

I tentativi di suicidio a Padova: criteri per riconoscerli e dimensioni del fenomeno

Monica Pivetti, Alberta Cimitan, Franco Tosato,
Diego De Leo e Tiziano Vecchiato

**Un problema
difficile da
riconoscere**

I tentativi di suicidio sono un segnale preoccupante di disagio sociale, solitudine, disperazione e anche di denuncia. In questo insieme di fattori possono essere cercate risposte per prevenirli e, soprattutto, per ridurre tutto ciò che li rende possibili.

Non è compito facile riconoscere i tentativi di suicidio tra i moltissimi traumi e patologie che accedono ai pronto soccorsi. Forse anche per questo non sono oggetto di ricognizioni mirate e restano costantemente in ombra molte persone e famiglie che vivono questa esperienza e ne pagano le conseguenze. Non si tratta quindi di epidemiologia facile, ma anche esercizio di comprensione dei fattori che sono alla base di queste esperienze. Sono alcune delle ragioni che ci hanno spinto a recuperare un vuoto di conoscenza che, nel nostro caso, si è creato dopo un'azione di monitoraggio, sviluppatasi dal 1989 al 1999. Tale monitoraggio ha contribuito a rendere presente il nostro Paese nel *database* dell'Organizzazione mondiale della sanità e, soprattutto, ha contribuito all'elaborazione di strategie di contrasto e riduzione del fenomeno. Con il passare degli anni è sempre più evidente che i tentativi di suicidio devono essere analizzati in un quadro più ampio, non solo sanitario, capace di comporre criteri di natura sociale, psicologica, esistenziale e culturale,

variabili emergono con maggiore chiarezza dal confronto internazionale, dove meglio si possono identificare le diverse composizioni di tali determinanti. Conoscerli e ricondurli alle capacità presenti nei sistemi nazionali e locali di *welfare* significa anche fare prevenzione del fenomeno, dando aiuto più mirato a chi ha vissuto questa esperienza.

Criteria di lettura

La difficoltà di individuazione

La principale difficoltà con cui misurarsi nel momento in cui si tratta di ricostruire a posteriori una serie storica è la grande quantità di accessi al pronto soccorso, per tutte le cause, che viene accumulata quotidianamente. La documentazione prodotta annualmente riguarda migliaia di casi, a seconda delle popolazioni di riferimento dei pronto soccorsi interessati.

I criteri diagnostici tradizionali non sono orientati a identificare il problema già nella fase di accesso al pronto soccorso, se non per i casi in cui questo risulta evidente. Nelle cartelle sono registrati diversi fattori oggetto di osservazione clinica, senza che venga codificato quanto è veramente avvenuto. Per questo lo sforzo maggiore dello studio condotto nel territorio dell'Ulss 16 è stato quello di identificare i principali predittori del fenomeno e come possono essere riconosciuti nelle cartelle di accesso. È inoltre risultato chiaro che nessun fattore osservabile, da solo, poteva bastare a identificarlo. Gli indicatori usuali evidenziano la loro forza esplicativa grazie a diverse combinazioni, a seconda del tipo di tentativo effettuato. L'utilizzo di questa strategia ci ha consentito di estrarre sottoinsiemi di cartelle pari allo 0,63 per cento del totale/anno degli accessi, poi analizzati singolarmente per identificare i casi di interesse per lo studio. Se il rapporto tra casi estratti e universo, con combinazioni di criteri gestiti in modo informatizzato, negli anni considerati (2002-2006) si è posizionato tra lo 0,50 per cento e lo 0,67 per cento dei casi individuati, la percentuale dei tentativi di suicidio effettivi sul numero di casi estratti è stato del 32,1 per cento (periodo 2003-2006).

Ciò significa che si sono rivelati tentativi di suicidio veri circa un terzo dei casi estratti. È un rapporto di preselezione molto alto, che riduce di molto i tempi di individuazione dei casi problematici¹.

Di per sé questo è già un risultato interessante, perché in questo modo si è potuto contenere significativamente il tempo necessario per lo studio, che nello stesso tempo mette a disposizione una soluzione affidabile per la sua replicazione in altri contesti, integrando tecniche quantitative e analisi diretta delle cartelle solo per i casi con alta probabilità di rientrare nella tipologia considerata.

