L'esperienza del progetto di prevenzione del suicidio nell'Amiata senese

Chiocchi Lucia, Canestri Luca, Giglioni Chiara, Cernuto Francesco

Dipartimento Interaziendale Salute Mentale di Siena

RIASSUNTO

Uno dei problemi clinici più complessi in psichiatria riguarda la predizione e la prevenzione del comportamento suicidario. Nei paesi occidentali il suicidio rappresenta almeno l'1% di tutti i decessi, per gli anziani costituisce la nona-decima causa di morte. In quasi tutti i paesi del mondo i tassi più alti di suicidio si riscontrano tra gli anziani maschi in età superiore ai 75 anni.

Si stima che ogni medico abbia un contatto con almeno tre pazienti a grave rischio di suicidio ogni anno, mentre il numero di soggetti che riportano spontaneamente ideazioni anticonservative sarebbe cinque volte più grande. Risulta quindi di estrema importanza la conoscenza delle problematiche connesse al suicidio al fine di permettere una migliore identificazione dei soggetti ad alto rischio e la programmazione di interventi di screening e terapeutici che siano maggiormente efficaci nella prevenzione di tali comportamenti.

SUMMARY

One of the most complex problem in psychiatry is the prediction and prevention of suicidal behaviour. In the occidental nations suicide represent at least 1% of total cause of death, for older people suicide represent the ninth to tenth cause of death. the highest rates of suicidality is in the population of male subjects and age over 75 years.

It is estimated that every doctor has a contact with at least tree patients with elevate suicidal risk every year, the number of patient that spontaneously report ideations of death or suicide would be five times larger. Is extremely important the study of suicide phenomenon in order to allow screening programs designed to identify high-risk patients and undertake therapeutic interventions.

INTRODUZIONE

Nelle analisi epidemiologiche la presenza di una malattia psichiatrica costituisce in assoluto il rischio suicidario più grave. Le patologie psichiatriche più frequentemente associate al suicidio sono i disturbi maggiori dell'umore (depressioni maggiori e disturbi bipolari), l'abuso di alcool e la schizofrenia.

Ai disturbi dell'umore spetta una posizione largamente prioritaria, interessando tra il 65% e il 90% dei suicidi. Tra i depressi, il rischio sembra maggiore qualora il paziente non segua la terapia in modo corretto o che presenti una resistenza ai farmaci assunti; negli ultimi tempi l'utilizzo di farmaci inibitori del re-uptake della serotonina ha evidenziato una maggiore incidenza dei comportamenti autolesivi ed anticonservativi in giovani nelle prime fasi di trattamento con tali farmaci, non è ancora chiaro se vi siano correlazioni significative tra assunzione di SSRI e comportamenti suicidari.

Tra le cause di suicidio, l'alcolismo è secondo solo ai disturbi dell'umore: tra gli alcolisti il rischio di suicidio nel corso della vita è stimato intorno al 10-15%, dato sostanzialmente sovrapponibile a quello presente nei pazienti depressi.

Alcuni Autori evidenziano come importanti indicatori di rischio, se non veri e propri fattori determinanti, alcuni indici legati alla coesione o alla disgregazione sociale; altri Autori pensano ad un intervento di fattori sia sociali che legati alla storia psicologica dell'individuo nel determinare l'incidenza dei comportamenti suicidari.

Il suicidio è un comportamento molto più frequente nel sesso maschile anche se il rapporto m/f risulta influenzato dal contesto culturale. Ad esempio si passa dal 1,79/1 della Danimarca al 5,45/1 della Polonia. In nessun paese occidentale, comunque, il suicidio risulta più frequente nel sesso femminile rispetto ai maschi. Mediamente si può affermare che gli uomini commettono suicidio con una frequenza circa tre volte maggiore delle donne. Per contro, il numero di tentativi di suicidio non riusciti, senza cioè esito letale, compiuti dal sesso femminile è tre volte maggiore rispetto a quanto avviene per gli uomini.

L'incidenza del suicidio tende ad aumentare con l'avanzare dell'età. La percentuale di suicidi tra le persone di 65 anni ed oltre è molto più alta rispetto alla popolazione generale e quella tra le persone al di sopra dei 75 anni è almeno tripla rispetto a quella dei giovani.

