanno maggiori probabilità di essere disoccupate. Un licenziamento recente rappresenta un maggior fattore di rischio rispetto a uno stato di disoccupazione di lunga data. Alcune categorie professionali presentano un elevato rischio di suicidio: chirurghi, veterinari, farmacisti, dentisti, agricoltori e medici in particolare. Non è stata ancora trovata una spiegazione, benché le ragioni possano essere svariate (facile accesso ai mezzi di suicidio, pressioni lavorative, isolamento sociale, difficoltà finanziarie).

* **Fattori extra-soggettivi**

Per fattori di rischio extra-soggettivi si intendono situazioni socio-economiche e ambienti di vita particolari: ad esempio il vivere in una famiglia con problemi di salute mentale, abuso di alcol o psicofarmaci, violenze, rapporti incestuosi e abuso sia fisico che psichico.

Viene considerato un fattore di rischio un'educazione inadeguata durante infanzia e adolescenza, e che può generare instabilità emotiva, ansia e insicurezze.

Anche la scuola (come l'università) può diventare un ambiente a rischio per i disagi e le frustrazioni che si possono generare in situazioni di competitività o di aspettative eccessive da parte dell'ambiente.

Ci sono poi le caserme, ambienti a rischio a causa della rigidità di orari e regole e soprattutto per il rispetto degli ordini gerarchici e il cosiddetto fenomeno del nonnismo.

Anche il carcere rappresenta un ambiente a rischio, in particolare per la prima notte di detenzione e soprattutto per i giovani tra i 20 e i 35 anni, in carcerazione preventiva in attesa di giudizio.

Aspetti più sociali ed economici sono i fenomeni di migrazione e di mobilità sociale con le conseguenti difficoltà di adattamento in contesti culturali e sociali completamente differenti da quelli di origine.

Anche l'area di residenza di una persona può essere un fattore di rischio; ad esempio in alcuni paesi i suicidi sono più frequenti nelle aree urbane, mentre in altri si verificano soprattutto nelle aree rurali. Si aggiungono poi i "life-events" (eventi di vita) come fattori di rischio e possibili circostanze di vita scatenanti e/o stressanti quali lutti, separazioni, divorzi, problemi di salute. Particolare attenzione va prestata agli episodi di suicidio nei familiari più stretti: genitori, fratelli, figli, coniugi o conviventi.

*** Accessibilità dei metodi e mezzi autolesivi**

Infine anche l'accessibilità dei metodi e mezzi autolesivi rappresenta un fattore di rischio.

Chi decide di suicidarsi sceglie di solito un metodo ad alta garanzia letale. E tuttavia, la scelta dipende da variabili psicologiche individuali, da influenze culturali e ambientali, diverse tra stati, città e località rurali e dalla facile reperibilità del mezzo. Se il gesto autolesivo è un "acting-out" (azione diretta), la rapidità del passaggio dal pensiero all'atto, l'impulsività, limitano la possibilità di scelta del metodo, e viene utilizzato quello che si ha a portata di mano. Se invece il gesto è preceduto da una lunga fase di riflessione, la scelta si amplia insieme alle circostanze.

Spesso il metodo viene suggerito dagli episodi di cronaca di suicidi e si diffonde per imitazione ("effetto Werther"). Ci sono studi che hanno osservato l'effetto imitativo di suicidi di persone famose o conosciute all'interno di una certa comunità (la morte di Marilyn Monroe o quella di Kurt Cobain famoso cantante dei Nirvana). Si è visto che ha un forte effetto imitativo il fatto di pubblicare la notizia del suicidio in prima pagina, con foto e facendone un racconto dettagliato e talvolta romanizzato.

La scelta del metodo non sempre rivela la reale intenzionalità suicida della persona, ma certamente influenza la probabilità che una morte sia

interpretata come suicidio da chi ne referta la causa (medico legale). I dati della citata ricerca “Salute Mentale, Suicidio e sistemi informativi in Friuli Venezia Giulia” hanno messo in evidenza come oltre il 65% dei suicidi sia avvenuto attraverso tre modalità principali, rispettivamente per impiccagione-strangolamento (36,9%), per precipitazione (17,8%) e per avvelenamento da gas (10,6%).

È emersa inoltre una differenza significativa tra la modalità utilizzata e l'età: i più giovani utilizzano gas di scarico dell'automobile, rispetto agli anziani che adottano la precipitazione.

A Trieste, nel corso del 2010 la modalità più usata è stata la precipitazione (7 uomini e 7 donne), seguita dall'impiccagione (7 uomini e 2 donne) e dall'avvelenamento con farmaci (3 donne e 1 uomo). A differenza del 2009, quando la modalità più usata tra uomini e donne è stata l'impiccagione, seguita dalla precipitazione (utilizzata preferibilmente dalle donne) e da altre modalità.

Suicidio e tentato suicidio

Una storia personale di tentativi di suicidio singoli o ripetuti, eventualmente accompagnati da disturbi mentali, rappresenta un importante, se non il principale, fattore di rischio per il suicidio.

I soggetti che compiono un gesto autolesivo presentano un rischio di ripetizione fatale che si attesta attorno al 7-10%, circa 40 volte più alto

“Una storia personale di tentativi di suicidio singoli o ripetuti è un importante, se non il principale, fattore di rischio per il suicidio”

rispetto alla popolazione generale. I soggetti che compiono un gesto di tipo autolesivo ripetuto rappresentano una particolare popolazione a rischio.

L'aumento del rischio non riguarda unicamente comportamenti ad alta intenzionalità suicidaria con esito quasi letale, ma compren-

de anche forme di autonocimento (autosoppressione) non accompagnate da un'effettiva intenzionalità anticonservativa.

Gli atti di tipo autolesionistico, specie se ripetuti, sottendono sempre una notevole quota di sofferenza psichica; rappresentano spesso per chi li compie un modo per contenere rabbia e dolore; comunicano una richiesta di aiuto e talvolta (ed è questo il nucleo che li accomuna al suicidio compiuto), appaiono l'unica via di fuga e di sollievo da una condizione ritenuta dal soggetto non più sostenibile.

La vasta gamma di comportamenti suicidari a esito non letale viene compresa nella letteratura più recente sotto il termine di parasuicidio. Nel 1986 l'Ufficio Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha proposto la seguente definizione di parasuicidio: «Atto con esito non fatale che induca un individuo, deliberatamente, a un comportamento non abituale che, senza l'aiuto di altri, danneggia se stesso, oppure all'ingestione di una sostanza generalmente riconosciuta come terapeutica che gli/le era stata prescritta, mirando a ottenere, in diretta conseguenza di ciò, un danno fisico» (11).

Da quanto è emerso dallo studio oggetto della tesi di specializzazione “I comportamenti suicidari nella Provincia di Trieste: analisi comparativa nei periodi 1983-1990 e 2000-2007” (12), il fenomeno del parasuicidio nella Provincia di Trieste ha registrato nel periodo 1983-2007

alcuni cambiamenti peculiari con una marcata e significativa riduzione dell'incidenza.

Gli eventi mostrano nel periodo considerato un decremento del 22% con un passaggio da un tasso di 109 per 100.000 abitanti nel periodo 1983-1990, all'85 per 100.000 abitanti nel periodo 2000-2007. Tale decremento non ha però riguardato il fenomeno del parasuicidio ripetuto che risulta in aumento, dato in linea con quanto osservato a livello internazionale.

Il parasuicidio dimostra un aumento globale dell'età media (da 33 a 39 anni) sia per gli eventi nel totale sia per i ripetuti. Prendendo in considerazione l'età dei soggetti, si può osservare come vi sia stata negli anni una significativa riduzione nelle fasce di età "estreme", ovvero tra gli anziani e gli adolescenti, dato quest'ultimo in controtendenza rispetto a quanto recentemente apparso in letteratura.

I programmi di prevenzione condotti nelle scuole, il rafforzamento delle unità territoriali per i bambini e gli adolescenti in concorso con progetti specifici rivolti alla popolazione anziana della provincia di Trieste, come il programma Amalia-Telefono-Speciale, hanno senz'altro contribuito al raggiungimento di questi confortanti risultati. È opportuno tuttavia individuare nuove strategie, mirate al raggiungimento della popolazione adulta allo scopo di abbattere ulteriormente l'incidenza del fenomeno.



Come fare fronte al rischio di comportamento suicidario

Diversi studi catamnestici hanno permesso di identificare molteplici fattori di rischio del comportamento suicidario, tra loro interagenti. Tali fattori hanno un effetto cumulativo, un ruolo e un peso diversi a seconda delle varie fasi e dei periodi evolutivi, degli eventi scatenanti (“life-events”), delle caratteristiche di personalità e del particolare ambiente di vita di una persona.

I seguenti fattori individuali e socio-demografici sono associati al suicidio **(13)**:

- sesso maschile
- fasce di età tra i 45 e i 75 anni
- vivere soli (socialmente isolati)
- essere divorziati, vedovi o single
- essere disoccupati o in pensione
- precedenti tentativi di suicidio
- storia familiare caratterizzata da suicidi, alcolismo e/o problemi di salute mentale
- esordio acuto di patologie mediche (gravi, dolorose o croniche invalidanti; Aids)
- disturbi di salute mentale (depressione, alcolismo e disturbi di personalità)
- lutti durante l'infanzia

Inoltre, eventi di vita stressanti correlati al rischio di suicidio sono:

- separazione coniugale
- lutto
- problemi familiari
- cambiamenti di lavoro o economici
- rifiuto da parte di una persona significativa
- senso di vergogna legato al fatto di essere o sentirsi considerati colpevoli di qualcosa
- essere detenuti in carcere (specialmente una recente detenzione)

Ci sono diverse scale per la valutazione del rischio di suicidio che quantificano lo stato di “hopelessness” (mancanza di speranza), di depressione e intenzione suicidaria, ma è certamente molto più efficace un buon colloquio clinico per arrivare a un’ampia conoscenza dei problemi del paziente e quindi a una più accurata valutazione del rischio. Il medico può trovarsi ad affrontare una varietà di condizioni e situazioni che causano e mantengono problemi e disagi in una persona con pensieri suicidari o che ha già commesso un comportamento suicidario non fatale. Un uomo anziano, rimasto vedovo di recente, curato per disturbo depressivo, che vive solo, con una storia di tentati suicidi e una giovane donna, abbandonata dal proprio compagno, che presenta piccoli tagli agli avambracci, sono due esempi estremi all’interno dei

“La depressione è la diagnosi più correlata alla serietà dell’intenzione di morire”

quali possono rientrare la maggior parte dei pazienti a rischio. Un precedente tentativo di suicidio è considerato uno dei maggiori indicatori predittivi nel 40% dei casi, soprattutto nei successivi 6 mesi dal gesto. La depressione è invece la diagnosi maggiormente correlata alla serietà dell’intenzione di morire. Alcune persone possono avere sentimenti di hopelessness e pensieri suicidari, riconoscerli ma non essere depresse, altre ancora possono chiedere aiuto proprio perché ossessionate da pensieri di morte. Altre ancora potrebbero sentirsi depresse e stanche di vivere, ma negare attivamente di avere pensieri suicidi.

Ricordiamo che vari studi epidemiologici hanno mostrato che circa il 40% delle persone che poi si sono tolte la vita si sono rivolte, nelle settimane precedenti al gesto, al proprio medico

“È importante cercare aiuto da altri colleghi e possibilmente da operatori della salute mentale”

curante o ad altri servizi. Quando il medico ha motivo di temere un comportamento suicida da parte di un paziente, gli si presenta a quel punto il dilemma di come procedere. Alcuni medici non si sentono a proprio agio con persone che hanno tendenze suicide.

È importante essere consapevoli di questa sensazione e cercare aiuto



da altri colleghi e possibilmente da operatori della salute mentale, o contattare gli operatori qualificati di linee telefoniche dedicate alla prevenzione del suicidio della propria città.

Il Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda per i Servizi Sanitari triestina ha avviato in tal senso un progetto di consulenza tra medici

“È essenziale non ignorare o negare il rischio”

psichiatri e medici di medicina generale che, unitamente a momenti seminariali di confronto e formazione, rappresenta un ulteriore punto di forza e di mutuo sostegno nel fron-

teggiare problematiche così delicate e complesse.

È dunque essenziale non ignorare o negare il rischio.

In primo luogo è fondamentale valutare il grado di rischio attuale, che oltre alle caratteristiche rilevanti suddette, deve senz'altro considerare anche il contesto socio-relazionale di vita della persona, la disponibilità e la capacità di gestione della famiglia in momenti di difficoltà, affinché l'individuo non sia lasciato solo.

Se il medico decide di procedere a un'eventuale presa in carico, il primo passo è quello di trovare del tempo da dedicare al paziente, anche se altre persone stanno attendendo in sala d'aspetto.

Dimostrando desiderio di capire, dedicando del tempo, il medico inizia

“Ascoltare con empatia è uno dei più importanti fattori che possono ridurre il livello di disperazione”

a stabilire un rapporto positivo, collaborativo e di fiducia con il paziente. Ascoltare con empatia è di per sé uno dei più importanti fattori che possono ridurre il livello di disperazione che conduce al suicidio. Non è certo facile chiedere a una persona delle sue ideazioni

suicide, ma può essere d'aiuto iniziare a parlarne gradualmente. Quando si è instaurata una relazione, il paziente si sente a proprio agio nell'esprimere i propri sentimenti, anche se negativi (sensazione di essere impotente, infelice, stanco, incapace di affrontare la giornata e che la vita non vale più la pena di essere vissuta). Questi pensieri vanno semplicemente riconosciuti e ascoltati, stando attenti a non negarli o sottovalutarli. È preferibile fare delle semplici osservazioni su ciò che la stessa persona esprime, senza utilizzare domande troppo chiuse e dirette.