L'esperienza di ricerca ci consegna quindi un primo risultato di natura metodologica e cioè un metodo di riconoscimento a posteriori dei tentativi di suicidio, con caratteri di economicità e affidabilità. Il prossimo passaggio, dopo ulteriori verifiche, sarà quello di validarlo e metterlo a disposizione di quanti sono interessati al problema.

Il risultato più rilevante dello studio non è ovviamente questo ma quello di merito: poter conoscere e analizzare dimensione ed evoluzione del fenomeno negli ultimi anni (2002-2006) a Padova e bacino territoriale di riferimento del pronto soccorso considerato. È quello che vedremo nel paragrafo successivo.

Indicazioni emergenti dall'analisi

La raccolta dati è stata effettuata tra il gennaio e il luglio 2008. L'individuazione dei casi rilevanti per la ricerca non è stata facile, poiché i tentativi di suicidio entrano in maniera trasversale nella classificazione delle cartelle cliniche utilizzata abitualmente in ambito sanitario, ovvero la nona revisione della Classificazione internazionale delle malattie (ICD-9), che suddivide le varie patologie sulla base dei diversi apparati umani (muscolo-scheletrico, respiratorio ecc.). Per esempio, un tentativo di suicidio può coinvolgere l'apparato respiratorio se avviene tramite strangolamento, l'appara-

¹ Si ringrazia il Dipartimento interaziendale Information Technology per la collaborazione prestata in questa fase di raccolta dati.

Le dimensioni del fenomeno

to muscolo-scheletrico se avviene tramite oggetti taglienti ecc.

La rilevazione ha considerato i tentativi di suicidio giunti al pronto soccorso dell'azienda ospedaliera e al pronto soccorso dell'ospedale Sant'Antonio di Padova, negli anni 2002²-2006.

Complessivamente, sono stati individuati 1.052 tentativi di suicidio, con una media di circa 1,2 tentativi di suicidio per persona, per anno. Il numero di tentativi rilevati per ciascun anno è descritto nella tabella che segue. In essa si indica inoltre l'incidenza dei tentativi di suicidio sulla popolazione residente, per anno.

Tab. 1 – Numero di tentativi di suicidio rilevati, per anno e popolazione residente nell'Ulss 16 (all'1 gennaio, anni 2002-2006³)

<i>Anno</i>	<i>Tentativi</i>	<i>Popolazione</i>	<i>Tentativi/ Percentuale popolazione</i>
2002	143	388.565	0,037
2003	232	391.839	0,059
2004	215	398.445	0,054
2005	258	403.635	0,064
2006	204	406.856	0,050
Totale	1.052	-	-

La composizione

Per quanto riguarda il genere, si osserva che la maggior parte dei tentativi sono stati fatti da donne (57,7 per cento), con età media intorno ai 39 anni (DS14,3; range 15-96 anni). L'80,9 per cento dei tentativi è stato commesso da persone di provenienza italiana e il 19,1 per cento da stranieri (dato disponibile per 1.050 casi). In particolare, nel 2006 i tentativi di suicidio commessi da stranieri sono circa il 18,6 per cento (ossia 38) del totale dei tentativi di quell'anno (ossia 204). Confrontando questo dato con la percen-

² La rilevazione per l'anno 2002 è in corso di completamento, dato che per quell'anno la documentazione è prevalentemente cartacea.

³ Si ringrazia l'unità operativa statistica dell'Ulss 16 per i dati forniti sulla popolazione residente.

tuale di residenti stranieri nella Provincia di Padova, cioè il 6,5 per cento (dato Istat, aggiornato all'1 gennaio 2007), risulta che i cittadini stranieri sono maggiormente a rischio di tentativo di suicidio rispetto alla popolazione italiana.