Il matrimonio sembra conferire una relativa "protezione" nei confronti del suicidio, soprattutto se accompagnato dalla presenza di figli in tenera età. Le persone che non si sono mai sposate ("single") registrano invece una percentuale quasi doppia rispetto a quella dei coniugati.

Altri parametri che possono influire sono collegati al pensionamento, alla solitudine, a lutti recenti, a malattie fisiche, specie croniche e/o invalidanti; altrettanto importanti sembrano essere i fattori cognitivi in particolare quelli evidenziati da Beck[1]relativi alla mancanza di speranza (Hopelessness) e al senso di inaiutabilità (Helplessnes).

Da quanto evidenziato si possono riassumere i principali fattori di rischio in:

- Demografici: età, sesso
- Biologici: bassi livelli di serotonina
- Psichiatrici: depressione, alcolismo, psicosi, disturbi di personalità
- Correlati ad altre patologie: malattie croniche più o meno invalidanti, neoplasie, malattie neurologiche.
- Determinanti sociali: gruppo etnico e immigrazione, stato civile, tipo di attività lavorativa (o condizioni di non occupazione come disoccupazione o pensionamento),

disponibilità di mezzi suicidari, residenze in aree a bassa densità abitativa (rurali e montane).

L'impiccagione rappresenta la modalità più frequente tra le cause di suicidio, con una lieve tendenza alla diminuzione negli ultimi anni. Segue la precipitazione: in questa tipologia si collocano la maggior parte dei tentati suicidi o dei mancati suicidi, in particolare quando non vengono valutati l'altezza del punto di lancio e la natura del suolo di impatto. L'arma da fuoco occupa il terzo posto. Simili nei valori e abbastanza stabili rimangono l'avvelenamento, l'inalazione di sostanze gassose e l'annegamento.

LA SITUAZIONE ITALIANA

Il fenomeno del suicidio nel nostro Paese ha un andamento abbastanza chiaro. Nel ventennio che va dal 1950 al 1970 ha manifestato un andamento pressochè statico con trascurabili ondulazioni: si toglievano la vita, infatti, circa 2.000 maschi all'anno e circa 1.000 femmine, per un totale di circa 3.000 persone; dal 1970 si evidenzia un aumento che tocca il 30% nel 1982 per passare al 50% a cavallo degli anni '90; tale picco rappresenta, salvo possibili correzioni, una costante per circa un decennio: attualmente ci si aggira attorno a quota media di 4.500 suicidi annui, 1.200 le donne e 3.300 i maschi, con andamento ondulatorio variabile. L'Italia è da ascriversi alla prima classe decodificata come statica con segni decennali di lievitazione, anche se complessivamente i dati relativi ai tassi di suicidalità rimangono numericamente costanti nel tempo rispetto all'aumento della popolazione, riflettendo una tendenza stabile e, probabilmente, rappresentando una tendenza alla diminuzione percentuale nel suo complesso. La rilevazione ISTAT del 2004 evidenzia i tassi di suicidalità per area geografica; dai dati ivi rappresentati si nota come il fenomeno sia maggiormente diffuso nella popolazione in età più avanzata e come la differenza tra maschi e femmine indichi una prevalenza di suicidalità tra i maschi in tale fascia di età, sull'intero territorio nazionale. Sempre dall'indagine ISTAT emerge una media nazionale dei quozienti sucidari pari a 5,6 suicidi per 100.000 abitanti; l'andamento geografico mostra un decremento di tali quozienti dal nord al sud, con un 7,2x100.000 per le aree settentrionali, fino al 3,9x100.000 dell'Italia meridionale.

LA TOSCANA E LA PROVINCIA DI SIENA

Nella regione Toscana il fenomeno del suicidio segue un andamento statistico simile a quello della media nazionale attestandosi, nel 2004, a 4,6x100.000; il rapporto maschi/femmine è di circa 3,5/1.