Un luogo comune, spesso fonte di pregiudizio, è che quando una persona parla dei suoi pensieri suicidari, raramente si suicida, oppure che il solo fatto di parlarne con qualcuno possa in qualche modo provocarlo.

“È errato pensare che quando una persona parla dei propri pensieri suicidari, raramente si toglie la vita”

In realtà si è visto che condividere i propri pensieri con qualcuno capace di ascoltarli, può essere utile non soltanto a sentirsi meno soli, ma anche a ridurre l'ansia, a sentirsi compresi e sollevati. Talvolta comportamenti all'apparenza insignificanti o altri piccoli indizi che più facilmente possono essere osserva-

ti dalle persone vicine al paziente, possono aiutare a comprendere e a definire meglio il quadro.

Questi comportamenti “sottili” possono essere un atteggiamento reticente, addii o saluti particolari (scrivere lettere, messaggi, fare testamenti, regalare le proprie cose) o comportamenti che indicano un'improvvisa calma e serenità, preludio invece dell'imminente gesto suicida. Anche quando l'intenzione è palesemente di minaccia, orientata verso una richiesta di aiuto, manipolatoria, per ottenere dei cambiamenti nei rapporti interpersonali o di eventi di vita, deve essere presa seriamente in considerazione.

Merita un'approfondita comprensione l'analisi delle motivazioni che hanno portato all'ideazione o al tentativo suicidario, cercando di valutare quanto è avanzata la progettualità del suicidio. Si dovrebbe cercare di valutare il tipo di ideazione (frequenza e gravità), il metodo pensato e la sua accessibilità e pericolosità, se mirata all'uccidersi o al solo tentativo.

È importante sapere se il paziente ha fatto dei piani e se ha i mezzi per commettere il suicidio. Se la persona dice di volersi uccidere con un'arma da fuoco, ma non ne possiede una, né può procurarsela, il rischio è più basso. Se un paziente ha pianificato uno schema di suicidio ed è in possesso del mezzo (per es. pillole), o se i mezzi previsti sono facilmente accessibili, il rischio di suicidio è ovviamente più alto.



Prendersi cura delle persone a rischio di suicidio

Come più volte sottolineato, la capacità del medico di mettersi in relazione, al di là delle sue competenze tecnico-scientifiche, di dimostrare comprensione, ascolto e dedicare attenzione può essere sufficiente per guadagnare del tempo e per decidere circa l'eventuale presa in carico.

Il medico dovrà prevedere un successivo incontro a breve, cercando di coinvolgere le persone significative (amici, parenti, vicini) affinché la persona, specie se priva di un adeguato sostegno sociale, possa sentirsi meno sola.

Secondo le più attuali concezioni psicologiche (studi clinici a livello individuale), nel comportamento suicidario sono molto importanti i fattori di stress come eventi scatenanti, anche banali, che però rappresentano per quella persona “la goccia che fa traboccare il vaso”. Sono stati però messi in evidenza soprattutto i processi cognitivi che determinano la decisione suicida.

Queste persone soffrono molto, non solo perché le cose vanno male, ma perché hanno una loro particolare elaborazione cognitiva degli eventi, che li porta a giudicare la vita come insopportabile e il suicidio rappresenta l'unica via di risoluzione.

Beck (14) ha molto studiato i comportamenti suicidari e i fattori di predizione e ha concluso che non è tanto la depressione tra i fattori di rischio, ma un fattore cognitivo: l'hopelessness, la mancanza di apprezzamenti sul presente e un sistema cognitivo di aspettative negative, di scarsa considerazione di sé, spesso rinforzato dallo stesso contesto sociale e da scarse relazioni interpersonali. Diversi studi hanno confermato la presenza di hopelessness in pazienti non depressi e con un'alta intenzione suicidaria.

Non è chiara la relazione dell'hopelessness con altri fattori cognitivi. Alcuni autori hanno individuato un tipo di pensiero dicotomico (aut-aut), assolutizzante, caratterizzato da rigidità e scarse abilità di “problem solving” (risoluzione del problema).

Si può cercare allora di discutere e contrastare con il paziente, ad esempio l'opinione che la vita sia degna di essere vissuta in termini assoluti o, viceversa, come arbitraria ed estremamente soggettiva, quindi indimostrabile. Questo può servire a insinuare qualche dubbio nel paziente, circa la fondatezza della sua decisione, esaminando le sue ragioni per vivere e per morire, in modo empirico e prospettando delle alternative realistiche e più adeguate. Il rischio di suicidio può ridursi se il medico riesce con la sua capacità dialettica a mettere in discussione l'ambivalenza del logorante conflitto tra il desiderio di vivere e la spinta di lasciarsi morire, sostenendo le ragioni di vivere, proponendo alternative, attivando risorse e sostegno sociale.

Invio a cure specialistiche

Per la maggior parte delle persone può essere utile l'indicazione di rivolgersi al numero verde del Programma di prevenzione della loro città. Si è visto infatti che di solito le persone trovano giovamento

“Le persone trovano giovamento potendo parlare in qualsiasi momento con un operatore capace di dare ascolto e sostegno”

potendo parlare in qualunque ora della giornata con un operatore formato, capace di dare ascolto, sostegno e orientamento alle difficoltà espresse.

Se a volte può essere sufficiente l'appoggio di un “telefono amico”, altre può essere utile per la stessa persona trovare il coraggio di incontrare una figura esperta (psichiatra, psi-

cologo, operatore della salute mentale, assistente sociale), soprattutto se la persona in difficoltà non si è mai rivolta ai servizi socio-sanitari territoriali, per reticenza, per timore dello stigma, per vergogna o più semplicemente per assenza di conoscenza.

Nella maggioranza dei casi, è sufficiente che le persone vengano aiutate ad approfondire le motivazioni delle loro difficoltà e orientate a farsi sostenere dai servizi di competenza, per trovare delle possibili risposte concrete, delle alternative, dei sostegni adeguati in un sistema di reti sociali e sanitarie. L'obiettivo è quello di aiutare la persona a sentirsi sostenuta, ma anche incoraggiarla verso percorsi di autonomia e di ripresa, migliorando positivamente le aspettative di vita e del proprio futuro.

Altre volte potrebbe essere più indicato che il medico stesso spieghi alla persona con propositi suicidari la necessità di un invio alla rete dei servizi, in particolare della salute mentale, quando sospetta la presenza di un disturbo mentale, o di un forte disagio concomitante a patologie mediche gravi e invalidanti, quando la persona è completamente priva di rete sociale e vive una profonda solitudine, o ha compiuto precedenti tentativi suicidari.

Va da sé che il medico di medicina generale non dovrebbe limitarsi al solo invio. Egli ha infatti il delicato e fondamentale compito di dare spiegazioni chiare ed esaustive, per alleviare timori relativi allo stigma

e all'eventuale assunzione di psicofarmaci, spiegando per esempio che le terapie farmacologiche e psicologiche possono essere efficaci. È importante che il medico trasmetta alla persona che l'invio a cure più specialistiche non significa "abbandono". In questo caso, dopo aver contattato il collega psichiatra e fissato una visita in accordo con il paziente, deve assicurare a quest'ultimo la continuità del rapporto terapeutico, stabilendo un ulteriore incontro dopo il colloquio con lo specialista, se non accompagnando il paziente alla stessa visita.

In situazioni più problematiche e urgenti può essere necessaria una decisione immediata rispetto alla presa in carico da parte dei servizi.

“È importante che il medico trasmetta alla persona che l'invio a cure più specialistiche non significa abbandono”

Il medico di medicina generale può valutare, in situazioni di rischio immediato, di contattare direttamente i servizi di emergenza e d'urgenza (118, 113, 112) o invocare lo stato di necessità inviando il paziente al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), ove è reperibile 24 ore su 24 un medico psichiatra.

Anche in questi casi il medico di medicina generale non solo si deve proporre come ricercatore attivo di contatto con i servizi, ma può accompagnare il suo paziente, convincerlo della necessità di una presa in carico, mediare rispetto alla figura dello psichiatra, informare i familiari in virtù del suo particolare rapporto relazionale di conoscenza e di fiducia che ha con il paziente.

A Trieste, oltre ai servizi menzionati e al programma di prevenzione del suicidio e delle morti solitarie degli anziani Amalia-Telefono Speciale, nell'ottobre 2010 l'Azienda per i Servizi Sanitari ha messo a disposizione dei cittadini un'ulteriore risorsa. È il Progetto per i Presidi Distrettuali di Salute Mentale “Qualcosa non va?”, finalizzato ad agevolare l'accesso alle cure e alla presa in carico di quanti soffrono di disturbi legati al cosiddetto disagio diffuso (oltre il 20% della popolazione), basandosi su un sistema integrato tra Cure Primarie e Dipartimento di Salute Mentale attraverso il miglioramento della comunicazione bilaterale e una più continuativa interazione tra i due ambiti. [Vedi il Progetto per esteso a pag. 75].

Non ho fallito. Ho solamente provato diecimila metodi che non hanno funzionato.

T. A. Edison

LA STORIA DEL SIGNOR PINO imparare da un'esperienza traumatica per migliorare la capacità di ascolto e di fare rete

La testimonianza di Aurora, medico di medicina generale

Ero il medico curante del signor Pino da diversi anni, ma lo vedevo raramente, non più di una volta l'anno. Era uno di quei pazienti senza problemi di salute e veniva solo per la vaccinazione antinfluenzale e di tanto in tanto per qualche prescrizione. Fino al gennaio del 2010, quando il signor Pino, 65 anni compiuti, iniziò a venire in ambulatorio ogni 15 giorni circa, lamentando una serie di sintomi fisici. In particolare, temeva di aver contratto una malattia venerea a seguito di un rapporto sessuale a rischio. Naturalmente, ho prescritto gli accertamenti del caso, indagando a fondo sui sintomi presentati dal signor Pino, ma le risposte erano tutte negative. Il mio paziente non aveva alcuna malattia fisica.

Tuttavia, i sintomi continuavano e dopo che il mio paziente si era ripetutamente rivolto al Pronto Soccorso accusando ogni volta problematiche diverse, come per esempio forti pruriti alle mani, bruciori agli occhi o dolori addominali, mi è venuto il sospetto che quei sintomi riportassero ad altro. In qualche modo ho pensato: questo è un grido di aiuto. Quindi ho cercato di parlarne con il signor Pino per capire quale fosse il vero problema, che cosa si nascondesse sotto quella che mi pareva una richiesta di aiuto implicita, di cui egli stesso forse non era consapevole. Ipotesi che il signor Pino rinnegava categoricamente, tant'è che quando gli ho proposto un consulto dallo specialista psicologo o psichiatra, ha rifiutato nella maniera più assoluta.

Tra molte resistenze, nel marzo dello stesso anno finalmente siamo giunti a un accordo, programmando insieme la visita dalla psichiatra, a condizione che non avvenisse in un Centro di Salute Mentale

(CSM). Il signor Pino è stato perentorio: «Quello è un posto per matti», così ho ricontattato Giovanna, la collega psichiatra e abbiamo organizzato un colloquio a tre nel mio ambulatorio. Dopo quel primo contatto, il signor Pino è stato preso in cura dal CSM, proseguendo il percorso con la psichiatra, benché insistendo di incontrarla nella sede del Distretto Sanitario, e io non ho saputo più nulla. Da allora l'ho visto ancora qualche volta, la specialista gli aveva prescritto degli antidepressivi, ma il signor Pino aveva molte resistenze nell'assumerli e mi era venuto il sospetto che dopo un breve periodo avesse smesso di prenderli.

Ad agosto, mentre ero in ferie, il signor Pino mi aveva lasciato un messaggio nella segreteria telefonica dell'ambulatorio. Non avendomi trovata, ha contattato il Distretto. Non so che cosa con precisione avesse detto né con chi avesse parlato, ma certamente doveva essere in grandi difficoltà, dato che è stata predisposta subito una visita domiciliare. Purtroppo, quando sono arrivati era troppo tardi. Il signor Pino si era tolto la vita. E io sono venuta a saperlo al rientro dalle ferie.

Non mi era mai capitato, era la prima volta che in 27 anni di servizio un mio paziente si togliesse la vita. È stato un pugno nello stomaco. Per molto tempo mi sono sentita in colpa, chiedendomi dove potevo aver sbagliato, mancato, dove non avevo saputo intervenire, prevenire, e ho analizzato a ritroso non so più quante volte ogni singolo particolare in cerca di ciò che mi era sfuggito, che non avevo saputo cogliere.

Come già detto, quando il signor Pino aveva iniziato a venire da me con una certa assiduità denunciando tutti quei sintomi fisici, ho indagato, a fondo, senza escludere nulla. Peraltro non facendo nient'altro che il mio dovere. Quando poi, visti gli esiti degli esami, ho avuto il sospetto che si trattasse di un disagio psichico mi sono resa conto di quanto il mio paziente fosse chiuso, restio, incapace di esprimere il suo malessere. Probabilmente perché era il primo a non averne la consapevolezza. Era in pensione da poco, non si era mai sposato, non aveva figli, viveva solo e un paio di volte l'anno lo contattava una parente. Soltanto dopo ho avuto modo di parlare con la parente e ho scoperto che il padre del signor Pino si era a sua volta

tolto la vita, con le stesse modalità del figlio. Ma il signor Pino non me ne aveva mai parlato, e anzi, andando a leggere la sua cartella – devo averla letta e riletta cinquanta, cento volte – non ho trovato nulla. Non un segnale che potesse anche solo minimamente far pensare a quanto sarebbe successo.

