

La prevenzione del suicidio tra depressione e disagio sociale. Considerazioni di salute pubblica

*The prevention of suicide between depression and social hardship.
Public health considerations*

Barbara D'Avanzo

*Responsabile dell'Unità per la Qualità degli Interventi e la Tutela dei Diritti in Salute Mentale,
IRCCS Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano*

Parole chiave: suicidio, depressione, prevenzione, andamenti temporali

RIASSUNTO

Gli ultimi decenni hanno visto una generale diminuzione dei suicidi soprattutto nei paesi e nelle fasce di età per cui erano riportati tassi più alti, e una certa stabilità nei paesi con tassi meno elevati, con diminuzioni anche nelle donne, sia paesi in cui erano molto alti che in quelli dove erano già bassi e una maggiore stabilità nei giovani maschi. È verosimile che questi andamenti favorevoli, che riguardano anche grandi paesi a basso reddito, siano il prodotto simultaneo di miglioramenti delle condizioni di vita e di interventi più incisivi e più ampiamente condotti, sia a livello di popolazione generale, che di gruppi a rischio e di individui a rischio. Secondo l'OMS il suicidio rappresenta l'incrocio di fattori sociali, culturali e socioeconomici complessi e dello stato di salute mentale dell'individuo, in una relazione in cui entrambi gli aspetti possono essere causali e precipitanti e su questa base indica la necessità di agire su più livelli. Molto rimane da fare, in particolare per essere più efficaci proprio nella rottura del punto di incrocio di fragilità di diversa natura. L'attenzione al rischio di suicidio non si può concentrare solo sui casi di depressione e deve sensibilizzarsi al riconoscimento di altri fattori di rischio e migliorare il riconoscimento del comportamento suicidario in sé. Benché l'epidemiologia del suicidio e quella del tentato suicidio siano simmetriche e non sovrapposte, i fattori di rischio delle due manifestazioni sono gli stessi, e il tentativo di suicidio è a sua volta tra i più importanti fattori di rischio per il suicidio. È quindi importante che interventi specifici per persone che hanno compiuto un gesto autolesivo vengano sviluppati con approcci innovativi in cui si coniughino l'applicazione

Autore per corrispondenza: barbara.davanzo@marionegri.it

di un approccio orientato all'*empowerment* della persona, il fronteggiamento diretto del problema dei fattori precipitanti e stressanti, la componente psicologica, in modo da superare la semplice traduzione del problema nel rapporto terapeutico tra singolo utente e singolo operatore.

Key words: suicide, depression, prevention, temporal trends

SUMMARY

In recent decades suicides rates have declined, particularly in countries and age groups where they were higher, remaining more stable in low rate countries and in young males. It is likely that these favourable trends, involving big low income countries, result from the combination of overall improved life conditions and more effective and more largely implemented actions and interventions at general population, group at risk and individual level. The WHO defines suicidal behaviour as characterized by a complex of individual processes and cultural and social class inputs representing either predisposing and precipitating suicide risks or protective and resiliency factors. In order to act in the junction between different types of frailty, much is to be done. Care and prevention cannot be limited to depression cases and should focus on recognizing other risk factors and suicide behaviour itself. Although the epidemiology of suicides and self-harm are symmetrical and not overlapping, the risk factors are substantially the same, with self-harm being the most important predictive factor of suicide. It is important that specific interventions for individuals who have a self-harm episode or suicide attempt are developed using an innovative approach, in which the person's empowerment and motivation, and the stressing and precipitating factors are addressed, overcoming the simplistic translation of the complexity of the situation into the professional-patient relationship.

