

**PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI – CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI**

**Corso triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale
Triennio 2013 - 2016**

DOTT.SSA FEDERICA MERLI

**IL SUICIDIO
GESTIONE, PERCEZIONI ED EMOZIONI
IN MEDICINA GENERALE
IN VAL DI SOLE**

**Relatori: Dott.ssa Norma Sartori
 Dott. Pietro Mistretta**

A Claudio e alla mia famiglia

“Siamo ancora in molti a pensare che la Medicina sia almeno in parte un’arte: non è come le nozioni, non si impara solo dai libri, né dalle slides delle lezioni, ma si impara osservando, scavando dentro noi stessi e cercando di scoprire quanto radicate siano nel profondo del nostro cuore la vocazione, le qualità professionali e soprattutto umane da mettere al servizio del prossimo nell’ambito dell’assistenza sanitaria. Insomma, imparare la Medicina è un po’ come imparare l’arte di guardarsi dentro e del mettere al servizio del paziente le nostre migliori qualità.”

*Dott.ssa Giulia Bartalucci
Minima Medicamenta n.7 – Novembre 2011*

INDICE

1. INTRODUZIONE

- 1.1. PREMESSA
- 1.2. OBIETTIVI DELLA TESI

CONOSCENZE TEORICHE

2. IL PAZIENTE SUICIDA

- 2.1. LA MENTE DI UN PAZIENTE SUICIDA
- 2.2. LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO SUICIDIARIO

3. IL RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

- 3.1. LA RICHIESTA D'AIUTO E LA RISPOSTA DEL MEDICO
- 3.2. LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO
- 3.3. RICONOSCERE I SEGNALI DI ALLARME
- 3.4. COME COMPORTARSI
- 3.5. DAL MEDICO DI FAMIGLIA ALLO SPECIALISTA

4. I SURVIVORS

- 4.1. I FAMILIARI E IL MEDICO

5. IL QUADRO D'INSIEME – I NUMERI DEI SUICIDI

- 5.1. IL QUADRO INTERNAZIONALE
- 5.2. IL QUADRO NAZIONALE E REGIONALE
- 5.3. IL QUADRO PROVINCIALE – LA PROVINCIA DI TRENTO
- 5.4. LA VAL DI SOLE

MATERIALI E METODI

6. I RACCONTI DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

- 6.1. RACCOLTA DEL MATERIALE
- 6.2. NOTE SULLA RICERCA QUALITATIVA
- 6.3. IL CAMPIONE ANALIZZATO

RISULTATI

7. TOPICS EMERSI

- 7.1. SENTIMENTI DEL MEDICO: SGOMENTO, INCREDULITÀ, DISPIACERE, TRISTEZZA
- 7.2. FALLIMENTO E SENSO DI COLPA
- 7.3. EFFETTI DEL SUICIDIO SUL MEDICO E RICERCA DI SENSO
- 7.4. AMBIVALENZA DELLA FAMIGLIA
- 7.5. SOLITUDINE DEL MEDICO
- 7.6. CONTESTO CONDIVISO (RAPPORTI DI PAESE)
- 7.7. RUOLO E PROFESSIONALITÀ DEL MEDICO
- 7.8. RETE DI AIUTI
- 7.9. LIMITI DELLA MEDICINA
- 7.10. COMPRENDERE E ACCETTARE

CONCLUSIONI

BIBLIOGRAFIA

1. INTRODUZIONE

1.1. PREMESSA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che, nel mondo, ogni 40 secondi una persona si suicida e che, ogni anno, più di 800.000 persone muoiano suicidandosi. Il suicidio è infatti fra le prime 10 cause di morte e rappresenta una delle prime 3 cause di decesso fra i giovani di età compresa fra i 15 e i 34 anni. Stando ai dati attuali e alle analisi dei tassi di morte per suicidio nel mondo, le stime suggeriscono che nel 2020 le vittime potrebbero raggiungere il milione e mezzo ¹, una perdita enorme di vite umane, più alta addirittura rispetto alle perdite causate da guerre e omicidi ogni anno (basti pensare che ogni giorno si suicida un numero di persone, circa 2000, equivalente alle vittime causate dall'attacco alle Torri Gemelle di New York l'11 settembre del 2001).

Il suicidio è quindi, ad oggi, un grave problema di salute pubblica nella maggior parte dei paesi del mondo e, in Italia, nel 2012 le vittime sono state circa 4000 (4.7 ogni 100.000 abitanti), collocando il nostro paese fra quelli con i più bassi livelli di suicidalità sia a livello mondiale che europeo ¹.

Dalla Medicina, il suicidio viene definito come un problema complesso, non ascrivibile ad una sola causa o ad un motivo preciso, sembra piuttosto derivare da una complessa interazione di fattori genetici, biologici, psicologici, sociali, culturali ed ambientali.

E' difficile capire perché alcune persone decidano di togliersi la vita, mentre altre, in situazioni simili o addirittura peggiori, non facciano lo stesso. Sappiamo però che qualcosa si può fare in ambito di prevenzione dei suicidi: i governi di tutte le nazioni sono impegnati nella lotta contro questo problema, promuovendone la consapevolezza e migliorando gli interventi e le tecniche per prevenirlo ¹⁻². Ricerche evidenziano che, molto spesso, i soggetti che commettono suicidio si sono recati nei mesi o nelle settimane precedenti alla morte da un operatore della salute ³⁻⁴ e, fra questi, si è visto che il medico di medicina generale viene contattato da circa il 45% delle persone decedute per suicidio nel mese precedente all'evento ³.

La medicina generale diventa quindi un tassello chiave per provare ad intervenire sull'identificazione e sull'intervento precoce nei casi a rischio, essendo i medici di base spesso il primo punto di contatto per le persone in difficoltà e quindi fondamentali nella prevenzione del problema.

Con queste premesse ho deciso di impostare il mio lavoro di tesi, non solo approfondendo e studiando l'argomento, ma studiando anche i dati e la situazione trentina e della Val di Sole in particolare, puntando poi la mia attenzione su quella che è la figura del medico di medicina generale, non solo dal punto di vista strettamente professionale, ma concentrandomi sul suo vissuto e sul racconto delle sue esperienze.

1.2. OBIETTIVI DELLA TESI

Obiettivo della mia tesi è analizzare, conoscere e provare a riflettere sull'argomento del suicidio, sia in ambito generale che focalizzando l'attenzione su di una realtà particolare, quella della Val di Sole, dove io vivo e dove mi auguro lavorerò, storicamente detentrici di un triste primato in numero di suicidi.

Il mio interesse per l'argomento nasce sia da un'esperienza personale (il tentato suicidio di un amico), che da un'esperienza lavorativa (ho assistito durante il tirocinio ad un colloquio in cui lo psichiatra ha gestito una crisi suicidiaria).

Mi sono quindi resa conto della mia inadeguatezza di fronte a queste problematiche, poco o per nulla trattate nel mio percorso di studi e che, purtroppo, entreranno a far parte delle esperienze di un futuro medico di medicina generale.

La prima parte della mia tesi riguarda l'inquadramento teorico del problema, sottolineando le caratteristiche e i fattori di rischio di un paziente suicida, o potenzialmente tale, e concentrando l'attenzione sul ruolo che il medico di medicina generale ha in questo contesto; segue un quadro della situazione sia internazionale che nazionale, e la descrizione delle caratteristiche dei casi di suicidio sia all'interno della realtà trentina che in quella solandra.

All'interno di questa realtà particolare, mi sono concentrata sulla figura del medico di medicina generale, analizzando le percezioni, le sensazioni e il vissuto dei medici di base che lavorano in Val di Sole.

Con questo lavoro, studiando la letteratura prima e confrontandomi con le esperienze dirette dei colleghi riguardo all'argomento poi, spero di poter arricchire il mio bagaglio di conoscenze, di trovare spunti e riflessioni che possano essermi utili in futuro per il mio percorso professionale.

Ci tengo a sottolineare che il lavoro da me svolto vuol essere un esercizio formativo che mi permetta di affrontare e approfondire l'argomento, senza avere l'ambizione di essere una vera ricerca qualitativa, non rispettandone quindi tutti i crismi; ho provato ad avvicinarmi ad un metodo per me nuovo e adatto ad affrontare un argomento dove non si dà importanza ai numeri, ma ci si interroga sui comportamenti, sui vissuti, sulle percezioni dei medici e sulle motivazioni che stanno alla base di questi.

Nella prima parte ho affrontato il "quanto", mentre nella seconda parte ho provato ad indagare il "come" ed il "perché".

CONOSCENZE TEORICHE

2. IL PAZIENTE SUICIDA

2.1. LA MENTE DI UN PAZIENTE SUICIDA

Shneidman, padre della suicidologia, sostiene che il suicidio non sia una malattia, né uno stato fisiologico determinato; ogni suicidio è una storia unica i cui motivi non possono essere categorizzati ⁵, è il risultato di una complessa interazione di fattori di tipo psicologico, sociale e biologico. Il suicidio, da Shneidman, viene definito non come un movimento verso la morte, ma come un movimento di allontanamento da emozioni intollerabili, dolore insopportabile o angoscia inaccettabile, come un “atto conscio di autoannientamento, meglio definibile come uno stato di malessere generalizzato in un individuo bisognoso che, alle prese con un problema, considera il suicidio come la miglior soluzione” ⁵.

Una caratteristica tipica e comune del pensiero suicidiario è *l'hopelessness*, mancanza di speranza, intesa come disperazione e assenza di elementi positivi sul presente, associata ad una scarsa considerazione di sé e ad aspettative negative per il futuro.

A ciò si unisce una *sofferenza* interiore che viene definita come intollerabile e senza via di uscita. Il paziente cerca una soluzione per porre fine alla propria pena: passa in rassegna tutte le possibilità, finché ad un certo punto emerge l'idea del suicidio. In un primo momento la mente lo rifiuta, ma alla fine, scartate tutte le altre opzioni, accetta il suicidio come unica soluzione e come la sola risposta disponibile al proprio disagio. Quasi tutti i pazienti suicidiari riferiscono la presenza di idee di morte continue e sempre uguali, idee dalle quali difficilmente riescono a staccarsi e distrarsi e non sono in grado di considerare soluzioni meno drastiche ai loro problemi. Costoro hanno di solito un pensiero dicotomico, in bianco e nero, assolutizzante e sono caratterizzati da *rigidità cognitiva*, da ridotte capacità di *problem solving*, ossia hanno difficoltà ad identificare i problemi e le loro cause, tendono a concentrarsi sulle conseguenze a breve termine e perdono

capacità di trovare soluzioni ai problemi, assumendo un atteggiamento di passività.

Tutti gli individui con intenzioni suicidarie chiedono in maniera più o meno palese aiuto e vivono in una condizione di *ambivalenza*: vogliono vivere, ma senza la loro sofferenza e, se non riescono a trovare possibili alternative, vedono come unica soluzione la morte. Trovare la strada giusta per aiutare la persona in crisi e alleviarne il disagio, potrebbe permettere all'individuo di scegliere la vita, anziché la morte.

2.2. LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO SUICIDIARIO

Uno dei capisaldi della prevenzione del suicidio è la corretta valutazione e identificazione dei fattori di rischio, per cercare di individuare e gestire i pazienti maggiormente predisposti.

La valutazione del rischio, o *assessment*, implica la presa in esame di numerosi elementi che consentono di definire il livello di rischio in un determinato soggetto, cioè quelle caratteristiche che potrebbero aumentare la probabilità che il suicidio si verifichi.

Tuttavia questi fattori spesso si rilevano anche in individui che non sono a rischio (creando così dei falsi positivi) o al contrario esistono persone che hanno una crisi suicidiaria, pur non presentandoli.

Nonostante la possibilità di ambiguità, i fattori di rischio hanno un ruolo importante nel definire, seppur a grandi linee, le condizioni tipicamente associate al rischio di suicidio.

I fattori che espongono un individuo ad un elevato rischio di suicidio sono dunque complessi e connessi tra loro.

Solitamente i fattori di rischio si suddividono in fattori individuali, fattori ambientali e fattori predisponenti.

FATTORI INDIVIDUALI: riguardano gli aspetti biologici (età, sesso) e la storia personale di ogni soggetto.

- ETA': le persone più anziane (sopra i 65 anni) e quelle più giovani (tra i 15 e i 30 anni) sono quelle a maggior rischio di suicidio, anche se negli

ultimi anni si è assistito ad un aumento dei tassi di suicidio negli uomini di mezza età.

- **SESSO:** nella maggior parte dei Paesi sono soprattutto i maschi a commettere suicidio con un rapporto 3:1, benché il rapporto maschi-femmine varia da Paese a Paese e in base all'età.

- **ANAMNESI FAMILIARE POSITIVA PER SUICIDIO:** l'*American Psychiatric Association* considera il trauma derivante dalla perdita di un caro per suicidio "catastrofico", al pari di un'esperienza in un campo di concentramento. Coloro che hanno sperimentato la morte di un familiare per suicidio sono soggetti ad alto rischio suicidario e, in ogni caso, sono portatori di una grande sofferenza.

- **PRECEDENTI TENTATIVI DI SUICIDIO:** secondo la suicidologia classica, il termine "tentato suicidio" dovrebbe essere usato per coloro che, volendo commettere il suicidio, non vi riescono per cause indipendenti dalla loro volontà; spesso invece questa espressione viene usata in modo inappropriato. Andrebbe associata infatti la valutazione della letalità dell'atto: tentato suicidio a bassa letalità o dimostrativo, tentato suicidio ad alta letalità o suicidio mancato. Secondo dati dell'OMS, 6 suicidi su 10 sono preceduti da un tentativo e il 40% dei ragazzi che tentano il suicidio, ripetono il gesto: dal 10 al 12% ripete l'atto entro i dodici mesi successivi, circa l' 1% va incontro a morte per suicidio nel corso dell' anno successivo e dal 10 al 30% nei dieci anni seguenti ¹.

- **COMUNICAZIONE DI UN INTENTO SUICIDIARIO:** la comunicazione della decisione di suicidarsi, il desiderio di farlo o semplicemente l'affermazione di averci pensato, sono elementi che vanno presi in seria considerazione e vanno identificati come richieste d'aiuto da parte del paziente, cercando di evitare di ridurli semplicisticamente a tentativi di manipolazione, di provocazione o con lo scopo di attirare l'attenzione. E' stato dimostrato che indagare su idee e propositi suicidari non aumenta il rischio di suicidio, anzi potrebbe ridurlo, dando la possibilità all'individuo in crisi di sperimentare un contatto empatico e di sentirsi ascoltato, sollevato e supportato ⁶.

- PATOLOGIE MEDICHE CRONICHE O GRAVI: anche la presenza di *patologie mediche* potrebbe rappresentare un altro fattore di rischio ⁷⁻⁸, soprattutto se croniche, se comportano disabilità e hanno prognosi negativa o se sono associate a dolore fisico. Queste possono mettere a dura prova le capacità di adattamento di una persona che potrebbe precipitare in una condizione di malessere psicologico, sebbene sembri essere un evento piuttosto raro in assenza di altri fattori di rischio o di disturbi psichiatrici ⁷. Fra i *disturbi neurologici*, quelli che potrebbero comportare un più alto rischio di suicidio sono l'epilessia, i danni cerebrali e al midollo spinale e gli esiti di ictus. Anche le *neoplasie* potrebbero determinare un rischio aumentato di suicidio, più alto al momento della diagnosi e in caso di malattia in fase terminale. *L'infezione da Hiv e l'Aids* rappresentano un crescente fattore di rischio di suicidio fra i giovani, maggiore al momento della conferma della diagnosi e nelle prime fasi della malattia.

- ABUSO DI SOSTANZE/ALCOLISMO: è ormai assodata l'importanza dell'abuso alcolico e di sostanze quale fattore di rischio suicidio, sia fra i giovani che fra gli adulti ⁹. La relazione fra alcol e rischio di suicidio sembra consistere però in un'influenza reciproca: da una parte le sostanze da abuso sono usate a scopo farmacologico per ridurre l'inquietudine, l'angoscia e l'ansia che gli individui a rischio suicidio provano ¹⁰, dall'altra è noto che l'abuso è presente in circa la metà dei casi di suicidio, o tentato suicidio, e potrebbe agire sia come evento precipitante che come fattore di rischio cronico ¹¹.

E' stato dimostrato che spesso i problemi di abuso alcolico non vengono identificati e quindi non correttamente trattati. Uno studio ha valutato la correttezza delle indicazioni terapeutiche per 25 condizioni acute e croniche, e solo l'11% dei pazienti con disturbi da abuso di alcol ha ricevuto corretto trattamento, tasso di gran lunga più basso rispetto alle altre condizioni cliniche analizzate ¹². Un'altra ricerca ha analizzato l'assistenza di pazienti depressi in medicina generale e ha rilevato che solo nel 24% dei pazienti è stato indagato un eventuale abuso di alcol ¹³.

Se l'abuso di sostanze è associato ad altri fattori predisponenti o a disturbi psichiatrici, il rischio di suicidio è notevolmente aumentato ¹⁴⁻¹⁵.

- SUICIDIO E DISTURBI MENTALI: studi effettuati evidenziano la rilevanza dei disturbi mentali nei casi di suicidio portati a termine ¹⁶⁻¹⁷. La compresenza di più disturbi aumenta in maniera importante il rischio, soprattutto se a disturbi psichiatrici è associato l'abuso di sostanze ¹⁴⁻¹⁵.

Disturbi dell'umore. Tutti i tipi di disturbi dell'umore potrebbero essere associati al suicidio: questi comprendono l'episodio depressivo, il disturbo depressivo maggiore ricorrente e quello persistente, il disturbo bipolare dell'umore ¹⁸⁻¹⁹.

La depressione maggiore, per esempio, viene stimata con un'elevata prevalenza nella popolazione generale: in circa il 30% delle persone viste da un medico di medicina generale, viene diagnosticato un disturbo depressivo. La depressione maggiore potrebbe essere un fattore di rischio rilevante per il suicidio, soprattutto tra adolescenti e anziani, anche se le persone maggiormente a rischio sono quelle con un esordio in età avanzata del disturbo, soprattutto se 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 ²⁰.

La prevenzione del suicidio nei pazienti con disturbo bipolare è invece in genere particolarmente difficile a causa dei rapidi cambiamenti di umore, dell'impulsività e della presenza di effetti disinibenti da uso di sedativi che caratterizza questi pazienti. Per cui è importante riconoscere e trattare correttamente questa patologia, prescrivendo anche farmaci che siano in grado di controllare i sintomi che maggiormente sono correlati al suicidio come insonnia, agitazione e disforia. In questi pazienti il rischio di suicidio risulta essere particolarmente alto soprattutto nel primo anno di malattia ¹⁰.

Tendenze impulsive o aggressive. I messaggi a contenuto ostile/aggressivo sono stati riscontrati in oltre la metà dei casi di suicidio e in una percentuale pari al 42% è stata rilevata la presenza di comportamenti ostili o di diffidenza riportati nella storia del paziente suicida, indipendentemente dal fatto che

abbia lasciato o meno scritti con tale contenuto. Questi aspetti sembrerebbero interpretabili alla luce di quanto segnalato in letteratura rispetto all'associazione di impulsività e manifestazioni aggressive e l'alterato funzionamento del sistema serotoninergico ²¹.

Disturbi di personalità. I disturbi di personalità rappresentano un fattore di rischio di grande rilevanza: ne hanno sofferto almeno una volta nella vita circa un terzo delle persone che si sono suicidate e fino al 77% delle persone che hanno tentato di farlo ²²⁻²³⁻¹⁰. Tra questi il disturbo di personalità borderline è considerato quello più a rischio ¹¹.

Disturbi del comportamento alimentare. Il suicidio rappresenta una delle principali causa di morte per chi soffre di anoressia o bulimia nervosa. Questi pazienti presentano un'elevata frequenza di tentativi di suicidio, spesso più di uno, nell'arco della loro vita ¹⁰.

Disordini psicotici. Fra i pazienti affetti da disturbi psicotici o schizofrenia, una percentuale intorno al 5% muore a causa di suicidio. La probabilità che ciò accada, è maggiore all'esordio della malattia, soprattutto se il paziente prima aveva una buona qualità di vita ²⁴.

FATTORI AMBIENTALI: riguardano il contesto sociale, che può determinare instabilità, ansia, insicurezza, frustrazione.

- **PROBLEMI SOCIOECONOMICI:** il suicidio è più frequente in soggetti disoccupati e/o in stato di indigenza. Ci sono significative correlazioni tra disoccupazione e tasso di suicidio, benché tale rapporto sia complesso e non sempre diretto. Infatti gli effetti della disoccupazione sono probabilmente mediati da fattori quali povertà, isolamento sociale, problemi familiari e senso di impotenza. D'altra parte le persone con disturbo mentale hanno maggiori probabilità di essere disoccupate.

- **STATO CIVILE:** essere divorziati, separati, vedovi o single rappresenta un altro fattore di rischio. La presenza di un contesto familiare e di una stabilità relazionale infatti è un fattore protettivo, sebbene non sia risultato essere così significativo per le donne. Essere separati o vivere soli aumenta il rischio di suicidio, soprattutto per gli uomini oltre i 55 anni di età.

- **SCARSE RELAZIONI SOCIALI:** i soggetti caratterizzati da isolamento sociale, mancanza di supporto di reti familiari ed amicali sono maggiormente a rischio.
- **PROBLEMI LAVORATIVI:** un licenziamento recente rappresenta un maggior fattore di rischio rispetto a uno stato di disoccupazione di lunga data. Esistono inoltre alcune categorie professionali che presentano un rischio più elevato rispetto ad altre ¹.

FATTORI PRECIPITANTI: sono situazioni di crisi che accrescono lo stato di ansia ed insicurezza come, per esempio, la rottura di una relazione importante, la perdita di una persona cara o eventi di vita particolarmente negativi o traumatici. Questi fattori di rischio si comportano come fattori acuti e precipitanti, ma di per sé non sono né necessari né sufficienti, mentre la combinazione di altri fattori di rischio con questi eventi precipitanti potrebbe essere la condizione necessaria e sufficiente per poter determinare un suicidio ¹¹.

La relazione tra fattori predisponenti e suicidio è sempre e comunque indiretta: sono infatti condizione necessaria ma non sufficiente ²⁵.

Nelle varie fasi di vita tutti questi fattori possono avere una valenza differente riguardo al rischio di suicidio e l'individuazione di essi potrebbe essere la chiave per tentare di creare programmi di prevenzione specifici in relazione all'età di appartenenza dell'individuo. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, inoltre, i fattori di rischio variano da continente a continente e fra Paesi diversi, secondo variabili culturali, sociali ed economiche ¹.

Nella valutazione del rischio di suicidio di una determinata persona bisogna inoltre sempre considerare anche i fattori protettivi, ossia quelle caratteristiche e condizioni che potrebbero aiutare il paziente in crisi. Per esempio sono fattori protettivi l'aver a disposizione una famiglia e/o una rete di sostegno sociale, la fede religiosa,..; anche la presenza di bambini in casa o una gravidanza riducono il rischio di suicidio e rappresentano elementi chiave su cui far leva per aiutare il paziente in crisi.

3. IL RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

3.1. LA RICHIESTA D'AIUTO E LA RISPOSTA DEL MEDICO

E' stato più volte sottolineato il ruolo chiave che il medico di medicina generale potrebbe avere nella prevenzione del suicidio. I dati della letteratura riportano che, frequentemente, i soggetti che commettono il suicidio si sono recati da un operatore della salute, in primo luogo un medico di base, nei mesi e settimane precedenti la morte ³⁻⁴. Secondo uno studio, il 45% delle persone decedute per suicidio aveva avuto un contatto con la medicina di base nel mese precedente ³. Altri studi, in accordo col precedente, indicano che percentuali tra il 25 e il 75% dei pazienti che commettono il suicidio hanno un contatto con il medico di famiglia, in un lasso di tempo che varia da 30 a 90 giorni ²⁶⁻²⁷.

Spesso, il medico di medicina generale è formato per fronteggiare le emergenze somatiche e potrebbe avere maggiori incertezze nell' affrontare le emergenze prettamente psicologiche: potrebbe avere difficoltà nel far fronte a crisi suicidarie o provare disagio nel relazionarsi correttamente con chi ha tentato il suicidio ²⁸⁻²⁹. Programmi rivolti ai medici di base con nozioni riguardanti il riconoscimento e la gestione del rischio di suicidio potrebbero quindi essere importanti per provare a sfruttare la posizione strategica di questi operatori ³⁰, incentrando l'attenzione sui fattori, sulle persone o sulle condizioni a rischio (prevenzione), focalizzandosi sulle conseguenti azioni e comportamenti da adottare per valutare la gravità del rischio e provare ad aiutare così la persona in crisi (assessment). La formazione dei MMG nel riconoscere le condizioni di rischio, nel saperle gestire e correttamente trattare, è un elemento importante per la prevenzione del suicidio nella popolazione.

Fra l'anno 1983-1984, è stato promosso un programma di istruzione sul riconoscimento della depressione, rivolto ai medici di base dell'isola di Gotland (Svezia). In seguito a ciò si è dimostrata una riduzione della mortalità per suicidio ²⁰. Gli effetti benefici di questo programma si interruppero quando nuovi medici sostituirono coloro che avevano preso parte al programma. Tuttavia gli effetti positivi sulla riduzione del tasso di

suicidio si ripresentarono quando il programma fu riproposto ai nuovi medici di base ³¹. Anche uno studio tedesco ha segnalato una riduzione dei tentativi di suicidio dopo un programma di istruzione sulla depressione ³².

Il medico di medicina generale dovrebbe quindi provare a riconoscere le potenziali fattori di rischio per il suicidio, trattare e controllare anche le condizioni a questo associate, come per esempio l'abuso di sostanze. Uno studio ha analizzato il trattamento delle patologie psichiatriche in medicina generale e ha rilevato che solo nel 24% dei pazienti è stato indagato, per esempio, un'eventuale abuso di alcool ¹³.

Tutta la letteratura internazionale concorda sulla rilevanza della formazione in questo campo del medico di medicina generale, che diventa quindi quel tassello chiave che può cogliere le manifestazioni psichiche o somatiche di un disagio e, unendole alla conoscenza spesso decennale del paziente e del suo vissuto, potrebbe essere in grado di mettere in atto tutti i possibili percorsi diagnostico-terapeutici e di supporto per la persona in crisi, seguendola poi nel tempo e all'interno del proprio contesto sociale.

3.2. LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO

Negli ultimi decenni sono state molte le conquiste ottenute con l'applicazione di programmi di prevenzione: in generale la prevenzione punta sul ridurre i fattori di rischio conosciuti e suscettibili di modifiche, e sull'incrementare i fattori protettivi.

In quest'ottica di prevenzione del suicidio, il medico di medicina generale ha un ruolo cruciale, essendo spesso un punto di contatto dei pazienti a rischio o in crisi.

La prevenzione primaria dovrebbe tentare di influire sulle circostanze in grado di determinare la comparsa di problemi psicologici e comportamentali che possono incentivare un'ideazione suicidaria. In tal senso il ruolo del medico di medicina generale è legato all'informazione rivolta alla popolazione e dovrebbe mirare a ridurre lo stigma sociale legato non solo ai comportamenti suicidari, ma alla malattia psichiatrica in generale. Altrettanto importante è la formazione del medico stesso e degli operatori

(sanitari e non) che più spesso vengono a contatto con gruppi di soggetti a rischio. Anche le campagne di prevenzione del disagio giovanile e la collaborazione con le scuole, per esempio, potrebbero permettere di raggiungere un importante gruppo di soggetti potenzialmente a rischio. In parallelo a ciò, la limitazione dell' accesso a mezzi suicidari fortemente letali, quali armi da fuoco, sostanze tossiche o farmaci, il controllo dell'abuso alcolico, possono essere interventi utili, volti a ridurre l'incidenza del fenomeno.

La prevenzione secondaria è orientata alla diminuzione dell'incidenza di comportamenti suicidari in gruppi considerati ad alto rischio. In tal senso è fondamentale tentare di riconoscere precocemente tali soggetti e provare a sfruttare la capacità di rispondere in tempi brevi e in maniera efficace alla presentazione di una crisi suicidaria. Diversi studi hanno tentato di identificare uno strumento di screening per aiutare i medici di medicina generale ad identificare le persone a rischio, ma l'enorme variabilità di fattori coinvolti, rendono impossibile l'utilizzo di uno strumento standardizzato da utilizzare nella pratica clinica di tutti i giorni³³⁻³⁴. Per cui solo una conoscenza approfondita del problema, unita alla capacità del medico di identificare ed indagare le condizioni di rischio, potrebbe essere la chiave per la prevenzione del suicidio in soggetti a rischio.

Nell'ambito più generale della prevenzione rientra anche la prevenzione terziaria, ossia l'assistenza ai soggetti che hanno sperimentato la morte di un familiare per suicidio. Sicuramente anche in questo caso si tratta di soggetti a maggior rischio suicidario ed in ogni caso portatori di una sofferenza che necessita di adeguate risposte: proprio a tale scopo sono sorte negli ultimi anni diverse esperienze di gruppi terapeutici per i "sopravvissuti".

3.3. RICONOSCERE I SEGNALI DI ALLARME

Per un'efficace prevenzione del suicidio è importante porre attenzione ai segnali che, più o meno direttamente, l'individuo in crisi potrebbe mandare nei giorni, nelle settimane e nei mesi che precedono l'atto letale. Sarebbe

importante che tutti fossero formati a riconoscere i segnali d'allarme: studi condotti dal Centro per la prevenzione del suicidio di Los Angeles hanno dimostrato che era stato possibile risalire alle intenzioni di "farla finita" del suicida nella maggior parte dei casi e che, solo in pochi, non erano identificabili segnali premonitori. Alcuni lanciano segnali espliciti e diretti, altri invece lo comunicano in modo indiretto e quindi più difficile da cogliere e decifrare.

Può succedere che il soggetto a rischio mandi dei segnali verbali diretti, espressi in frasi come "la faccio finita", "se succede, io mi uccido",... Studi basati su interviste alle persone care delle vittime, hanno evidenziato che le persone suicidatesi avevano dichiarato di voler morire, e spesso, oltre che ad un caro, lo avevano provato a dire anche al medico curante, nel tentativo di chiedere aiuto.

Può altrimenti capitare che il segnale d'allarme sia *indiretto*, espresso con frasi tipo "non ce la faccio più", "mollo tutto", "a chi importa se muoio", "starebbero meglio senza di me", o addirittura ancora più celati che solo persone molto vicine, possono cogliere. Ovviamente i segnali verbali indiretti, sul momento, hanno minor impatto e purtroppo capita che il messaggio si riveli pienamente nella sua tragicità solo quando è troppo tardi.

Altri segnali importanti, da non sottovalutare, sono quelli comportamentali. Questi possono essere *diretti*, come isolarsi dagli amici, dai familiari, non voler uscire di casa, atti di autolesionismo, oppure *indiretti* come cambiamenti importanti della personalità o comportamenti quali fare testamento, mettere da parte farmaci, comprare armi, esprimere un improvviso interesse oppure perdere interesse, per esempio, per la religione, regalare oggetti ai quali la persona è legata, trascurare attività quotidiane di routine o il proprio aspetto fisico o l'igiene personale.

Spesso i soggetti a rischio chiedono aiuto, oltre che ad una persona cara, ad un operatore della salute, che spesso è il proprio medico di base. A posteriori si rileva che questi soggetti hanno riferito al proprio medico l'intento suicidiario, in alcuni casi in maniera esplicita, in altri casi invece riportando

solo sintomi fisici, anche di poco conto, ponendo però forse nel medico l'ultima speranza di essere compreso.

3.4. COME COMPORTARSI

Colui che ha deciso di suicidarsi, quasi sempre, si sente isolato, solo e secondo lui nessuno può capire la sua sofferenza. Nella mente di un suicida, colui che interferisce con l'atto letale vuole solo perpetuare la sua pena; tuttavia, nonostante la cosiddetta *visione a tunnel* (restringimento del campo delle opzioni che si ritengono disponibili), il soggetto potrebbe essere ancora aperto al mondo esterno ed in grado di ricevere messaggi anti-suicidio, ossia, se aiutato a trovare risposte alternative, egli potrebbe rivedere la sua decisione finale.

Di fronte ad un paziente che manifesta intenzione di suicidarsi, il medico dovrebbe provare a ricostruire l'anamnesi e i fattori di rischio, analizzando la salute fisica e psichica, ed esplorare le vicissitudini che hanno condotto alla crisi, discutendo anche, se riesce, dell'ideazione suicidiaria ³⁵.

La comunicazione riveste un ruolo centrale: gli esperti di prevenzione del suicidio concordano che una buona comunicazione è fondamentale nel prestare aiuto ¹⁰.

Da parte del medico sarebbe importante far capire alla persona in crisi la propria comprensione e l'accettazione della sua decisione di non voler più vivere e provare ad offrirgli la possibilità di instaurare un dialogo sulle possibili soluzioni al problema. Dovrebbe riuscire ad ascoltare e a prendersi tutto il tempo necessario, senza interruzioni e distrazioni, provare a mostrare empatia, esprimendo comprensione dei sentimenti dell'altro e rispetto delle opinioni e decisioni prese, senza minimizzare o sottovalutare il problema. E' fondamentale riuscire a lasciare parlare liberamente il paziente, senza interromperlo, astenersi dall'esprimere disagio, imbarazzo o giudizi, parlando però con onestà e chiarezza, esprimendo anche la propria preoccupazione. Non dovrebbero mai mancare elementi di speranza e il medico dovrebbe provare a garantire al paziente che non verrà lasciato solo.

La conversazione dovrebbe basarsi su domande semplici e dirette e durante il dialogo si dovrà cercare di formulare il rischio di suicidio, identificando il grado di *pianificazione*, indagando sui possibili mezzi che il paziente può avere a disposizione per compiere il gesto e sulle tempistiche, ossia sull'imminenza del gesto ¹⁰.

Suggerimenti per la gestione della crisi suicidaria.

CHE COSA NON È UTILE
<p>Interrompere troppo spesso Esprimere il proprio disagio Dare l'impressione di essere occupato e frettoloso Dare ordini Fare troppe domande Ignorare o liquidare il problema: <i>"Oh, parliamo di qualche altra cosa!"</i> Sminuire il problema: <i>"Incontrerai un'altra ragazza e dimenticherai quella persa. Sei un ragazzo in gamba."</i> Agire con imbarazzo e paura: <i>"Non starai pensando veramente al suicidio, vero?"</i> Sfidare e dibattere: <i>"Guarda avanti. Vedrai che le cose andranno di sicuro meglio! Non sai che è idiota uccidersi?"</i> Dare consigli dannosi: <i>"Andiamo, usciamo e dimentichiamo tutti i problemi!"</i></p>

CHE COSA È UTILE
<p>Ascoltare attentamente, con calma Comprendere i sentimenti dell'altro con empatia Emettere segnali non verbali di accettazione e rispetto Esprimere rispetto per le opinioni e i valori della persona in crisi Concentrarsi sui sentimenti della persona in crisi Esprimere la propria preoccupazione e solidarietà</p>
DOMANDE UTILI
<p>Parlare onestamente e con semplicità, facendo la domanda in modo diretto ma accogliente ed evitare il confronto: <i>"Stai pensando al suicidio?"</i> Proporre aiuto, non lasciarlo solo: <i>"Non sei solo. Permettimi di aiutarti!"</i> Indagine sulla pervasività dei pensieri <i>"Ti senti triste?"</i> <i>Senti che nessuno si prende cura di te?</i> <i>Pensi che non valga la pena di vivere?</i> <i>Ti è capitato di fare piani per porre fine alla tua vita?</i> <i>Quanto questi pensieri interferiscono sulle tue attività?</i> <i>Pensi che vorresti suicidarti?"</i> Indagine sul grado di pianificazione del suicidio <i>"Ti è capitato di fare piani per porre fine alla tua vita?"</i> <i>Hai un'idea di come farlo?"</i> Indagine su possibili metodi di suicidio <i>"Possiedi farmaci, armi da fuoco o altri mezzi per commettere il suicidio?"</i> <i>Sono facilmente accessibili e disponibili?"</i> Indagine sul lasso di tempo <i>"Hai deciso quando vuoi porre fine alla tua vita?"</i> <i>Quando hai intenzione di farlo?"</i> <i>Hai pensato di lasciare un biglietto?"</i></p>

I pazienti potranno anche evitare di riferire in maniera dettagliata o esplicita i propri piani suicidari, ma se incalzati da specifiche domande, potrebbero essere pronti a discuterne e in base alle risposte, il medico potrà provare a formulare il rischio e il grado di pianificazione del gesto suicidiario, che gli potrebbe permettere di provare a mettere in atto tutti gli interventi necessari per evitarlo e cercare il supporto adatto.

Conoscere il problema, saper individuare i pazienti a rischio e sviluppare delle attitudini comunicative e gestionali nei confronti del paziente suicida, da parte del medico, è importante, perché ciò potrebbe significare ridurre l'intensità: "parlare di suicidio vuol dire prevenirlo". Eppure molti temono che parlare in modo esplicito con queste persone, significhi sollecitarle a compiere il gesto; al contrario affrontare l'argomento potrebbe significare offrire al paziente l'opportunità di confidarsi su un problema del quale è estremamente difficile parlare.

3.5. DAL MEDICO DI FAMIGLIA ALLO SPECIALISTA

La medicina generale ha un ruolo a 360 gradi per quanto riguarda il suicidio, sia in ambito di prevenzione che di diagnosi e cura. Il medico di base non è però solo ad affrontare questo problema e, se lo ritiene necessario, può essere supportato da una rete, sia a livello territoriale che in ambito specialistico che, con lui, si può far carico del paziente, come per esempio i servizi sociosanitari territoriali e il servizio di psichiatria. In questi casi, il medico dovrebbe provare a spiegare alla persona con propositi suicidari la necessità di un invio alla rete dei servizi: ha infatti il delicato e prezioso compito di dare spiegazioni chiare ed esaustive sulla sua decisione, per alleviare timori relativi allo stigma e le preoccupazioni riguardo all'eventuale assunzione di farmaci psicotropi. È importante che il medico provi a trasmettere alla persona che "invio" non significa "abbandono" e, se lo ritiene necessario, può farsi attivo ricercatore del contatto con il collega psichiatra, assicurando nel contempo una continuità terapeutica di rapporto con il suo paziente. In situazioni di rischio immediato, il medico può decidere di contattare direttamente i servizi di emergenza e d'urgenza o l'U.O. di

Psichiatria, dove è reperibile 24 ore su 24 un medico psichiatra. Anche in questi casi il medico di medicina generale non solo può proporsi come ricercatore attivo di contatto con i servizi, ma, se lo ritiene necessario e se la sente, può accompagnare nel percorso il suo paziente, convincerlo della necessità di tale modalità di 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.

4. I SURVIVORS

4.1. I FAMILIARI E IL MEDICO

“Il suicidio è un atto personale, ma tutti ne sentiamo gli effetti.”

Così recita uno slogan diffuso da un'associazione statunitense che si occupa di prevenzione del suicidio. L'impatto è sulle famiglie, la comunità e la società nella sua interezza. Secondo stime, ogni anno, sono migliaia gli individui che entrano nella categoria dei sopravvissuti (*survivors*), ossia individui che hanno perso una persona per suicidio.

Il termine sopravvissuto è dunque utilizzato per descrivere le difficoltà che gli individui provano dopo aver perso una persona a causa del suicidio.

Nello specifico, i *survivors* potrebbero sperimentare sentimenti di colpa, interrogandosi sul perché e su cosa si poteva fare, nutrire rabbia, associata a senso di abbandono e risentimento nei confronti del caro che si è tolto la vita, provare vergogna, che spesso emerge sotto forma di autoaccusa, depressione, umiliazione e rifiuto.

Uno dei problemi maggiori legati al suicidio è lo stigma, ossia un marchio peggiorativo associato a coloro che hanno tentato il suicidio o alle persone che hanno perso un caro per suicidio. La storia insegna che, in passato, venivano applicati diversi tipi di punizione a coloro che tentavano di togliersi la vita e ai loro cari. Attualmente non vi sono più ripercussioni così altisonanti, ma permangono sottili processi di emarginazione nei confronti dei sopravvissuti. Essi sono la più grande comunità di vittime che ruota nell'area della salute mentale connessa al suicidio e fra questi sono annoverati anche i medici curanti³⁶. Molti studi hanno identificato ripercussioni notevoli sia sulla vita professionale che sulla vita privata dei medici, che possono dunque essere anch'essi considerati dei sopravvissuti³⁷⁻³⁹. L'idea di non aver fatto abbastanza e il sentirsi in colpa, aggiunti alla paura di azioni legali, sono solo alcuni dei sentimenti e reazioni che potrebbero nascere di fronte al suicidio di un proprio paziente³⁸. Alcuni studi evidenziano che gli psichiatri sono in grado di ricordare nome e dettagli dei loro pazienti che si sono suicidati anche distanza di 30 anni⁴⁰.

Un medico di medicina generale, è quindi da un lato in una posizione di fragilità di fronte all'eventuale suicidio di un paziente, al quale spesso è legato da un rapporto che dura decenni, ma dall'altro è proprio questo lungo rapporto, che potrebbe metterlo nella condizione più favorevole a cogliere tempestivamente gli eventuali segnali di un rischio di suicidio.

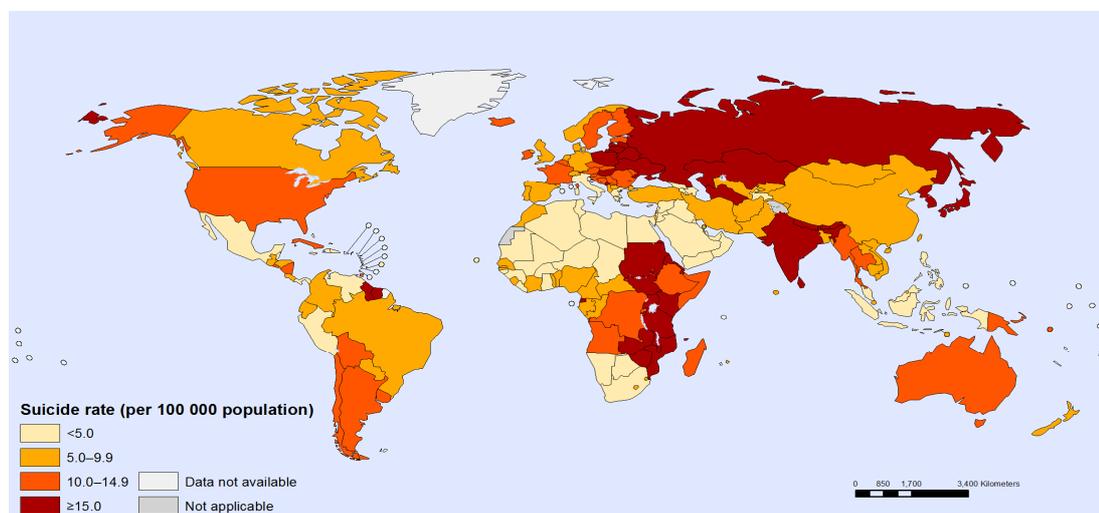
5. IL QUADRO D'INSIEME – I NUMERI DEI SUICIDI

5.1. IL QUADRO INTERNAZIONALE

Secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel 2012 nel **mondo**, sono state circa 800.000 le persone che si sono tolte la vita e il tasso (standardizzato rispetto alla popolazione mondiale) è stato pari a 11.4 per 100.000 abitanti (15.0 per gli uomini e 8.0 per le donne), rappresentando 1.4% di tutti i decessi in tutto il mondo, diventando così la 15° causa di morte nel 2012.

Dagli ultimi dati mondiali disponibili, emerge una rilevante differenziazione tra i vari Paesi, con una maggiore frequenza del fenomeno in Asia centrosettentrionale, Europa orientale, India ed Africa orientale; si mette in evidenza la carenza informativa legata all'assenza di dati, o la non attendibilità degli stessi, che per motivi religiosi o culturali non vengono registrati, per gran parte dei paesi dell'Africa, della Penisola Arabica e di alcuni paesi del centro-sud America.

Suicidi nel mondo: tasso/100.000 abitanti nel 2012



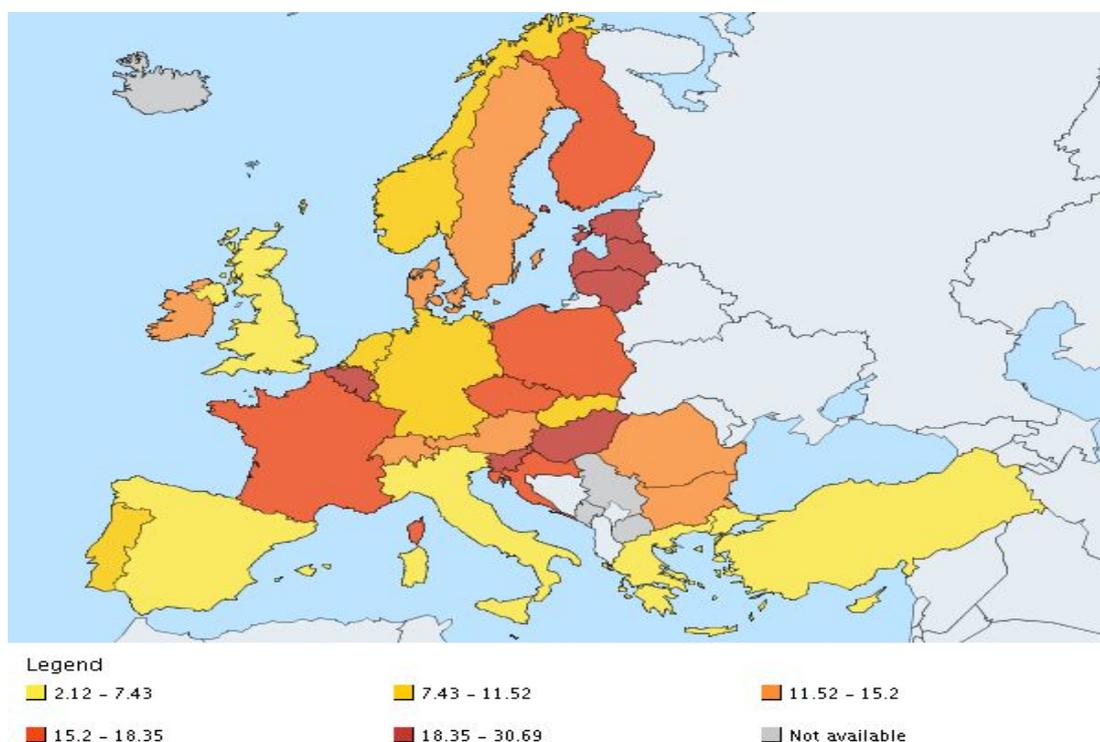
Fonte: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

Focalizzando l'attenzione a livello **europeo**, nel 2012, il tasso medio di suicidi è pari a 11.7 ogni 100.000 abitanti; negli ultimi vent'anni, in generale in Europa, si è verificata una progressiva riduzione del fenomeno in gran parte dei Paesi, fatta eccezione per l'Europa dell'Est dove, a seguito del collasso avvenuto in Unione Sovietica intorno agli anni Novanta, si è assistito

ad un progressivo aumento della mortalità per suicidi che, solo dopo il 2000, ha iniziato ad arrestarsi per dar luogo ad una lenta diminuzione.

A livello europeo, sei Paesi rientrano nei primi 20 per tasso di suicidio più alto stimati a livello globale (>18.4/100.000): la Lituania ha il quinto più alto tasso di suicidi nel mondo e il primo in Europa, con oltre 30 suicidi ogni 100.000 abitanti, seguita dall'Ungheria con un tasso di 24.1/100.000, dalla Lettonia e dalla Slovenia, con tassi rispettivamente di 21.8 e 21.5/100.000, e dal Belgio e dall'Estonia, con 18.8 e 18.4 suicidi ogni 100.000 abitanti.

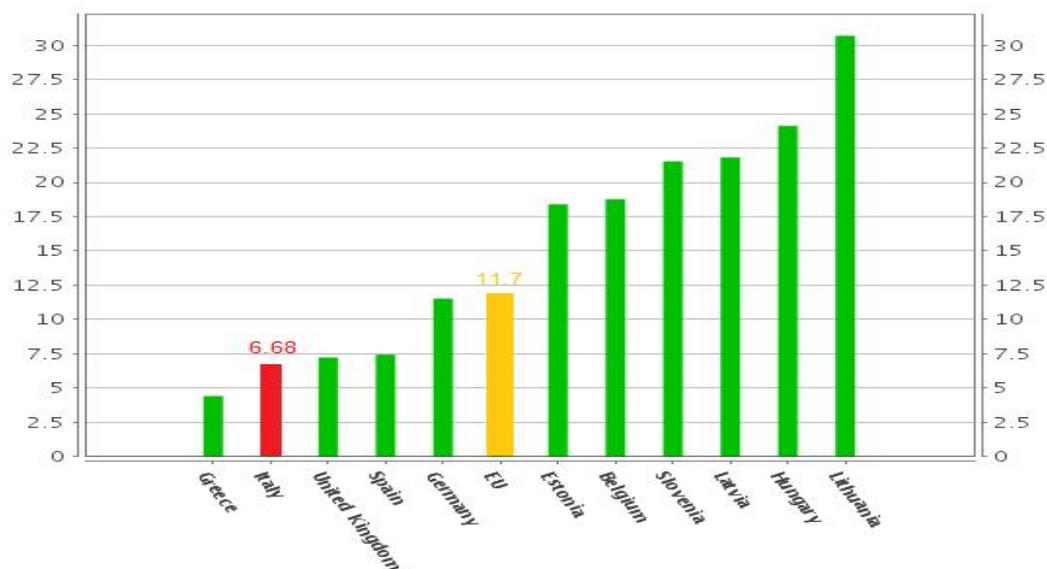
Suicidi in Europa: tasso/100.000 abitanti nel 2012



Fonte: <http://ec.europa.eu/eurostat>

In **Italia**, nello stesso anno, le morti per suicidio sono state circa 4000, corrispondenti a un tasso standardizzato di 6.68 per 100.000 abitanti, collocando il nostro Paese fra quelli i più bassi livelli di suicidalità sia a livello mondiale che europeo. Anche Regno Unito e Spagna mostrano valori bassi, rispettivamente 7.22 e 7.4 nel 2012, mentre la Germania ha tassi leggermente superiori, che si avvicinano alla media europea. La Grecia, invece, mostra i valori più bassi d'Europa, con tassi che non superano i 5 suicidi ogni 100.000 abitanti.

Suicidi in alcuni paesi europei: tasso/100.000 abitanti nel 2012



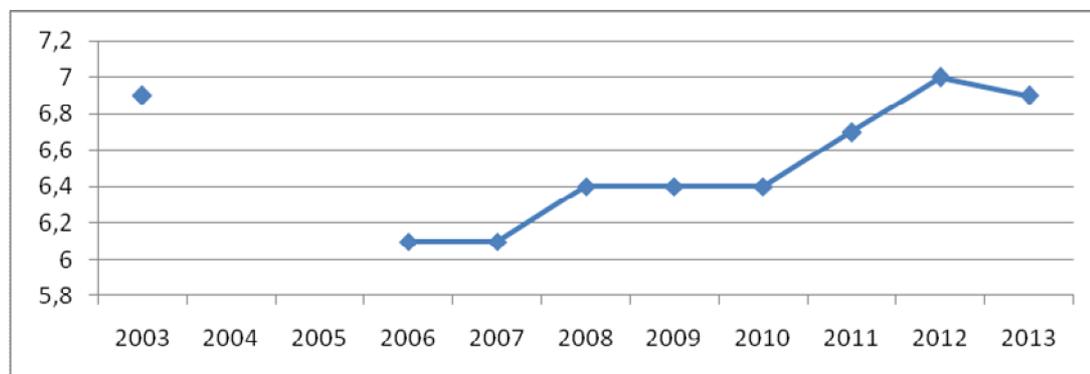
Fonte: <http://ec.europa.eu/eurostat>

5.2. IL QUADRO NAZIONALE E REGIONALE

Considerando la situazione **italiana** e analizzando i dati di mortalità per suicidio nel periodo 2003-2013 (ultimo anno al momento disponibile), si misura un andamento discontinuo, con un tasso minimo di mortalità nel biennio 2006-2007, seguito da un plateau negli anni successivi e un progressivo aumento fino al 2012, quando si misura un tasso massimo, pari a 7.0 ogni 100.000 abitanti.

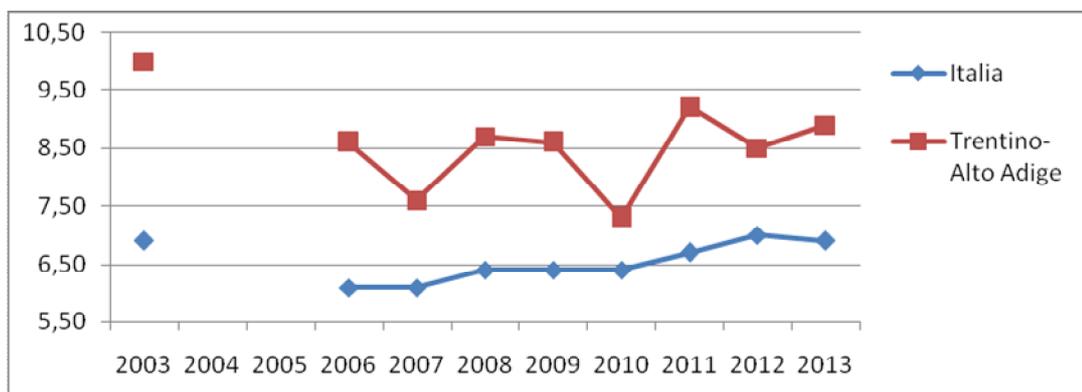
I dati per causa di morte degli anni 2004 e 2005 non sono disponibili nei database ISTAT.

Italia. Tasso/100.000 abitanti, suicidio + autolesionismo, per anno, dal 2003 al 2013



Analizzando invece la situazione del **Trentino - Alto Adige** nello stesso decennio, si può constatare come il tasso di mortalità per suicidio risulti più alto rispetto alla media italiana, in tutto il periodo analizzato.

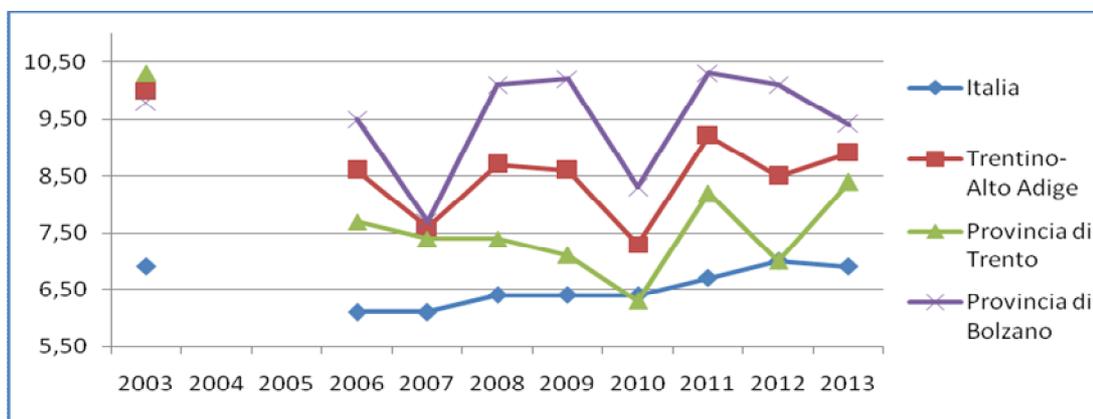
Italia e Trentino-Alto Adige. Tasso/100.000 abitanti, suicidio + autolesionismo, per anno, dal 2003 al 2013



Questo andamento è dato anche dalla maggiore incidenza del fenomeno suicidiario in **Alto Adige**, rispetto al **Trentino**, anche se in realtà la Provincia di Trento resta comunque su valori più alti rispetto al tasso medio nazionale.

Sia in Trentino – Alto Adige, che nelle singole Province di Trento e di Bolzano, l'andamento del tasso di mortalità per suicidio è molto più altalenante rispetto all'oscillazione nazionale, effetto dovuto al limitato numero di eventi e di popolazione residente, per cui piccole variazioni annuali possono causare variazioni rilevanti a carico del "tasso".

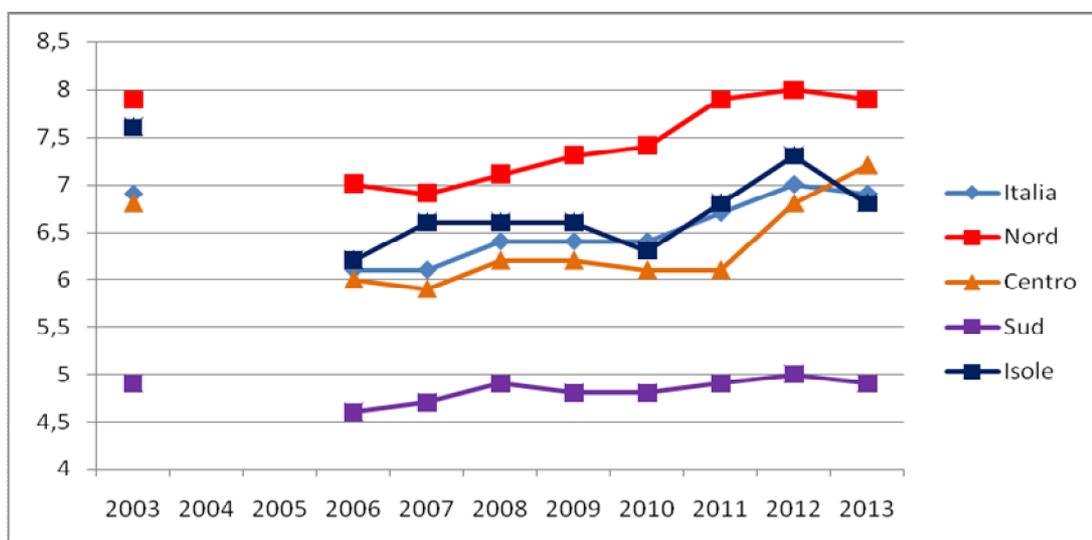
Italia, Trentino-Alto Adige, Provincia di Trento e di Bolzano. Tasso/100.000 abitanti, suicidio + autolesionismo, per anno, dal 2003 al 2013



Ritornando a focalizzare l'attenzione sull'Italia, si può analizzare l'andamento del tasso di mortalità nelle ripartizione geografiche di **Nord**, **Centro**, **Sud** e **Isole**, sempre nel decennio dal 2003 al 2013: in generale si evidenzia una mortalità in crescita fino al 2007-2008, che poi decresce o si stabilizza fino al 2010 circa, per poi tendenzialmente aumentare, con un andamento più o meno costante in tutte le zone, ma con oscillazioni più marcate nelle ripartizioni geografiche con valori di partenza più elevati, e meno marcate nelle altre. Il Nord si conferma la zona con i livelli di mortalità per suicidio più alti, il Centro e le Isole oscillano su valori prossimi alla media nazionale, il Sud rimane su valori nettamente inferiori al resto del Paese.

La suddivisione dell'Italia in Centro, Nord, Sud e Isole, riflette le differenze socio-economiche e culturali che possono intervenire sui molti aspetti legati al suicidio. In particolare, il ruolo protettivo della rete familiare e in genere della rete parentale e amicale, fortemente presente nelle regioni del Sud, svolge, probabilmente, un ruolo protettivo, scoraggiando l'individuo nella messa in atto di azioni autolesive.

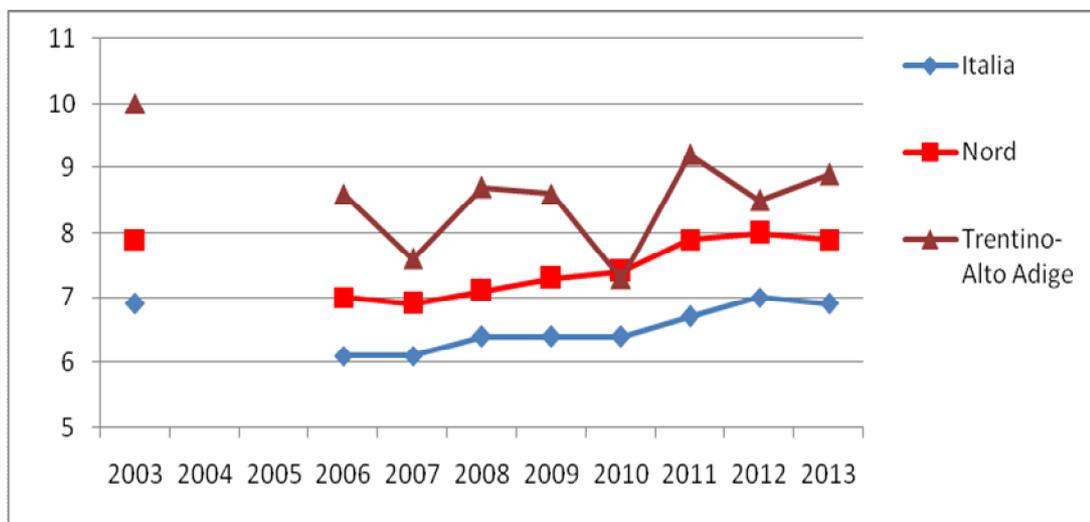
Italia, Nord, Centro, Sud e Isole. Tasso/100.000 abitanti, suicidio + autolesionismo, per anno, dal 2003 al 2013



Avendo il Nord Italia una mortalità superiore rispetto alla media nazionale, si confrontano i tassi di mortalità per suicidio del Trentino – Alto Adige con questa zona geografica e si può notare che l'andamento, pur

discostandosi con valori superiori e maggiori oscillazioni, si avvicina maggiormente e, per certi anni, coincide.

Italia, Nord e Trentino – Alto Adige. Tasso/100.000 abitanti, suicidio + autolesionismo, per anno, dal 2003 al 2013



I dati presentati in questo capitolo sono tratti dal database *Health for ALL – Italia*, gestito per l'Italia dallo stesso ISTAT e fanno riferimento all'indagine Istat sulle *cause di morte*, che rappresenta la fonte più completa ed esaustiva ad oggi disponibile sul fenomeno suicidario nel nostro paese. Esiste un'altra rilevazione sui *suicidi e tentativi di suicidio* che l'Istat conduce presso i Commissariati di Polizia e le Stazioni dei Carabinieri: bisogna però sottolineare che, come evidenziato dallo stesso Istituto nazionale di statistica, questa fonte tende a sottostimare il fenomeno.

5.3. IL QUADRO PROVINCIALE - LA PROVINCIA DI TRENTO

Nella parte che segue ho analizzato i dati relativi ai casi di suicidio in Trentino, suddivisi in base al genere, età, stato civile, titolo di studio e condizione professionale, per mettere in evidenza le caratteristiche prevalenti dei soggetti suicidi.

TREND 2003-2013

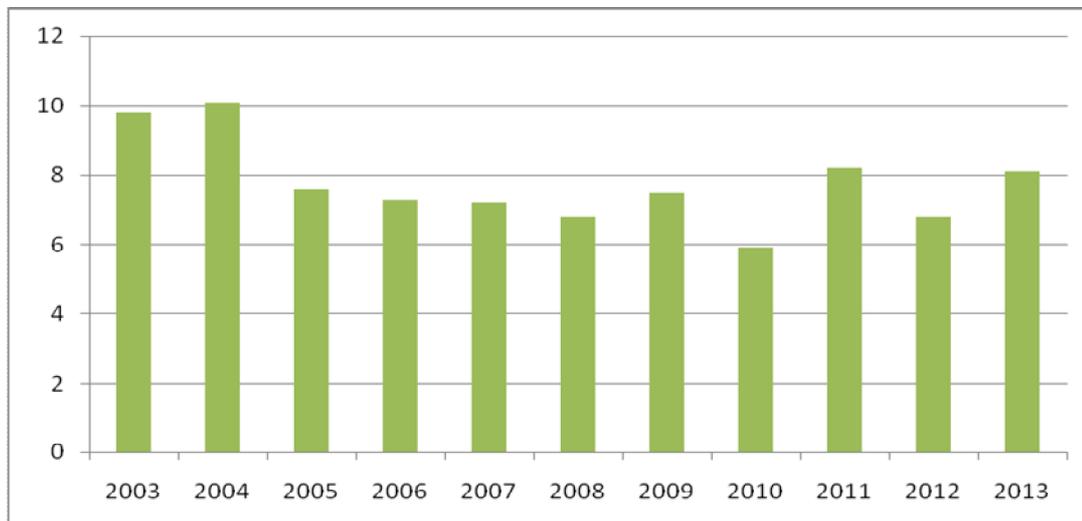
Analizzando il fenomeno suicidiario in Provincia di Trento nel periodo 2003-2013, si registra un totale di 437 suicidi, con una media di circa 39,73 decessi/anno nei residenti in Provincia.

Provincia di Trento. Suicidi: numero assoluto, per anno, dal 2003 al 2013

Anno	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
N. assoluto	48	50	38	37	37	35	39	31	43	36	43
MEDIA 39,73 suicidi all'anno											
Tasso/100.000	9,8	10,1	7,6	7,3	7,2	6,8	7,5	5,9	8,2	6,8	8,1
MEDIA 7,75/100.000 suicidi all'anno											

Considerando il tasso ogni 100.000 abitanti, il fenomeno presenta i picchi maggiori nei primi due anni, con tassi di 9.8 e 10.1 rispettivamente, con una riduzione del fenomeno negli anni successivi e altri due picchi nel 2011 e nel 2013, con 8.2 e 8.1 morti ogni 100.000 residenti.

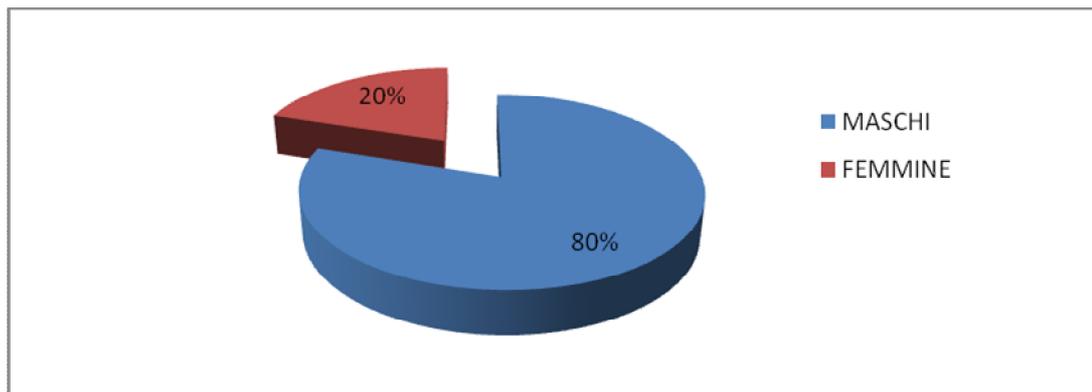
Provincia di Trento. Suicidi: tasso/100.000 abitanti, per anno, dal 2003 al 2013



GENERE: MASCHI E FEMMINE

Analizzando la proporzione per genere, in Trentino, si evidenzia che l'80% dei casi riguarda il sesso maschile e solo il 20% dei casi quello femminile, con rispettivamente 351 e 86 suicidi, nel periodo di tempo compreso fra il 2003 e il 2013.

Provincia di Trento. Suicidi: percentuali dei casi, per sesso, dal 2003 al 2013



L'andamento di eccesso del sesso maschile è coerente con i dati nazionali e con la letteratura internazionale.

Per ogni caso di suicidio di sesso femminile ci sono in media 4.09 casi di sesso maschile, con una media di 31.9 eventi/anno negli uomini e 7.8 eventi/anno nelle donne.

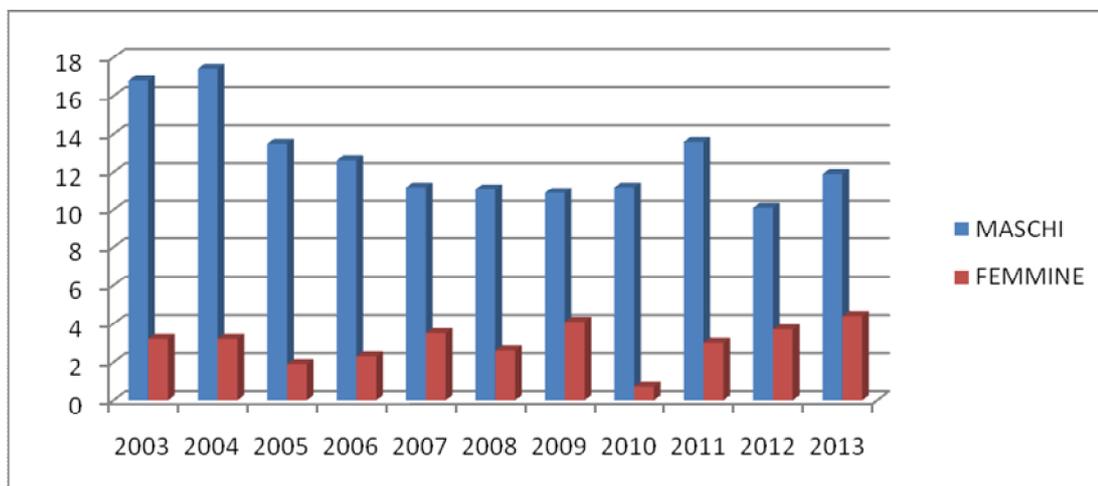
Provincia di Trento. Suicidi: numero assoluto, per sesso, per anno, dal 2003 al 2013

Anno	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	MEDIA all'anno
N. assoluto MASCHI	40	42	33	31	28	28	28	29	35	26	31	31.9
N. assoluto FEMMINE	8	8	5	6	9	7	11	2	8	10	12	7,8

Considerando una netta prevalenza di suicidi di persone di sesso maschile, l'andamento del tasso per gli uomini rispecchia quello generale, con i picchi maggiori nei primi due anni, con tassi rispettivamente di 16.8 e 17.4 ogni 100.000 maschi, con una riduzione del fenomeno negli anni successivi.

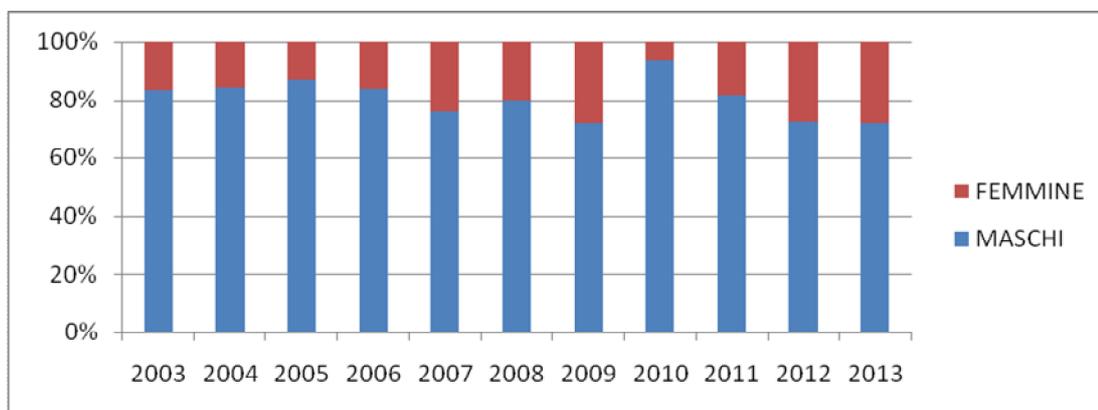
Anche per le donne, i primi due anni registrano un alto tasso, superato però dai picchi di suicidi registrati negli anni 2007, 2009, 2012 e 2013 (con tassi rispettivamente di 3.5, 4.1, 3.7, 4.4 ogni 100.000 femmine).

Provincia di Trento. Suicidi: tasso/100.000 per sesso, per anno, dal 2003 al 2013



La proporzione per genere è comunque discontinua nel periodo, come evidente dal grafico che segue, che rappresenta la proporzione dei maschi e delle femmine per singolo anno.

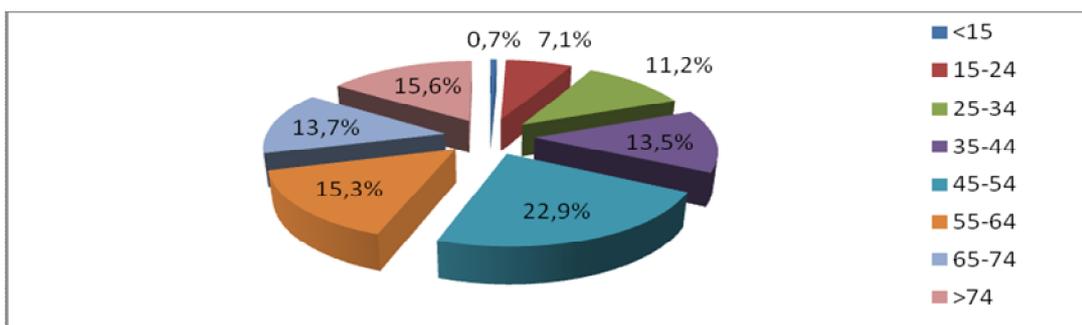
Provincia di Trento. Suicidi: proporzione maschi e femmine, per anno, dal 2003 al 2013



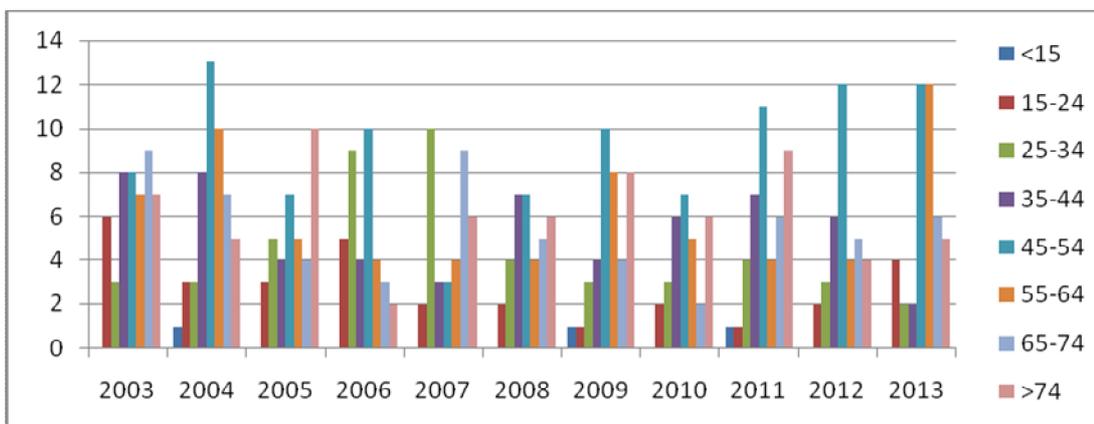
ETA'

Pur considerando la casistica limitata, si può notare una percentuale progressivamente crescente di suicidi che aumenta con l'aumentare dell'età fino ai 45-55 anni, dove si conta il numero massimo (22.9% della casistica), per poi diminuire con una percentuale stabile che si aggira intorno al 15% fino ad oltre i 75 anni.

Provincia di Trento. Suicidi: percentuali dei casi, per classe di età, dal 2003 al 2013



Provincia di Trento. Suicidi: numero assoluto, per classe di età, per anno, dal 2003 al 2013



Provincia di Trento. Suicidi: numero assoluto e percentuali, per classe di età, per anno, dal 2003 al 2013

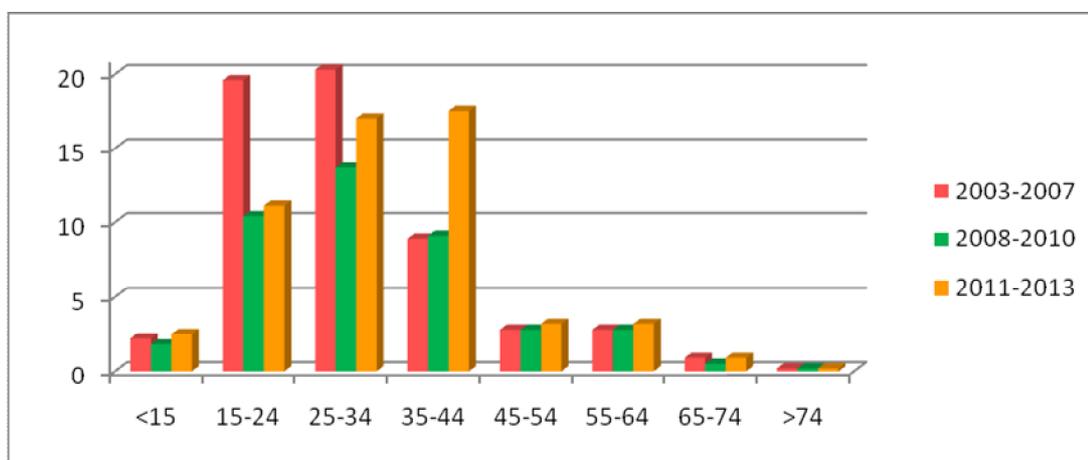
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTALE	Percentuale
<15	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	3	0,7%
15-24	6	3	3	5	2	2	1	2	1	2	4	31	7,1%
25-34	3	3	5	9	10	4	3	3	4	3	2	49	11,2%
35-44	8	8	4	4	3	7	4	6	7	6	2	59	13,5%
45-54	8	13	7	10	3	7	10	7	11	12	12	100	22,9%
55-64	7	10	5	4	4	4	8	5	4	4	12	67	15,3%
65-74	9	7	4	3	9	5	4	2	6	5	6	60	13,7%
>74	7	5	10	2	6	6	8	6	9	4	5	68	15,6%

L'età media complessiva delle persone che in Trentino si tolgono la vita, è di 53.4 anni, considerando un range d'età compreso fra i 14 e i 95 anni.

Se l'incidenza o il rischio aumentano con l'età, non va dimenticato che il peso di questi eventi risulta maggiore nelle classi di età giovani: a fronte di un tasso che aumenta con l'età, l'evento ha un impatto più rilevante nei giovani, dove i decessi per suicidio rappresentano la seconda causa di morte, collocandosi dopo gli incidenti stradali.

Se si analizza l'andamento in Trentino nel decennio 2003-2013, confrontando i diversi periodi, si può notare che nel periodo 2008-2010 il tasso di suicidi nei giovani fino ai 34 anni appare ridotto rispetto al precedente 2003-2007, a differenza di quanto riscontrato nelle altre classi di età dove il dato non appare modificato, mentre nelle annate 2011-2013 appare aumentato rispetto al precedente triennio in pressoché tutte le classi d'età.

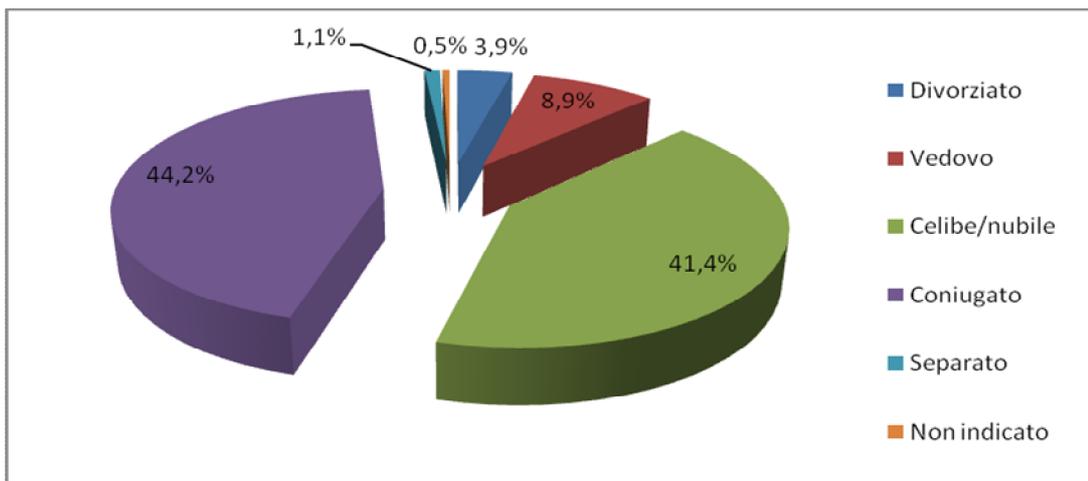
Provincia di Trento. Suicidi: proporzione di decessi per suicidio/totale decessi, per classe di età



STATO CIVILE

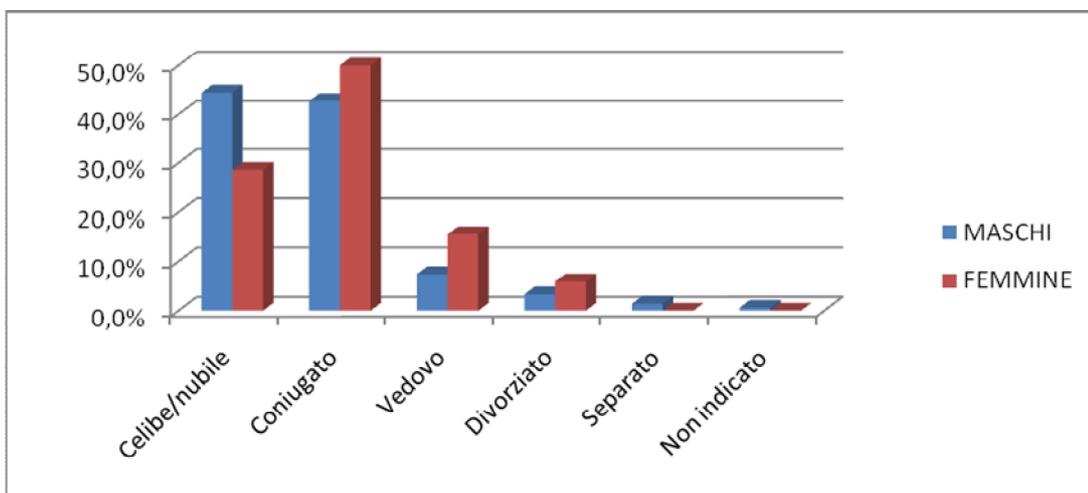
Se si analizzano i dati del decennio 2003-2013 considerando lo stato civile, si può notare come i suicidi interessino maggiormente le persone coniugate, con un 44.2% dei casi e quelle celibi o nubili, con un 41.4% della casistica totale.

Provincia di Trento. Suicidi: percentuali dei casi, per stato civile, dal 2003 al 2013



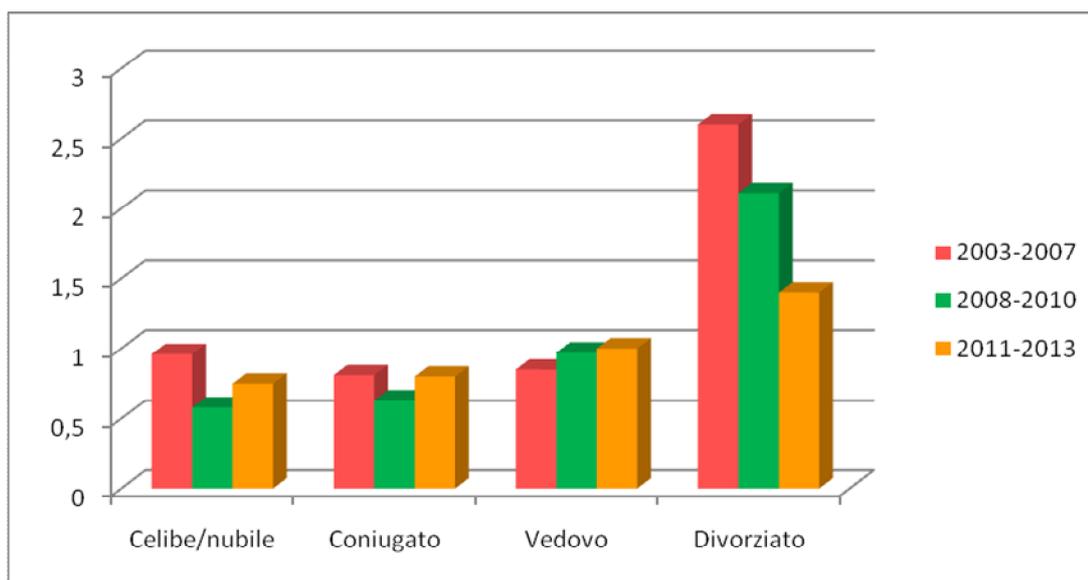
Se si analizza lo stato civile per genere, si può notare che per il sesso maschile, la percentuale maggiore di suicidi riguarda le persone celibi, mentre per il sesso femminile, le donne coniugate. Nella categoria delle persone vedove prevale sempre il sesso femminile, dato giustificato dalla maggior vita media per le donne.

Provincia di Trento. Suicidi: percentuali dei casi, per stato civile, per genere, dal 2003 al 2013



Se si analizza l'andamento in Trentino nel decennio 2003-2013, confrontando i diversi periodi, si nota che la distribuzione del rischio per la categoria dei "divorziati" è quella che presenta il tasso di mortalità medio annuo più elevato, anche se in diminuzione nel corso degli anni, a differenza della categoria "vedovi" che invece presenta un lieve incremento del rischio.

Provincia di Trento. Suicidi: tasso di mortalità/10.000 per stato civile ()*

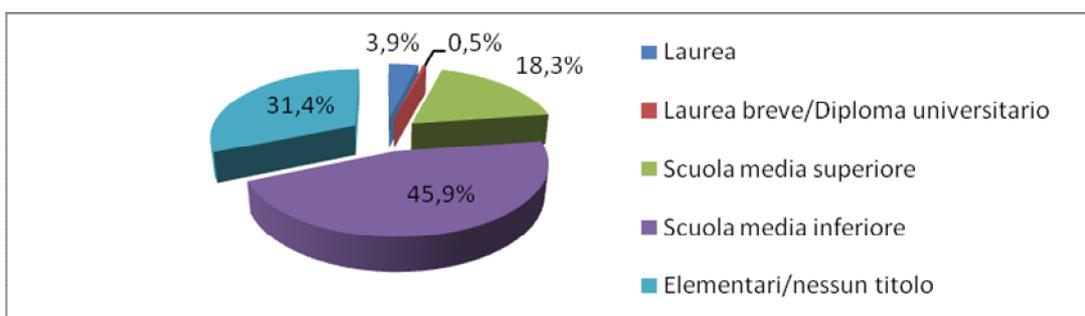


(*) Per il calcolo di questi tassi si è preso come denominatore il numero di residenti per stato civile, in base ai dati della struttura della popolazione provinciale residente. Il tasso grezzo di mortalità/10.000 per suicidio nei residenti è stato calcolato per il periodo 2003-2007 sulla base del "Censimento della popolazione e delle abitazioni 2001" e per il triennio 2011-2013 sulla base del "Censimento della popolazione e delle abitazioni 2011" (<http://dati-censimentopopolazione.istat.it/>); il dato relativo al triennio 2008-2010 in base ai dati della struttura della popolazione provinciale residente nell'anno 2009 (www.tuttitalia.it/trentino-alto-adige/provincia-autonoma-di-trento/statistiche).

TITOLO DI STUDIO

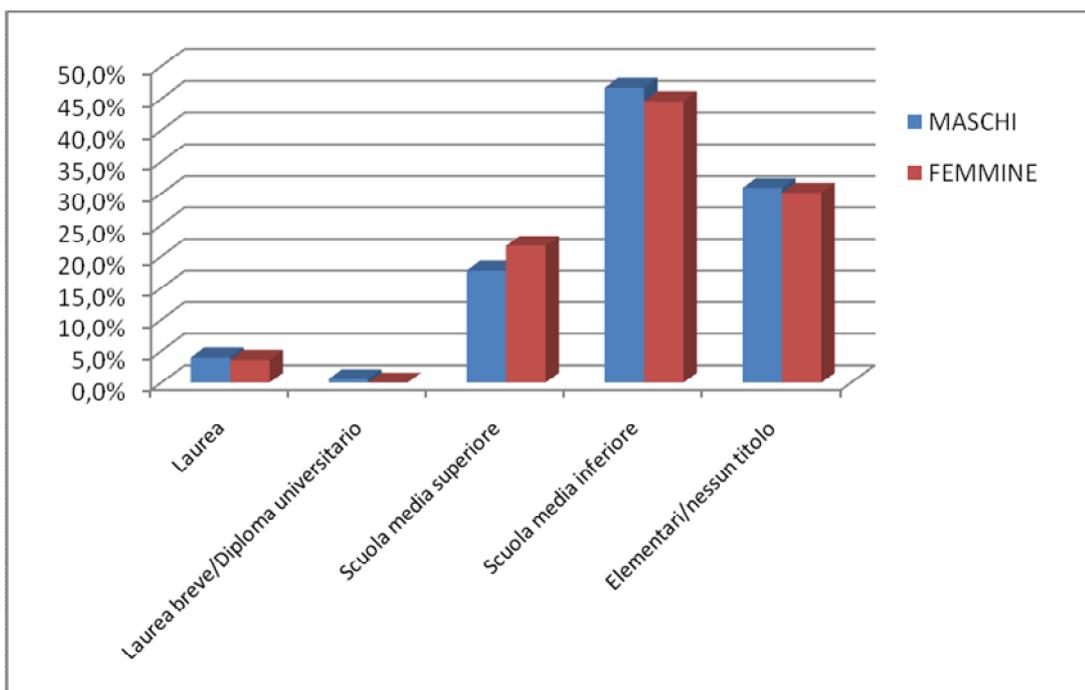
Analizzando i dati in base al titolo di studio, nel decennio 2003-2013, si nota che la percentuale maggiore di suicidi riguarda persone con il diploma di scuola media inferiore (45.9% della casistica), seguite da quelle con la sola licenza elementare o senza alcun titolo di studio (31.4% della casistica); il 18.3% dei casi di suicidio riguarda invece persone con il diploma di scuola media superiore e solo il 4.4% (3.9%+0.5%) dei casi riguarda persone laureate.