Tuttora non capisco che cosa sia potuto scattare in lui. Quando avevo intuito che poteva esserci un problema più profondo e inespresso o che non trovava altro modo di esprimersi se non attraverso il corpo, somatizzando, ho contattato subito la collega specialista, ma mai avrei pensato che la condizione del mio paziente fosse quella di una persona a rischio di suicidio. Sinceramente sono rimasta senza parole, non me lo sarei mai aspettata, anche perché ne vedo di persone depresse, anche con depressioni importanti, che esprimono un disagio tale che costringe me, medico, a ipotizzare il peggio e di conseguenza a tenere alta la guardia. Ma a differenza di questi pazienti, nel signor Pino non c'era nulla di esplicito, di riconoscibile o di allarmante, egli stesso era vago nelle sue risposte, diceva di non sentirsi né bene né male e tornava a parlare dei suoi disturbi fisici. Apparteneva a quell'area cosiddetta grigia, non lasciava trapelare nulla, tranne quei disturbi o sintomi, che gli esami clinici smentivano regolarmente. Inoltre, pur non avendone esperienza diretta, sapevo che molto spesso a togliersi la vita sono persone anziane sole, che non soltanto vivono in solitudine ma ne soffrono fino al punto di ricorrere a scelte estreme e per certi versi comprensibili. Non era il caso del signor Pino, almeno all'apparenza. Viveva sì da solo, non aveva una famiglia, ma non dava a vedere che la sua condizione gli pesasse o che fosse scontento della sua vita.

Indietro non si può tornare. Mi dico che questa esperienza, per quanto così dolorosa e a me tuttora inspiegabile, deve insegnarmi qualcosa. Adesso sto molto più all'erta per poter cogliere quei segnali d'allarme meno vistosi, "mascherati", che richiedono un occhio di riguardo in più. Anche se purtroppo nel nostro lavoro non è così facile. Abbiamo sempre tanti pazienti, le giornate talvolta sono così piene che non si ha materialmente il tempo per prestare l'attenzione che si vorrebbe a ogni persona. Ciò malgrado è necessario coltivare e implementare continuamente la sensibilità e la capacità di ascolto.

Tante volte le persone portano il sintomo e dobbiamo essere in grado di andare oltre, di vedere che cosa c'è dietro. Bisogna anche cercare un collegamento più stretto e continuativo con lo specialista della salute mentale, lavorare in sinergia, e non semplicemente "passare le consegne" al collega più competente. Pensando al signor Pino mi sono anche chiesta se la psichiatra e io avremmo dovuto sentirci più spesso, confrontarci su come stava procedendo, fare più rete insomma. Il suicidio di un paziente è sempre un forte trauma per il medico. Nel mio caso non soltanto era la prima volta, ma neppure in passato avevo avuto l'occasione di confrontarmi con questo problema nell'ambito del mio lavoro, di ascoltare una persona che magari ci stava pensando, che aveva intenzioni suicidarie o un tentativo di suicidio alle spalle.

Ricordo solo un episodio di parecchi anni fa, che mi aveva profondamente turbata. Una paziente venuta per un regolare controllo, di punto in bianco mi raccontò di come all'età di 12 anni avesse trovato suo padre annegato in un pozzo: si era tolto la vita. Ma ciò che mi colpì di più fu che la donna scoppiò a piangere, scusandosi perché mai prima di allora era riuscita a dirlo a qualcuno. Ho pensato allora, e a maggior ragione lo penso oggi, in relazione al signor Pino, quanto dolore ci portiamo dentro talvolta, senza saperlo, senza esserne consapevoli. E quando i problemi sono così sepolti in noi, non li vediamo, e di conseguenza non li diciamo. Siamo i primi a non riconoscerli. Perciò il medico di medicina generale ogni giorno deve esercitarsi a migliorare la sua capacità di cogliere quanto non si vede, e di farsi aiutare in questo esercizio dagli altri colleghi, specialisti e non, attraverso lo scambio di informazioni, competenze ed esperienze.

La testimonianza di Giovanna, psichiatra dei servizi di salute mentale

Ho visto il signor Pino due o tre volte in tutto. La prima volta è stata su sollecito di Aurora, il suo medico curante che mi aveva chiamata, insospettata da una serie di sintomi su cui aveva indagato molto scrupolosamente. Ma non avendo trovato riscontri clinici, la collega alla fine si era rivolta a me. Il paziente non ne voleva sapere di venire nel nostro servizio, in un Centro di Salute Mentale, cosa che del resto può capitare e per vari motivi, legati per esempio ai pregiudizi,

purtroppo ancora persistenti, nei confronti delle persone con disturbo mentale. O forse per la paura di doversi in qualche modo identificare con queste persone, riconoscersi in questo particolare tipo di disagio (“i matti” e la “malattia mentale”). Un altro problema è che spesso le persone faticano ad accettare di poter vivere un disagio, non ne hanno coscienza e quindi rifiutano un aiuto più specialistico e mirato. Inoltre, riconoscersi portatori di un disagio mentale, “malati di mente” tuttora significa vedersi collocati nel gradino più basso della scala sociale. Perciò molto spesso i medici di medicina generale ci chiedono di andare a visitare queste persone al loro domicilio.

Ho incontrato quindi il signor Pino nell'ambulatorio di Aurora, la sua dottoressa e ricordo che entrare in contatto con lui era estremamente difficile. La sua unica e pressante preoccupazione era di aver contratto una malattia venerea e nonostante gli esiti negativi di tutti gli esami prescritti da Aurora e più volte ripetuti, il signor Pino tornava sempre su quel punto. Allargare il campo pareva impossibile. Eppure, la sua paura apparentemente ingiustificata denotava un disagio più profondo, che non potevamo sottovalutare. Comunque siamo riuscite a convincerlo della necessità di approfondire e la settimana dopo, benché sempre molto perplesso, è venuto al Centro di Salute Mentale. Una decina di giorni dopo l'ho rivisto e gli ho prescritto anche qualche farmaco, dato che era davvero molto angosciato. L'idea di un contagio sessuale non lo abbandonava, ne era ossessionato, e anche per me era difficile capire fino a che punto quel pensiero potesse condizionarlo. Ma a parte ciò, non emergeva, non è mai emersa un'intenzione di tipo autolesivo, anzi persisteva nel signor Pino l'intenzione di identificare la causa della malattia che riteneva di avere, di curarsi e di guarirne.

Gli ho dato poi un altro appuntamento per verificare come stava procedendo la terapia, ma non si è presentato. L'ho anche cercato, ma in qualche modo sia io, sia la sua dottoressa, pensavamo che in ogni caso il signor Pino era in buone mani, che una di noi se ne stava occupando. Quando ho saputo che si era tolto la vita sono rimasta assolutamente sorpresa, incredula, scioccata.

Oggi capisco che ci deve essere un rimando continuo, un confronto più stretto, più stringente tra le cure primarie e la salute mentale, e

ovviamente con la persona presa in carico. La presa in carico deve essere congiunta, non solo teoricamente ma proprio come prassi. È vero, vediamo tanti pazienti, e purtroppo talvolta è davvero difficile avere il controllo su ogni situazione, mantenere questa continuità e assiduità, ma bisogna trovare degli stratagemmi, dotarsi di strumenti che possano garantire un miglior lavoro in rete. Un'idea potrebbe essere una scheda stilata congiuntamente dal medico di medicina generale e dal servizio di salute mentale, da aggiornarsi e su cui confrontarsi via mail nel corso di tutta la durata della presa in carico. Proprio per evitare di perdere di vista la persona, e ciò a prescindere dal rischio di suicidio. La maggior parte delle persone si rivolgono a noi ossia ai servizi di salute mentale senza passare dal proprio medico curante. Per ragioni varie non sempre riusciamo a informare il medico che un suo paziente è stato preso in carico, ma sarebbe bene che ciò diventasse un iter, un passaggio obbligato.

Alcune osservazioni che potrebbero essere utili

Dobbiamo premettere che la storia da noi scelta non poteva essere altro che un'esperienza di "fallimento", che si conclude tragicamente, con il suicidio di una persona. È sicuramente tra gli argomenti più difficili da proporsi e da portarsi a termine, ma pensiamo che sia anche tra i più ricchi nella ricerca dei significati e di possibili modalità di azione. La riflessione attenta su un "fallimento" e su quanto dolorosamente, e non meno responsabilmente emerso dai racconti di Aurora e Giovanna, ci permette di fare alcune osservazioni che ci sentiamo di suggerire credendole utili per impostare uno stile di lavoro ancora più efficace, in grado di valorizzare meglio il rapporto tra le cure primarie e i servizi di salute mentale e il ruolo che tale rapporto può svolgere nella prevenzione dei suicidi, e non solo.

tempestività Per prima cosa emerge la tempestività con cui il medico di medicina generale ha rilevato il disagio psichico del suo paziente e contattato di conseguenza il servizio di salute mentale, trovando nell'immediato l'accordo per una prima valutazione presso il proprio ambulatorio. Emerge altresì il bisogno di incentivare ulteriormente la comunicazione tra cure primarie e servizi di salute mentale

e di mantenere quanto più assidui, ma anche agili, lo scambio di informazioni e la restituzione di notizie relative alla persona presa in carico. Nella fase iniziale di conoscenza della situazione sarebbe pertanto da

presa in carico congiunta preferire la modalità della presa in carico congiunta, anche qualora non ci siano problematiche di tipo fisico, allo scopo di assicurare la persona e agire con tempi di mediazione più lunghi prima di una presa in carico più compiuta da parte dei servizi di salute mentale.

attenzione all'anamnesi Un'attenzione particolare andrebbe prestata all'anamnesi personale e familiare della persona (in particolare in presenza di un disagio psichico), con l'obiettivo di indagare il più approfonditamente possibile su precedenti episodi di suicidi in famiglia, specialmente di familiari più stretti quali genitori, figli e fratelli, oltre che su precedenti tentativi di suicidio messi in atto da parte della persona stessa.

ricerca attiva delle informazioni La ricerca di tali informazioni andrebbe svolta con delicatezza ma al tempo stesso attivamente, in quanto tuttora le persone tendono a non riferire questi aspetti della propria storia personale. I motivi

pregiudizi, vergogna, dolore vi sono differenti, ma quasi sempre legati a pregiudizi e vergogna o anche a un dolore che si fatica a esprimere, affrontare ed elaborare. Di fatto, i congiunti di una persona che si è tolta la vita (survivors o sopravvissuti) rappresentano un gruppo a più elevato rischio di suicidio. Dalla storia presa in considerazione si evince tra l'altro che un malessere psichico profondo (riconducibile all'area della depressione severa, dell'ipocondria o della psicosi) può

leggere oltre i sintomi fisici non rendersi immediatamente leggibile, indossando la "maschera" dei sintomi fisici. In questi casi il lavoro di smascheramento è molto complesso e può avere tempi lunghi,

ascolto empatico richiedendo una predisposizione all'ascolto e operatori esperti, in grado di vivere in termini empatici il rapporto con l'altro.

Più in generale, va prestata un'attenzione specifica a tutti i soggetti



anziani privi di una rete affettiva e relazionale di riferimento e che si rivolgono ripetutamente al medico curante con lamentezioni somatiche vaghe. Tali lamentezioni spesso nascondono vissuti di quel disagio che riporta a un'area cosiddetta "grigia", tra la depressione e l'isolamento sociale e che qualora non riconosciuta può sortire risposte terapeutiche inadeguate, lasciando al margine il reale bisogno della persona.

anziani privi di rete **cercare il proprio medico** La storia del signor Pino conferma come frequentemente i soggetti che si tolgono la vita contattino il proprio medico di famiglia nelle settimane precedenti il gesto.

In conclusione, la parola d'ordine «Ricomincio da ora in poi» coniata nell'ambito delle campagne di comunicazione sociale del programma di prevenzione triestino Amalia-Telefono Speciale (di cui più in esteso nel capitolo successivo), non è rivolta solamente ai cittadini che potrebbero essere a rischio di suicidio, ma anche se non soprattutto agli operatori della salute, che dovrebbero essere i primi a coltivare e

da ora in poi a promuovere la speranza e il senso della possibilità, la capacità di rimettersi in gioco tutte le volte che la situazione lo richiede. Per quanto drammatica e insostenibile possa talvolta risultare. In questo senso, nonostante o proprio grazie al dolore di un "fallimento" la storia da noi raccontata può dirsi esemplare.

LETTERA a un amico

Amico mio, quanto tempo!

Ti scrivo perché voglio condividere con te questa mia gioia immensa! Ho trovato il Senso, ho trovato Lei. È incredibile come le cose cambiano. Mi sembra ieri, quando parlavamo male di Lei, quando la prendevamo in giro e facevamo di tutto pur di evitarla.

Ebbene, tu ci sei riuscito, mentre io (fortunatamente) ho ceduto. È stato come abbandonarsi a una brezza che ti avvolge con dei profumi freschi... tutto è più luminoso. Lei non voleva raggirarci affatto: si mostra a tutti così com'è.