Premessa

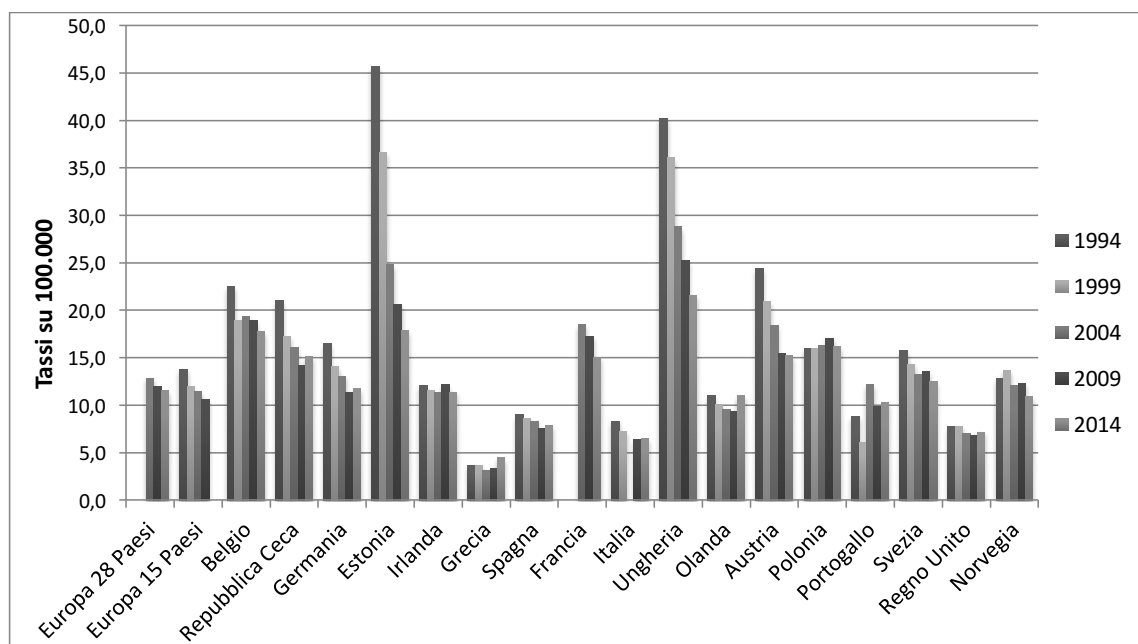
Depressione e suicidio rappresentano temi di salute pubblica preminenti e sentiti, sia per l'impatto in termini di anni di vita e di produttività persi, sia per la sofferenza della persona che ne è colpita e di chi le sta vicino, sia per la forte carica emotiva che entrambi i temi hanno. Vi è molta letteratura scientifica e divulgativa e i media di massa riportano spesso dati e commenti, non sempre chiari e del tutto fondati. Vi sono, in realtà, relazioni complesse, andamenti temporali dei suicidi e della depressione oscillanti e risultati dagli studi di efficacia della prevenzione non conclusivi. Lungi dal pensare di scrivere parole definitive, intendiamo proporre alcune osservazioni su questi temi, riferendoci a contributi recenti significativi. Data l'ampiezza e la complessità del tema, non è possibile presentare qui una revisione delle conoscenze aggiornate sulla epidemiologia dei fenomeni o sull'efficacia degli interventi ad essi rivolti.

Questo articolo rivolge selettivamente, ed arbitrariamente, l'attenzione a: gli andamenti temporali dei suicidi; la relazione tra suicidio e la depressione; le prospettive preventive a livello individuale e di salute pubblica; considerazioni generali di salute pubblica.

Andamenti temporali dei suicidi

Nonostante la percezione comune del fenomeno del suicidio sia caratterizzata da un forte allarme sulla crescita dei casi, spesso enfatizzata dalla comunicazione dei media, gli ultimi

Figura 1- Tassi su 100.000 in paesi europei selezionati tra il 1994 e il 2014 (dati Eurostat)



decenni hanno visto una generale diminuzione dei suicidi soprattutto nei paesi e nelle fasce di età per cui erano riportati tassi più alti, e una certa stabilità nei paesi con tassi meno elevati (1) (Figura 1). Nella maggioranza dei paesi e nei paesi dove erano più prevalenti, quali i paesi dell'Est Europa, l'India, la Cina, la diminuzione è particolarmente marcata. Nonostante questo andamento generale, aumenti si sono registrati, negli ultimi venti anni, negli Stati Uniti, in Brasile e in Sud Africa, con tassi chiaramente in aumento (1). Le diminuzioni si sono osservate anche nelle donne, non solo in paesi, quali India e Cina, in cui erano molto alti, ma anche in paesi dove erano già bassi. Il rapporto fra tassi nei maschi e tassi nelle donne è nettamente più alto nei paesi ad alto reddito, indicando un netto svantaggio degli uomini rispetto alle donne. Nei paesi a medio e basso reddito, ad eccezione dei paesi dell'America Latina, la differenza tra i tassi di suicidio nelle donne e negli uomini è invece più contenuta (1).

In quasi tutto il mondo i tassi più bassi si osservano sotto i 15 anni e i più alti dai 70 anni in su, con enormi variazioni tra queste due classi di età estreme a seconda delle aree. Mentre negli anziani la riduzione è stata molto marcata, nei giovani maschi è stata più modesta.

Il suicidio è la seconda causa di morte nei giovani tra i 15 e i 29 anni nei paesi ad alto reddito, ma questo dato va visto alla luce del fatto che la mortalità per altre cause è bassa in queste classi di età e il suicidio è superato solo dagli incidenti stradali. La posizione relativa del suicidio come causa di morte retrocede all'aumentare dell'importanza di altre cause di morte, e ciò è osservabile sia tra gruppi di età che tra aree del mondo. Ad esem-

pio, il suicidio ha una posizione relativa più bassa nei paesi a medio e basso reddito, dove la mortalità per malattie infettive è ancora molto alta e molto più alta che nei paesi ad alto reddito. La comunicazione sulla posizione relativa delle diverse cause di morte è pertanto fuorviante se non è accompagnata dai tassi e dai numeri assoluti.

In Italia i tassi sono tra i più bassi in Europa e nel mondo (6,3/100.000 nel 2014). Dopo andamenti oscillanti a partire dal 1955, i tassi sono diminuiti decisamente dagli anni '90 (2-4). Come in altri paesi, tuttavia, la diminuzione sembra essersi arrestata dopo il 2009. Le donne italiane hanno tra i tassi più bassi d'Europa e del mondo. I giovani maschi sono quelli che, anche in Italia, rispondono meno ai declini osservati in generale. I maschi tra i 15 e i 44 anni hanno avuto tassi sostanzialmente stabili o in lieve aumento anche in periodi di diminuzioni complessive più marcate (4). È pertanto giustificata la preoccupazione per queste classi di età nei maschi, soprattutto in considerazione della crisi economica che a partire dal 2008 ha colpito molti paesi e il nostro in modo grave.