Particolarmente rappresentati a livello statistico risultano i dati relativi ai comportamenti suicidari nei maschi ultrasessantacinquenni. Questo dato emerge in modo evidente sia nella rilevazione ISTAT del 2004, sia nell'indagine della Regione Toscana relativa al periodo 1998-2002 condotta nel 2006 da Voller e Coll.[2], dall'osservatorio epidemiologico regionale: il rischio suicidario, infatti, aumenta notevolmente nei maschi con età compresa tra i 55 e i 65 anni e diviene assolutamente rilevante nella popolazione maschile con età maggiore di 75 anni, mostrando un incremento di tipo esponenziale.

Nella rilevazione ISTAT 2004 relativa all'andamento nelle varie province toscane, si osserva una discreta oscillazione nei valori con un incremento dal nord al sud della regione; tale andamento viene altresì confermato nell'indagine dell'ARS 2006[2] relativa al periodo 1998-2002, in cui si evidenzia un andamento della distribuzione geografica, concordante con i dati ISTAT, con un gradiente di aumento che va da nord a sud della regione. I tassi standard regionali si attestano su un valore complessivo di 6,8x100.000, con prevalenza del sesso maschile (11,2x100.000).

LA AUSL7 E LA ZONA AMIATA SENESE

L'osservazione dei dati relativi alla suicidalità del territorio della AUSL7 evidenzia un tasso piuttosto elevato di suicidi nella provincia di Siena, che si attesta a 9,0x100.000; tale dato ha un andamento decrescente dal nord al sud della provincia ed è, nel suo complesso, non molto superiore rispetto alla media nazionale. L'analisi dei dati relativi alle diverse zone evidenzia un tasso di suicidalità che risulta particolarmente rilevante nella zona Amiata Senese, dove si raggiunge il valore di 10,7x100.000.

Gli eccessi di suicidalità registrati sull'Amiata possono essere riconducibili alla particolare situazione socio-economica dell'area dopo la dismissione dell'attività mineraria ed il conseguente flusso migratorio giovanile; infatti, ciò ha determinato una condizione di svantaggio economico e di perdita di coesione sociale, cui si sommano altri fattori quali la bassa densità di popolazione, la facilità di reperimento di luoghi isolati e la relativa facilità nel disporre di armi da caccia[2].

Nella valutazione degli indici di suicidalità emerge, in certi periodi, un'incidenza di comportamenti suicidari particolarmente elevato. Tuttavia, il dato grezzo non tiene conto di alcune variabili socio-demografiche, in particolare andrebbe considerato come l'invecchiamento della popolazione abbia condotto ad un incremento notevole della percentuale di soggetti vulnerabili, maschi anziani soli e/o con patologia cronica (Tavola 1-2), rispetto alla popolazione complessiva della Zona Amiata Senese; l'età della popolazione residente risulta particolarmente elevata rispetto alla media toscana, come viene confermato dal dato relativo all'indice di vecchiaia (267,4 per l'Amiata-Val d'Orcia contro 187,8 per la regione). Anche l'indice di dipendenza relativo al Sel (61,5) risulta superiore alla media regionale (50,8); inoltre per questi soggetti l'accessibilità ai presidi psico-sociali o sanitari nella zona risulta difficoltosa a causa della bassa densità abitativa in relazione all'estensione territoriale e della locazione dei servizi. spesso lontani e quindi poco accessibili alle persone anziane portatrici di patologia cronica.

Tavola 1 - Zona Amiata Senese
Maschi >75aa che vivono da soli

Comune di	N°
Abbadia San Salvatore	61
Castiglione d'Orcia	29
Piancastagnaio	38
Radicofani	7
Totale	135

Tavola 2 - Zona Amiata Senese
Esenzioni per patologia maschi>65aa

Codice ICD9		N°
414	Altre forme di cardiopatia ischemica cronica	5
571,6	Cirrosi biliare	1
250	Diabete	41
518,81	Bronchite cronica	3
401	Ipertensione essenziale	74
402	Cardiopatia ipertensiva	69
Totale		193

STRATEGIE DI PREVENZIONE E PSICHIATRIA DI LIAISON. IL PROGETTO DI PREVENZIONE DEL RISCHIO ANTICONSERVATIVO NELLA ZONA AMIATA SENESE

La collaborazione si è articolata in attività di consulenza psichiatrica, generalmente richieste per: a) urgenza ed emergenza psichiatrica; b) disturbi mentali ed organici concomitanti; c) sintomi somatici di disturbi psichiatrici; d) complicanze organiche di disturbi psichiatrici; e) malattie psicosomatiche.