Oserei scriverti, caro amico, che Lei è come il riflesso di chi si specchia in uno specchio enorme. Se tu sorridi, il riflesso sorride, se sei triste e ti scappa la lacrima nascosta, la lascia scappare anche Lei... ma se volti le spalle allo specchio, lo farà anche quel riflesso. Tu invece ti sei spaventato e nello spavento sei andato oltre sfidando quel riflesso... mortalmente: rompendo lo specchio.

È da quel momento che non ti vedo più. Da quando l'hai sfidata rifiutandola.

Adesso però non prendertela con me, ma penso che la mia fortuna sia stata proprio quella di vederti sfidarla oltre il limite.

Sempre paragonandola allo specchio, vedendomi ho capito che ci tengo a quel riflesso, che non voglio farlo soffrire.

In quel momento è successo. In quel preciso istante è iniziata la mia storia d'Amore: è bastato un sorriso da parte mia e un abbraccio da parte sua.

Ho lasciato scorrere il mio corpo nel dolce abbraccio della Vita.

Ovviamente ci sono le solite difficoltà, quelle comuni e giornaliere e quelle sempre nuove. Ma l'immensa voglia che serbo per Lei, mi aiuta ad affrontare queste difficoltà, così posso proseguire tenendo alta la testa.

Nel cuore ho pieno amore per Lei e un senso profondo di illuminazione. Non so se sarò mai capace di aggrapparmi a qualcuno così energicamente come mi sto aggrappando a Lei. Alla fine però dovrò. Anzi, voglio trovare qualcuno, con cui costruire una famiglia. Una famiglia vera, non come quella a cui giocavamo noi due con gli altri vicini

di casa quando eravamo piccoli.

In fondo, anche questo fa parte di Lei e la rende felice, dato che solo in questo modo viene moltiplicata.

La Vita è una cosa immensa, di cui ti puoi innamorare.

Io, sinceramente, mi sono innamorata di Lei. Peccato che tu non abbia più alcuna possibilità di innamorarti, di accettarla finalmente.

Forse hai ragione anche tu. Anche la Morte fa parte della Vita essendo la parte finale di Essa.

Mi dispiace, però, che le nostre strade si siano divise. La tua si è conclusa prematuramente, la mia invece sta continuando sostenuta dalla Vita, che è il mio Amore. Voglio moltiplicarmi, per dare anche agli altri, ai miei figli, la possibilità di vivere.

Riposa in pace.

La tua amica

Jasmin Podveršič

Istituto statale Trubar-Gregorčič Gorizia
(V classe)

Questa lettera è tra i temi premiati al XIII Concorso di scrittura transfrontaliero “Voci di donna 2010-2011” per studentesse delle scuole superiori, promosso dalla Provincia di Gorizia-Comune di Nova Gorica. Benché, fortunatamente, frutto dell’immaginazione, contiene un messaggio pregno di speranza – l’accorato invito, per voce di un’adolescente, a tenersi aggrappati alla vita, qualunque cosa accada. Ed è con questo messaggio che introduciamo l’ultimo capitolo del manuale, dedicato all’esperienza del programma di prevenzione della rinuncia alla vita “Amalia-Telefono Speciale”, che in poco più di un decennio ha contribuito a dimezzare il numero dei suicidi nella provincia di Trieste.

Qual era il segreto del successo di T. A. Edison? Egli spiegò che consisteva nel non rinunciare mai prima di aver realizzato ciò che stava cercando di fare. Non rinunciare: questo è il solo modo. Nel momento in cui rinunciate siete sconfitti.

Daisaku Ikeda

AMALIA-TELEFONO SPECIALE CONTRO LA RINUNCIA ALLA VITA

La prevenzione del suicidio a Trieste 1997-2010

“Il Piccolo”, Trieste 4 gennaio 1998



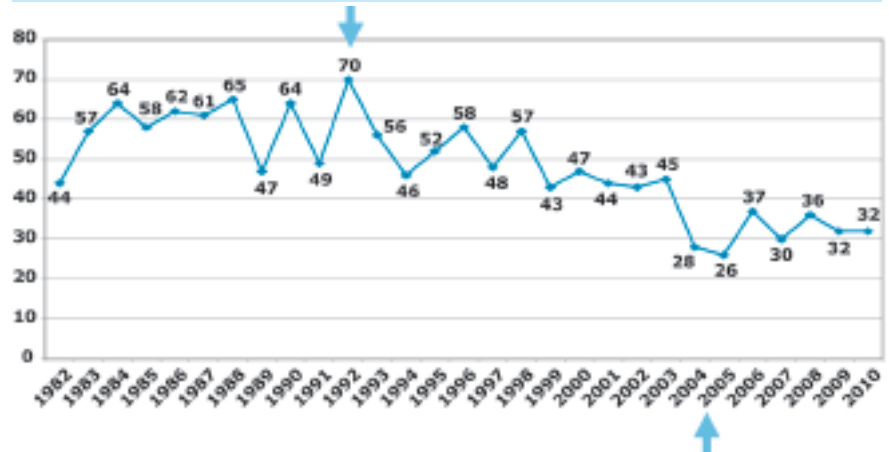
I due “tristi primati”

Trieste, anno 1996. Siamo nella città d'Italia con due tra i più “tristi primati”: il numero dei suicidi e quello delle morti solitarie degli anziani. L'età media dei suicidi è molto elevata. Secondo la letteratura scientifica «il comportamento suicidario e la sua incidenza non sono un fenomeno nuovo per la città, ma vanno considerati come elementi strettamente connessi agli aspetti socio-culturali della stessa» (15).

I tassi a Trieste superano i 25 suicidi annui per 100.000 abitanti; la media, per decenni è intorno ai 20. Il tasso italiano medio è intorno agli 8-10; il tasso triestino è lo stesso dei tassi dei paesi appartenenti all'ex impero austro-ungarico e in genere dell'Est europeo segnati dalla

transizione (Austria, Slovenia, Ungheria, Slovacchia, Romania). Paesi, spiegano gli studiosi, accomunati da profonde fratture del passato più e meno recente, che si sono tradotte in una quasi patologica paura del futuro. Il confine, una storia sofferta che ha prodotto forme di disgregazione sociale tuttora non sanate, fattori geografici e climatici, tutto concorre a creare una sorta di “predisposizione all’infelicità”.

Il numero dei suicidi a Trieste 1982-2010



Nel decennio 1985-1995 oltre 600 casi di suicidio.

Si notano il picco massimo del 1992 e il minimo del 2005, **con un lento calo a partire dal 1999.**

Calo sempre più importante **dal 2000.**

A Trieste gli anziani sono tanti e tanti vivono male: sono e/o si sentono soli. Alla fine del 1996, 50.000 triestini hanno più di 65 anni e oltre la metà di questi vivono (e muoiono) in completa solitudine. Non si sa con precisione quante sono le morti solitarie: non esiste un monitoraggio sistematico e pertinente del fenomeno. A fare da algometro è la cronaca locale.

«Muore a Natale, lo trovano a Pasqua», titola il quotidiano di Trieste Il Piccolo il 9 aprile 1996. L'occhiello annuncia «Macabro rinvenimento in Via Madonnina». Il sommario parla del corpo di un uomo di 69 anni «ormai in avanzato stato di decomposizione». Titoli come questi non

sono un'eccezione per la cronaca nera di Trieste. Sono la norma. Alla stregua degli incidenti stradali.

Il vivere soli è, per gli esperti, un fattore di rischio assoluto sopra i 65 anni. Rischio di suicidio e di morte solitaria. Il rischio aumenta in quanto il disagio del vivere soli è un bisogno inespresso. Le persone vivono questo disagio, profondo, talvolta totalizzante, e non lo sanno. Non c'è la cultura del dire, dell'esprimere, dell'esternare, del saper chiedere e ricevere aiuto. Il denominatore comune è la rinuncia, la rinuncia a vivere meglio e, spesso, a vivere soltanto. Si vive (e muore) di passato, un passato che non passa mai; al futuro non si pensa né si sa pensare. Il fattore speranza è assente.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità il suicidio è una questione di «hopelessness», mancanza di speranza. È assolutamente necessario, urgente, cominciare a costruire percorsi di speranza.

Amalia-Telefono Speciale verso una cultura della speranza

A Trieste, da oltre 20 anni l'Azienda per i Servizi Sanitari n°1 con in testa il suo Dipartimento di Salute Mentale (DSM) - dal 1973 area pilota per l'Italia nella ricerca dell'OMS sui servizi di salute mentale e in seguito Centro Collaboratore Leader OMS per lo sviluppo dei Servizi in Europa - sta lavorando a un vasto e articolato progetto territoriale di salute. Improntato al decentramento dei servizi e delle risorse al fine di renderli il più possibile capillari, flessibili, aderenti alle esigenze concrete e quotidiane delle persone, piuttosto che a un costoso modello assistenziale e assistenzialistico, rigido e statico.

I servizi sociali del Comune, se pur ben distribuiti ed efficienti, non riescono a fare molto di più che arginare il disagio più urgente e visibile, facendosi prevalentemente carico dei cosiddetti "casi sociali". Non raggiungono l'ampio e diffuso disagio sommerso, ben sepolto sotto l'apparenza di una Trieste gaia pensionopoli, benestante e longeva, tra le meglio servite del paese.

Infine, da alcuni anni opera in città e in Regione una società di teleassistenza privata, Televita SpA, che in convenzione con enti locali offre prestazioni a forte carattere sociale.

Tre mentalità e operatività differenti che nell'autunno del 1996 danno

origine a un progetto pilota sperimentale. Primo nel suo genere in Italia, il progetto intende fronteggiare l'allarme delle morti solitarie e dei suicidi, nella convinzione che i due fenomeni siano strettamente correlati. La parola chiave è prevenzione.



Amalia per arginare la solitudine e l'isolamento degli anziani

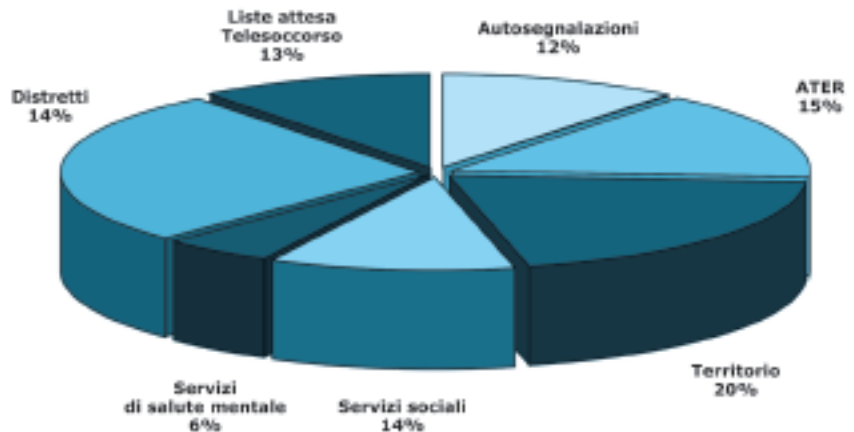
Nel gennaio 1997 si avvia la sperimentazione di Amalia, un progetto per la socializzazione delle persone anziane sole, come viene nominato allora. **Una linea verde telefonica attiva (800-544544) 24h su 24**, gestita dalla Centrale operativa di Televita, cerca gli anziani a rischio per inserirli in un programma di sostegno in rete. Nel contempo

vengono predisposte indagini sul bisogno sommerso, mobilitando enti, strutture e istituzioni del territorio. L'allora IACP, Istituto Autonomo per le Case Popolari, oggi ATER, fornisce elenchi di ultranovantenni inquilini dei propri stabili, privi della benché minima rete familiare e sociale. A fondazioni e istituti di credito locali vengono chiesti contributi per fornire a tali persone una linea telefonica, spesso mancante. Gli assistenti sociali e quelli sanitari del Comune e dell'Azienda Sanitaria svolgono visite domiciliari per accertare lo stato di bisogno delle persone individuate. Per facilitare l'approccio e rompere la diffidenza, il sindaco di Trieste firma una lettera che invita gli anziani segnalati a entrare nel progetto, a titolo gratuito, trattandosi di servizio pubblico. La parte del progetto dedicata all'invecchiare invisibile viene intitolata alla signora Amalia, una quasi ottantenne donna di Trieste che, sana, da mesi vive nel reparto di un ospedale cittadino

non avendo altra casa. La sua famiglia sono gli infermieri e gli inser-
vienti delle corsie, i degenti, i loro congiunti e amici.

La città deve conoscere la sua storia, che è la storia di moltissimi altri
anziani invisibili che qui vivono. «Accanto a ognuno di noi vive una
persona anziana. Non lasciamola sola», è lo slogan che si accompagna
al progetto. Viene studiato da un gruppo di lavoro trasversale, che ha
il compito di promuovere il progetto e le sue finalità e modalità attra-
verso una campagna di comunicazione sociale ad ampio raggio.
Vengono prodotti strumenti divulgativi di varia natura per informare e
sensibilizzare la cittadinanza. Affiancato dagli specialisti, il gruppo si
impegna a organizzare dibattiti e incontri pubblici, seminari, convegni,
e a redigere pubblicazioni e materiale divulgativo necessario ad avvia-
re una campagna di educazione sanitaria destinata a varie fasce della
popolazione. Coinvolge tecnici e operatori specializzati, fino al comu-
ne cittadino esperto e/o interessato, invitandolo per esempio a segna-
lare persone sole ritenute a rischio.