Un corretto inquadramento epidemiologico è una premessa importante rispetto a qualunque ragionamento preventivo perché all'importanza di un'informazione corretta e aggiornata si associa un'identificazione più accurata dei fattori da considerare nella pianificazione delle strategie preventive. Nella lettura dei dati va tenuto presente che alcune oscillazioni, soprattutto dove i suicidi sono pochi, possono essere dovute proprio ai bassi numeri. È pertanto utile vedere quali sono gli andamenti nel tempo, al di là di variazioni limitate.

Il caso degli Stati Uniti, con i tassi in costante aumento, è stato discusso con riferimento alla crisi economica. L'aumento è stato infatti molto marcato nei giovani adulti con livelli di istruzione non universitari, quindi particolarmente esposti all'andamento del mercato del lavoro. Tuttavia, la differenza dell'impatto della crisi stessa in paesi diversi depone chiaramente a favore di mediatori diversi che contribuiscono a comporre un quadro complesso e mai del tutto replicato nelle diverse realtà socioculturali ed economiche (5). La crisi economica iniziata nel 2007-2008 ha rappresentato una sfida significativa per gli studiosi e il dibattito su quanto questa abbia contribuito all'arresto del declino della mortalità per suicidio è ancora in corso. È stato messo in evidenza che i tassi di suicidio osservati nel 2009 erano superiori a quelli attesi se si fosse mantenuto il trend degli anni precedenti (6). Alcuni autori hanno sottolineato la relazione tra indicatori socioeconomici e suicidio, in particolare in Grecia (7) e l'importanza non solo della crisi in sé, ma anche delle scelte in prospettiva di austerità a cui la crisi ha costretto, e hanno richiamato l'importanza sulle modalità con cui la crisi economica viene gestita nei diversi paesi (8).

Indicazioni nella prospettiva di salute pubblica

La posizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) è che il suicidio rappresenta l'incrocio di fattori sociali, culturali e socioeconomici complessi e dello stato di salute mentale dell'individuo, secondo una relazione in cui entrambi gli aspetti pos-

sono essere causali e precipitanti. A livello individuale i disturbi dell'umore e l'abuso di sostanze sono fattori dotati di forte impatto ma essi stessi sono condizionati dai fattori socioeconomici (9).

Nonostante la complessità del fenomeno, le variazioni con cui esso si presenta e la bassa incidenza rendano difficile produrre risultati dalla ricerca indubitabili, esistono indicazioni di salute pubblica chiare e ineludibili. Tali indicazioni puntano su azioni di salute pubblica universali, azioni focalizzate su gruppi a rischio, e interventi per persone a rischio. Tra gli interventi universali vanno considerati la riduzione dell'accesso a mezzi letali (10); il rispetto di modalità corrette di riferire sugli episodi di suicidi da parte dei media (10-11); l'educazione dei più giovani, delle loro famiglie e dei *gatekeeper*, ovvero le persone che si trovano in posizione privilegiata per l'identificazione di segnali di malessere nei giovani (9).

Sul piano della prevenzione secondaria e mirata, invece, viene posta l'attenzione sull'efficacia di interventi che si sono mostrati efficaci su persone che hanno compiuto un tentativo di suicidio.

In termini relativi, molti suicidi si concentrano in gruppi ben definiti, in cui si accumulano diversi fattori di stress. Tra questi vi sono le persone in carcere (12), persone non-eterosessuali (13), rifugiati e migranti (14), persone colpite dalla perdita di una persona vicina, in particolare per un suicidio (15).

L'OMS sottolinea inoltre l'urgenza di un miglior riconoscimento e trattamento appropriato dei disturbi mentali e della depressione. Questi sono presenti in gran parte delle persone con comportamento suicidario e rappresentano, assieme al tentativo precedente, i fattori di rischio più importanti. Suicidio e depressione, d'altra parte, riconoscono nei fattori legati alla famiglia, all'abuso e alla trascuratezza, oltre che alle difficoltà economiche e all'isolamento, fattori di rischio comuni.

Il riconoscimento e il trattamento appropriato, farmacologico e psicologico, della depressione è in effetti insoddisfacente. Thornicroft e colleghi (16) hanno mostrato in uno studio recente che nei paesi ad alto reddito solo il 22% delle persone che avevano avuto nei 12 mesi precedenti una diagnosi di depressione avevano poi ricevuto un trattamento farmacologico e psicologico che corrispondesse a standard minimi di adeguatezza (16). In Italia questa percentuale era del 17%, ma le stime erano molto più basse per i paesi a basso reddito.

In accordo con le indicazioni dell'OMS, la *Task Force for the European Evidence-based Suicide Prevention Program* (EESPP) (17) indica cinque aree di azione prioritarie che tutti i paesi devono considerare: restrizione dell'accesso ai mezzi letali; trattamento accessibile ed efficace della depressione; continuità della cura; prevenzione universale nelle scuole; attenzione alle modalità di comunicazione sul suicidio da parte dei media. Oltre a questi, l'EESPP indica come obiettivi l'implementazione di punti di riferimento e ascolto

come le linee telefoniche e gli strumenti online, l'educazione dei *gatekeeper*. Per il livello individuale vengono indicati gli screening a livello di cure primarie, gli interventi sulle competenze dei medici di medicina generale e l'aiuto, non solo attraverso il trattamento farmacologico, delle persone a rischio suicidario.