Provincia di Trento. Suicidi: percentuali dei casi, per titolo di studio, dal 2003 al 2013



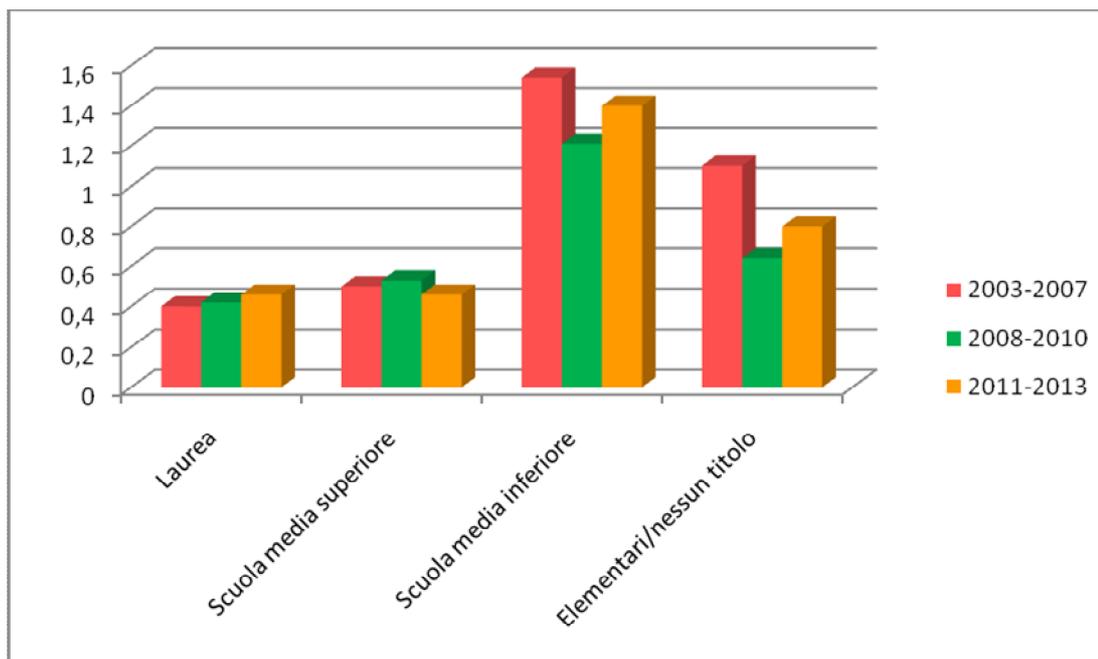
Se si analizzano le percentuali in base al genere, si nota una distribuzione più o meno equivalente dei casi.

Provincia di Trento. Suicidi: percentuali dei casi, per titolo di studio, per genere, dal 2003 al 2013



In Trentino, nel corso degli anni, se si confrontando i diversi periodi, si può notare che la categoria prevalente in base al grado di istruzione resta quella relativa alla “licenza di scuola media inferiore”; si registra invece un lieve aumento nei laureati ed una tendenziale riduzione nelle persone con “licenza di scuola media inferiore” e “senza titolo di studio/elementari”.

Provincia di Trento. Suicidi:tasso do mortalità/10.000 per titolo di studio ^(*)

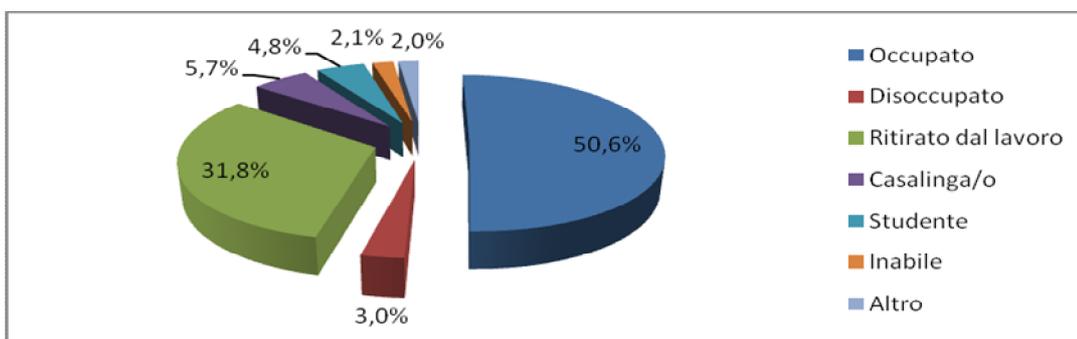


^(*) Per il calcolo di questi tassi si è preso come denominatore il numero di residenti per livello di istruzione, in base ai dati della struttura della popolazione provinciale residente. Il tasso grezzo di mortalità/10.000 per suicidio nei residenti è stato calcolato per il periodo 2003-2007 sulla base del “Censimento della popolazione e delle abitazioni 2001” e per il triennio 2011-2013 sulla base del “Censimento della popolazione e delle abitazioni 2011” (<http://dati-censimentopopolazione.istat.it/>); per il calcolo dei tassi, relativo al triennio 2008-2010, si è preso come denominatore il numero di residenti per livello di istruzione, sulla base dei dati provinciali sulla base dei dati provinciali del censimento 2001 (ISTAT – Pat – Servizio Statistica).

CONDIZIONE PROFESSIONALE

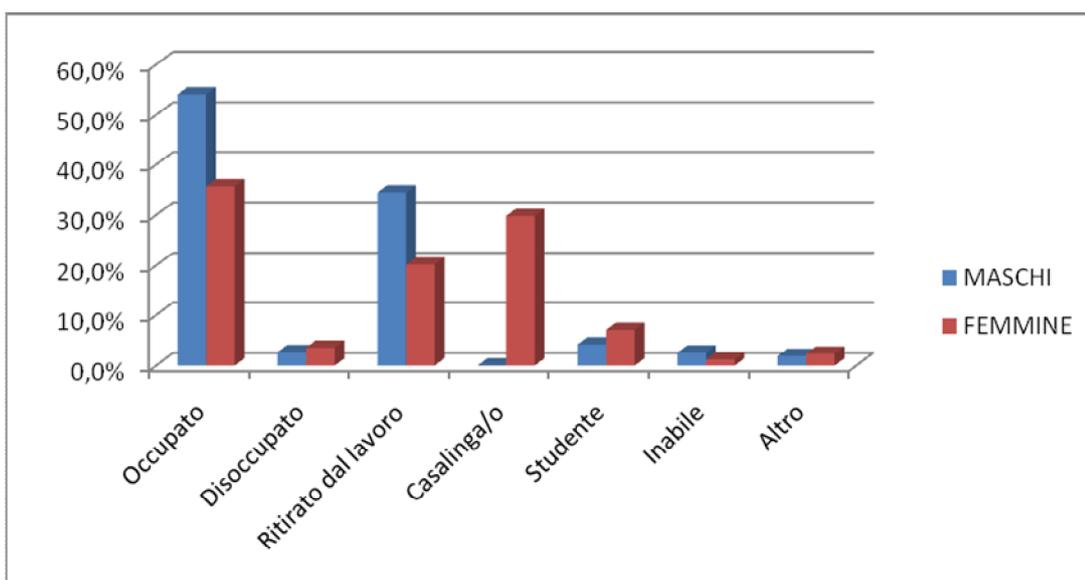
Suddividendo il campione in base alla condizione professionale, nel decennio 2003-2013, si nota che la percentuale maggiore di suicidi riguarda i lavoratori (50.6% della casistica), seguiti dalle persone che si sono ritirate dal lavoro (31.8% della casistica); con percentuali inferiori al 6% seguono le casalinghe, gli studenti e i disoccupati.

Provincia di Trento. Suicidi: percentuali dei casi, per condizione professionale, dal 2003 al 2013



Se si analizzano le percentuali in base al genere, si nota che la categoria con netta prevalenza di suicidi di sesso femminile rispetto al maschile è quella delle casalinghe, dei disoccupati e degli studenti, mentre il sesso maschile prevale fra i lavoratori e i pensionati.

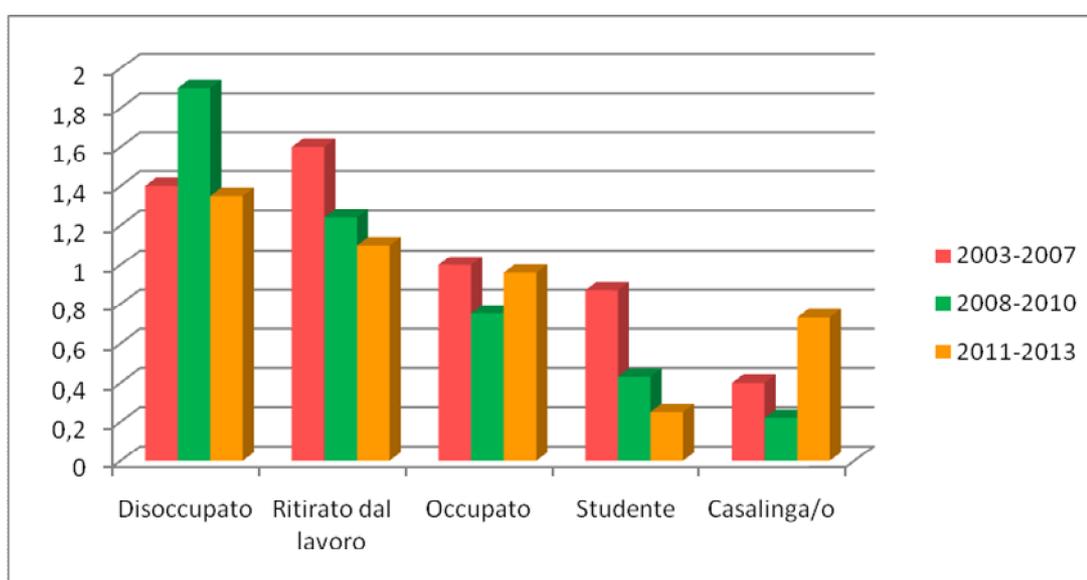
Provincia di Trento. Suicidi: percentuali dei casi, per condizione professionale, per genere, dal 2003 al 2013



La distribuzione per condizione professionale, in Trentino, nel corso degli anni, resta sostanzialmente su valori simili nei tre periodi. Il tasso aumenta in modo tendenzialmente lineare passando dalla categoria “casalinga” a quella di “ritirato dal lavoro” e “disoccupato”. Il dato sottolinea la rilevanza dell’età avanzata (a cui si associa lo stato di ritirato dal lavoro) e della condizione sociale dello stato di disoccupato.

Il peso della condizione “disoccupato”, pur restando ancora marginale rispetto all’insieme della casistica, presenta un aumento delle condizioni di rischio associate. La situazione va ovviamente monitorata alla luce dell’attuale contingenza economica.

Provincia di Trento. Suicidi:tasso do mortalità/10.000 per condizione lavorativa ^(*)



^(*) Per il calcolo di questi tassi si è preso come denominatore il numero di residenti per condizione lavorativa, in base ai dati della struttura della popolazione provinciale residente. Il tasso grezzo di mortalità/10.000 per suicidio nei residenti è stato calcolato per il periodo 2003-2007 sulla base del “Censimento della popolazione e delle abitazioni 2001” e per il triennio 2011-2013 sulla base del “Censimento della popolazione e delle abitazioni 2011” (<http://dati-censimentopopolazione.istat.it/>); per il calcolo di questi tassi si è preso come denominatore il numero di residenti per condizione professionale, sulla base dei dati del censimento 2001(<http://dawici.istat.it/MD>).

A metà ottobre 2016 sono stati pubblicati i dati relativi ai suicidi in Trentino per l'anno 2015 e precedentemente quelli del 2014. Ho deciso di non includerli nell'analisi perché, sia a livello nazionale che a livello della Val di Sole, i dati sono fermi al 2013, per cui sarebbe mancato il confronto.

Si può comunque sottolineare che, mentre il 2014 mostra dei dati in linea con gli anni passati, il 2015 ha avuto un aumento importante di suicidi (n. assoluto 52) con una prevalenza importante di soggetti di sesso maschile (92%, rispetto al 80% degli anni precedenti).

I dati rappresentati per la Provincia di Trento fanno sempre riferimento alle statistiche sanitarie, in particolare al flusso informativo ISTAT sulle cause di morte, al Servizio Statistica della Provincia di Trento (<http://www.statistica.provincia.tn.it/>) e al Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa (ex Osservatorio Epidemiologico) dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari.

5.4. LA VAL DI SOLE

Il confronto dei tassi di suicidio fra le varie zone del Trentino non è stato possibile a causa della suddivisione del territorio in Comprensori prima e in Comunità di Valle poi, modificando così gli ambiti territoriali e rendendo impossibile un'eventuale comparazione.

Ho quindi deciso focalizzare la mia attenzione su di una realtà particolare, quella della Val di Sole, luogo dove io vivo e dove mi auguro lavorerò, di analizzare i dati riguardanti questa zona e di confrontare la situazione con la media provinciale.

Storicamente la Val di Sole ha avuto il triste primato nel numero di suicidi in Trentino: tra il 1980 e il 2002 il tasso di suicidio ogni 10.000 abitanti in Italia era di 0.6, in Trentino 0.8 e in Val di Sole arrivava a 1.7, più del doppio rispetto ai dati dell'intera Provincia e quasi il triplo di quelli italiani, cifre preoccupanti, sebbene negli ultimi anni l'andamento si sia notevolmente abbassato e la distanza rispetto al valore medio provinciale si è ridotta.

Ho analizzato diverse ricerche sociologiche che hanno affrontato questo problema in valle: tutte hanno messo in evidenza come i cambiamenti economici e sociali, che hanno caratterizzato la Val di Sole col boom economico e l'avvento del turismo, abbiamo modificato e alterato l'equilibrio della società, portando una disgregazione sociale e ad una conseguente crisi di identità. La valle, nel giro di qualche decennio, è passata da una semplice economia silvo-pastorale di una zona periferica a una ricca monocultura turistica, cambiamento positivo dal punto di vista economico, ma devastante dal punto di vista dell'equilibrio sociale. Sebbene oggi questo contesto si sia stabilizzato, le caratteristiche di una valle chiusa e di confine permangono, con gli aspetti positivi e negativi che ciò comporta ⁴¹⁻⁴².

Nel periodo 2003-2013, nella Provincia di Trento si registra un totale di 437 suicidi, con una media di circa 39.73 decessi/anno, mentre in Val di Sole 15, con una media di circa 1.36 decessi/anno.

Provincia di Trento e Val di Sole. Suicidi: numero assoluto, per anno, dal 2003 al 2013

Anno	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	MEDIA
N. assoluto Prov. di Trento	48	50	38	37	37	35	39	31	43	36	43	39,73
N. assoluto Val di Sole	2	3	3	2	0	0	1	0	1	2	1	1,36

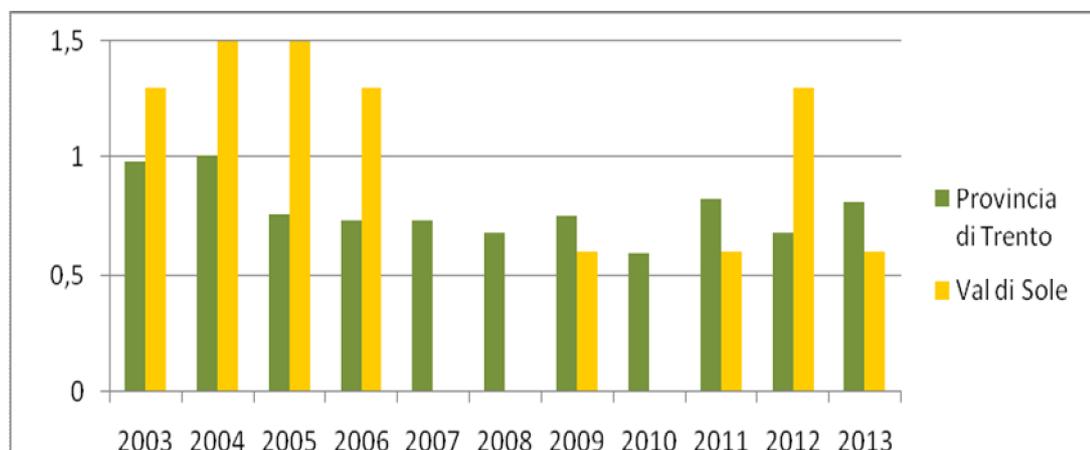
Analizzando i tassi di mortalità in Val di Sole nel decennio 2003-2013, si può notare come i valori siano più elevati rispetto alla media provinciale nei primi anni, per poi non avere decessi negli anni 2007, 2008 e 2010. Ad eccezione del picco di suicidi nel 2012, negli ultimi anni il tasso solandro è stato su valori poco distanti rispetto a quelli della Provincia.

Provincia di Trento e Val di Sole. Suicidi: tasso/10.000 abitanti, per anno, dal 2003 al 2013

Anno	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	MEDIA
Tasso/10,000 Prov. di Trento	0,98	1,01	0,76	0,73	0,73	0,68	0,75	0,59	0,82	0,68	0,81	0,78
Tasso/10,000 Val di Sole	1,3	2	2	1,3	0	0	0,6	0	0,6	1,3	0,6	0,88

Data la base di popolazione limitata, piccole variazioni annuali possono causare variazioni rilevanti a carico del “tasso”.

Provincia di Trento e Val di Sole. Suicidi: tasso/10.000 abitanti, per anno, dal 2003 al 2013



Analizzando la casistica per **genere**, si evidenzia che in Val di Sole negli ultimi dieci anni non si sono verificati casi di donne che si sono tolte la vita, con il 100% dei decessi riguardanti il sesso maschile.

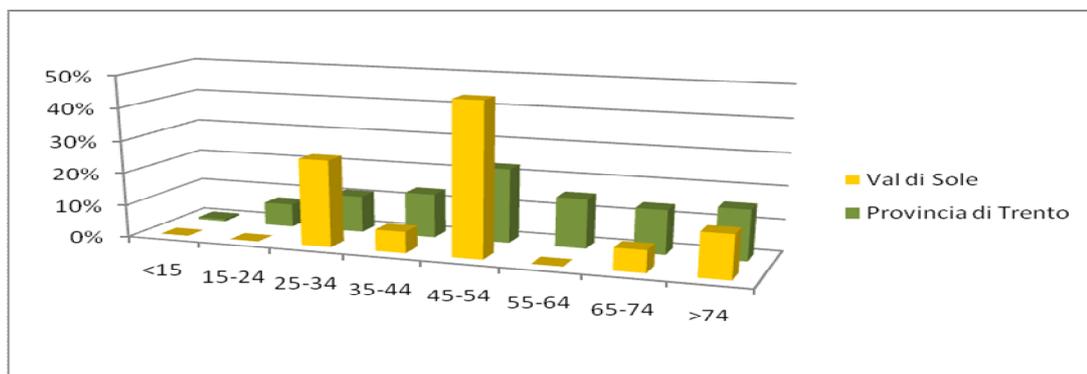
Pur considerando la casistica limitata, se si analizzano i dati in base all'**età**, si può notare che in Val di Sole, così come in Trentino, i suicidi interessano maggiormente gli individui di età compresa fra i 45 e i 54 anni.

Provincia di Trento e Val di Sole. Suicidi: numero assoluto, per classe di età, per anno, dal 2003 al 2013

Età	Provincia di Trento		Val di Sole	
	Numero	Percentuale	Numero	Percentuale
<15	3	0,7%	0	0%
15-24	31	7,1%	0	0%
25-34	49	11,2%	4	26,7%
35-44	59	13,5%	1	6,7%
45-54	100	22,9%	7	46,7%
55-64	67	15,3%	0	0%
65-74	60	13,7%	1	6,7%
>74	68	15,6%	2	13,3%

Pur considerando la casistica limitata, si può notare come in Trentino la percentuale di suicidi aumenta con l'aumentare dell'età fino ai 45-54 anni, dove si conta il numero massimo (quasi il 23% della casistica), per poi diminuire con una percentuale stabile che si aggira intorno al 15% fino ad oltre i 75 anni. In Val di Sole invece la grande maggioranza di decessi (46.7% della casistica) interessa gli individui di età compresa fra i 45 e i 54 anni, seguiti dal 26.7% di età compresa fra i 25 e i 34; le altre classi di età sono poco o per nulla rappresentate.

Provincia di Trento e Val di Sole. Suicidi: percentuali dei casi per classe di età dal 2003 al 2013



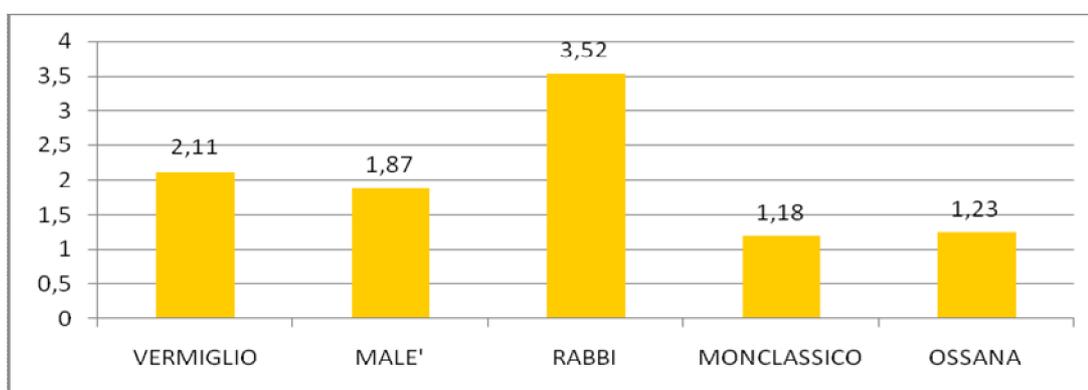
Valutando ora la **distribuzione territoriale**, si mette in evidenza che in Val di Sole negli ultimi dieci anni, i suicidi si sono verificati principalmente nei comuni con il maggior numero di abitanti, come Malè, Vermiglio e Rabbi.

Val di Sole. Suicidi: numero assoluto per comune dal 2003 al 2013

Comune	Vermiglio	Malè	Rabbi	Monclassico	Ossana
N. suicidi	4	4	5	1	1

Considerando i tassi/1.000 residenti nei comuni colpiti, si può notare come il maggior numero di suicidi si sia verificato in Val di Rabbi, seguito da Vermiglio e Malè.

Val di Sole. Suicidi: tasso/1.000 abitanti per comune, dal 2003 al 2013



I dati rappresentati per la Val di Sole fanno sempre riferimento alle statistiche sanitarie, in particolare al flusso informativo ISTAT sulle cause di morte, al Servizio Statistica della Provincia di Trento (<http://www.statistica.provincia.tn.it/>) e al Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa (ex Osservatorio Epidemiologico) dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari.

MATERIALI E METODI

6. I RACCONTI DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

6.1. RACCOLTA E ANALISI DEL MATERIALE

Dopo aver descritto le caratteristiche dei casi di suicidio, restando nell'ambito della medicina generale in Val di Sole, ho voluto indagare le percezioni dei medici che lavorano in questo contesto, analizzando le loro esperienze e il loro vissuto.

Convinta che il suicidio di un proprio assistito sia un evento importante nella carriera di un medico, ho focalizzato la mia attenzione sul racconto di uno o più eventi che possono aver segnato la memoria del dottore, interrogandolo sui sentimenti e sulle sensazioni che ha provato nel vivere un evento di questo tipo e che prova tutt'ora nel ripensarci.

Quindi ho provato ad indagare se un'esperienza di questo tipo può aver avuto un impatto sulla pratica clinica di tutti i giorni e sul modo di approcciarsi alle problematiche dei propri assistiti.

Infine mi sono chiesta come agirebbe, ma soprattutto come si sentirebbe oggi il medico, nel dover affrontare un paziente di cui si ha un sospetto suicidiario.

Ogni medico di medicina generale è stato da me personalmente contattato, ho spiegato l'obiettivo della mia tesi, garantendo l'anonimato e il rispetto della privacy: tutti hanno dato il consenso e hanno aderito al progetto.

Abbiamo condotto un'indagine scritta a domande aperte (strutturate) e le risposte (libere e non strutturate) sono state messe per iscritto. Questa modalità viene definita (da E. Amaturò) come una metodologia "ibrida", perché rappresenta una sorta di mediazione tra l'approccio quantitativo e l'approccio qualitativo, dato che raccoglie informazioni, da un lato, in modo standardizzato (le domande) e, dall'altro, in modo aperto e destrutturato (le risposte) ⁴³.

Per l'interpretazione dei dati è stato usato il metodo della *meaning condensation*, spesso usato nell'analisi delle interviste in profondità, allo

scopo di ottenere delle categorizzazioni o topics, seguendo diversi steps ⁴⁴:

- 1 - dare un senso complessivo alle risposte;
- 2 - creare dei raggruppamenti per temi;
- 3 - descrivere ogni tema secondo i principali punti di vista emersi;
- 4 - interrogarsi sul significato dei temi rispetto ai nostri propositi iniziali della ricerca;
- 5- raggruppare in una descrizione d' insieme i concetti fondamentali emersi in Categorie ⁴⁴.

Ci tengo a sottolineare nuovamente che il lavoro da me svolto vuol essere un esercizio formativo, appoggiandomi a metodiche tipiche della ricerca qualitativa, senza avere l'ambizione di essere una vera ricerca qualitativa e non aspira quindi ad un completo rispetto dei criteri di validazione di questo tipo di studio.

6.2. NOTE SULLA RICERCA QUALITATIVA

La ricerca qualitativa ha come scopo esplorare un argomento, cercando di evidenziarne le caratteristiche e le sfumature; vuole principalmente descrivere uno o più processi in uno specifico contesto, senza aver lo scopo di verificare delle ipotesi.

In sostanza tale metodica indaga le qualità di un determinato oggetto sotto forma di informazioni testuali, avvalendosi, per lo più, di strumenti di indagine non strutturati e non vincolanti che permettono di approfondire il tema senza schemi e lasciano l'intervistato libero di esprimere i concetti per lui importanti: si vuol dare spazio alla sensibilità e alla soggettività delle persone e si accettano quindi risposte ambigue o contraddittorie, non cercando risultati standard e inequivocabili e rimanendo aperti a fenomeni nuovi e inaspettati che possono emergere durante la ricerca. Non si valuta la logica o la veridicità delle risposte, si vuole solo indagare un argomento, senza l'intento di far cambiare opinione o modificare comportamenti.

I dati qualitativi sono principalmente dei dati descrittivi e non numerici, generalmente non si assegnano frequenze alle caratteristiche individuate e

non sono testati per capire se sono statisticamente significativi o dovuti ad occorrenze casuali; i risultati non vengono quantificati, ma si interpretano con parole e descrizioni. Fenomeni “rari” ricevono la stessa attenzione di fenomeni più frequenti. Ciò implica che i risultati non possono essere generalizzati e estesi a popolazioni ampie con lo stesso grado di certezza dei risultati ottenuti con metodi di ricerca quantitativa. In generale la ricerca qualitativa è meno strutturata di quella quantitativa, per questo permette di individuare una serie di sfumature di un determinato comportamento o evento che non potrebbero essere colte diversamente ⁴⁴.

La ricerca qualitativa è quindi una metodologia di ricerca diversa, ma allo stesso tempo complementare rispetto a quella quantitativa, in quanto indaga in modi differenti, diversi aspetti di un argomento, non altrimenti indagabili con l'altra metodica.

Per cui a seconda delle domande a cui vogliamo rispondere e a seconda delle esigenze di approfondire determinati argomenti sarà necessario usare l'uno o l'altro tipo di ricerca.

6.3. IL CAMPIONE ANALIZZATO

“Quando si intende interrogare soggetti che non necessariamente fanno parte del fenomeno da studiare, ma ne sono conoscitori esperti, perché hanno una visione diretta e profonda, in quanto ricoprono una posizione privilegiata di osservazione”, si utilizza *l'intervista ad osservatori privilegiati* (come definisce E. Amaturò) ⁴³. Per il mio lavoro mi sono ispirata a questo strumento: ho coinvolto tutti i medici di medicina generale che lavorano in Val di Sole (10 MMG) più un medico di base da poco in pensione. Alla richiesta di partecipare alla mia tesi, hanno tutti aderito volentieri, mossi anche dall'interesse nei confronti dell'argomento: la maggior parte lavora in valle da più di dieci anni e numerosi sono stati i casi di suicidio che li hanno coinvolti; solo due medici hanno esperienza lavorativa minore: uno da meno di 5 anni e l'altro fra i 5 e i 10 anni, ma nonostante ciò entrambi sono già stati toccati da questa problematica.

RISULTATI

7. TOPICIS EMERSI

7.1. SENTIMENTI DEL MEDICO: SGOMENTO, INCREDULITA', DISPIACERE, TRISTEZZA

Questa categoria è emersa durante la ricerca come elemento importante e ricorrente.

Una persona che si toglie la vita colpisce e tocca chiunque, tanto più il medico curante che l'ha seguita come paziente. I racconti dei medici di base contattati hanno confermato pienamente questa mia aspettativa: *“il loro gesto ai nostri occhi è parso imprevedibile ed ha lasciato grande sgomento sia nei familiari che in me, medico di famiglia”*.

Alcuni tra gli intervistati hanno sottolineato come il primo sentimento di fronte all'evento sia stato una sensazione di sconcerto e di incredulità: *“l'evento ci ha lasciati increduli, in quanto assolutamente imprevedibile”, “il suo gesto ci ha presi alla sprovvista”, “nulla lasciava presagire tale accadimento”*.

Dopo lo sconcerto del primo momento, emerge un sentimento di grande dispiacere per non aver capito la gravità della situazione, *“dispiacere, disagio nel ripensare all'ultimo colloquio che per nulla faceva trasparire tale intenzione”*, unito ad un sentimento di profonda tristezza per non aver saputo in qualche modo creare un contatto empatico, *“tristezza, poiché queste persone si ritenevano sole, chiuse nel loro mondo pieno di dolori e problemi, e non hanno trovato modo di aprirsi con nessuno”*.

Oltre a questi sentimenti, prevedibili di fronte ad un evento così tragico, dal racconto di un medico emerge il vissuto non solo di un'esperienza difficile, ma definita addirittura traumatica, in quanto il suo ruolo lo ha portato a dover affrontare in prima persona l'evento in tutta la sua crudezza: *“sono eventi che vivi in modo traumatico, per il modo e nel dover vedere l'atto”*.

Le reazioni qui sopra descritte erano assolutamente prevedibili; ciò che invece mi ha colpito, ed è emerso in modo inaspettato, è come in molti casi il medico abbia subito l'imprevedibilità dell'evento, la sua incredulità di fronte ad un gesto non previsto.

Mi sono resa conto che la tragicità di un evento di questo tipo sia difficile da descrivere con semplici parole per chi l'ha vissuta ed è solo vagamente immaginabile, non del tutto comprensibile, fino a quando non lo si vive in prima persona.

7.2. FALLIMENTO E SENSO DI COLPA

Allo sconcerto e sgomento iniziale è subentrata, in alcuni casi, la paura di non essere sempre all'altezza della situazione, *“la paura di non riuscire a fare abbastanza.. l'impotenza di non riuscire a dare l'aiuto necessario”* e una sensazione di fallimento: *“non si metabolizza facilmente una cosa che rischi di vedere come un fallimento. La diagnosi non riconosciuta è forse la sconfitta della medicina e del medico”*. A questi sentimenti si unisce una sensazione di impotenza che *“ha lasciato in me un senso di impotenza e mi sono chiesta a che cosa fosse servito tutto il nostro ascoltare, fare, ecc”* e il senso di colpa, *“senso di colpa per non essere stati capaci di intuire la profondità del disagio, ha prevalso in questi casi tragici”*.

Anche questi sentimenti sono prevedibili e vengono ampiamente riportati in letteratura come tipici in persone che perdono un caro per suicidio e rientrano quindi a far parte di quella complessa sfera di sensazioni che un survivor prova, inserendo quindi in questa categoria anche i medici che hanno avuto in cura il paziente suicida.

7.3. EFFETTI DEL SUICIDIO SUL MEDICO E RICERCA DI SENSO

Un evento di questa portata suscita inevitabilmente, in chi la vive, una marea di pensieri, riflessioni e ripensamenti su come avrebbe potuto essere gestita la situazione.

Dai racconti emerge un *“bisogno di rivisitazione di tutte le frasi del colloquio avuto con lui i giorni prima per capire cosa mi era sfuggito o male interpretato della sua sofferenza”* e *“a distanza di tempo, credo che forse avrei dovuto insistere a far seguire il paziente dal nostro DIM e non, come invece voleva la moglie, fidarsi di specialisti lontani”*.

Un medico, riflettendo su come sono andate le cose e su cosa si sarebbe potuto fare, conclude che *“queste esperienze mi hanno insegnato a fare molta più attenzione e a non sottovalutare i piccoli segni premonitori”*, mentre un altro dottore sottolinea che *“occorre comunque tempo, e non so se in quelle situazioni si riesce ad avere”*.

Ad un gesto che suscita sgomento, tutti cercano una giustificazione, una motivazione, un senso: *“mi sembrava di interpretare quel gesto come una ripicca nei confronti dei famigliari”*; *“il suo disagio era più profondo che le discussioni con i parenti o la difficoltà nel mandare avanti da solo la sua attività di agricoltore come mi diceva”*; *“so che aveva avuto problemi nel calcolo degli anni che gli avrebbero permesso il raggiungimento della pensione..”*.

Nell'opinione comune spesso il suicidio viene etichettato come “gesto egoistico”, come una fuga dalla realtà; la riflessione di un medico ha sottolineato invece una sfumatura altruistica all'interno dell'evento, per me nuova, raccontando il caso di *“una persona anziana, con un grave problema di salute che gli causava molta sofferenza e la perdita completa dell'autonomia. Quando si è reso conto che la sua malattia sarebbe peggiorata sempre di più e sarebbe stato un problema per i suoi famigliari, ha deciso di togliersi la vita”*.

Di fronte alla tragicità dell'evento, mi ha colpito come in questi racconti l'uomo prevalga sul medico e come vi sia una ricerca di una giustificazione

che stia alla base del gesto, un tentativo di costruzione di senso, piuttosto che la ricerca di una spiegazione medica: anche quando si tratta di pazienti psicotici, alcuni medici di base non si sono quasi soffermati sul legame fra suicidio e malattia psichiatrica, hanno avuto un approccio olistico al paziente e hanno visto non solo un malato di mente in chi si suicida, ma piuttosto una persona, in una situazione relazionale, sociale, culturale e medica complessa.

7.4. AMBIVALENZA DELLA FAMIGLIA

In tutte le testimonianze raccolte è accennato al ruolo chiave che la famiglia ha in situazioni di rischio suicidiario: famiglia talvolta risorsa, talvolta problema, talvolta ostacolo.

Ogni famiglia ha la propria storia e le proprie problematiche per cui bisogna sempre valutare *“il contesto familiare se può essere di aiuto o se è critico in maniera tale da giustificare il disagio”*.

Nella maggior parte dei casi la famiglia è ritenuta una vera e propria risorsa e svolge un ruolo fondamentale nella gestione del problema: *“ in quell’occasione ero riuscita, con l’aiuto della moglie, a farlo ricoverare.. importante è il coinvolgimento della famiglia.. i familiari, raccomandandoli di non lasciare sola la persona”*.

Purtroppo in un caso raccontato da un medico, la famiglia è risultata essere uno degli elementi chiave alla base del disagio: *“non riusciva a tollerare di dipendere dall’ambiente familiare che lo limitava.. aveva un rapporto conflittuale con i parenti che gli stavano vicino.. si era impiccato nella legnaia un’ora dopo un diverbio col fratello che lo trovava poi morto.. mi sembrava di interpretare quel gesto come una ripicca nei confronti dei familiari”*.

In un altro caso la famiglia è stata descritta quasi come intralcio nella gestione dell’evento: il medico racconta di aver provato *“rabbia.. va bene parlare poco per telefono, ma almeno quando arrivo, spiegami quello che è successo, perchè la condizione poteva essere più grave di quella che avevo inquadrato.. se i familiari sono i primi a nascondere situazioni e a non collaborare per i timori più*

disparati, non solo non posso agire quando magari c'è ancora tempo, ma tanto meno quando non ce n'è!".

7.5. SOLITUDINE DEL MEDICO

Nel racconto di un giovane medico, nel caso di un intervento in una crisi suicidiaria, emerge, in modo importante, un sentimento di solitudine e la consapevolezza di essere solo nell'affrontare una situazione così delicata, con il conseguente timore di non esserne all'altezza.

Egli descrive così i suoi sentimenti di fronte all'accaduto: *"mi ha lasciato e mi lascia tuttora un fondo amaro o meglio un brivido lungo la schiena: come guardare sul vuoto sapendo di non avere appigli.. quando si viene chiamati per simili circostanze, la sensazione peggiore è la consapevolezza di essere soli; nei primi minuti, puoi cercare chi vuoi, ma sei lì da solo, col malato e con i familiari, che questo ti piaccia oppure no. E tutto ciò suscita in me, sempre, un profondo senso di gelo, più che di paura. Ma fa parte del gioco"*.

Il timore di inadeguatezza e di essere lasciati soli ad affrontare situazioni in cui non esistono regole e linee guida, viene efficacemente e ironicamente espressa così: *"La mia sedia sembra sprofondare e l'armadio alle mie spalle piombarmi sulla schiena.. Cosa mi aveva detto il Primario di psichiatria per un approccio in una situazione del genere?...ah già...non ci sono regole...gran consiglio.. Gunny avrebbe detto: "Arrangiarsi e raggiungere lo scopo!", ma io non sono in guerra. O sì?"*.

La sensazione di disorientamento di questo giovane medico è da me facilmente compresa, perché penso che, soprattutto all'inizio di un percorso professionale, sia un sentimento abbastanza frequente e venga acuito in situazioni così tragiche in cui senti tutta la responsabilità del tuo ruolo. Questo sentimento non è stato evidenziato dagli altri medici intervistati, che esercitano da più anni: probabilmente l'esperienza acquisita sul campo riesce a conferire loro maggior sicurezza e ad attenuare la sensazione di essere solitudine di fronte all'evento.

7.6. CONTESTO CONDIVISO (RAPPORTI DI PAESE)

L'analisi e i racconti presenti in questa tesi riguardano, come già detto, un contesto particolare che è quello della Val di Sole: piccoli paesi di montagna, dove tutti si conoscono, dove il controllo sociale è molto forte, dove il medico di base conosce non solo il paziente, ma anche il contesto in cui vive, condividendo con lui la stessa realtà di paese.

La conoscenza stretta del paziente e della sue abitudini, per esempio, hanno portato un medico di base, allarmato da segnali preoccupanti, a cercare di rintracciarlo: *“appena rientrato ho girato i bar del paese e dei luoghi che solitamente frequentava”*.

Un altro afferma che *“il nostro rapporto andava oltre il normale rapporto medico-paziente”*, perché molto spesso in una piccola realtà subentrano legami particolari: *“lo ero affezionato a quel signore”, “l'uomo in questione era un mio coscritto, nonché amico”, “era un mio compaesano”*.

Proprio la realtà e la mentalità di un piccolo paese, vengono sottolineati da un medico che, in seguito ad una telefona di richiesta di aiuto, corre senza bisogno di altre spiegazioni, sottolineando che *“i miei paesani sono gente di poche parole, e non osai chiedergli altro”*.

Questo stretto rapporto con i pazienti di una piccola realtà di paese, penso sia un punto di forza del lavoro di un medico di medicina generale e, benché coinvolga forse maggiormente dal punto di vista personale, permette, a livello professionale, di seguire e accompagnare il paziente con una conoscenza a 360 gradi.

7.7. RUOLO E PROFESSIONALITA' DEL MEDICO

Il ruolo del medico di medicina generale risulta essere una parte molto importante nel prevenire e nell'affrontare i pazienti a rischio.

Ciò che fa di un tecnico della salute, un vero professionista, è la capacità di sviluppare, attraverso l'esperienza sul campo e l'autoriflessione, un approccio olistico al paziente, attingendo, non solo a linee guida e conoscenze tecniche, ma a tutti quegli elementi della relazione medico-

paziente che ne fanno un prezioso strumento terapeutico, soprattutto in un campo come quello di cui stiamo discutendo. Il ruolo del medico di medicina generale è fondamentale in un'ottica preventiva e terapeutica, se consapevole degli effetti positivi e negativi della sua modalità comunicativa e soprattutto relazionale con il paziente, nel rispetto e nella comprensione dell'alto impatto emotivo che questa comunque comporta.

Ciò è confermato dalle riflessioni di un medico: *“il nostro lavoro più importante è l'ascolto e l'osservazione dell'altro durante l'ascolto. A mio avviso, il contatto con gli occhi è fondamentale. Dobbiamo trovare il tempo per questo, così le persone riuscirebbero forse ad aprirsi e, fidandosi di coloro che si trovano di fronte, presterebbero più ascolto anche ai consigli che gli vengono dati”*.

Viene sottolineato che *“in questa situazione è la solidarietà che deve stimolare un approccio empatico con il paziente”, “il paziente si affida e si fida di noi, non possiamo non esserci o non capire i suoi sintomi, i suoi disagi e le sue richieste d'aiuto.. cerco di essere da sempre presente con i miei pazienti.. non bisogna che il paziente si senta solo”*.

Per alcuni medici, per poter aiutare una persona, è fondamentale la capacità di indagare anche sull'entità del disagio, riuscendo a porre domande dirette: *“chiedo sempre apertis verbis se ha un qualsiasi pensiero autolesionistico”* oppure *“hai mai pensato di toglierti la vita?”*.

Il rammarico di non essere riuscito ad entrare nel mondo del paziente viene espresso con le seguenti parole: *“queste persone si ritenevano sole, chiuse nel loro mondo pieno di dolori e problemi, e non hanno trovato modo di aprirsi con nessuno”*.

7.8. RETE DI AIUTI

Negli ultimi anni si sta cercando di potenziare una medicina in rete grazie alla quale il medico di base può collaborare con tutte le figure professionali a disposizione. In quasi tutti i racconti dei medici emerge l'importanza di un lavoro condiviso, sfruttando tutte le risorse disponibili per il

paziente, in cui ognuno nel proprio campo, collabora a risolvere e gestire le situazioni di disagio.

Tutti gli intervistati hanno sottolineato l'importanza di *“una rete di sostegno sia nell'immediato che nel futuro che comprende la famiglia, parenti, amici, servizi di qualsiasi portata dallo psichiatra, allo psicologo, all'assistenza sociale, all'ospedale, in relazione al quadro clinico e alla gravità del caso”, affinché il problema “possa essere affrontato insieme”.*

Un medico, sottolineando l'importanza del lavorare insieme per affrontare il problema, afferma come *“sia importante ricordare il percorso fatto da MMG e non solo in Val di Sole qualche anno fa. In seguito a ripetuti suicidi, alcuni di ragazzi giovanissimi, venne organizzato un importante lavoro sociologico, psichiatrico, relazionale dal titolo “Perché non muoia la Speranza”. Da questo mi sono portato via la idea, che cerco di applicare nella mia pratica quotidiana, dell'importanza di creare rete intorno alle situazioni di disagio, questo sia per ridurre il disagio stesso, sia per individuare segni premonitori di atti autolesionistici”.*

7.9. LIMITI DELLA MEDICINA

Per quanto il medico creda fermamente nell'importanza del ruolo che riveste in una situazione di rischio suicidiario e del fondamentale contributo della rete di aiuti, vi è sempre anche la consapevolezza dei propri limiti e viene evidenziato come *“noi medici, operatori della sanità e non, facciamo quello che possiamo per curare ed aiutare e non è detto che il suicidio sia peggio di una vita di disperazione ed infelicità”, “è una di quelle situazioni in cui ti chiedi e ti interroghi sull'utilità della tua figura e della tua professione”, “la rete c'era e non è servita”.*

Talvolta subentra un senso di rassegnato realismo in cui il medico ha *“ben presente la possibilità che l'evento suicidio avvenga” e “molte volte, anche attuando una rete di aiuto ed una terapia apparentemente idonea, le cose si concludono tragicamente”.*

Tutti esprimono la consapevolezza che spesso non c'è nulla da fare, che l'evento suicidiario è solo talvolta intuibile, ma molto più spesso incomprensibile e difficile da cogliere, come i terremoti che si sa che vengono ma non dove e quando.

A mio parere è un realismo assolutamente condivisibile, perché il problema suicidio è un fenomeno sociale, e non solo un problema medico, e quindi va inserito in un contesto ampio, estremamente complesso, con innumerevoli variabili. Un medico afferma che *“la società farà quello che può per migliorare e curare il più possibile ma credo che in questo mondo limitato e confuso tante cose possano sfuggire a tutte le buone intenzioni”*, e sottolinea l'importanza di fermarsi e riflettere su *“cosa non va nel nostro modo di vivere”*.

7.10. COMPRENDERE E ACCETTARE

Come commento finale, dopo aver raccontato la propria esperienza, un medico sottolinea l'importanza di un *“sentimento di comprensione per il suo gesto. Insomma credo che l'uomo possa avere la dignità di scegliersi anche il suo destino e se vivere è peggio del morire, capisco la sua scelta. La mia competenza è quella di fare quello che posso per curarlo e aiutarlo, secondo scienza e preparazione, a sentirsi bene in questa vita, aiutandolo a volersi bene e ad accettarsi. Non credo esista un obbligo per cui dobbiamo vivere comunque a tutti i costi anche se di inferno e nessuna istituzione può obbligarci a questo”*.

Il medico non deve essere giudice e deve sempre mostrare il rispetto per il proprio paziente, sospendendo qualsiasi tipo di giudizio: *“noi che restiamo che vogliamo ergerci a giudici e commentiamo l'accaduto, spesso traiamo delle conclusioni sbagliate, non corrette. Il punto è che noi non possiamo giudicare”*.

Il rispetto di fronte ad una scelta così definitiva, emerge anche da altri racconti: *“ho pensato anche che è un diritto scegliere di vivere o morire, di porre fine ad una sofferenza che può diventare insopportabile. Quindi ancora oggi, se da una parte mi rammarico di non essere stata capace di intuire le sue intenzioni, dall'altra penso che sia giusto rispettare la sua scelta, anche se noi non la comprendiamo o la disapproviamo.”*; *“accettare il comportamento altrui e soprattutto le scelta che gli*

altri fanno, per quanto queste possano essere per noi traumatiche o devastanti. Dobbiamo imparare ad accettarlo e forse piuttosto dobbiamo valutare, visto che in valle il problema ha numeri elevati, se c'è qualcosa che manca o che è cambiato, dobbiamo pensare a cosa c'è nel nostro modo di vivere che porta a questo".

CONCLUSIONI

Come detto nell'introduzione, l'obiettivo del mio lavoro è analizzare e riflettere su un argomento molto importante, ma poco approfondito durante il mio percorso formativo: il tema del suicidio, con particolare attenzione al ruolo del medico di medicina generale, relativamente alla Val di Sole.

La prima parte della tesi, dove ho approfondito le caratteristiche del fenomeno, conferma la gravità del problema in Val di Sole e non solo, ma il fulcro della mia tesi sono i racconti del vissuto dei medici di base della valle, il cui ruolo si è confermato fondamentale, ma anche molto delicato e talvolta addirittura "sofferto". Ad un medico viene richiesta l'abilità di confrontarsi con il vissuto dell'individuo in crisi, che può presentare la sua sofferenza con modalità e richieste indirette, di essere in grado di offrire un appoggio privo di giudizio e accuse, di dare prova d'empatia, apertura, onestà, con un approccio accogliente, di saper metabolizzare il senso di solitudine che spesso si fa strada in situazioni così pesanti e, di fronte ad un fallimento, di saper superare quel senso di frustrazione e colpa che può emergere.

Un ruolo, quello del medico di medicina generale, che si conferma quindi di grande responsabilità nei diversi ambiti, ma in particolare nella gestione delle problematiche dei soggetti a rischio suicidiario.

Una professionalità di così alto livello, che traspare dalle narrazioni dei medici, non si apprende se non sul campo e attraverso anni di esperienza.

La speranza è che anch'io possa maturare, nel mio percorso professionale, quella sensibilità, quella capacità di ascolto e sostegno che ho colto nel racconto dei medici contattati, consapevole che, prima o poi, nella mia vita lavorativa dovrò anch'io confrontarmi con questi tragici eventi, ancora troppo frequenti nella mia valle.

Ringrazio i colleghi che, narrandomi le loro storie, hanno compiuto un atto formativo nei miei confronti, accogliendomi nella loro comunità di pratica.

BIBLIOGRAFIA

1. WHO, *Preventing suicide: a global imperative*. Genevra, 2014
2. Department of Health, *Preventing Suicide in England: one year on First annual report on the cross-government outcomes strategy to save lives*. 2014
3. Luoma J.B., Martin C.E., Pearson J.L., *Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence*. Am J Psychiatry, 2002; 159:909-16
4. Pirkis J., Burgess P., *Suicide and recency of health care contacts. A systematic review*. British Journal of Psychiatry, 1998; 173:462-74
5. Shneidman E.S., *Definition of suicide*. Northvale: Aronson, 1985
6. Mathias C.W., Michael Furr R., Sheftall A.H., Hill-Kapturczak N., Crum P., Dougherty D.M., *What's the harm in asking about suicidal ideation?* Suicide Life Threat Behav., 2012; Jun;42(3):341-51
7. Mackenzie T.B., Popkin M.K., *Suicide in the medical patients*. International Journal of Psychiatry in Medicine, 1977; 17:2-22
8. Whitlock F.A., *Suicide and physical illness*. In: Roy A., *Suicide*. Williams & Wilkins, Baltimore, 1986
9. Inskip H.M., Harris E.C., Barraclough, B., *Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia*. British Journal of Psychiatry, 1998; 172: 35–37
10. Pompili M., *La prevenzione del suicidio*. Società editrice il Mulino, 2013

11. Meneghel G., De Leo D., *Il comportamento suicidario negli adulti e negli anziani. In: De Risio S., Sarchiapone M., Il Suicidio. Aspetti biologici, psicologici e sociali.* Masson, Milano, 2002
12. McGlynn E.A., Asch S.M., Adams J., et al., *The quality of health care delivered to adults in the United States.* N. Engl. J. Med., 2003; 348:2635-2645
13. Hepner KA, Rowe M, Rost K, et al., *The effect of adherence to practice guidelines on depression outcomes.* Ann. Intern. Med., 2007; 147:320-329
14. Oquendo M.A., Currier D., Liu S.M., Hasin D.S., Grant B.F., Blanco C., *Increased risk for suicidal behavior in comorbid bipolar disorder and alcohol use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC).* J Clin Psychiatry, 2010; 71:902–909
15. The NSDUH Report. *Suicidal thoughts and behaviors among adults: national survey on drug use and health.* Rockville, MD: Office of Applied Studies, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Published September 17, 2009.
<http://www.oas.samhsa.gov/2k9/165/SuicideHTML.pdf>
16. Arsenault-Lapierre G., Kim C., Turecki, G., *Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis.* BMC Psychiatry. 2004; 4:37
17. Bertolote J.M., Fleischmann A., *Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective.* World Psychiatry. 2002; 1:181–185
18. Bostwick J.M., Pankratz V.S., *Affective disorders and suicide risk: a reexamination.* American Journal of Psychiatry. 2000; 157:1925–1932
19. Pokorny A.D., *Prediction of suicide in psychiatric patients: report of a prospective study.* Arch Gen Psychiatry. 1983; 40:249–257

20. Rutz W., Von Knorring L., Walinder J., *Long-term effects of an education programme for general practitioners given by the Swedish Committee for Prevention and Treatment of Depression*. Acta psychiatrica scandinavica,1992, 85:83-88
21. Mann J.J., *The Neurobiology of suicide*. Nature Medicine,1988; 4:25-30
22. Nock M.K., Hwang I., Sampson N. et al., *Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys*. PLoS Med., 2009; 6
23. Nock M.K., Hwang I., Sampson N.A., Kessler R.C., *Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication*. Mol Psychiatry, 2010; 15:868–876
24. Palmer B.A., Pankratz V.S., Bostwick J.M., *The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination*. Arch Gen Psychiatry, 2005; 62:247–253
25. Rich C.L.,Young D., Fowler R.C.,*San Diego suicide study: Young vs old subjects*. Archives of General Psychiatry, 1986; 43:577-582
26. Bartels S.J., Coakley E., Oxman T.E., et al., *Suicidal and death ideation in older primary care patients with depression, anxiety, and at-risk alcohol use*. Am J Geriatr Psychiatry, 2002; 10:417-27
27. Stenager E.N., Jensen K., *Attempted suicide and contact with the primary health authorities*. Acta Psychiatr Scand, 1994; 90:109-13
28. Tait L., Michail M.. *Educational interventions for general practitioners to identify and manage depression as a suicide risk factor in young people: a systematic review and meta-analysis protocol*. Syst Rev., 2014 Dec 15; 3:145

29. Tait L., Maria M., *Exploring general practitioners' views and experiences on suicide risk assessment and management of young people in primary care: a qualitative study in the UK*. BMJ Open 2016
30. Nutting P.A., Dickinson L.M., Rubenstein L.V., et al., *Improving detection of suicidal ideation among depressed patients in primary care*. Ann Fam Med, 2005; 3:529-36
31. Rutz W., Wallinder J., Von Knorring L., et al., *Prevention of depression and suicide by education and medication: impact on male suicidality. An update from the Gotland study*. Int J Psychiatr Clin Pract, 1997; 1:39-46
32. Hegerl U., Althaus D., Schmidtke A., et al., *The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality*. Psychol Med, 2006; 36:1225-33
33. O'Connor E., Gaynes B., Burda B.U., Williams C., Whitlock E.P., *Screening for Suicide Risk in Primary Care: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2013 Apr. Report No.: 13-05188-EF-1
34. Gaynes B.N., West S.L., Ford C.A., Frame P., Klein J., Lohr K.N., *U.S. Preventive Services Task Force. Screening for suicide risk in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force*. Ann Intern Med., 2004 May 18; 140(10):822-35
35. Carrigan C.G., Lynch D.J., *Managing suicide attempts: guidelines for the primary care physician*. Prim Care Companion J Clin Psychiatry, 2003; 5:169-74
36. Shneidman E.S., *Foreword*. In: Cain A.C., *Survivors of suicide*. Springfield: CC Thomas, 1972, 9-11

37. Farberow N.L., *The mental health professional as suicide survivor*. *Clinical Neuropsychiatry* 2005; 2:13-20
38. Pompili M., Mancinelli I., Girardi P., et al., *Reactions to patient suicide*. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 2003; 41:8-9
39. Lafayette J.M., Stern T.A., *The impact of a patient's suicide on psychiatric trainees: a case study and review of the literature*. *Harv Rev Psychiatry*, 2004; 12:49-55
40. Brown H.N., *The impact of suicide on therapists in training*. *Compr Psychiatry*, 1987; 28:101-12
41. Bezzi M., *Il fenomeno del suicidio: teorie interpretative e ipotesi di ricerca per la Val di Sole*. Tesi di Laurea, Facoltà di Sociologia A. A. 2001-2002 – Corso di Laurea in Sociologia
42. Penasa S., *Alla ricerca di senso: crisi di identità e suicidio in Val di Sole*. Tesi di Laurea, Facoltà di Sociologia A. A. 2001-2002 – Corso di Laurea in Sociologia
43. Amaturò E., <http://www.federica.unina.it/sociologia/metodologia-e-tecnica-della-ricerca-sociale/lapproccio-qualitativo-lintervista-qualitativa/>
44. Kvale S., *Doing Interviews*. SAGE Publications. 2007