Fonti di segnalazione



I cittadini sono soltanto una delle molte fonti di segnalazione attivate
dal progetto. Collaborano assiduamente i Distretti Sanitari, i Servizi di
Salute Mentale, quelli sociali del Comune, lo stesso ATER, gli operatori

del Telesoccorso pubblico, il volontariato, non escludendo l'autosegnalazione.

Sei mesi dopo, Amalia ha già un'utenza che conta oltre 1000 persone anziane, in prevalenza donne, cui si prestano interventi e servizi di natura sociale, psicologica, economica e altri.

Servizi e prestazioni

Dall'avvio del progetto al 31-12-2010 sono stati effettuati 23.727 servizi e interventi diversi

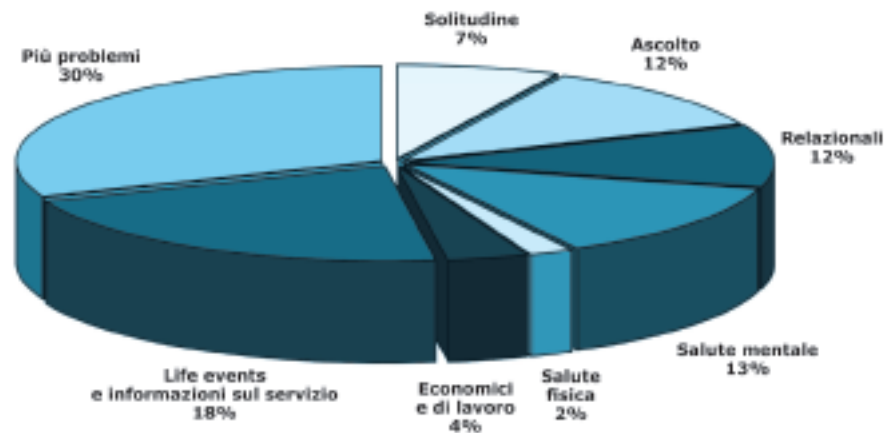


Telefono Speciale per fare fronte alla rinuncia estrema

Allo stesso tempo si avvia la sperimentazione della parte del progetto dedicata a quell'altra forma di rinuncia alla vita che è il suicidio e che non fa distinzione tra fasce di età, benché colpisca molto più gli uomini delle donne. Una **linea telefonica passiva (800-510510), in ascolto 24h su 24**, 366 giorni l'anno compreso il bisestile, accoglie richieste di aiuto, sostegno, interventi più mirati e continuativi quando necessari. Chiamate che i primi tempi spesso risultano mute e che gli operatori imparano ad ascoltare, con la guida di psicologi e psichiatri ma anche di esperti volontari di Telefono Amico. Molte volte quei silenzi nascondono un grido soffocato, parole che non riescono a pronunciarsi per le volte che sono state trascurate o inascoltate.

Questa parte del programma prende il nome di Telefono Speciale, un progetto per prolungarsi la vita, a fronteggiare una questione molto speciale. La prevenzione qui si gioca su due versanti: quello del tempo risicato dell'emergenza e del pronto intervento, che insegna a correre e abbattere le porte anche al minimo sospetto, e quello non meno esigente di un attento ascolto dei segnali che possono far pensare al peggio.

Problematiche riferite al numero verde di Telefono Speciale



59

Viene istituito un Centro di Ascolto dove le persone possono essere inviate per intraprendere un eventuale percorso di sostegno psicologico e/o psichiatrico. L'invio a volte si risolve in uno o pochi appuntamenti, altre volte con una presa in carico più consistente e assidua. Ogni chiamata che giunge al numero verde viene registrata nell'apposito software di gestione condiviso in rete tra le Centrali Operative di Televita, garantendo così la continuità della presa in carico e del servizio erogato. I dati sui chiamanti, quando raccolti, le problematiche dichiarate, qualsiasi altra notizia utile alla gestione del caso vanno a comporre le schede personali informatizzate, che vengono esaminate periodicamente assieme agli operatori del DSM. Gli operatori della Centrale Televita vengono costantemente formati da specialisti del DSM, dei Servizi Sociali, dell'Azienda Sanitaria, del 118 e da altri

esperti del settore. La formazione e l'aggiornamento si rinnovano periodicamente e consentono agli operatori di acquisire un elevato livello di capacità per saper accogliere e gestire la richiesta di aiuto, fornendo il sostegno necessario. Trattandosi di un problema multifattoriale, le strategie non possono che essere multidisciplinari, e lo sforzo è quello di coinvolgere quante più figure professionali e competenze, non trascurando la società civile, le famiglie e la comunità nel suo insieme che gioca un ruolo molto importante in quanto potenziale “fattore protettivo”.



Nel frattempo Amalia-Telefono Speciale ottiene il patrocinio del Ministero della Salute, in ottemperanza alle indicazioni in materia fornite dal medesimo e alle conseguenti misure adottate dai singoli governi locali.

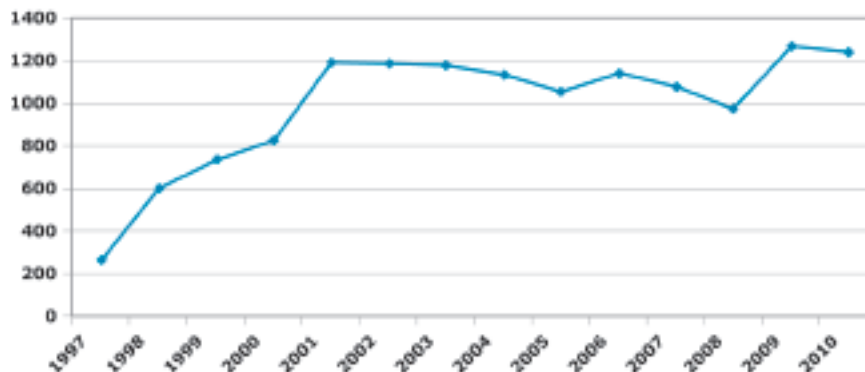
Nel 2006, al programma aderisce come nuovo partner la Provincia di Trieste, composta di 6 Comuni, in alcuni dei quali c'è una forte presenza di abitanti appartenenti alla minoranza slovena. Da quel momento il servizio si avvale anche di operatori di madrelingua slovena e le campagne di comunicazione sociale sono bilingui.

Dal 1997 quindicimila chiamate al numero verde di Telefono Speciale

Dal primo gennaio 1997 al 31 dicembre 2010 sono state gestite ed erogate quasi 24.000 prestazioni diverse per Amalia: dal monitoraggio telefonico costante e programmato all'attivazione della rete, consegna farmaci, interventi economici, di sostegno sociale e psicologico, ricerca e intervento a domicilio.

**3.469 persone hanno usufruito di Amalia
dall'avvio del progetto al 31-12-2010
(età media 81anni; 83% donne)**

Utenti gestiti anno per anno



Recentemente il servizio Amalia è stato riformulato in base alla necessità dei Distretti Sanitari di poter contare su un supporto aggiuntivo nei percorsi riabilitativi di alcune utenze con problematiche specificamente sanitarie. Dal 1997 al 31 dicembre 2010 sono state seguite 3469 persone, attualmente sono in carico al servizio 913 utenti.

Dall'avvio del servizio al 31 dicembre 2010 sono giunte al Telefono Speciale, gestite dagli operatori Televita, quasi 15.000 telefonate, più della metà identificabili (le persone lasciano i dati e il motivo della chiamata è concreto).

**14.733 telefonate sono giunte a Telefono Speciale
dall'avvio del progetto fino al 31-12-2010
(età media 50 anni; 60% donne)**



Il monitoraggio dei suicidi e delle morti solitarie

Conclusi con successo i primi 18 mesi di sperimentazione, il DSM che conduce il progetto per l'Azienda Sanitaria, intraprende un altro passo indispensabile a garantire l'efficacia del programma di prevenzione, dotandosi di un nuovo strumento di lavoro. Viene così istituito un Osservatorio per il monitoraggio dei suicidi e delle morti solitarie.

Collegandosi alle precedenti indagini della Clinica psichiatrica universitaria, a partire dal gennaio 1999 il DSM avvia quindi un monitoraggio sistematico dei suicidi, in collaborazione con l'Istituto di medicina legale, la Polizia di Stato, la Procura della Repubblica presso il tribunale locale e gli Uffici anagrafe dei 6 Comuni della provincia. Il coordinamento è semplificato dalla situazione, per certi versi privilegiata, della provincia triestina che, per le sue ridotte dimensioni, si caratterizza come una sorta di "laboratorio naturale" dove le informazioni rilevanti si concentrano in pochi enti.

L'Osservatorio così istituito inizia a fornire un rapporto trimestrale con i dati principali sull'andamento dei suicidi (numero e circostanze) e viene trasmesso ai responsabili dei principali enti coinvolti, nel rispetto

delle norme sulla privacy vigenti. Un Osservatorio analogo inizia a tenere sotto osservazione le morti solitarie a Trieste.

Il rilevamento costante dei suicidi così condotto permette ai servizi sanitari e sociali triestini di avere dati molto più precisi e aggiornati di quelli dell'ISTAT, gravati molto spesso da imprecisioni che vanno a penalizzare i programmi di prevenzione promossi dallo stesso Ministero della salute in accordo con i piani sanitari nazionali e le raccomandazioni dell'OMS.

Il monitoraggio dei suicidi a Trieste

I tassi di suicidio negli ultimi 20 anni



Ne sono una dimostrazione i dati ISTAT sulla «vita rifiutata» nel 2000 in Italia, pubblicati dal “Sole 24 ore”, che restituiscono un quadro non solo inaffidabile ma del tutto impreciso. La prima cosa che nel rapporto dell'autorevole quotidiano salta all'occhio, è l'accorpamento dei suicidi compiuti e di quelli tentati. I due fenomeni rimandano a due aree di senso, per quanto vicine, in sostanza molto differenti tra loro. Accorpare i numeri riguardanti due fenomeni così distinti produce

pertanto un dato fuorviante, che di fatto non presenta alcun tipo di credibilità nella comprensione della qualità di vita. Ciò a maggior ragione se si considera che entrambi i fenomeni, suicidio e tentato suicidio, sono tuttora, e ovunque, fortemente sottostimati.

Come è noto dalla letteratura internazionale, la rilevazione di un fenomeno tanto delicato è sempre stata ritenuta passibile di errore, non facilmente confrontabile e difettuale, cioè minore del reale a causa dell'incertezza e dell'incompletezza dei dati ufficiali, non ugualmente registrati nei vari paesi e nelle singole strutture. Spesso (ma a Trieste non è mai avvenuto) un suicidio non viene denunciato come tale per il timore dello stigma sociale, morale o religioso che ancora colpisce sia chi mette in atto un comportamento suicidario sia i suoi familiari. In molti casi (per esempio in alcuni decessi per overdose, incidente stradale, sovradosaggio di farmaci etc.) risulta oggettivamente difficile, al medico di medicina generale che constata il decesso e denuncia la causa di morte, stabilire se si tratta di suicidio oppure di un decesso da causa violenta accidentale.

Se la registrazione dei suicidi fa fatica a soggiacere alle necessarie procedure legali che dovrebbero rilevare dati cogenti e attendibili, la registrazione dei tentati suicidi è del tutto affidata al caso. Il dato si desume infatti dalle diagnosi di dimissione dei reparti di pronto soccorso, che spesso occultano il vero motivo del ricovero. La totale inattendibilità dei dati sui tentati suicidi rende quindi ancora più insensato l'accorpamento dei due fenomeni in un unico tasso cumulativo.

E ancora: il rapporto tra il numero dei suicidi e quello dei tentati suicidi non è quello che si evince dai dati ISTAT. Da rilevamenti fatti dal DSM presso l'Ufficio statistiche giudiziarie dell'ISTAT di Trieste, risulta che il numero dei tentati suicidi è sempre uguale o appena superiore al numero dei suicidi. Questo dato è in contrasto stridente con quanto emerge dalla letteratura internazionale e dal lavoro dell'Osservatorio triestino, dove si conferma sempre il rapporto di 1 a 7 (fino a 10).

Una campagna di comunicazione sociale permanente e iterata

La questione del suicidio è da sempre tra le più delicate e scabrose. È risaputo che fino agli inizi del Novecento nella parte di mondo cristiana e cattolica i suicidi, come del resto altri “peccatori” quali le persone non battezzate e i teatranti venivano sepolti in terra sconsecrata. È scientificamente comprovato come un solo suicidio colpisca emotivamente e in maniera molto profonda almeno altre 6 persone prossime a chi lo ha compiuto, e se si verifica in una comunità organizzata, una scuola, un luogo di lavoro o un carcere per esempio, può avere ripercussioni su centinaia di persone. L'impatto di una scelta così tragica e a senso unico è così devastante, che comportamenti di emulazione possono essere indotti persino da “esempi” che non abitano nella realtà, bensì nella finzione di romanzi. Non di rado veri e propri capolavori della letteratura, dove si racconta un suicidio attribuendogli, magari del tutto involontariamente, il significato e la valenza di un gesto eroico nella sua accezione più romantica.