Oltre a questi principi generali, l'EESPP produce alcune raccomandazioni per i governi: ogni paese (anche quelli con tassi di suicidio bassi) deve dotarsi di un programma specifico per la prevenzione del suicidio e di un *task force* dedicata, dichiarando l'impegno economico reale; la strategia preventiva deve essere separata e distinta dalla strategia per la salute mentale, benché con questa integrata; il programma deve venire monitorato, documentandone azioni ed effetti; va implementato un sistema standardizzato e universale di monitoraggio dei tentati suicidi e dei suicidi.

In riferimento ai sistemi di monitoraggio dei gesti autolesivi, osserviamo che questi esistono in un numero ristrettissimo di paesi e che in altri sono stati implementati limitatamente ad alcune aree (18). Secondo la proposta dell'EESPP, la rilevazione sistematica dei gesti autolesivi, in aggiunta a quella dei suicidi accertati, è necessaria in tutti i paesi. Un tentativo di introdurre un sistema di rilevazione e descrizione sistematica dei gesti autolesivi è stato condotto anche in Italia. Il razionale stava nella necessità di colmare un importante vuoto conoscitivo nella popolazione italiana avviando un monitoraggio affidabile del fenomeno, e di studiare meglio la relazione tra gesti autolesivi e suicidi (19). Tra i diversi centri che hanno aderito, solo uno ha portato avanti la rilevazione, non a caso all'interno di un più ampio e articolato impegno a favore della prevenzione del suicidio, che coinvolge diversi soggetti istituzionali e sostiene azioni con continuità e che è centrato specificamente sul comportamento suicidario (<https://www.apss.tn.it/-/invito-alla-vi-1>).

Depressione e suicidio e ruolo del medico di medicina generale

La depressione rappresenta il più elevato rischio di suicidio nella popolazione, soprattutto in alcuni gruppi di popolazione, come negli anziani (20). Uno studio svedese (21) è stato condotto sui casi di suicidio occorsi in una coorte di oltre sette milioni di persone e ha mostrato che tra gli 8721 suicidi verificatisi il fattore di rischio più importante era la presenza della diagnosi di depressione. La prevalenza di depressione era del 32% nelle donne e del 19% negli uomini, e l'*hazard ratio* aggiustato per fattori sociodemografici e clinici era 19,3 nelle donne e 15,5 negli uomini. Vi erano tuttavia differenze importanti a seconda dell'età e la depressione aveva un impatto maggiore nelle persone tra i 55 e i 74 anni, soprattutto se donne. La prevalenza di depressione era in questo studio più bassa che in studi condotti utilizzando l'autopsia psicologica o studi caso-controllo, che possono avere sovrastimato la prevalenza di depressione e che arrivano a stimare una prevalenza di depressione del 90% nelle persone che sono morte per un suicidio (22). Anche

se va tenuto presente che nello studio svedese l'informazione sulla presenza della diagnosi psichiatrica si riferiva all'inizio dello studio (e non si disponeva quindi dell'informazione su una diagnosi formulata durante il periodo di follow-up) e può essere quindi stata sottostimata, questi risultati indicano che l'attenzione al rischio di suicidio non si può concentrare sui casi di depressione e deve sensibilizzarsi al riconoscimento di altri fattori di rischio.

La creazione di una rete collaborativa tra servizi di salute mentale e medici di medicina generale rappresenta l'intervento più efficace per il miglioramento degli esiti della depressione a breve e a lungo termine. La realizzazione di una *collaborative care* determina infatti rispetto al trattamento standard una maggiore riduzione dei sintomi, una più frequente remissione e un miglioramento dell'adesione al trattamento farmacologico (23). L'integrazione tra servizi di salute mentale e medici di medicina generale rappresenta un intervento complesso, in cui molte componenti sono in atto, e le modalità di implementazione possono differire in relazione ai contesti terapeutici e culturali. La *stepped care* propone un modello di trattamento della depressione modulato a seconda della gravità e della risposta ai trattamenti da parte della persona e richiede l'impegno attivo, non solo come inviante ai servizi di salute mentale, del medico di medicina generale. Una meta-analisi recente ha messo in evidenza che l'approccio *stepped care* al trattamento della depressione è efficace se include il trattamento psicologico anche in assenza del trattamento farmacologico (24). L'accesso alle cure psicologiche per i disturbi mentali comuni e per la depressione rimane tuttavia problematico e va migliorato. Il progetto *Improved Access to Psychological Treatment*, lo IAPT (25), che è implementato nel Regno Unito dal 2008 con grande impegno di risorse, ha mostrato che il trattamento psicologico breve è accettato dalle persone, produce esiti positivi (26) e ha mostrato di essere particolarmente utile nella popolazione anziana, normalmente sottoservita da questo punto di vista (27). All'interno del riconoscimento della depressione va tuttavia dedicata un'attenzione specifica a migliorare il riconoscimento del comportamento suicidario in sé, dall'ideazione alla pianificazione, e dei fattori di rischio, sia quelli prossimali che quelli più generali, quali gli aspetti personologici, gli stili di pensiero e le strategie di adattamento alle avversità della vita. A questo scopo vanno migliorate le competenze dei *gatekeeper* e dei medici di medicina generale in particolare, sia rispetto al riconoscimento che alla comunicazione, volta non solo all'esplorazione dello stato d'animo, ma anche al coinvolgimento della persona in una possibile relazione d'aiuto che possa avviarsi nel momento stesso del colloquio. Benché gli studi di Gask e colleghi abbiano mostrato l'efficacia della formazione volta al miglioramento delle modalità di comunicazione e del riconoscimento nella medicina generale (28) esiti sulla depressione stessa non si sono osservati ed esistono numerose barriere, rinvenibili sia a livello organizzativo che delle attitudini e delle credenze dei medici stessi, al riconoscimento e all'utilizzo delle competenze acquisite da parte dei medici.