Spesso la motivazione della richiesta di consulenza è sottesa alla necessità, da parte dell'équipe medica curante, di gestire il paziente ansioso, irrequieto, depresso, delirante o agitato; in molti casi, si attende dallo psichiatra la "soluzione magica" del problema, quando tutte le altre indagini risultano negative. Alcuni recenti articoli hanno esaminato la letteratura relativa all'epidemiologia dei disturbi psichiatrici nelle cure primarie (primary care), all'impatto dei fattori psicologici nell'insorgenza e nel decorso delle patologie somatiche, ed all'effetto che la formazione psichiatrica dedicata ai medici di famiglia può sortire nella loro gestione clinica. Tali lavori hanno evidenziato come vi sia una sorta di barriera operativa tra le competenze relative ai disturbi somatici delle équipe mediche di cure primarie ed i servizi specialistici di salute mentale. Tali ricerche evidenziano come solo raramente la valutazione psichiatrica è motivata dall'esigenza di comprendere i vissuti psicopatologici del paziente non altrimenti evidenziabili. Un obiettivo centrale di questa modalità di lavoro è quello di ampliare la prospettiva dal paziente a tutto il contesto relazionale in cui è inserito, con particolare attenzione alla realtà psicologica degli operatori sanitari[3,4].

La necessità di un lavoro condiviso tra diversi operatori con diverse formazioni mette in risalto come la patologia di un singolo individuo debba essere necessariamente contestualizzata all'interno di tutta la rete di relazioni ambientali ed intersoggettive che caratterizzano l'ambiente familiare, socio-culturale ed assistenziale del paziente. Uno degli aspetti essenziali nella gestione di pazienti a rischio suicidario riguarda l'articolazione e la differenziazione degli interventi terapeutici e socio-riabilitativi operanti all'interno di un contesto territoriale, culturale e sociale. L'intervento dello psichiatra si estrinseca così non esclusivamente nei confronti del paziente, ma viene esteso alla relazione e, pertanto, agli operatori ed alla rete socio-familiare, che vengono coinvolti nel processo terapeutico.

L'integrazione degli interventi deve tener conto delle risorse a disposizione in termini di accessibilità e disponibilità alla cura da parte del paziente e delle risorse umane, logistiche e terapeutiche che possono essere attivate. Un tale approccio articolato su molte dimensioni cliniche e sociali implica il coinvolgimento di figure professionali diverse, che non condividono una comune formazione[5-8].

Nella realtà socio-culturale ed assistenziale della Zona Amiata Senese è opportuno prevedere una diversa integrazione tra operatori addetti alle cure primarie, operatori del sociale e Servizio di Salute Mentale nell'individuazione e nella gestione dei soggetti a rischio suicidario; in tal senso sarà necessario un programma di liaison che permetta:

- Uno scambio di informazioni e di esperienze tra i diversi servizi coinvolti (Servizi Sociali, MMG, Servizi Ospedalieri e Servizio di Salute Mentale),
- La previsione di eventi formativi,
- Periodici incontri di équipe e verifica di strategie ed obiettivi,
- Supervisioni sui casi a maggiore rischio.

La continua attenzione posta alla sinergia degli interventi d'équipe permette di strutturare interventi finalizzati a specifici obiettivi:

- individuazione dei soggetti a rischio
- valutazione della entità del rischio suicidario
- comune definizione di obiettivi e strategie terapeutiche
- gestione dei pazienti con maggiore probabilità di agiti anticonservativi.

La previsione di interventi multidisciplinari permette, in tal modo, di integrare l'intervento farmacologico con interventi di altra natura (psicoterapico, familiare, sociale, psicoeducazionale, ecc.), personalizzando la strategia terapeutica in funzione delle caratteristiche dell'utente ed in relazione alle possibilità di intervento delle varie figure professionali coinvolte.

LE FASI OPERATIVE DEL PROGETTO ZONA AMIATA SENESE

Dal gennaio 2008 al dicembre 2010 nel territorio della AUSL7 zona Amiata Senese è stato attivato un servizio di consulenza psichiatrica orientato alla prevenzione dei suicidi. Tale iniziativa è stata posta in essere dall'UF SMA Zona Amiata Senese e dai Medici di Medicina Generale (MMG) dei Comuni di Abbadia S.S., Piancastagnaio e Radicofani.