Tralasciando quel genere che ha testualmente elogiato il gesto del suicidio come unica scelta a fronte di vissuti inaccettabili (si pensi al famosissimo e disperatissimo “Levar la mano su di sé” di Jean Améry, sopravvissuto agli orrori di Auschwitz e morto suicida 33 anni dopo), basterà citare il caso di uno dei maggiori scrittori di tutti i tempi di cui tutto si può dire tranne che fosse un pessimista rinunciatario. Ci si riferisce a Goethe e al suo celeberrimo romanzo epistolare “I dolori del giovane Werther” del 1774, un libro di grande respiro etico e umano il cui straordinario successo fu tuttavia anche pretesto di non poche funeste imitazioni. Lo stesso Goethe assistette al recupero del corpo di una ragazza suicidatasi a Weimar con in tasca il romanzo. Condotte imitative come queste oggi si dicono “effetto Werther” per l'appunto. Numerosi studi e ricerche dimostrano la correlazione tra notizie riportate da TV e giornali (ma anche Internet) inerenti il suicidio e l'aumento di questo fenomeno nel periodo immediatamente successivo e soprattutto tra le persone giovani. Gli esperti ritengono che non siano le notizie sui suicidi di per sé a colpire le persone già vulnerabili e per certi versi più “predisposte”, bensì alcune modalità di riportare le noti-

zie. La questione non è se dare o non dare la notizia di un suicidio, bensì come darla. Il ruolo dei Mass Media nella prevenzione del suicidio sembra essere quindi non meno determinante di altri fattori sociali, quali la famiglia, la scuola, le strutture sanitarie e la comunità nel suo insieme.

Per tutte queste ragioni, già a partire dal 1996 l'OMS e le Nazioni Unite nel consigliare alle singole nazioni di attuare programmi di prevenzione del suicidio con strategie mirate ad ampio raggio, rilevavano l'im-

portanza di «incoraggiare un'informazione responsabile da parte dei Media» tramite opportune e ripetute campagne di comunicazione sociale. Adottando le raccomandazioni dell'OMS per modellarle sulle specifiche esigenze del territorio, nell'ottica del «Pensare globalmente, pianificare nazionalmente, agire localmente», Amalia-Telefono Speciale conduce, fin dagli esordi, una campagna di comunicazione sociale permanente e

Campagna 2007
Bilingue italiano sloveno

perché qualcuno può aver bisogno di te	perché la vita è bella	perché tutti sbagliamo	perché con te il senso di te non è la stessa cosa	perché la vita è una festa
perché hai fatto il tempo che vuoi	perché ogni momento è buono per ricominciare	NON FARLO	perché sognare è gratis	perché farlo può cambiare la tua identità
perché il numero 11 non porta sfortuna	perché qualcuno crede in te		perché le foglie secche cadono da sé	perché il destino si realizza
perché nessuno è nato al mondo	perché il passato è passato	perché il futuro non esiste ancora	perché chi chi canta è sempre	
Prima di tagliare i fili con il mondo attaccati al telefono <small>prevenzione suicida alla radice</small>				
ker te lahko kdo potrebuje	ker je življenje lepo	ker smo vsi zmotljivi	ker ni vseeno, če si zveš ali ne	ker je življenje vedno zabavno
ker te čas nikamor ne prežga	ker je vsak trenutek pravi čas za novo začetek	TEGA NIKAR	ker so sanje brezplačne	ker se lahko vse v življenju spremeni
ker človek nikoli ne rodi prirojen	ker preteklo je preteklo	ker se naša prihodnost nikoli ne bo zgodila, če ne bomo živeli	ker se vedno lahko naučimo kaj novega	ker se življenje vedno spreminja
ker nihče ni rojen srečen	ker je preteklost že za nami	ker prihodnost ne bo postala naša življenjska resničnost	ker videti je, kar je stvar	
Preden izklopiš, dvigni slušalko <small>preveniš tveganje za samomor</small>				

iterata che si svolge su due versanti. Da un lato si promuovono azioni di informazione e sensibilizzazione della cittadinanza, con produzione di strumenti divulgativi di varia natura (manifesti, opuscoli, manuali, articoli e interventi sui mass media locali e nazionali, spot radio e video, installazioni ambientali etc.); dall'altro si promuovono azioni di

La speranza in rete

È un dato di fatto che oggi, a distanza di 13 anni, a Trieste i suicidi e le morti solitarie sono in significativo calo. Il tasso dei suicidi si è dimezzato, mentre il numero delle morti solitarie si è drasticamente

Il calo dei tassi di suicidio a Trieste 1990-2010

ANNO	TASSO	MEDIA
1990	30,54	25,49
1991	24,08	
1992	33,53	
1993	23,43	
1994	20,19	
1995	22,52	
1996	24,14	
1997	18,13	18,59
1998	22,89	
1999	17,27	
2000	19,03	
2001	17,92	
2002	17,22	
2003	17,71	
2004	11,61	13,08
2005	10,77	
2006	14,98	
2007	12,51	
2008	15,02	
2009	13,35	
2010	13,35	

ridotto con episodi sporadici legati per lo più a problematiche di povertà e isolamento sociale estremi.

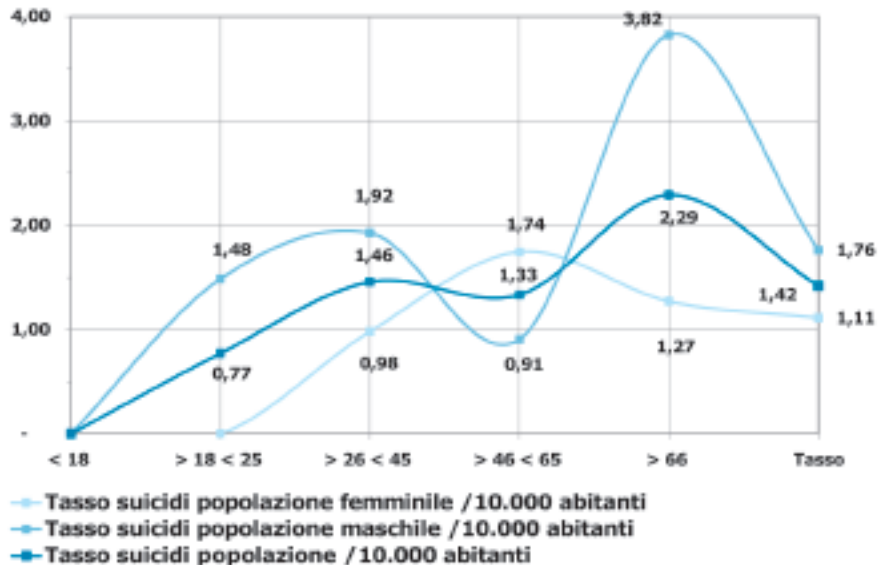
Anche l'anno 2010 ha confermato il trend di questo ultimo decennio, con un tasso di 13,35 suicidi per 100.000 abitanti (lo stesso del 2009), pari a 32 persone che si sono tolte la vita, di cui 18 uomini e 14 donne, a differenza del 2009, quando le donne erano 9 e gli uomini ben 23. Osservando il fenomeno dal punto di vista dell'età, si nota come nel 2009, 10 delle persone che si sono date la morte avevano oltre i 66 anni di età (5 donne e 5 uomini), e nel 2010 nella medesima fascia di età si sono contati 11 suicidi (5 donne e 6 uomini). La terza età rimane quella più a rischio, anche se dall'inizio del programma di prevenzione si è assistito a una progressiva contrazione del numero di suicidi degli anziani sopra i 66 anni, a segnare una evidente utile presenza dei servizi di prossimità.

In conclusione, se nella provincia di Trieste il fenomeno si è notevolmente ridimensionato, lo si deve in buona misura

alle politiche all'Azienda per i Servizi Sanitari triestina che da oltre 30 anni sta promuovendo un sistema di salute che privilegia fortemente il lavoro in rete e la promozione di servizi di prossimità. A iniziare dai Distretti Sanitari, i Centri di Salute Mentale, le Unità Operative dei

Servizi sociali, fino a iniziative di socialità quali Habitat, le Microaree e “Una città per vicino”, senza dimenticare il recentissimo progetto “Qualcosa non va?” che ha istituito Presidi Distrettuali di Salute Mentale per fronteggiare il fenomeno del disagio diffuso, con 4 punti di accoglienza per problematiche specifiche. Tutto ciò va a produrre e moltiplicare risposte, interventi, opportunità, sottraendo sempre più persone a quella realtà parallela di solitudini, di abbandoni, di privazioni che può portare a scelte estreme e tragiche.

I tassi di suicidio per genere e fasce di età nel 2010



AMALIA-TELEFONO SPECIALE

punti di forza

integrazione dei servizi
osservazione del fenomeno
comunicazione sociale
formazione costante

Non voglio interferire con la vita degli altri, ma voglio proporre delle alternative se la vita è diventata insopportabile per qualcuno.

Arto Paasilinna

CIÒ CHE CONTA È GUADAGNARE TEMPO quando una telefonata salva una vita

Fin dagli esordi, il programma di prevenzione Telefono Speciale e gli operatori sociosanitari che a vario titolo lo conducono, hanno scommesso su quel curioso principio della Teoria del Caos noto come “Effetto farfalla”. Secondo il quale un battito d’ali di una farfalla a Pechino oggi, può scatenare, tra un mese, un temporale a New York. O, in termini più scientifici, «piccole variazioni nelle condizioni iniziali producono grandi variazioni nel comportamento a lungo termine di un sistema».

L’episodio che raccontiamo di seguito e che ha visto come protagonisti un operatore della Centrale telefonica 24 ore su 24 di Televita/numero verde di Telefono Speciale e il signor Gianni, un uomo che una sera si è rivolto al numero verde perché intenzionato a farla finita, è la prova concreta di quanto ciò sia vero. Un esempio di come tanti minuscoli, apparentemente insignificanti gesti, possano modificare una situazione che si direbbe disperata, senza via d’uscita. Ma anche un esempio di quella capacità di ascolto attento e partecipe, propriamente empatico, da cui un programma di prevenzione non può prescindere e che va esercitato e coltivato in ogni sua modalità, da ciascuno dei suoi molteplici attori. Un esempio, infine, di che cosa voglia dire “fare insieme”, comunicare e interagire in rete per offrire continuità e varietà di risposte efficaci. E di quanto sia indispensabile investire nella formazione di operatori competenti e qualificati, promuovendo nel contempo un cambiamento culturale che educi l’intera comunità a modelli di partecipazione più felici.

La testimonianza di un operatore del numero verde di Telefono Speciale

Ore 19:20. Squilla il Telefono Speciale. Dall’altro capo della linea un’operatrice del 118 mi chiede se sta parlando con il numero della prevenzione dei suicidi. Rispondo affermativamente e chiedo il

motivo della chiamata. Mi spiega che sull'altra linea ha un signore con intenzioni suicide e chiede se me lo può passare. Un po' stupito esprimo le mie perplessità circa il fatto che il 118 chiami noi di Telefono Speciale e non il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura come richiederebbe la prassi, ma in ogni caso accetto di parlare con il signore. Quando però viene effettuato il trasferimento di chiamata, nessuno mi risponde. Richiamo il 118 e spiego che la linea è caduta, invitando gli operatori a fornire al signore il numero verde di Telefono Speciale qualora dovesse richiamare.

Sono le ore 19:35, Telefono Speciale squilla di nuovo. È il signore che aveva chiamato il 118. Si presenta come Gianni, dice di avere 45 anni. Mi presento a mia volta. Prende così a raccontarmi la sua vita, piange e si dispera e mi pone la domanda se sia il caso di uccidersi «fregandosene di tutti» o, se per evitare di fare soffrire le persone che ha intorno, deve continuare a soffrire e «morire dentro». Il signor Gianni è estremamente lucido, parla di suicidio in maniera calcolata e inoltre ha una proprietà di linguaggio fuori dal comune. La conversazione si presenta fin da subito difficile nel senso che le motivazioni che lo spingono non sono molto "contestabili" e offrirgli un "differente punto di vista" è piuttosto arduo.

A peggiorare le cose, anche il fatto che il signore analizza con freddezza lucidità i vari motivi per cui un gesto estremo sarebbe risolutivo. Continuando a parlare vengo a scoprire altri dettagli. Il signor Gianni considera la sua vita fallimentare in quanto ha alle spalle due matrimoni falliti, da cui sono nati due figli. Con uno di questi convive, ora ha 20 anni ma i rapporti sono un po' tesi, niente di particolare ma comunque tesi.

La telefonata si interrompe una prima volta alle ore 20:06, dice che ha una chiamata in arrivo e chiede se può ricontattarmi. Ovviamente rispondo di sì.

Poco dopo aver chiuso la telefonata con il signor Gianni, mi richiama l'operatrice del 118. È piuttosto preoccupata e mi chiede informazioni. Non ho molto da riferire, la metto però al corrente del fatto che il signore mi sembra seriamente intenzionato a farla finita, che dice di essere armato, e la collega mi risponde che da un controllo incrociato hanno reperito il numero del cellulare dell'uomo.

Non perdo altro tempo e chiamo immediatamente il 113. Riferisco al collega delle Forze dell'Ordine ogni aspetto della vicenda e gli chiedo di attivarsi per risalire all'intestatario del numero di cellulare. Una volta avviata la procedura per un pronto intervento, rimango in attesa che il signor Gianni mi ricontatti. Finalmente, dopo una decina di minuti richiama. Nel contempo dispongo affinché il collega che mi affianca alla Centrale telefonica 24 ore su 24 Televita, chiami il 113 per informarli che io sono di nuovo in linea con il signor Gianni.

Dopo parecchi minuti le Forze dell'Ordine riescono a individuare gli estremi del signor Gianni. Nel frattempo io cerco di trattenerlo al telefono il più possibile, cerco di farlo ragionare in ogni modo ma l'uomo è tremendamente determinato.

Insisto comunque e così facendo riesco a guadagnare del tempo, o almeno lo spero. A un certo punto il signor Gianni dice che siccome non riesce a prendere una decisione, affiderà il suo destino a Dio: partirà per un'avventura estremamente pericolosa e se non ne uscirà vivo, almeno i suoi figli potranno usufruire dell'assicurazione sulla vita. Cerco in tutti i modi di dissuaderlo con ogni argomentazione che mi viene in mente, ciò che conta è guadagnare tempo. Devo a tutti i costi guadagnare tempo.

Di punto in bianco, con toni estremamente gentili e pacati, mi ringrazia per la disponibilità aggiungendo che è stato un vero piacere parlarmi e aver trovato qualcuno che lo abbia ascoltato. Dice che ora sa quello che deve fare e mi saluta, non concedendomi più altro tempo per proseguire il colloquio. Non mi resta che congedarmi da lui, augurandogli che possa trovare ciò che sta cercando.

Conclusa la telefonata con il signor Gianni, richiamo all'istante le Forze dell'Ordine. Comunico loro ogni minimo dettaglio della conversazione, mi rassicurano che stanno andando sul posto assieme al 118. Ringrazio, ma ricordo loro ancora una volta che il signor Gianni mi ha detto di essere armato.

Ore 22:04. Ricevo una chiamata dalla Questura. Mi dicono che la situazione, pur restando preoccupante, è sotto controllo. Mi dispiace per il signor Gianni ma almeno so che ora i sanitari sono con lui e se ne possono occupare.

Tutto si è risolto per il meglio

Quella stessa sera, come raccontato dall'operatore telefonico della Centrale Televita, il signor Gianni è stato visitato dal medico di guardia del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) presso l'Ospedale cittadino. Dopo essersi accertato che l'emergenza era rientrata, ha dimesso il signore che è tornato a casa sua. Il medico dello SPDC ha poi segnalato il caso ai colleghi del Centro di Salute Mentale di riferimento, che l'indomani stesso hanno contattato l'uomo fissando un colloquio e predisponendo un'eventuale presa in carico. Dal colloquio è emerso che quella sera il signor Gianni si era sentito molto solo, in preda a una crisi importante ma fortunatamente passeggera, e che parlare con l'operatore di Telefono Speciale lo ha sollevato al punto di ritrovare la forza d'animo per riprendere in mano i suoi progetti di vita. In poco tempo è riuscito a ristabilire i rapporti con i familiari e in particolare con la sua attuale compagna, che ha raggiunto in un'altra città dove ha anche avviato una nuova attività lavorativa.

Tutto quindi si è risolto per il meglio, ma qualora dovessero verificarsi altri momenti di sconforto, il signor Gianni sa di non essere solo. Adesso sa a chi rivolgersi per chiedere sostegno, fatto che – come egli stesso ha detto agli operatori dei servizi di salute mentale – lo rassicura.

DALLA CAMPAGNA **“366 motivi per non farlo/tega nikar”**

NON FARLO

perché è normale pensarlo
perché con te o senza di te non è la stessa cosa
perché ricomincio da ora in poi
perché la vita è una sola
perché hai tutto il tempo che vuoi
perché qualcuno può aver bisogno di te
perché il passato è passato
perché il futuro non esiste ancora
perché ciò che conta è adesso
perché ogni momento è buono per ricominciare
perché nessuno è irrecuperabile
perché tutti sbagliamo
perché la vita è bella
perché sognare è gratis
perché i desideri si realizzano
perché nessuno è solo al mondo
perché l'inverno si trasforma sempre in primavera
perché le foglie secche cadono da sé
perché si può sperare senza speranza
perché un giorno di vita vale più di tutti i tesori
perché “se pol”
perché più buia è la notte, più vicina è l'alba
perché chi cade al suolo si rialza appoggiandosi al suolo
perché gli angeli esistono



perché si può produrre il fuoco da una pietra focaia raccolta sul fondo
del fiume
perché qualcuno crede in te
perché tutto parte da una decisione
perché se non ci credi tu, qualcuno crederà per te
perché l'impossibile può diventare possibile
perché il sole splende oltre le nuvole
perché una sola vita vale più di tutto l'universo
perché la cioccolata è buona
perché anche un orologio fermo segna l'ora esatta due volte al giorno
perché il meglio deve ancora venire
perché potresti invitarmi a ballare
perché le nuvole passano
perché una candela può illuminare un luogo rimasto al buio per millenni
perché un viaggio di mille miglia inizia dal primo passo
perché tutto ti può insegnare qualcosa
perché siamo nati per essere felici
perché il fiore di loto spunta nel fango
perché a un grande male segue sempre un grande bene
perché i tigli hanno un buon profumo
perché "no xe un mal che no sia un ben"
perché il bucanëve non spunta in autunno
perché sei forte e non lo sai
perché butta il cuore oltre l'ostacolo

**«QUALCOSA NON VA?»
Presidi Distrettuali di Salute Mentale
per affrontare il disagio diffuso**

Il disagio diffuso in generale

Ansia, depressione, insonnia, attacchi di panico, abuso di alcolici o di psicofarmaci, bulimia, anoressia. Sono soltanto alcune delle manifestazioni del cosiddetto disagio diffuso (“common mental disorders” o “disturbi mentali comuni” in linguaggio specialistico).

Il disagio diffuso colpisce circa il 20% della popolazione generale e rappresenta circa il 30% della domanda nell’area delle Cure Primarie. Oltre a contribuire al carico globale delle malattie nel mondo, influisce profondamente sulla qualità della vita degli individui.

Molteplici sono i determinanti sociali e/o fattori di rischio che possono determinarne l’esordio e l’esito: esposizione a conflitti, povertà, basso livello d’istruzione, violenza di genere, fumo, problemi di salute cronici come disabilità fisiche, cardiopatie, diabete e altre malattie non trasmissibili, problemi della sfera riproduttiva, eventi di vita stressanti quali lutti, licenziamenti, emigrazione.

77

Come affrontare il disagio diffuso: le linee guida dell’OMS

A fronte della disponibilità di interventi semplici e costo-efficaci resta alta la soglia d’accesso alle cure e il conseguente gap di trattamento rispetto al bisogno inespresso che si accompagna al disagio diffuso. Non serve tuttavia - neanche nei paesi a più alto reddito - cercare le risposte nei servizi specialistici, contrassegnati ancora da stigma in tutti i paesi e in tutte le culture. Di gran lunga più accettabile, accessibile, economico ed efficace, rispetto alle cure offerte in ambito specialistico, è cercare le risposte nell’ambito delle Cure Primarie.

A tale proposito, le linee guida dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) raccomandano:

- investimenti formativi appropriati per tutte le figure professionali

operanti nell'ambito delle Cure Primarie, centrati su identificazione e trattamento dei disturbi mentali;

- legame stretto delle Cure Primarie con i Servizi di Salute Mentale territoriali;
- supervisione regolare, per discutere problemi e prestare consulenze, offerta in modo continuativo dai Servizi di Salute Mentale onde evitare un alto numero di invii per problemi anche di minore entità.

La provincia di Trieste e il disagio diffuso

Negli ultimi anni un aumento significativo di domande di presa in carico

Negli ultimi anni i Medici di Medicina Generale, i Servizi di Salute Mentale e il Consultorio Familiare hanno registrato, nella Provincia di Trieste, un aumento significativo di domande e conseguenti percorsi di presa in carico di cittadini con disagio diffuso. Ovvero situazioni di difficoltà legate a eventi traumatici quali violenze e conflitti intrafamiliari, abusi, molestie e maltrattamenti gravi, lutti, separazioni, malattie severe ma anche a difficoltà economiche, abitative, lavorative, di integrazione. Motivazioni che spesso si traducono in disturbi depressivi, del comportamento alimentare, attacchi di panico, disturbi di personalità, ma anche insonnia, sintomi psicosomatici, abuso alcolico (specie nelle donne) e di psicofarmaci.

2009: oltre il 37% di cittadini con disagio diffuso si sono rivolti al DSM

Soltanto nel 2009, dei 4.458 cittadini appartenenti a tutte le fasce di età che si sono rivolti ai Servizi di Salute Mentale del DSM/ASS n°1 Triestina, 1.659 (37,21%) presentavano problemi legati al disagio diffuso, con una netta prevalenza di donne (63,41%). Di questi, 742 (44,72%) erano al primo contatto con i Servizi di Salute Mentale, mentre la fascia di età più rappresentata era quella compresa tra i 46 e i 65 anni: 615 (37,07%).

Allo stato attuale il disagio diffuso viene affrontato con trattamenti psicoterapeutici alla lunga insostenibili per i Servizi Sanitari pubblici, sia perché costituiscono un carico di lavoro importante, ma anche per-

ché riduttivi, se non talvolta inappropriati rispetto alla complessità della domanda. Una domanda che evidenzia il grado di malessere del territorio, e al contempo la facilità con cui il disagio dovuto a situazioni relazionali complesse, viene letto in chiave patologica producendo una richiesta, spesso impropria, di intervento specialistico e farmacologico. I modelli di risposta prevalenti sono sostanzialmente due. Il primo, medico farmacologico, induce un consumo e un abuso di farmaci ansiolitici e antidepressivi che finiscono per essere causa di ulteriori e più gravi disagi, oltre che di ingente spesa per le aziende sanitarie e i cittadini. Il secondo, psicologico/psicoterapeutico, induce una domanda indifferenziata di sostegno che, a fronte della insostenibilità del carico da parte dei Servizi pubblici o privati accreditati, ha già prodotto un mercato selvaggio di pratiche “psi” di dubbia utilità se non dannose.

La necessità di percorsi innovativi

Il Servizio Sanitario pubblico non può tuttavia trascurare questo tipo di domanda. A partire da un’analisi più dettagliata della stessa, condotta dai diversi attori presenti nell’area, deve individuare percorsi innovativi e sperimentali in grado di prevenire l’evoluzione in patologie più gravi. Promuovendo nel contempo un cambiamento culturale che coinvolga la comunità a modalità responsabili di partecipazione.

79

Strategia generale

Sulla base degli scenari di evoluzione del bisogno e delle criticità evidenziate, sono state identificate le aree su cui centrare l’attività dei Servizi sul target di riferimento:

- potenziare le azioni di sviluppo di comunità;
- migliorare l’accessibilità;
- migliorare la continuità dell’assistenza, in particolare tra l’IRCCS “Burlo Garofolo” e Distretto;
- realizzare l’integrazione socio sanitaria;
- agire sul bisogno inespresso;
- migliorare la capacità di valutazione e di progettazione della risposta ai bisogni (équipe multidisciplinari, Unità di Valutazione Distrettuale, progetti personalizzati con identificazione del case manager);

- migliorare la qualità degli interventi sanitari territoriali;
- sviluppare la programmazione distrettuale integrata relativa a bambini, adolescenti, donne e famiglie;
- potenziare i servizi e gli interventi domiciliari a favore di bambini, adolescenti e famiglie, coinvolgendo i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta, il privato sociale, la cittadinanza attiva per contrastare l'istituzionalizzazione;
- integrare l'azione dei Servizi Sanitari con i servizi e le risorse della comunità.

Tali azioni possono efficacemente raggiungere obiettivi di salute e benessere solo se, oltre a ri-orientare i Servizi a un ruolo pro-attivo, si possa di pari passo pianificare azioni di integrazione tra le competenze sanitarie e socioassistenziali dei Comuni non solo per la definizione di “chi fa cosa” ma anche per realizzare strategie di sviluppo di comunità.

«QUALCOSA NON VA?» Presidi Distrettuali per la presa in carico del disagio diffuso

Un sistema integrato tra Cure Primarie e Servizi di Salute Mentale

Il progetto “Qualcosa non va” è teso a favorire lo sviluppo di un sistema integrato tra Cure Primarie e Servizi di Salute Mentale attraverso il miglioramento della comunicazione bilaterale e la crescita delle competenze dei Medici di Medicina Generale e degli stessi Servizi di Salute Mentale, tramite una continuativa interazione tra i due ambiti. Il Progetto nasce dalla considerazione che sussistano latenze di trattamento e tempi di attesa per valutazioni e visite psichiatriche su prescrizione del MMG, da imputare alla non chiarezza di canali di invio ai CSM e alla mancanza di criteri uniformi e di luoghi alternativi alle sedi dei CSM, ritenute a volte eccessivamente connotate specie alla prima visita. Viene peraltro rilevata, da parte dei MMG, l'inopportunità di proseguire l'invio a neurologi convenzionati di situazioni inerenti al disagio diffuso.

In considerazione altresì del ridisegno delle modalità di integrazione tra Cure Primarie e Servizi di Salute Mentale a livello locale e regionale,

l'obiettivo è la creazione di un canale chiaro e definito di invio da parte del MMG alla valutazione e consulenza psichiatrica del Servizio di Salute Mentale del territorio di competenza del paziente, in modo da facilitare l'eventuale successiva presa in carico. Il Presidio va considerato un'estensione del CSM e non rappresenta una sede separata dedicata al trattamento del disagio diffuso.

È prevista una fase di sperimentazione di 5 mesi con l'impiego di risorse aggiuntive regionali. Successivamente si definirà la modalità di prosecuzione dell'attività nel corso 2011.