I medici di medicina generale sono interlocutori privilegiati dei programmi locali volti alla prevenzione del suicidio (<https://www.apss.tn.it/-/invito-alla-vi-1>; <http://www.ass1.sanita.fvg.it/opencms/export/sites/ass1/it/>). Le indicazioni ad essi rivolte riguardano non solo i fattori di rischio e le caratteristiche che devono sensibilizzare l'attenzione del medico ma anche la capacità di fare da primo e indubitabile punto di riferimento per le persone. L'invio alle cure specialistiche e la prescrizione del trattamento troveranno una via aperta se la persona viene ascoltata e il suo disagio accolto.

Il medico di medicina generale dovrebbe fondare la propria capacità di riconoscimento su alcuni principi generali.

- I precedenti tentativi di suicidio, anche se minimizzati dal paziente stesso, vanno sempre indagati e tenuti presenti. Non abbiamo indicazioni che tentativi classificabili come “dimostrativi” siano meno importanti di gesti che rappresentano una marcata intenzione di morire.
- Il facile accesso ad un mezzo letale contribuisce di per sé all'aumento del rischio.
- Sia condizioni di isolamento sociale che durano nel tempo che la prima manifestazione dell'attitudine a ritirarsi dagli altri vanno ritenuti fattori di rischio importanti. Il medico dovrà attivarsi affinché la condizione non si consolidi e non perduri.
- I disturbi all'esordio sono particolarmente pericolosi. Gli esordi psicotici in particolare, oltre ad essere spesso difficili da identificare, comportano un rischio di suicidio più elevato che nelle fasi successive della malattia.
- Il tasso di suicidio negli anziani è più elevato che nelle altre fasce di età. Mentre i giovani sono seguiti da altre agenzie sanitarie e sociali, molti anziani trovano nel medico di medicina generale il loro unico riferimento.
- Il rischio di suicidio è dinamico e dipende da condizioni diverse e complesse: nelle persone vulnerabili esso va quindi preso in considerazione e valutato ripetutamente nel tempo.
- I fattori protettivi possono rappresentare un'arma efficace in situazioni compromesse e di vulnerabilità: è opportuno non solo indagarli ma anche attivarli o sollecitarli.
- L'accumularsi di più fattori di rischio accresce la vulnerabilità delle persone e le espone ad un rischio enormemente aumentato
- I medici di medicina generale devono essere informati su tutti i possibili aiuti esistenti sul territorio di cui le persone a rischio potrebbero beneficiare.

Il migliore riconoscimento degli stati depressivi è un altro obiettivo da perseguire sia per ridurre l'impatto della depressione sulla vita delle persone e delle società, sia per affrontare e ridurre il comportamento suicidario nelle persone con depressione. La raccomandazione ai medici di medicina generale e le iniziative che ne sono derivate si sono rivelate utili ma è stata di recente posta enfasi sulla qualità dei servizi che curano la depressione (16). La bassa qualità dei servizi può produrre un atteggiamento di distanza e sfiducia

nei servizi anche in chi riconosce il bisogno di essere trattato, con conseguente scarsa ricerca di aiuto e frequente interruzione dei trattamenti. Le barriere al riconoscimento e al trattamento della depressione sono quindi su più piani: scarsa consapevolezza da parte delle persone colpite e da chi sta loro vicino, limitato riferimento ai servizi da parte di chi riconosce di avere bisogno di cure, difficoltà di accesso alle cure, trattamento inadeguato. Ciascuno di questi problemi interrompe la catena di fattori che porta al trattamento adeguato, e deve venire affrontato con attenzione e strumenti specifici.