Gli stranieri

Considerando complessivamente gli anni 2002-2006, la tabella 2 mostra come gli stranieri che tentano il suicidio sono soprattutto originari dell'Est Europa (da Polonia e Bulgaria il 42,3 per cento dei soggetti) e dall'Africa, (da Nigeria e Algeria il 28,4 per cento dei tentatori non italiani). La colonna di destra della tabella descrive l'incidenza del numero di tentativi di suicidi registrati negli anni 2002-2006 da parte di stranieri, rispetto ai residenti stranieri dello stesso periodo nella Provincia di Padova (stima su dati Istat, aggiornati all'1 gennaio 2007). In altre parole, è stata calcolata la percentuale di tentativi da parte di stranieri sul numero di stranieri residenti, nel periodo considerato, per area di provenienza, per esempio Africa, Asia ecc. Come si osserva, i cittadini provenienti da Paesi dell'Unione europea sono maggiormente a rischio di tentativo di suicidio, seguiti dai cittadini provenienti dal Sud America e dall'Africa.

Tab. 2 – Numero di tentativi di suicidio da parte di stranieri, per provenienza, nel periodo 2002-2006

<i>Provenienza</i>	<i>N.</i>	<i>Composizione percentuale</i>	<i>Tentativi da parte di stranieri sul n. di residenti stranieri per area geografica</i>
Est Europa	85	42,3	0,05
Africa	57	28,4	0,08
Sud America	13	6,5	0,15
Asia	4	2,0	0,01
Europa	34	16,9	0,28
Altri	8	4,0	

La tabella 3 descrive il numero di persone che hanno tentato per la prima volta il suicidio, negli anni di riferimento.

Quando e dove

Riguardo al giorno della settimana in cui avvengono i tentativi di suicidio, non si osservano differenze

rilevanti, mentre l'accesso al pronto soccorso avviene principalmente nelle ore serali, tra le 16.00 e le 24.00, con un picco tra le 20.00 e le 24.00. Nelle prime ore della mattina, tra le 4.00 e le 8.00, si registra una diminuzione degli accessi, come descritto nella figura 1.

Tab. 3 – Numero di persone che mettono in atto il primo tentativo, per anno

<i>Anno</i>	<i>Primo tentativo</i>	<i>Percentuale sui tentativi effettuati nell'anno</i>	<i>Totale tentativi</i>
2002	113	79,0	143
2003	171	73,7	232
2004	156	72,6	215
2005	176	68,2	258
2006	135	66,2	204
Totale	751	71,4	1052

Fig. 1 – Distribuzione dei tentativi di suicidio per orario di accesso al pronto soccorso

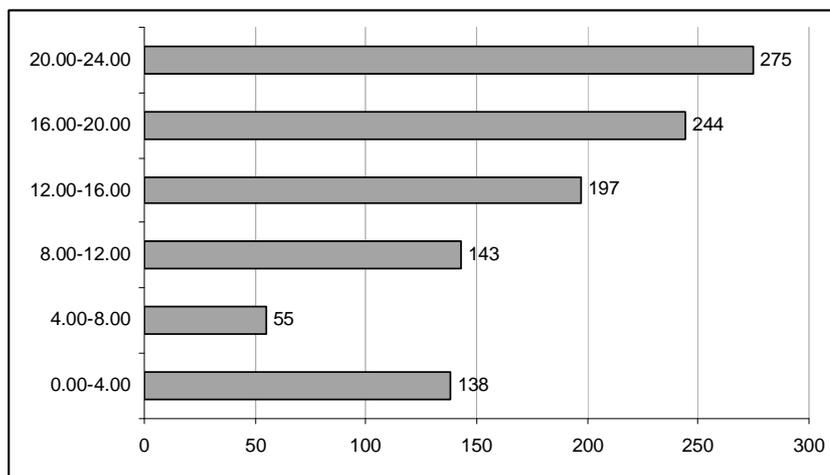
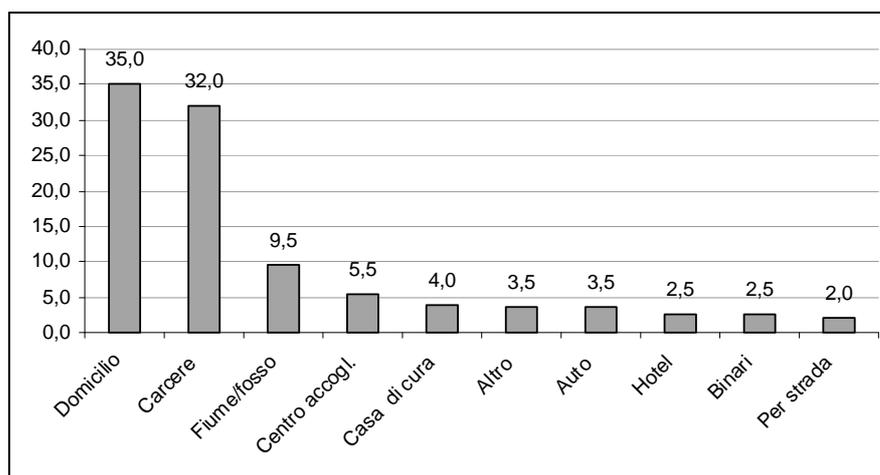


Fig. 2 – Luogo dov'è avvenuto il tentativo di suicidio

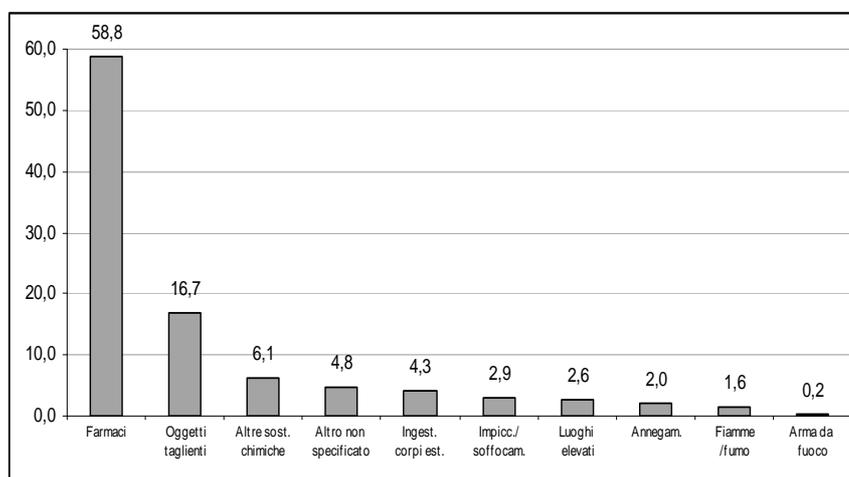


Sono disponibili dati riguardo al luogo dov'è avvenuto il tentativo per circa il 19 per cento dei casi (200 casi). Si osserva che circa il 35 per cento dei dati disponibili indica nel domicilio il luogo dov'è avvenuto il tentativo di suicidio. Approssimativamente in un altro terzo dei casi i tentativi di suicidio riguardano detenuti, poiché il luogo riferito è il carcere (circa il 32 per cento del totale dei casi). L'ultimo terzo si distribuisce tra vari luoghi, tra cui il fiume/fosso, i centri di accoglienza, le case di cura ecc.

I metodi

È stata condotta una prima analisi dei metodi attraverso cui sono avvenuti i tentativi di suicidio aggregando i dati per macrocategorie. Alla voce «farmaci» sono stati associati i tentativi per assunzione farmaci, droghe e alcol. Alla voce «altre sostanze» è stata associata l'assunzione di pesticidi, solventi e altre sostanze chimiche. Alla voce «luoghi elevati» è stato associato il defenestramento, ma – per semplicità – anche il suicidio tramite investimento di treno o il pararsi davanti a oggetti in movimento. Alla categoria «fiamme/fumo» è stata associata anche l'intossicazione da gas.

Fig. 3 – Metodi di tentativo di suicidio



Il metodo più diffuso è risultato l'assunzione di farmaci (58,8 per cento), seguito dall'autolesione con oggetti taglienti (16,7 per cento), e l'assunzione di sostanze diverse dai farmaci (6,1 per cento). Abbastanza rare sono l'ingestione di corpi estranei (4,3 per cento), diffusa soprattutto tra i detenuti l'impiccagione (2,9 per cento) e il defenestrarsi da luoghi elevati o il pararsi davanti a oggetti in movimento (2,6 per cento). La ferita da arma da fuoco è presente in solo due casi, anche perché l'elevata mortalità di questo tipo di ferite porta a suicidi veri e propri⁴.

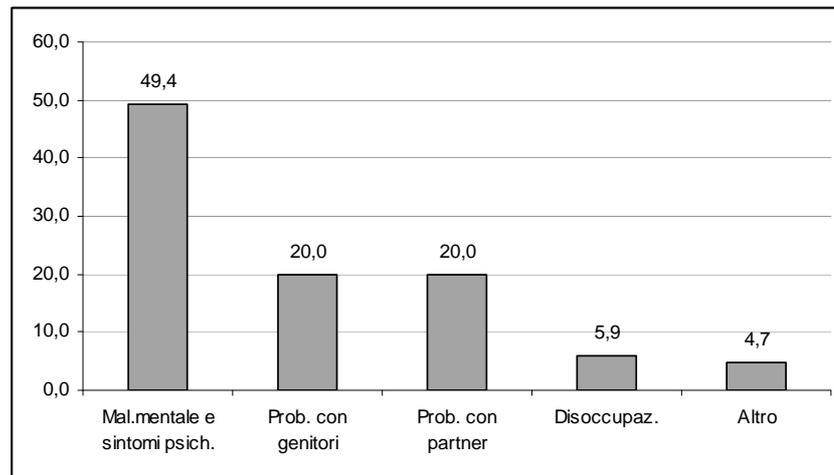
Le motivazioni

Purtroppo, i dati relativi alle motivazioni che hanno indotto al tentativo di suicidio sono disponibili solo per 85 casi (8,1 per cento del totale) e fanno riferimento in primo luogo alla malattia mentale, che riguarda circa la metà dei dati disponibili. Inoltre, i problemi familiari sono responsabili di circa un 40 per cento dei

⁴ L'annegamento è riportato solo nel 2 per cento dei casi, mentre il precedente di fiumi e fossi è 9,5 per cento. Mentre il numero di casi in valore assoluto coincide, questo dato si spiega poiché le percentuali sono calcolate su numeri diversi, ossia 200 casi disponibili per quanto riguarda l'indagine sul luogo, mentre sul totale dei casi (ossia 1.052) per quella relativa al mezzo.

casi, intesi sia come problemi tra genitori e figli, sia come problemi con il *partner*.

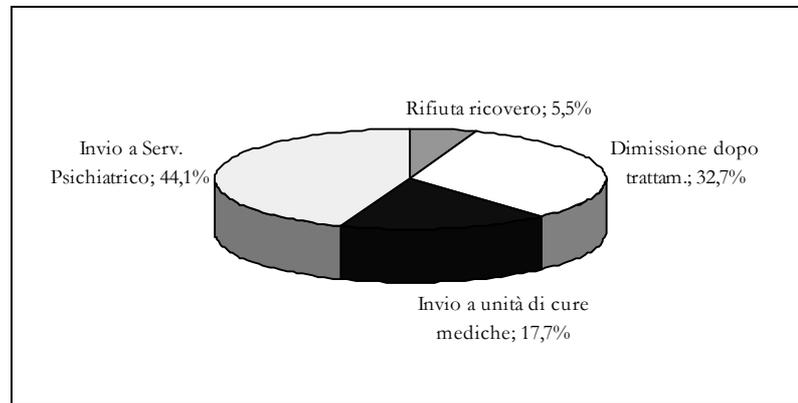
Fig. 4 – Motivazioni per il tentativo di suicidio, raccolte nello studio



Le conseguenze

Riguardo alle conseguenze dei tentativi, sono disponibili maggiori informazioni per gli ultimi anni di rilevazione, ossia 2005 e 2006. Complessivamente, si osserva che la maggioranza dei tentativi (81,1 per cento) ha richiesto cure mediche o chirurgiche di lieve entità, condizione che non ha messo in pericolo la vita delle persone, mentre una minoranza di tentativi (10,9 per cento) ha ricevuto cure mediche o chirurgiche, con le persone in pericolo di vita. Una percentuale minima (1,1 per cento) è stata dimessa senza alcun trattamento. Esaminando il percorso dei pazienti dopo l'accesso al pronto soccorso e al tipo di cure ricevute, si osserva che il 32,7 per cento dei pazienti con tentativo di suicidio viene dimesso dopo aver ricevuto cure mediche, il 17,7 per cento viene trasferito in altro reparto, mentre la maggioranza, ossia il 44,1 per cento, viene trasferito in reparto psichiatrico. Circa il 5,5 per cento rifiuta il ricovero (percentuali calcolate su dati disponibili per 1.040 tentativi).

Fig. 5 – Percorso dei pazienti dopo l'accesso al pronto soccorso



Un commento ai dati

Individuare i casi e tenerne memoria

Prima di tutto dobbiamo sottolineare come sarebbe opportuno – per un indicatore psico-sociale importante come il tentativo di suicidio – che i dati relativi a esso fossero immediatamente identificabili e non costringessero ad alcuno sforzo interpretativo da parte di coloro che sono interessati a conoscerne le dimensioni e i significati. Nel nostro caso, abbiamo selezionato una ventina di parole chiave per estrarre i dati dall'archivio informatizzato, facendo poi un'ispezione visuale dei carteggi estratti per poi escludere i casi non inquadrabili nei criteri definitori dell'Ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS/EURO) (De Leo D. e altri, 2004). Basterebbe uno specifico codice (anche un semplice asterisco) per l'immediato riconoscimento di un tentativo di suicidio dopo la sua valutazione in un pronto soccorso. Non solo questo eliminerebbe la necessità di un dispendioso (e comunque impreciso) lavoro a posteriori delle storie personali dei pazienti in riferimento a tali atti, ma la conoscenza della storia di un pregresso tentativo aumenterebbe automaticamente la vigilanza sui soggetti a rischio di esito fatale per un successivo tentativo di suicidio, dal momento che questi agiti sono i predittori più importanti di suicidio (Gunnell D., Frankel S., 1994; Nordstrom P. e altri, 1995; Harris

E.C., Barraclough B., 1997). Ecco dunque che la prevenzione potrebbe trovare inizio con il modo più logico possibile: la conoscenza dei precedenti agiti suicidari di un soggetto. Di fatto, è noto che tra quelli che tentano il suicidio fino al 2 per cento muore per suicidio nel giro di un anno (Beautrais A.L., 2003; Hawton K., Fagg J., 1988; Owens D. e altri, 2002), fino al 7 per cento si suicida nel corso di 10 anni (Ekeberg O. e altri, 1991; Holley H.L. e altri, 1998; Owens D. e altri, 2002), e il 15-23 per cento riceve ulteriore trattamento per un altro tentativo di suicidio entro un anno (Schmidtke A. e altri, 1996; Bennewith O. e altri, 2002).

L'altra, più importante, considerazione riguarda la presenza di stranieri nel *pool* totale dei tentatori. La loro percentuale è vicina al 20 per cento, a fronte di una loro presenza nella cittadinanza che non raggiunge il 7 per cento. Questo dato in realtà si commenta da sé, dando la misura di come possa essere problematico il processo di integrazione in una nuova comunità.

Anche l'alto numero di agiti suicidari ascrivibili a detenuti appare sorprendente. Parte di essi proviene da detenuti extra-comunitari e in questi casi valgono le considerazioni di più sopra, con l'ovvia aggravante della condizione di recluso.

Rispetto ai dati provenienti dalle precedenti rilevazioni 1989-1999 (Meneghel G. e altri, 2004), la prevalenza del sesso femminile è diminuita, passando dal 63,3 per cento al 57 per cento. Questo cambiamento sembra soprattutto ascrivibile alla marcata presenza di soggetti extra-comunitari e ai comportamenti riportati dai detenuti, più che a un cambiamento nella composizione dei tentatori padovani. L'età media si è inoltre lievemente abbassata, passando da 41 a 39 anni.

Purtroppo, il pronto soccorso dell'ospedale civile rimane un reparto ad altissima intensità di prestazioni. Questo fatto spesso non permette che la raccolta dei dati essenziali; così, molte informazioni che potrebbero essere di grande rilevanza in termini di prevenzione del suicidio, vanno invece perdute o riportate in modo frammentario. Questo spiega l'incompletezza di molti

dei dati raccolti. È chiaro che sarebbe assolutamente rilevante conoscere le diagnosi di ammissione dei soggetti, in particolare quelle di natura psichiatrica, ma questo richiederebbe la costante presenza di un'equipe psichiatrica nei locali del pronto soccorso e l'esame di tutti i tentatori di suicidio. Sarebbe altresì importante la valutazione della reale intenzionalità suicidaria dei soggetti: questo soprattutto in un'ottica prognostica, al fine di favorire il migliore *assessment* possibile del futuro rischio di suicidio (De Leo D. e altri, 2006). Tuttavia, anche la raccolta di dati descrittivi le problematiche causanti l'agito suicidario potrebbe essere utile, ma – come si è visto – questo tipo di dati è ottenibile solo in una modesta percentuale di casi.

Riferimenti bibliografici

- Beautrais A.L., *Subsequent mortality in medically serious suicide attempts: a 5 year follow-up*, in «Australian and New Zealand Journal of Psychiatry», n. 37/03.
- Bennewith O., Stocks N., Gunnell D., Peters T.J., Evans M.O., Sharp D.J., *General practice based intervention to prevent repeat episodes of deliberate self harm: cluster randomized controlled trial*, in «British Medical Journal», n. 324/02.
- De Leo D., Burgis S., Bertolote J.M., Kerkhof A., Bille-Brahe U. (2004) *Definitions of suicidal behaviour*, in De Leo D., Bille-Brahe U., Kerkhof A., e altri, *Suicidal Behaviour: Theories and Research Findings*, Hogrefe & Huber, Göttingen.
- De Leo D., Burgis S., Bertolote J.M., Kerkhof A., Bille-Brahe U. (2006), *Definitions of suicidal behaviour. Lessons learned from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal behaviour*, in «The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention», n. 27/06.
- Ekeberg O., Ellingsen O., Jacobsen D., *Suicide and other causes of death in a five-year follow-up of patients treated for self-poisoning*, in «Oslo Acta Psychiatrica Scandinavica», n. 83/91.

- Gunnell D., Frankel S., *Prevention of suicide: aspirations and evidence*, in «British Medical Journal», n. 308/94.
- Harris E.C., Barraclough B., *Suicide as an outcome for mental disorders: A meta-analysis*, in «British Journal of Psychiatry», n. 170/97.
- Hawton K., Fagg J., *Suicide and other causes of death, following attempted suicide*, in «British Journal of Psychiatry», n. 152/98.
- Holley H.L., Fick G., Love E.J., *Suicide following an inpatient hospitalization for a suicide attempt: a Canadian follow-up study*, in «Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology», n. 33/98.
- Meneghel G., Scocco P., Colucci E., Marini M., Marietta P., Padoani W., Dello Buono M., De Leo D. (2004) *Suicidal behaviour in Italy*, in Schmidtke A., Bille-Brahe U., De Leo D. e altri, *Suicidal Behaviour in Europe: Results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour*, Hogrefe & Huber, Göttingen.
- Nordstrom P., Asberg M., Aberg-Wistedt A., Nordin C., *Attempted suicide predicts suicide risk in mood disorders*, in «Acta Psychiatrica Scandinavica», n. 92/95.
- Owens D., Horrocks J., House A., *Fatal and non-fatal repetition of self-harm*, in «British Journal of Psychiatry», n. 181/02.
- Schmidtke A., Bille-Brahe U., De Leo D., Kerkhof A., Bjerke T., Crepet P., Haring C., Hawton K., Lonnqvist J., Michel K., Pommereau X., Querejeta I., Philippe I., Salander-Renberg E., Temesvary B., Wasserman D., Fricke S., Weinacker B., Sampaio-Faria J.G., *Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide*, in «Acta Psychiatrica Scandinavica», n. 93/96.