Quattro punti di accoglienza per problematiche specifiche

Saranno inoltre aperti 4 punti di accoglienza in ambito distrettuale per una prima valutazione e orientamento circa problematiche specifiche afferenti a Progetti speciali, senza definizione di competenza territoriale, quali:

disturbi del comportamento alimentare (DCA): destinato a cittadini con disturbi quali anoressia nervosa, bulimia, disturbi di alimentazione incontrollata (binge eating syndrome), obesità e che necessitano di consulenze, supporto psicologico e farmacologico, educazione nutrizionale, sostegno di gruppo, supporto alle famiglie;

disagio di genere (Progetto Donna Salute Mentale): attenzione specifica alle donne con disagio/disturbo mentale o a rischio per situazioni problematiche e di particolare fragilità, in special modo passaggi fisiologici nell'arco della vita della donna, se accompagnati a disagio e problemi psichici (adolescenza, gravidanza a rischio, interruzione di gravidanza, diritto di scelta della maternità, menopausa); attivazione di percorsi mirati e integrati di rete tra programmi e servizi più specificamente indirizzati (DCA, grave disagio dovuto a lutti/separazioni, violenza, carcere, carico familiare); successiva facilitazione all'accesso, ove necessario, al CSM e più in generale ai Servizi, nonché alla rete di associazioni coinvolte;

disagio diffuso e transculturalità: dedicato a cittadini stranieri temporaneamente domiciliati a Trieste per motivi diversi che presentino condizioni di disagio psichico e che, dopo una prima visita, possono essere messi in contatto, se necessario, col circuito dei Servizi territoriali;



giovani dai 18 ai 25 anni a rischio di disturbo mentale (Progetto “Qualcosa è cambiato?” per la prevenzione e l'intervento precoce nella psicosi in adolescenti e giovani adulti): cittadini giovani che presentano non unicamente condizioni di disagio ma già sintomi psichiatrici, anche se aspecifici o sottosoglia (insonnia, ansia, isolamento sociale, marcato calo del funzionamento sociale con rifiuto e/o abbandono scolastico, difficoltà comunicative gravi in famiglia), per una valutazione psichiatrica che, se necessario, attiverà i servizi distrettuali e del DSM coinvolti e coordinati nel Progetto stesso per successive valutazioni o per presa in carico.

MODALITÀ DI INVIO ai servizi del Dipartimento di Salute Mentale

L'invio ai servizi di salute mentale potrà avvenire secondo due modalità:

A) invio diretto al Centro di Salute Mentale (CSM)

B) invio al Presidio Distrettuale di Salute Mentale

È opportuno che in ogni caso il medico di medicina generale compili una prescrizione di invio, su cui il dirigente medico o psicologo del CSM risponderà con la sua valutazione e che poi provvederà a recapitare.

A) invio diretto al Centro di Salute Mentale

Tutti i 4 CSM accolgono richieste di visita, anche urgenti, che vengono di norma espletate in giornata - ogni giorno dalle h 8 alle h 20 esclusa la domenica e i giorni festivi (quando è attivo il medico reperibile dipartimentale presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura/SPDC).

Al CSM la persona può essere inviata direttamente:

- preferibilmente tramite contatto telefonico del medico di medicina generale con il CSM di competenza territoriale, riferendosi alla residenza o al domicilio della persona (vedi stradario o sul sito internet www.ass1.sanita.fvg.it). Risponderà l'operatore in accoglienza del CSM che raccoglierà i primi dati. Il medico verrà richiamato da un dirigente medico o psicologo nel più breve tempo possibile e comunque in giornata;

- indicando alla persona interessata il CSM di competenza territoriale e fornendone i recapiti. La persona prende da sé l'appuntamento telefonando o recandosi al CSM.

B) invio al Presidio Distrettuale di Salute Mentale

Il Presidio Distrettuale di Salute Mentale è sede per una valutazione da parte del servizio di salute mentale su invio della persona da parte del medico di medicina generale o da altri professionisti, anche distrettuali. La persona sarà visitata da un medico psichiatra o da uno psicologo del Dipartimento di Salute Mentale (DSM).

La valutazione potrà richiedere anche più di un incontro e un approccio multidisciplinare, e si concluderà con un rinvio al medico di medicina generale con consiglio terapeutico o con una presa in carico da parte del Centro di Salute Mentale

La persona dovrà essere inviata con impegnativa che indichi «visita specialistica presidio distrettuale di salute mentale» indicando che dovrà prendere l'appuntamento, per motivi di riservatezza, tramite call center: prenotazione telefonica allo 040-6702011 dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 17.00.

Per specifiche problematiche o progetti speciali si indica il nome del progetto sull'impegnativa.



GUIDA ESSENZIALE ai servizi sociali e sanitari del territorio di Trieste

L'Azienda per i Servizi Sanitari della provincia di Trieste opera attraverso 4 Distretti, integrati con le Unità Operative territoriali dei Comuni per funzioni socio sanitarie.

È opportuno che il cittadino si rivolga al Distretto del suo territorio per ricevere al meglio le prestazioni richieste o le indicazioni più appropriate. Anche la persona che vive una condizione di disagio, tanto da rischiare di non farcela, può (e deve) contattare uno dei servizi sociali e/o sanitari dell'area in cui vive.

Anche il medico di medicina generale può (e deve) chiedere informazioni e indicazioni per organizzare meglio la presa in carico proprio di quelle persone che, non presentando una malattia conclamata ma una diffusa condizione di disagio o sofferenza, rischiano di più.



DISTRETTO 1

Punto informativo Distretto: tel. 040 399 7835 - fax 040 399 7837

Centro di Salute Mentale di Barcola e Aurisina: tel. 040 411 452 - 040 411 586

Unità Operativa Territoriale n. 1 del Comune di Trieste

Segreteria e Informazioni Sociali: tel. 040 419 4512 - fax 040 449 26

Sedi

Via Lionello Stock 2, 34135 Trieste

Via di Prosecco 28/a, 34151 Opicina (TS)

Aurisina 108/d, 34011 Duino Aurisina (TS)

DISTRETTO 2

Punto informativo Distretto: tel. 040 399 2962 - fax. 040 399 2961

Centro di Salute Mentale della Maddalena: tel. 040 399 5730 - 040 399 5737

Unità Operativa Territoriale n.2 del Comune di Trieste

Segreteria e Informazioni Sociali: tel. 040 675 8640 - fax 040 322 6386

Sedi

Via della Pietà 2/1 - ingresso B, 34129 Trieste

Via del Farneto 3, 34142 Trieste

Via del Muraglione 1, 34137 Trieste

Campo San Giacomo 13/a, 34137 Trieste

Via San Marco 11, 34144 Trieste

Via A. Vespucci 7/1, 34144 Trieste

DISTRETTO 3

Punto informativo Distretto: tel. 040 399 5827 - 040 399 5823

Centro di Salute Mentale di Domio: tel. 040 282 0039 - 040 282 0024

Unità Operativa Territoriale n. 4 del Comune di Trieste

Segreteria e Informazioni Sociali: tel. 040 389 7211 - fax 040 814 118

Sedi

Via Valmaura 59, 34148 Trieste

Via Puccini 48/50, 34148 Trieste

Via Battisti 6 - ingresso Piazza della Repubblica, 34015 Muggia

Via Matteotti 2/c, 34015 Muggia

DISTRETTO 4

Punto informativo Distretto: tel. 040 399 7454 - 040 399 7449

Centro di Salute Mentale di Via Gambini: tel. 040 399 5745 - 040 399 5742

Unità Operativa Territoriale n. 3 del Comune di Trieste

Segreteria e Informazioni Sociali: tel. 040 6780712 - fax 040 3482337

Sedi

Via G. Sai 7 - Padiglione "S" (Comprensorio di San Giovanni), 34128 Trieste

B I B L I O G R A F I A

Nel testo:

1. A. Loperfido, M. Cannalire, B. Forti, a cura di (2001). Spezzarsi la vita. Il suicidio nella Regione Friuli Venezia Giulia: ricerca-intervento e prevenzione. Tipografia Sartor Srl, Pordenone.
2. World Health Organization (1992). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision. Vol. 1. Ginevra, WHO.
3. J. Angst, F. Angst, H. M. Stossen (1999). Suicide risk in patients with major depressive disorders. *Journal of clinical psychiatry*, 60, suppl. 2: 57 – 62.
4. S. G. Simpson, K. R. Jamison (1999). The risk of suicide in patients with bipolar disorder. *Journal of clinical psychiatry*, 60, suppl. 2: 53 – 56.
5. W. Rutz, L. von Knorring, J. Walinder (1992). Long-term effects of an education programme for general practitioners given by the Swedish Committee for Prevention and Treatment of Depression. *Acta psychiatrica scandinavica*, 85: 83 – 88.
6. M. Schou (1998). The effect of prophylactic lithium treatment on mortality and suicidal behaviour. *Journal of affective disorders*, 50: 253 – 259.
7. P. McGorry (1992). The concept of recovery and secondary prevention in psychotic disorders. *Australian New Zealand Journal Psychiatry* 26: 3 – 17.
8. S. Gupta et al. (1998). Factors associated with suicide attempts among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 10: 1353 – 1355.
9. E. T. Isometsa et al. (1996). Suicide among subjects with personality disorders. *American journal of psychiatry*, 153: 667 – 673.
10. J. C. González Seijo et al. (1997). Poblaciones específicas de alto riesgo (Population groups at high risk.). In: Garcia J. Bobes et al. Eds *Prevenición de las conductas suicidas y parasuicidas. (Prevention of suicidal and parasuicidal behaviours)*. Masson, Barcelona, 69 – 77.
11. World Health Organization. Summary Report, Working Group on Preventive Practices in Suicide and Attempted Suicide (1986). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

12. F. Bertossi (2007-2008). I comportamenti parasuicidari nella provincia di Trieste: analisi comparativa nei periodi 1983-1990 e 2000-2007. Tesi di specializzazione in psichiatria.
13. D. Gunnell, S. Frankel (1999). Prevention of suicide: aspirations and evidences. *British medical journal*, 308: 1227 – 1233.
14. A. T. Beck, M. E. Weishaar (1990). Suicide Risk Assessment and Prediction. In *Crisis* 11/2: 22 – 30.
15. F. De Maria, et al. (1990). Il suicidio a Trieste, *Rivista sperimentale di Freniatria* CXIV, suppl. V, 1148 – 1202.

Generale:

M. Barbagli (2009). *Congedarsi dal mondo*, Il Mulino, Bologna.

D. Belviso, K. Lekovich (2002). *Amalia-Telefono Speciale*. Il primo triennio di un progetto di prevenzione, Confini Impresa Sociale, Trieste.

G. Dell'Acqua, D. Belviso, C. Crusiz, F. Costantinides (2001). Trieste e il suicidio: un progetto di prevenzione. In *Spezzarsi la vita. Il suicidio nella Regione Friuli Venezia Giulia: ricerca-intervento e prevenzione*, 5070. Tipografia Sartor Srl, Pordenone. Una sintesi del lavoro in lingua inglese è stata inviata all'OMS Regione Europa, su esplicita richiesta del programma SUPRE (Suicide Prevention), iniziativa a livello mondiale di prevenzione dei suicidi e di linee guida per specifici gruppi a rischio.

G. Dell'Acqua, D. Belviso, C. Crusiz, A. Oretti (2003). Trieste e il suicidio: un progetto di prevenzione. In *Quaderni italiani di Psichiatria*, vol. XXII.

J. B. Luoma, C. E. Martin, J. L. Pearson (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *American Journal Psychiatry* 159: 909 – 916.

Who Euro Multicentre Study on Parasuicide facts and figures (1999).

Nell'ambito del programma "Amalia-Telefono Speciale" è uscita l'edizione italiana di tre guide dell'OMS per specifici gruppi sociali e professionali:

G. Dell'Acqua, D. Belviso, K. Lekovich, A. Oretti (2004). *Prevenire il Suicidio: linee guida per i medici di medicina generale*, Confini Impresa Sociale, Trieste.

G. Dell'Acqua, D. Belviso, K. Lekovich, A. Oretti (2005). Prevenire il Suicidio: una mappa per gli insegnanti e per coloro che sono coinvolti nell'educazione dei giovani, Confini Impresa Sociale, Trieste.

Amalia-Telefono Speciale. Per un giornalismo della speranza (2008), Stella Arti Grafiche Srl, Trieste.

R I F E R I M E N T I L E G I S L A T I V I

Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000. D.P.R. del 23 luglio 1998.

Piano Sanitario Nazionale per il triennio 2001-2003. D.P.R. del 7 febbraio 2001.

Piano Sanitario Nazionale per il triennio 2003-2005. D.P.R. del 23 maggio 2003.

Progetto Obiettivo “Tutela della Salute mentale” 1998-2000. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana (22-11-1999) n. 274.

Piano Sanitario Regionale 2000-2002. Delibera Giunta Regionale 10-12-1999 n. 3854 – Piano Intervento Medio Termine (PIMT) Regionale per Assistenza Sanitaria e per Aree ad Alta Integrazione Sociosanitaria nel triennio 2000-2002.

Linee di Indirizzo Nazionali per la Salute Mentale del 18-03-2008, Ministero della Salute (www.salute.gov.it).





Amalia® - Telefono Speciale®



Chiamata gratuita 24 ore al giorno