I precedenti tentativi di suicidio

È noto che l'epidemiologia del suicidio e quella del tentato suicidio sono simmetriche, col tentato suicidio molto più frequente nei giovani e nelle donne, e praticamente assente negli anziani e il suicidio più frequente negli uomini e negli anziani. I fattori di rischio delle due manifestazioni sono tuttavia largamente sovrapposti, e il tentativo di suicidio è a sua volta tra i più importanti fattori di rischio per il suicidio, come mostrato da molti studi, tra cui quelli condotti dall'OMS (29). Questi studi hanno inoltre mostrato che il rischio di suicidio aumenta all'aumentare dei tentativi che hanno preceduto il suicidio e che il rischio conferito da un tentativo a seguito di una pianificazione conferisce un rischio specifico e diverso da quello di un tentativo non pianificato. Significativamente, lo studio dell'OMS di Borges e colleghi indicava che il superamento della crisi suicidaria al primo comparire dell'ideazione era associato ad un rischio diminuito di agire al ripresentarsi dell'ideazione, dando un forte stimolo alla gestione della crisi suicidaria attraverso strumenti psicologici.

Basandosi su un'ampia coorte di persone che avevano tentato il suicidio nel periodo 1978-1997 e seguendolo fino al 2000, Zahl e colleghi (30) hanno mostrato che il 23% di esse aveva ripetuto il tentativo e che il 2,6% di esse erano morte per un suicidio. I tentativi ripetuti aumentavano il rischio di suicidio più nelle donne che negli uomini (30). Nella sorveglianza condotta nella Provincia di Trento, tra il luglio del 2009 e il settembre del 2014 si erano verificati 868 gesti autolesivi giunti in Pronto Soccorso, di cui 488 compiuti da 407 donne e 380 compiuti da 310 uomini, corrispondenti ad un tasso annuale di 48/100.000 nel 2009 e di 33,5 nel 2014 nelle donne e di 29,5 nel 2009 e 35,1 nel 2014 negli uomini, con un aumento nel tempo nei maschi e una diminuzione nelle donne. Benché solo il 16% di questi eventi fosse stato giudicato ad alta intenzionalità dallo psichiatra che aveva compilato la scheda specifica, il tasso di suicidi che si erano verificati negli anni 2009-2014 nella popolazione osservata era molto elevato. Nei 598 soggetti descritti con la scheda sui gesti autolesivi nel periodo tra luglio 2009 e settembre 2013 si erano verificati 16 suicidi, che hanno interessato l'1,2% dei soggetti. Nel 2009 si erano verificati 37 suicidi nei 514.881 abitanti del Trentino, corrispondenti allo 0,07% della popolazione generale (31). Le persone morte per un suicidio differivano dalle altre

per età (più elevata), profilo di intenzionalità/letalità (più grave), numero di episodi nel periodo di osservazione (più alto). È da notare che mentre tra i primi episodi registrati il 59% dei casi era seguito dai servizi di salute mentale, tra le persone per cui si registrava un secondo episodio era seguito il 95%, indicando una presa in carico sistematica delle persone che erano giunte in Pronto Soccorso per un gesto autolesivo.

Un approccio innovativo ai tentativi di suicidio connessi alle difficoltà socioeconomiche

Gli interventi rivolti alle persone che hanno compiuto un gesto autolesivo sono prevalentemente di tipo psicofarmacologico e psicologico. Benché i fattori precipitanti siano legati alle avversità della vita, tra cui hanno rilievo quelle economiche, questi fattori non sono solitamente messi a tema negli interventi pensati e testati per aiutare le persone che hanno compiuto un gesto autolesivo e che si trovano in gravi difficoltà economiche e sociali, indipendentemente dalla presenza di un disturbo mentale. Un gruppo di lavoro che raccoglie diversi esperti di prevenzione del suicidio britannici ha messo a punto un intervento dalle caratteristiche e dagli obiettivi innovativi, partendo dall'osservazione che l'accesso ai dispositivi di welfare e di supporto economico o per l'abitazione è particolarmente difficile per le persone più vulnerabili, e tra queste per quelle e con disturbi mentali. Il progetto HOPE, *Help fOr people with money, Employment, benefit or housing problem* (32), è pensato per persone che hanno compiuto un gesto autolesivo o che sono arrivate in Pronto Soccorso in condizioni di grave stress psicologico e che riportavano problemi economici, di lavoro o di abitazione. L'intervento - costruito sulla base della teoria dell'autodeterminazione (33), e che vede come condizione del cambiamento del comportamento della persona la percezione di avere sufficienti controllo e possibilità di scelta rispetto al problema da risolvere e di disporre delle competenze necessarie per agire in questo senso - ha l'obiettivo di sostenere le persone nella risoluzione dei loro problemi nel periodo di stress acuto e di renderle più sicure nell'affrontare problemi di questa natura in futuro. Viene utilizzata la tecnica dell'intervista motivazionale come tecnica di comunicazione supportiva efficace, direttiva e centrata sull'utente che mira a identificare, esplorare e risolvere l'ambivalenza rispetto agli obiettivi che la persona si dà e per muovere verso il cambiamento.

Il modello di intervento è ancora in via di messa a punto e il lavoro dei ricercatori si sta concentrando su uno studio pilota articolato volto ad acquisire elementi rispetto all'accettabilità dell'intervento e della randomizzazione sia da parte dei partecipanti che degli operatori, e a definire il bisogno di formazione. Lo studio pilota coinvolge non solo gli operatori, ma anche utenti dei servizi che abbiano fatto esperienza di perdita del lavoro e problemi economici e che abbiano compiuto almeno un gesto autolesivo.