Il progetto è stato suddiviso in fasi:

Fase I: incontro di informativo/formativo in cui sono stati illustrati scopi e metodi del progetto, sinteticamente riassumibili in:

- Descrizione generale del fenomeno e dei dati di epidemiologia
- Valutazione dei principali fattori di rischio psicopatologici e socio-ambientali
- Individuazione di soggetti a rischio
- Valutazione del rischio
- Invio a consulenza
- Collegamento con il MMG per provvedimenti terapeutici farmacologici
- Collegamento con altre figure istituzionali per interventi di tipo psicosociale e/o familiare
- Valutazione degli esiti e programmazione di azioni correttive sulle criticità del processo terapeutico e/o dei presidi psicosociali attivati.

Fase II: Il lavoro di consulenza e di collegamento con i medici di famiglia è stato effettuato da un medico specialista dell'UF SMA presso gli ambulatori dei medici di medicina generale con cadenza settimanale.

L'invio è stato preventivamente concordato telefonicamente, o tramite contatto personale con il MMG referente; è stato deciso di allargare il campo di valutazione anche ai soggetti a basso rischio.

Le consulenze sono state effettuate presso gli ambulatori dei MMG o presso i domicili dei pazienti. Al progetto sono state dedicate settimanalmente 12 ore lavorative per il medico specialista: la frequenza delle presenze del medico specialista presso gli ambulatori è stata attivata con cadenza settimanale o bisettimanale a seconda del numero di assistiti e di visite programmate.

La raccolta dati è cominciata nell'anno 2009, sebbene in tale anno il numero dei pazienti e le prestazioni non siano stati adeguatamente registrati poichè i codici di inserimento delle prestazioni sono stati specificati nel corso dell'anno, quindi gli inserimenti con i codici corretti sono stati possibili solo nella seconda metà del 2009 e per tutto il 2010.

Il dettaglio di utenti e prestazioni è visibile negli allegati.

I soggetti complessivamente valutati e seguiti sono stati 58 nel 2009 e sono state erogate complessivamente 335 prestazioni di consulenza; nel 2010 sono stati valutati 134 pazienti ed erogate 784 prestazioni complessive.

Nel Biennio 2009/10 sono stati screenati complessivamente 25 soggetti (15 maschi 10 femmine) con ideazione suicidaria fortemente strutturata e pianificazione dell'evento, di loro almeno 7 si sono sottoposti da uno o più ricoveri presso strutture ospedaliere, o sono stati seguiti con progetti terapeutici in strutture domiciliari alternative al ricovero con medio-alta intensità di cura.

I raggruppamenti diagnostici maggiormente rappresentati risultano essere i Disturbi dell'Umore rappresentati da 16 soggetti, 6 con Disturbo Bipolare, di cui 4 con sintomatologia delirante (i quali rappresentano, peraltro, i soggetti con il più alto numero di ospedalizzazioni per ideazione o condotte anticonservative), 6 con Disturbo dell'Umore in comorbidità con Disturbo da Abuso di Alcool (4 soggetti) e/o Gambling Patologico (2 soggetti), 3 pazienti presentavano disturbi di tipo ossessivo compulsivo, in almeno un caso erano presenti sfumati sintomi psicotici. Infine, 3 soggetti presentavano disturbi d'ansia con manifestazioni in forma critica (disturbo di panico).

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Sebbene i risultati del progetto andranno valutati alla luce dei dati relativi alla suicidalità rilevata dai dati regionali, valutiamo l'esperienza del progetto in modo sicuramente positivo. La possibilità di interfacciare medicina generale e specialistica in livelli diversi di individuazione e trattamento dei soggetti a rischio, non solo ha prodotto interessanti risultati rispetto alla prevenzione dei comportamenti anticonservativi, ma ha consolidato una cultura della rete dei servizi, peraltro già abbastanza rappresentata nella zona Amiata. La collaborazione con i medici di medicina generale ha consolidato prassi di comunicazione ed interscambio di informazioni, negoziazione di opinioni e strategie terapeutiche.