Questo modello di intervento rappresenta l'applicazione di un approccio orientato

all'*empowerment* delle persone in difficoltà, che affronta in modo diretto il problema dei fattori precipitanti e stressanti, lavorando al tempo stesso sulla componente psicologica, orientandola tuttavia al raggiungimento dell'obiettivo. L'importanza di usare un approccio di *patient and public involvement* (34) sta nel riconoscere la natura sociale e di salute pubblica del problema che si vuole affrontare. Ne derivano un modello e un intervento inevitabilmente complessi, che richiedono risorse e organizzazione e che non può essere semplicemente tradotto nel rapporto terapeutico tra singolo utente e singolo operatore.

Considerazioni conclusive

In ambito di prevenzione del suicidio ci troviamo di fronte ad una sorta di paradosso per cui, se da una parte riusciamo a dimostrare che il trattamento della depressione porta ad una diminuzione del rischio di morire per un suicidio nell'individuo, dall'altra l'andamento temporale della prevalenza di indicatori di trattamento della depressione e l'andamento dell'incidenza dei suicidi sembrano del tutto indipendenti tra loro. Alcuni autori hanno osservato che la relazione tra l'utilizzo di antidepressivi e gli andamenti dei tassi di suicidio sono eterogenei e inconsistenti, suggerendo che non sia sostenibile un contributo degli andamenti dell'utilizzo degli antidepressivi a quelli dei suicidi, nei periodi e nelle aree in cui si osservavano delle diminuzioni (3,35). D'altra parte, altri (36) sostengono che l'uso appropriato degli antidepressivi è troppo raro per mostrare un impatto sull'andamento dei suicidi, eventi rari a loro volta. È probabile che l'indipendenza degli andamenti si riscontrerebbe anche se fosse possibile utilizzare dati sulla disponibilità di interventi psicologici specifici.

Un migliore riconoscimento e un miglior trattamento degli stati depressivi e di altri disturbi mentali associati all'aumento del rischio di suicidio sono sicuramente auspicabili e da promuovere. Tale riconoscimento deve però accompagnarsi ad un'attenzione più specifica dei fattori di rischio e dei fattori precipitanti del suicidio, a risposte innovative sia a livello di interventi psicologici che a interventi di sanità pubblica che si diano come bersaglio l'intersezione tra fattori sociali e psicologici da cui scaturisce il rischio di suicidio. Senza uno sforzo in questo senso, è probabile che le raccomandazioni per la prevenzione del suicidio indichino ripetitivamente strade giuste ma il cui successo sappiamo essere limitato, o prodursi molto lentamente.

Nei paesi a basso reddito, il peso dei fattori sociali ed economici sembra essere più elevato che nei paesi ad alto reddito e meno frequente la presenza di una malattia mentale grave nei casi di suicidio (37). La riduzione nei tassi di suicidio che si registra in questi paesi è verosimilmente più associata a trend epocali di miglioramento delle condizioni di vita, piuttosto che a interventi di salute pubblica, siano essi universali, o volti a gruppi a rischio o individuali. Vi sono esempi clamorosi di come miglioramenti diffusi delle condizioni di salute della popolazione, anche nei paesi ad alto reddito, siano derivati da

miglioramenti generali delle condizioni di vita materiali e sociali che avevano preceduto interventi di sanità pubblica, anche se questi hanno a loro volta favorito ulteriormente i risultati positivi già in atto (38). Crediamo che questo discorso si applichi anche al fenomeno del suicidio e della depressione nelle aree sociali più problematiche dei paesi ad alto reddito. È verosimile che un significativo sforzo preventivo rivolto al suicidio venga messo in atto all'interno di una certa disponibilità di risorse e dove le condizioni di vita per la gran parte della popolazione stiano migliorando anch'esse. Le singole azioni preventive sono quindi parte di un "progresso" generale in quelle realtà. Ma quel progresso generale consiste, per l'appunto, in tanti sforzi che devono convergere nello sforzo sistematico di estensione della giustizia sociale e di miglioramento delle condizioni di vita e del benessere della popolazione.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization (WHO). Preventing suicide. A global imperative. WHO, 2010.
2. D'Avanzo B, La Vecchia C, Negri E, Saraceno B. Suicide mortality in Italy: An update from 1955 to 1987. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1993; 41:454-460.
3. Barbui C, Campomori A, D'Avanzo B, Negri E, Garattini S. Antidepressant drug use in Italy since the introduction of SSRIs: national trends, regional differences and impact on suicide rates. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34:152-156.
4. Guaiana G, Andretta M, Corbari L, Mirandola M, Sorio A, D'Avanzo B, Barbui C. Antidepressant drug consumption and public health indicators in Italy, 1955 to 2000. *J Clin Psychiatry* 2005; 66:750-755.
5. Olfson M, Blanco C, Wall M, Liu S-M, Saha TD, Pickering RP, Grant BF. National trends in suicide attempts among adults in the United States. *JAMA Psychiatry* 2017; 74:1095-1103.
6. Chang S-S, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ* 2013; 347:f5239.
7. Antonakakis N, Collins A. The impact of fiscal austerity on suicide: on the empirics of a modern Greek tragedy. *Soc Sci Med* 2014; 112:39-50.
8. Quaglio G, Karapiperis T, van Woense L, Arnold E, McDaid D. Austerity and health in Europe. *Health Policy* 2013; 113:13-19.
9. Hoven CW, Mandell DJ, Bertolote JM. Prevention of mental ill-health and suicide: public health perspectives. *Eur Psychiatry* 2010; 25:252-256.
10. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, Carli V, Höschl C et al. Suicide prevention strategy revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry* 2016; 3:646-659.
11. World Health Organization (WHO). Preventing Suicide. A Resource for Media Professionals. WHO, 2008 (http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_media.pdf).
12. Fazel S, Ramesh T, Hawton K. Suicides in prisons: an international study of prevalence and contributing factors. *Lancet Psychiatry* 2017; 4:946-952.
13. Chakraborty A, McManus S, Brugha TS, Bebbington P, King M. Mental health of the non-heterosexual population of England. *BJP* 2011; 198:143-148.
14. Ratkowska KA, De Leo L. Suicides in immigrants: an overview. *Open J Medical Psychology* 2013; 2:124-133.