Fino all'interruzione del progetto in seguito alla riorganizzazione del Dipartimento di Salute Mentale si è lavorato nell'ottica di una sempre maggiore integrazione tra

operatori di medicina generale e salute mentale. La condivisione dell'inquadramento diagnostico e la collaborazione nel percorso terapeutico, sono state quindi estese a due aree a nostro avviso altrettanto importanti, pur senza essere strutturate in un progetto. In particolare l'individuazione ed il trattamento precoce delle psicosi[9-12] e la gestione dei disturbi comportamentali dei pazienti anziani con depressione o demenza[13,14] hanno rappresentato una naturale prosecuzione di una prassi di collaborazione che, al momento, produce interessanti risultati anche sulla prassi diagnostico-terapeutica di questi soggetti.

RINGRAZIAMENTI

Si ringrazia il responsabile della zona Amiata Senese, Dott.Turillazzi, i Medici di Medicina Generale della medesima Zona, il personale infermieristico e socio-sanitario per la loro collaborazione.

CONFLITTO DI INTERESSI

Nessun autore del presente contributo ha relazioni economiche o personali o è affiliato con enti od istituzioni, pubbliche o private, che possano influenzarlo nell'esposizione dei dati, nell'elaborazione dei commenti o di qualsiasi altro contenuto espresso nel lavoro.

RICONOSCIMENTI

Luca Canestri dichiara di aver libero e completo accesso ai dati presentati nel presente elaborato e si assume la responsabilità della loro correttezza e dell'accuratezza delle analisi su di essi condotte.

BIBLIOGRAFIA

1. Beck AT. Cognitive therapy and emotional disorders. International University Press, New York, 1976.
2. Voller F, Martiello M, Silvestri C. Epidemiologia del suicidio in Toscana. Atti della Relazione Convegno, Suicidio: rischi e prevenzione, Firenze, 22/09/2006
3. Calò P, De Giovanni MG, Mazzeo A, Tamborini G, Malinconico R. Psichiatria e medicina: un incontro possibile valutazione dell'attività di psichiatria di consultazione in un ospedale generale., Premio "Giuseppe Tamburro", SIP Puglia, 2000.
4. Corfiati N, D'Introno, Maggiolino O, Rosito M, Storelli M. Il desiderio di non esserci levante Editori, maggio 1994.
5. Perris C, McGorry PD. Psicoterapia Cognitiva dei disturbi psicotici e di personalità. Masson Editore, Milano, 2000.
6. Noyes R Jr., Holt CS, Kathol RG. Somatization: diagnosis and management. Arch Fam Med 1995; 4:790–795
7. Peden JG Jr., Lichstein PR. Management strategies for depression in primary care. Am J Med 1996; 101(suppl):18–25
8. Schulberg HC, Magruder KM, deGruy F. Major depression in primary medical care practice. Research trends and future priorities. Gen Hosp Psychiatry 1996; 18:395–40.
9. Meneghelli A, Bislenghi L. Individuazione e trattamento precoce delle psicosi: un percorso realistico di prevenzione. In: E. Toniolo & A. Grossi, Oltre lo stigma. Strategie di prevenzione in psichiatria. Centro Scientifico Editore Torino; 2006: 51-67.
10. Cocchi A, Caprin C. Fattori di rischio. Ipotesi, riflessioni, politiche dei Servizi. In: E. Toniolo & A. Grossi, Oltre lo stigma. Strategie di prevenzione in psichiatria. Centro Scientifico Editore, Torino; 2006: 41-50.
11. McGorry PD, A stitch in time... the scope for preventive strategies in early psychosis. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, March 1998, Volume 248, Issue 1, pp 22-31
12. McGorry PD, Gleeson JFM, Psychological Interventions in Early Psychosis: A Treatment Handbook. Inbunden, 2004
13. Ferrannini L Ghio L, Calcagno P, Evidence based medicine e mondo reale: La costruzione di un modello. Psicogeriatria, 2013;1 (Suppl):. 168-176
14. Spagnoli A. Psicogeriatria e medicina generale, Epidemiologia e Psichiatria Sociale. August 1992; Vol1, Issue 2 75-77