15. Linde K, Trembl J, Steinig J, Nagl M, Kersting A. Grief interventions for people bereaved by suicide: a systematic review. *PlosOne* 2017; 12:e0179496.
16. Thornicroft G, Chatterji S, Evans-Lacko S, Gruber M, Sampson N, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A-et al. Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *BJP* 2017; 210:119-124.
17. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, Carli V, Höschl C et al. Evidence-based national suicide prevention taskforce in Europe: a consensus position paper. *Eur Neuropsychopharm* 2017; 27:418-421.
18. Hawton K, Bergen H, Casey D, Simkin S, Palmer B, Cooper J, Kapur N, Horrocks J, House A, Lilley R, Noble R, Owens D. Self-harm in England: a tale of three cities. Multicentre study of self-harm. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 42:513-521.
19. D'Avanzo B, Barbato A, Crescenzi A, Fortes Lindau J, Parabiaghi A, Gaddini A. Schda per la rilevazione dei gesti autolesivi e dei tentativi di suicidio in ospedale: una proposta per i servizi e per le Regioni. *Psichiatria di Comunità* 2010; 9:103-106.
20. Beautrais AL. A case-control study of suicide and attempted suicide in older adults. *Suicide Life Threat* 2002; 32:1-9.
21. Crump C, Sundquist K, Sundquist J, Winkleby MA. Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish national cohort study. *Psychological Med* 2014; 44:279-289.
22. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2004; 4:37.
23. Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton A: Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis of longer-term outcomes. *Arch Int Med* 2006; 166:2314-21.
24. Coventry Pa, Hudson JL, Kontopantelis E, Archer J, Richards DA, Gilbody S, Lovell K, Dickens C et al. Characteristics of effective collaborative care for treatment of depression: a systematic review and meta-regression of 74 randomised controlled trials. *PlosOne* 2014; 9:e108114
25. Clark DM. Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience. *Int Rev Psychiatry* 2011; 23:375-384.
26. Clark DM, Canvin L, Green J, Pilling S, Janecka M. Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data. *Lancet* 2017.
27. Chaplin R, Farquharson L, Clapp M, Crawford M. (2015). Comparison of access, outcome and experiences of older adults and working age adults in psychological therapy. *Int J Geriatr Psychiatry* 30: 178-184.
28. Gask L. Educating family physicians to recognise and manage depression: where are we now? *Can J Psychiatry* 2013; 58:449-455.
29. Borges G, Nock MK, Haro Abad JM, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, Andrade LH, Angermeyer MC, et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *J Clin Psychiatry*. 2010; 71:1617-28.
30. Zahl DL, Hawton K. Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11583 patients. *British Journal of Psychiatry* 2004; 185:70-75.
31. D'Avanzo B. Analisi dei dati della scheda sui tentati suicidi e i gesti autolesivi. Presentato al convegno Invito alla vita. Progetto di prevenzione del suicidio in Trentino. Voce ai professionisti. Trento, 25 novembre 2014.
32. Barnes MC, Haase AM, Bard AM, Donovan JL, Davies R, Dursley S, Potokar J, Kapur N, et al. HOPE: Help fOr People with money, employment, benefit or housing problems: study protocol for a randomised controlled trial. *Pilot and Feasibility Studies* 2017; 3:44.

33. Ryan R, Deci E. Self-determination theory and facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American Psychologist* 2000; 55:68-78.
34. Entwistle VA, Renfrew MJ, Yearley S, Forrester J, Lamont T. Lay perspectives: advantages for health research. *British Medical Journal*, 1998; 316:463-466.
35. Baldessarini RJ, Tondo L, Strombom IM, Dominguez S, Fawcett J, Licinio J, Oquendo MA, et al. Ecological studies of antidepressant treatment and suicidal risks. *Harv Rev Psychiatry* 2007; 15:133-145.
36. Simon G. Antidepressants and suicide. Treatment is probably too sporadic to affect overall suicide rates. *BMJ* 2008; 336:515-516.
37. Jacob KS. Suicide prevention in low- and middle-income countries: part perceptions, partial solutions. *BJP* 2017; 211:264-265.
38. Monk M. Epidemiology of suicide. *Epidemiol Rev* 1987; 9:51-69.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno