



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Medicina

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Tesi di Laurea

LA DEPRESSIONE ED IL RISCHIO DI SUICIDIO:  
L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Relatore: Dott.ssa Gianni Claudia

Laureando: Scarparo Alberto

Matricola: N. 2012586

Anno Accademico 2022/2023



## **INDICE:**

### **Abstract**

<b>Introduzione</b>	<b>1</b>
<b>Capitolo 1: Depressione</b>	<b>3</b>
1.1 <i>Definizione ed Epidemiologia</i>	3
1.2 <i>Disturbo Depressivo Maggiore</i>	6
1.3 <i>Terapia</i>	8
<b>Capitolo 2: Suicidio</b>	<b>11</b>
2.1 <i>Definizione ed Epidemiologia</i>	11
2.2 <i>Fattori di Rischio e Correlazione con la Depressione</i>	12
2.3 <i>Complicanze</i>	14
<b>Capitolo 3 Assistenza Infermieristica al Paziente Depresso ed a Rischio Suicidio</b>	<b>17</b>
3.1 <i>Gestione Paziente con Disturbo Depressivo</i>	17
3.2 <i>Gestione Paziente con Comportamento Suicidario</i>	19
<b>Capitolo 4 Materiali e Metodi</b>	<b>25</b>
4.1 <i>Obiettivo della Ricerca</i>	25
4.2 <i>Fonti di Ricerca</i>	25
<b>Capitolo 5 Risultati</b>	<b>29</b>
5.1 <i>Risultati riguardanti la gestione della depressione</i>	29
5.2 <i>Risultati riguardanti la gestione di suicidio e agiti suicidari</i>	30
5.2.1 <i>Interventi Strutturali</i>	30
5.2.2 <i>Interventi Diretti alla Persona</i>	31
<b>Capitolo 6 Conclusioni</b>	<b>35</b>
<b>Bibliografia</b>	



## **ABSTRACT**

Al giorno d'oggi il numero dei casi di depressione e di suicidio sono in costante aumento: l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) l'ha definito "il male del secolo": la depressione è una patologia crescente ogni anno che ha trovato campo fertile nella società metropolitana, caratterizzata da repentini cambiamenti e pressioni sociali che si sviluppano dentro e fuori il nucleo familiare.

A contribuire all'espansione di queste malattie è la mancata consapevolezza della loro gravità nel vivere comune e la frequenza con cui vengono trattate tardivamente.

Nel 2017 la depressione è stato il disturbo più diffuso in Italia. Secondo l'ISTAT interessa 2.8 Milioni di Italiani, con una percentuale crescente all'aumentare dell'età.

Secondo un report OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) nel 2021, più del 24% dei giovani nati in Italia ha riportato sintomi della depressione, quasi 1 ogni 4, mentre la percentuale tra gli adulti si ferma al 14,4%.

OMS: quasi 800.000 persone muoiono per suicidio ogni anno: è la seconda causa di morte per suicidio ogni anno, in Italia, nel 2015, vi sono stati 3988 suicidi, 6 ogni 100.000 abitanti.

Il sito dell'Istituzione Superiore di Sanità (ISS) evidenzia che negli ultimi 45 anni il tasso di suicidio è cresciuto del 65% in tutto il mondo ed i tentativi di suicidio sono fino a 20 volte più frequenti.

In generale nei casi di suicidio riportati nel 13% erano presenti patologie mentali, nel 6% patologie organiche non mentali.

Il 77,9% dei suicidi riguarda soggetti di sesso maschile, mentre il 22,1% soggetti di sesso femminile, l'identificazione dei soggetti ad alto rischio e l'utilizzo di strumenti preventivi e predittori risultano essere non sempre efficaci.

Le evidenze suggeriscono che per ogni persona che muore suicida, vi sono molte più persone che tentano il suicidio, per cui è possibile intervenire.

Key Words: Depressione, Suicidio, Crescita, Patologia, Società, Cambiamenti, Nucleo Familiare



## INTRODUZIONE

Al giorno d'oggi viviamo in una società in costante evoluzione. Lo sviluppo e la tecnologia caratterizzano sempre maggiormente la vita di tutti i giorni, chiedendo però alle persone sempre maggior impegno e sacrificio per rimanere al passo con i tempi che corrono. La società moderna si va quindi ad interfacciare con nuove problematiche, spesso trascurate o addirittura ignorate durante gli scorsi decenni: parliamo di depressione e suicidio, due delle maggiori difficoltà che caratterizzano la società del ventunesimo secolo.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la salute mentale come uno stato di benessere nel quale la persona è consapevole delle proprie capacità, in grado di affrontare le normali difficoltà della vita, lavorare in modo utile e apportare un contributo alla comunità (OMS, 2022).

Le patologie mentali rappresentano un problema in crescita a livello mondiale, secondo i dati OMS sono 300 milioni le persone che soffrono di depressione in tutto il mondo con una stima del 5% a livello globale e viene definita: "Il male del secolo" (OMS, 2014). Secondo i dati ISTAT la depressione interessa 2,8 milioni di Italiani, con percentuale crescente all'aumentare dell'età (ISTAT, 2017). Di depressione soffrono persone di ogni età, di qualunque condizione economica, in qualsiasi parte del mondo. Questo disturbo causa sofferenza psichica e mina la capacità di portare a termine anche i compiti più semplici della quotidianità, con conseguenze devastanti sul piano personale, relazionale e professionale. La depressione è una delle principali cause di disabilità in tutto il mondo, che va a condizionare l'ambito personale, familiare, lavorativo e sociale della persona che ne soffre.

Sebbene esistano trattamenti noti ed efficaci per i disturbi mentali, oltre il 75% delle persone dei paesi a basso e medio reddito non riceve alcun trattamento a causa di mancanza di risorse, di personale qualificato e dello stigma sociale associato ai disturbi mentali (Evans-Lacko S., 2017). Spesso le persone che soffrono di depressione non vengono diagnosticate correttamente. Nel peggiore dei casi, la depressione può portare al suicidio.

Nonostante il tasso di suicidi sia sempre stato più alto fra gli anziani di sesso maschile, le percentuali sono cresciute notevolmente fra i giovani, che oggi rappresentano il gruppo a maggior rischio in un terzo dei Paesi, indipendentemente dal reddito (Pompili M., 2009).

Più del 90% dei casi totali di suicidio sono associati a disturbi mentali, soprattutto depressione e abuso di sostanze. Tuttavia, alla base ci sono numerosi fattori socioculturali: in generale, i suicidi si verificano specialmente in momenti di crisi socioeconomica, familiare o individuale (Gigantesco A., 2009).



## **Capitolo 1: Depressione**

### *1.1 Definizione ed Epidemiologia*

Come riportato nella classificazione delle malattie dell'OMS, la depressione è un disturbo dell'affettività o del tono dell'umore, indica la presenza di umore triste, vuoto o irritabile, accompagnato da modificazioni fisiche, fisiologiche e cognitive che incidono in modo significativo sulla capacità di funzionamento dell'individuo, arrivando ad un rallentamento della psicomotricità (ICD-10, International Classification of Diseases, 10th edition).

Secondo i dati OMS sono 300 milioni le persone che soffrono di depressione in tutto il mondo con una stima del 5% a livello globale (OMS, 2022), secondo i dati ISTAT la depressione interessa 2,8 milioni di Italiani (ISTAT, 2018). Il disturbo depressivo può esordire ad ogni età, con un'età media di esordio intorno ai 25 anni.

Secondo lo psichiatra Giovanni Jervis l'esperienza depressiva esprime la difficoltà dell'individuo di prendere atto della perdita di un oggetto significativo (lutto) ed il conseguente processo di rielaborazione psicologica (elaborazione del lutto) che gli permetterà di riadattarsi alla nuova realtà (Jervis G., 1975). La depressione si trasforma in esperienza patologica nel momento in cui il processo di riadattamento si blocca, venendosi a determinare l'incapacità della persona di uscirne. In questa situazione la persona non riesce a riconoscere con chiarezza l'oggetto perduto, vivendolo allo stesso tempo come una parte inalienabile di sé.

Assistere una persona con un problema di depressione non significa dunque impedire alla persona di vivere l'esperienza della depressione, quanto piuttosto aiutare la persona a superare positivamente il processo di elaborazione del lutto, indipendentemente dalla patologia nella quale questo disturbo si innesta. La comune esperienza professionale dell'infermiere, infatti, permette di incontrare persone afflitte da questa particolare condizione in diversi contesti. Alcuni studi dimostrano come la stessa esperienza di malattia implichi il lutto riferito in generale alla perdita del proprio progetto di vita sul quale la malattia ha inciso più o meno profondamente, interrompendolo o modificandolo. Un efficace aiuto non può quindi prescindere dalla comprensione della esperienza vissuta dalla persona.

Alcuni autori hanno evidenziato la centralità del concetto di perdita nella esperienza della sofferenza depressiva. Galimberti indica come tratto distintivo della depressione il senso di smarrimento e perdita, constatabile nella diminuzione della vita di relazione, nell'impoverimento delle manifestazioni espressive, nel rallentamento dei processi mentali ed operativi (Galimberti U., 1979). Ne deriva un senso di tristezza che, col venir meno dell'orizzonte aperto della speranza, colora di disperazione le già ridotte manifestazioni espressive. Jack ha descritto la perdita nell'esperienza depressiva come la perdita della capacità di esprimere i propri desideri, i propri bisogni, le proprie emozioni alle persone care (Jack D., 1991). Chernomas afferma che la perdita, intesa come perdita di sé come lo si conosceva fino a quel momento, è una esperienza significativa e dominante che permea tutta la vita della persona afflitta da questo problema, che intacca il senso di benessere interiore, le relazioni con il prossimo e le attività quotidiane (Chernomas W., 1997). Questa sensazione porta la persona a sentirsi impotente e vulnerabile, e comporta la incapacità di capire il proprio mondo e le proprie emozioni.

La percezione del Sé è un concetto centrale anche nel processo di riadattamento alla nuova realtà, e di ritorno alla vita. Alcuni autori hanno focalizzato questo aspetto nei loro studi. Beck ha individuato, in uno studio qualitativo, il processo attraverso il quale si esplica il tentativo di adattarsi alla sensazione di perdita: questo processo viene descritto in quattro fasi: l'incontro con il terrore, la morte del sé, lo sforzo per la sopravvivenza ed il recupero del controllo (Beck C.T., 1993). Peden ha definito un modello teorico che descrive il processo di miglioramento dalla depressione avvalendosi del modello teorico di Peplau: egli individua otto categorie che raggruppa in tre fasi, la prima delle quali è una crisi definita "esperienza del punto di svolta" (Peden A.R., 1993). Chernomas descrive il senso di sé attraverso alcune categorie: la perdita del sé, il sé trasformato, il desiderio di cambiamento e la osservazione di sé, il sé come motore del miglioramento, svelare e nascondere, accettare e appartenere, dare un significato alla depressione. Sempre secondo Chernomas il sé perduto viene sostituito da un guscio vuoto e da un profondo senso di tristezza che può arrivare fino alla disperazione, rendendo la persona estremamente vulnerabile al mondo esterno. Il soggetto colpito prova un senso di angoscia profonda ed un senso di vuoto incolmabile, di inaridimento affettivo e

perdita di interesse per tutto ciò che lo circonda. Il sé trasformato è dominato da un senso di impotenza. È possibile sentire e provare il desiderio di qualche cosa o di fare qualche cosa, ma il nuovo sé si scontra immediatamente con la paralisi delle capacità di soddisfare il desiderio, questo fa vivere la persona nella incapacità di progettarsi in un futuro, anche il più prossimo, schiacciandola in una dimensione temporale rivolta al passato che non lascia spazio al presente o al futuro, costringendola nella immobilità ed in uno stato di angoscia. Vi è un indebolimento della capacità volitiva (ipobulia) che fa provare alla persona un senso di impotenza e di perdita di energia vitale, che comporta un ridotto interesse ed una ridotta capacità di svolgere le abituali attività quotidiane (Chernomas W., 1997). L'impotenza viene vissuta come debolezza e fatica fisica, mancanza di energia che si manifesta con un rallentamento psicomotorio: i movimenti sono rallentati e spenti ed i pensieri fluiscono con difficoltà sempre maggiore, avvitandosi su tematiche di auto colpevolizzazione fino, nei casi più gravi, alla convinzione di meritarsi una punizione estrema, ed alla ricerca della morte quale via di espiazione. All'impotenza si sovrappone dunque un senso di colpa. L'incapacità di controllare il proprio stato d'animo e di aiutarsi conduce la persona a porre un giudizio negativo nei confronti di sé, che viene espresso attraverso la paura per il futuro, la frustrazione e la rabbia nei confronti di sé e degli altri. La perdita del senso di sé come lo si conosceva è una potente forza che limita la capacità di affrontare la vita quotidiana che fa sorgere il desiderio di cambiare, di recuperare parte del sé perduto o di cambiare qualche cosa del nuovo modo di essere, questo spinge ad osservare attentamente il proprio stato alla ricerca di un segnale di miglioramento/cambiamento. Questa attività diventa un modo per ridurre parte dell'impotenza che domina la vita della persona che sta vivendo una esperienza depressiva (Chernomas W., 1997)

Per fare diagnosi di Disturbo Depressivo i sintomi-chiave, ovvero quelli che devono essere sempre presenti, sono: umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, marcata diminuzione di interesse e/o piacere per qualsiasi attività (DSM-V, 2013).

Questi sintomi, più quelli accessori che possono variare da caso a caso, devono essere presenti per almeno due settimane e deve verificarsi una sostanziale

compromissione del normale funzionamento bio-psico-sociale affinché si possa fare diagnosi.

Il Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), pubblicato nel 2013, dell'American Psychiatric Association classifica i disturbi depressivi in:

- 1) Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente
- 2) Disturbo depressivo maggiore
- 3) Disturbo depressivo persistente (distimia)
- 4) Disturbo disforico premestruale
- 5) Disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci
- 6) Disturbo depressivo dovuto ad altra condizione medica

### *1.2 Disturbo Depressivo Maggiore*

Tra quelli elencati il disturbo più grave e comune è il disturbo da depressione maggiore, come evidenziato dagli studi epidemiologici condotti dalla World Health Organization.

Il disturbo depressivo maggiore è un disturbo dell'umore: chi ne presenta i sintomi prova frequenti e intensi stati di insoddisfazione e tristezza e tende a non provare piacere nelle comuni attività quotidiane. Le persone che soffrono di disturbo depressivo maggiore vivono in una condizione di frequente umore negativo, con pensieri negativi e pessimisti circa se stessi e il proprio futuro.

Secondo il DSM-V, affinché si possa parlare di disturbo depressivo maggiore cinque o più dei sintomi sottoelencati dovranno presentarsi durante un periodo di 2 settimane e rappresentare un cambiamento rispetto al precedente livello di funzionamento:

- L'umore di chi soffre di disturbo depressivo maggiore è depresso per la maggior parte della giornata e quasi tutti i giorni, secondo quanto riportato dalla persona.

- La persona che accusa un disturbo depressivo maggiore avverte una marcata diminuzione di interesse o piacere per quasi tutte le attività svolte
- Perdita di peso non dovuta a dieta o un aumento di peso, oppure la diminuzione o l'aumento del senso di fame
- Disturbi del sonno, insonnia o ipersonnia, protratti e continuativi
- Agitazione o rallentamento psicomotori
- Faticabilità e mancanza di energia
- Sentimenti di svalutazione o di colpa eccessivi o ingiustificati
- Ridotta capacità di pensare o concentrarsi su ogni attività e estrema indecisione in attività lavorative e extralavorative
- Pensieri ricorrenti di morte (non solo paura di morire), ricorrente ideazione suicidaria o autolesiva.

Il disturbo depressivo maggiore può manifestarsi con diversi livelli di gravità, alcune persone presentano sintomi depressivi di bassa intensità, legati ad alcuni momenti di vita, mentre altre si sentono così depresse da non riuscire a svolgere le normali attività quotidiane.

Secondo William Coryell, psichiatra specializzato nei disturbi dell'umore e professore emerito del dipartimento di psichiatria della "Carver College of Medicine" nello stato americano dell'Iowa, le forme gravi sono caratterizzate da un numero più elevato di sintomi, una maggiore intensità e durata nel tempo della sintomatologia e una maggiore compromissione delle attività quotidiane (William C., 2021).

Nella depressione, inoltre, sono presenti autocritica, sensi di colpa, disperazione, mancanza di speranza verso il futuro, pessimismo eccessivo e pensieri di morte (ICD-10, International Classification of Diseases, 10th edition).

Può risultare difficile distinguere gli episodi di depressione maggiore con preminente umore irritabile dagli episodi maniacali con umore irritabile oppure dagli episodi misti, pertanto occorre un'approfondita valutazione dell'episodio.

Periodi di tristezza sono aspetti inerenti all'esperienza umana e sono fisiologici. Tali periodi non dovrebbero essere diagnosticati come episodio di depressione maggiore a meno che i criteri non siano soddisfatti per gravità, durata e disagio clinico.

### *1.3 Terapia*

Secondo le linee guida della National Institute for Health and Clinical Excellence, i disturbi depressivi possono essere efficacemente curati attraverso un approccio psicoterapico e/o farmacologico.

Da un lato si cerca di modificare i pensieri negativi che possono sostenere la depressione. Ad esempio le persone che ne soffrono tendono ad avere un ipercriticismo verso sé stessi, tendono ad accusarsi oltre ogni evidenza, tendono a notare maggiormente gli eventi negativi nelle situazioni quotidiane. La terapia cognitivo comportamentale aiuta la persona a sviluppare una modalità di pensiero più equilibrata e razionale.

Dall'altro lato, per la cura della depressione, si aiutano le persone a costruire migliori abilità per affrontare le difficoltà quotidiane, che probabilmente hanno portato la persona ad essere depressa. Così, ad esempio, si può insegnare alla persona modalità comunicative più efficaci o strategie per risolvere i problemi nei quali si trova coinvolto (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2022).

La cura della depressione, quindi, invita la persona a riprendere gradualmente le attività che sono state abbandonate, magari cominciando da quelle più piacevoli, a sviluppare comportamenti più funzionali per risolvere i propri problemi, a pensare in modo più equilibrato e razionale.

La terapia cognitivo comportamentale si differenzia molto da altri tipologie di psicoterapie: è centrata sul presente, sui sintomi della depressione, e tende a produrre soluzioni fattive per i problemi presentati (Paykel E.S., 2007).

I farmaci antidepressivi sono farmaci che agiscono specificatamente contro i sintomi della depressione. Gli antidepressivi esercitano i loro effetti terapeutici attraverso la modulazione di alcune molecole presenti nel cervello coinvolte nella patologia depressiva quali la serotonina, la noradrenalina e la dopamina.







## Capitolo 2: Suicidio

### 2.1 Definizione ed Epidemiologia

Con suicidio (dal latino sui caedere, "uccidere sé stessi") si intende l'atto con il quale una persona si procura deliberatamente la morte (Vocabolario Treccani).

Il suicidio è il gesto autolesionistico più estremo, tipico in condizioni di grave disagio o malessere psichico, specialmente in persone affette da grave depressione e/o disturbi mentali di tipo psicotico. Esso può essere determinato anche da cause o motivazioni strettamente personali, ovvero eventi quali particolari situazioni esistenziali sfavorevoli, gravi condizioni economiche e sociali, abusi fisici e psichici, delusioni amorose, condizioni di salute o di non accettazione del proprio corpo, mobbing familiare, derisioni, bullismo e cyberbullismo (Moutier C., 2023).

Sotto il profilo scientifico e medico-legale si tratta di suicidio solo quando le evidenze indicano che la morte è stata intenzionale ed auto-indotta. È difficile dimostrare le intenzioni delle vittime: il concetto di volontarietà include pensieri, comportamenti e sentimenti inconsciamente motivati non valutabili dopo la morte.

Alcuni metodi, come l'uso di armi da fuoco, hanno maggiori probabilità di riuscita, ma la scelta di un metodo meno letale non implica che l'intento suicidario fosse meno significativo: il rischio di suicidio è tanto maggiore quanto più avanzata è la sua pianificazione (Curtin S., 2020)

Il comportamento suicidario comprende:

- Mancato suicidio: Comportamento fallito di auto-soppressione, che si differenzia dal tentato suicidio per le modalità con cui è stato attuato, chiaramente letali e senza spazio intenzionale per l'evitamento della morte.
- Tentato suicidio: un atto di autolesionismo che voleva portare al decesso, ma non l'ha fatto. Un tentato suicidio può o meno comportare lesioni.
- Ideazione suicidaria: pensieri relativi a progetti concreti di morte ed alla messa in pratica.

- Autolesionismo deliberato: atti volontari, auto-inflitti, dolorosi, distruttivi o lesivi, eseguiti senza intenzionalità di morte. (Moutier C., 2023).

I dati epidemiologici raccolti negli anni dall'Organizzazione Mondiale della Sanità evidenziano che il suicidio è la dodicesima causa di morte nel mondo; si stima che i decessi per suicidio annuali potrebbero salire ad 1,5 milioni entro il 2020: a livello mondiale si colloca fra le tre principali cause di morte per le persone di età compresa tra i 15-44 anni. I tentativi di suicidio sono fino a 20 volte più frequenti dei suicidi effettivi (OMS, 2014).

L'incidenza del suicidio in una data società dipende da una serie di fattori, la depressione clinica è una delle cause particolarmente comuni, l'abuso di sostanze stupefacenti od una grave malattia fisica o infermità vengono riconosciute come ulteriori possibilità; i paesi dell'Europa orientale e dell'Asia orientale posseggono il più alto tasso di suicidi al mondo, mentre la regione con l'incidenza più bassa è l'America Latina (OMS, 2014).

Nel 1998 l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) ha classificato il suicidio come la dodicesima causa di morte a mondo: nella maggior parte dei paesi l'incidenza dei suicidi è superiore ai tentativi di omicidio. Secondo l'Istituto Nazionale di salute mentale il contagio da suicidio è un problema serio, soprattutto per i giovani, potendo essere facilitato in adolescenti vulnerabili dall'esposizione a casi o tentativi reali di suicidio, tra cui la sua copertura mediatica, come la pubblicizzazione intensiva del suicidio di una celebrità (National Institute of Mental Health, 2022).

## *2.2 Fattori di Rischio e Correlazione con la Depressione*

L'OMS associa al suicidio fattori di rischio individuali e ambientali: quali tentativi di suicidio precedenti, malattie mentali, alcolismo, difficoltà finanziarie o disoccupazione, disperazione, dolori cronici, suicidi in famiglia, fattori genetici e biologici, conflitti relazionali, cessazione di un rapporto di coppia, sentimenti di solitudine e assenza di sostegno sociale, esperienze traumatiche o maltrattamenti, discriminazione, esperienze migratorie stressanti, catastrofi naturali e guerre, stigmatizzazione di una richiesta di aiuto, insensibilità della copertura mediatica,

accesso a mezzi e metodi letali, difficoltà d'accesso all'assistenza sanitaria (OMS, 2014).

Spesso i fattori di rischio sono correlati tra loro o si sommano. Un'esperienza di vita traumatizzante (quali possono essere divorzio, decesso, conflitti) può intervenire come fattore scatenante di un atto suicida presso una persona già sotto pressione. Tuttavia anche altre sensazioni emozionali meno evidenti (quali possono essere sensi di colpa e di vergogna o la sensazione di essere di peso agli altri) possono scatenare un comportamento suicidario.

Una persona può presentare uno o diversi fattori di rischio per il suicidio e non essere affatto esposta a questo pericolo. Fattori come la fiducia in sé stessi, le competenze sociali, le relazioni costruttive, le prospettive personali e professionali, la religiosità ecc. esplicano un effetto protettivo (Värnik P., 2012).

Esiste, inoltre, un'associazione tra suicidio e problemi di salute fisica tra cui: il dolore cronico (Manthorpe J., 2010) , danno cerebrale traumatico (Simpson GK., 2007), cancro (Anguiano L., 2012), pazienti sottoposti a emodialisi, affetti da HIV, da lupus eritematoso sistemico e altre condizioni mediche debilitanti. La diagnosi di cancro raddoppia approssimativamente il conseguente rischio di suicidio. La prevalenza di una maggiore tendenza al suicidio persisteva anche dopo la cura per la malattia depressiva e per l'abuso di alcol. Nelle persone con più di una condizione medica il rischio era particolarmente elevato e in Giappone i problemi di salute sono elencati come la giustificazione primaria per il suicidio (Paul S.F., 2008).

I disturbi del sonno come l'insonnia e l'apnea del sonno sono fattori di rischio per la depressione e il suicidio (Karin H.A., 2021). In alcuni casi i disturbi del sonno possono essere un fattore di rischio indipendente per lo sviluppo della depressione. Un certo numero di altre condizioni mediche possono presentare sintomi simili ai disturbi dell'umore, tra cui: ipotiroidismo, malattia di Alzheimer, tumori cerebrali, lupus eritematoso sistemico e gli effetti negativi di un numero di farmaci (come i beta-bloccanti e gli steroidi).

Secondo i dati ISTAT raccolti i disturbi mentali sono spesso presenti al momento del suicidio con stime, a seconda dei dati raccolti, che vanno dal 27% ad oltre il 90%.

Tra coloro che sono stati ammessi in un'unità psichiatrica, il rischio di suicidio è di circa l'8,6%. La metà di tutte le persone che muoiono per suicidio può soffrire di disturbo depressivo maggiore o uno di altri disturbi dell'umore, come per esempio il disturbo bipolare che aumenta il rischio di suicidio di 20 volte rispetto a chi non ne soffre. Altre condizioni aggravanti comprendono la schizofrenia (14%), disturbi di personalità (14%) e il disturbo post traumatico da stress. Circa il 5% delle persone affette da schizofrenia muoiono di suicidio. I disturbi alimentari sono un'altra condizione di rischio elevato (ISTAT, 2017).

Una storia di precedenti tentativi di suicidio è il più grande fattore predittivo di un ulteriore tentativo. Circa il 20% dei suicidi ha avuto un precedente tentativo e, fra coloro che hanno tentato il suicidio, l'1% lo realizza entro un anno e più del 5% entro dieci anni. Mentre gli atti di autolesionismo non sono visti come tentativi di suicidio, anche se la presenza di un comportamento autolesionistico è correlato a un aumento del rischio di suicidio.

In circa l'80% dei suicidi completati l'individuo ha visto un medico entro l'anno precedente alla sua morte, e tra questi il 45% entro il mese precedente (Luoma J.B., 2002).

### *2.3 Complicanze*

Il suicidio e l'ideazione suicidaria hanno molte complicazioni potenziali, la più evidente e tragica, ovviamente, è la morte.

A seconda del tipo di tentativo fatto è possibile andare incontro a lesioni permanenti quali insufficienza d'organo, coma, danni cerebrali e paralisi, in alcuni casi il tentativo si trasforma in un pericolo anche per altre persone (si pensi a chi decide di suicidarsi con il gas in casa), ma anche il soggetto che sopravvive al tentativo può andare incontro a sentimenti debilitanti come depressione e senso di colpa, in alcuni casi le persone con idee suicidarie possono voler coinvolgere anche i propri cari, in un tentativo di omicidio-suicidio (Cvinar J.G., 2005).

Il metodo principale utilizzato per suicidarsi varia da Paese a Paese, ma i più frequenti nelle diverse regioni sono l'impiccamento, l'avvelenamento da pesticidi e

l'utilizzo di armi da fuoco. Queste differenze sono da ritenersi parzialmente dovute alle disponibilità dei diversi metodi (Ajdacic-Gross V., 2008).

Il tasso di mortalità varia a seconda del metodo utilizzato: per le armi da fuoco vi è una mortalità dell'80-90%, l'annegamento tra il 65 e l'80%, l'impiccamento tra il 60% e l'85%, l'inalazione degli scarichi dell'auto tra il 40% e il 60%, il gettarsi da altezze variabili tra il 35% e il 60%, l'assunzione di pesticidi e l'overdose di farmaci hanno un tasso che varia dall'1,5% al 4%. I metodi più comuni di suicidio spesso non coincidono con quelli che garantiscono maggiori probabilità di successo: per esempio nei Paesi più sviluppati l'85% dei tentativi avviene tramite overdose di droga, che è uno dei metodi meno efficaci (Tintinalli J.E., 2010).



## **Capitolo 3 Assistenza Infermieristica al Paziente Depresso ed a Rischio Suicidio**

### *3.1 Gestione Paziente con Disturbo Depressivo*

L'infermiere deve fondare la relazione terapeutica sull'accettazione della persona sofferente nella sua immobilità e nella sua impossibilità di progettare un futuro, consapevole che questo è dovuto alla condizione psicopatologica, e che la persona di questo si colpevolizza. Pur apparendo chiusa e refrattaria alle sollecitazioni relazionali, la persona depressa è molto recettiva ad ogni manifestazione di attenzione, per questo, è necessario garantire al suo fianco una presenza sincera e disponibile, l'infermiere deve anche aver cura di tutelare la persona da interazioni che rinforzino il senso di colpa e deve offrirgli la possibilità di vivere l'esperienza depressiva, permettendo la regressione, avendo cura di tutelarne la sicurezza, mettendo in atto una strategia utile ed impattante può essere l'allontanamento temporaneo dalle situazioni, quali ad esempio il lavoro o la famiglia, che richiedono alla persona di assumere un ruolo sociale e relazionale eccessivamente impegnativo, per le risorse di cui attualmente dispone (Drigo M.L., 1993). Nell'avvicinare la persona depressa è dunque necessario mostrare disponibilità all'ascolto, cercando di non essere troppo intrusivi; il paziente potrebbe, non sentendosi a suo agio, bloccare l'avanzamento della relazione. L'osservazione del comportamento e dei vari contenuti nei discorsi della persona sofferente sono per l'infermiere utile materiale per la valutazione dei progressi. I principali problemi infermieristici che emergono nel corso di una esperienza depressiva sono l'autostima cronicamente bassa, l'inefficace adattamento, la ridotta interazione o l'isolamento sociale, l'ansia, l'impotenza e la disperazione, un corretto approccio assistenziale deve essere orientato al loro superamento; gli obiettivi principali dell'intervento assistenziale saranno definiti in relazione alla severità della manifestazione, sarà necessario anzitutto garantire la soddisfazione dei bisogni di base, nelle situazioni più gravi la persona è talmente immobilizzata nel vuoto della esperienza depressiva che non riesce nemmeno a prendersi cura di sé, diventerà importante cercare di recuperare il senso di autostima e delle capacità di adattamento, attraverso esperienze ed interazioni positive, fino al completamento

del percorso di evoluzione verso la nuova vita ed il nuovo modo di essere al mondo (Barelli P., 1996).

Chernomas a questo proposito afferma che potrebbe esser utile, nello stabilire una relazione terapeutica, utilizzare concetti che definiscono l'esperienza a partire dalla prospettiva della persona assistita, questo facilita l'accettazione dell'infermiere da parte della persona assistita ed il senso di essere compresa, migliorando e rafforzando l'alleanza terapeutica su di un obiettivo condiviso. L'autore continua affermando che il processo di guarigione potrebbe essere diretto al recupero o alla modificazione delle caratteristiche del sé così come desiderate dalla persona assistita. L'infermiere dovrebbe facilitare l'individuazione del sé desiderato avvalendosi delle strategie della comunicazione attiva, come, ad esempio, fornire informazioni sulla depressione e sul suo trattamento accresce il senso di controllo ed allevia la sensazione di essere indifesi (Chernomas W., 1997).

Inizialmente l'infermiere dovrà quindi adottare un atteggiamento di sostituzione che lentamente si trasformerà in supporto e quindi in stimolo nei confronti del paziente in un progressivo cammino verso il recupero dell'autonomia e della responsabilità di sé, avendo cura di sottolineare con rinforzi positivi i successi della persona.

Soprattutto nelle fasi iniziali dell'intervento assistenziale, l'infermiere dovrebbe assicurare alla persona ampia disponibilità di tempo, non legato a particolari attività assistenziali, nel quale poter parlare, favorendo così l'esplorazione interiore. Stimolare la persona ad esprimere i propri sentimenti con le persone in cui ha fiducia, aiuta a superare il momento più acuto (Dyer J.G., 1994).

L'infermiere ha la possibilità di aiutare la persona ad apprendere le tecniche di psicoterapia cognitivo comportamentale: queste tecniche non si focalizzano sul significato inconscio dei comportamenti, piuttosto sono una terapia focalizzata sul "problem solving" in cui viene assistito il paziente alla ricerca delle migliori strategie per modificare e ridurre i sintomi del proprio disagio; alcune di queste tecniche riguardano la sostituzione di pensieri irrazionali, il respiro controllato, e le tecniche di rilassamento. Queste tecniche si sono dimostrate efficaci nel migliorare le strategie di coping della persona assistita e possono dunque essere ottime risorse di cui avvalersi. L'infermiere dovrebbe quindi aiutare la persona ad apprendere



queste tecniche, incoraggiandola al loro utilizzo e discutendone assieme l'efficacia per individuare la tecnica più adatta (Paykel E.S. 2007).

### *3.2 Gestione Paziente con Comportamento Suicidario*

La relazione, nell'ambito della salute mentale, rappresenta uno strumento essenziale per l'infermiere ed ha di per sé un valore terapeutico per la persona. L'instaurazione di una relazione necessita di tempo, fiducia e capacità di ascolto.

La relazione terapeutica, in ambito psichiatrico, è una parte fondamentale dell'assistenza infermieristica poiché permette il potenziamento delle risorse della persona, la creazione di un piano assistenziale personalizzato sull'assistito, migliorandone la compliance e i risultati attesi. La comunicazione tra infermiere ed assistito non si sviluppa solamente sul piano verbale, ma anche a livello non verbale, per questo motivo è fondamentale prestare attenzione anche al silenzio della persona: può rappresentare infatti la manifestazione di stati emotivi d'allarme, a cui l'infermiere deve prestare particolare attenzione, per capire come gestire al meglio la relazione (Dyer J.G., 1994).

I segnali di allarme non sono sempre evidenti e variano da persona a persona; alcuni rendono le proprie intenzioni chiare, mentre altri tengono pensieri e sentimenti suicidi segreti.

I segnali d'allarme a cui prestare attenzione per cercare di predire un tentativo di suicidio sono diversi quali: l'ideazione (pensare, parlare o desiderare il suicidio, il consumo di sostanze o abuso (maggiore uso o cambiamento di sostanza), la mancanza di scopo nella vita (nessun senso di scopo o di appartenenza), la rabbia, il sentirsi in trappola (sensazione che non vi sia alcuna via d'uscita), la disperazione (non c'è nulla per cui vivere, non c'è speranza o ottimismo), l'isolamento (da famiglia, amici, lavoro, scuola, attività, hobby), l'ansia (irrequietezza, irritabilità, agitazione), la temerarietà (comportamenti ad alto rischio), i disturbi dell'umore (drammatici cambiamenti di umore), il parlare di suicidio, la ricerca di modi per morire (ricerche su Internet su come suicidarsi, in cerca di pistole, pillole,...), il parlare di disperazione, impotenza o inutilità, il pensare molto alla morte, il miglioramento della qualità di vita improvvisamente più felice e tranquilla, la perdita di interesse nelle

cose che piacciono, le visite o chiamate alle persone care, soprattutto dopo una lunga assenza, il fare accordi o regolare gli affari, il dare via oggetti, come beni preziosi (Chung D.T., 2017).

I segnali di allarme non sono sempre evidenti e variano da persona a persona; alcuni rendono le proprie intenzioni chiare, mentre altri tengono pensieri e sentimenti suicidi segreti.

Importanti possono essere gli interventi strutturali; i principali conosciuti sono: posizionamento di barriere alle finestre, eliminazione di travi, tubi dal soffitto e limitazione dell'utilizzo delle armi o in generale dell'accesso ai mezzi letali.

Nel 2005 il Ministero del Welfare ha avviato un protocollo sperimentale per il monitoraggio degli eventi sentinella, tra settembre 2005 e febbraio 2007 sono stati riportati 123 eventi sentinella, di cui il suicidio è risultato essere il terzo evento più frequente. Nasce da qui l'importanza di compiere alcune modifiche strutturali per la prevenzione del fenomeno: chiudere a chiavi le porte, tenere al sicuro i farmaci e gli strumenti taglienti, installare telecamere a circuito chiuso (Protocollo Sperimentale di Monitoraggio degli Eventi Sentinella 1° Rapporto Settembre 2005-Febbraio 2007)

L'ospedale, come luogo di cura, deve disporre di dispositivi di sicurezza quali serrature di sicurezza, video a circuito chiuso, allarme, ringhiere, strutture ed attrezzature che non suggeriscano usi impropri alla persona a rischio di accedere a mezzi per togliersi la vita (oggetti taglienti, farmaci).

Importanti, inoltre, gli interventi di Follow-Up, con questa strategia di prevenzione l'attenzione viene posta sulla persona e non sulla struttura, l'intervento di prevenzione consiste nel seguire la persona dopo la dimissione ospedaliera, o nel periodo dell'acuzie, attraverso il mantenimento del contatto via telefono, cartoline o email, tenendo sotto controllo ipotetiche ricadute (Carter G.L., 2005, 2007, 2013). Qualora una persona mostrasse i segnali di ricaduta è necessario esplorare la possibilità che abbia ideazione suicidaria.

Parlare apertamente con la persona se ha pensieri relativi a togliersi la vita non aumenta in alcun modo il rischio che la persona commetta un suicidio. Anzi, il non parlarne ci preclude la possibilità di intervenire nel mettere in sicurezza la persona.

Per attuare un adeguato intervento di prevenzione al suicidio bisogna capire concretamente le intenzioni della persona:

Esplorando come ha intenzione di portare a termine l'atto; questa domanda ha lo scopo di scoprire il metodo suicidario e permette di esplorare se la persona ha già in mente un metodo specifico.

Esplorando quando ha intenzione di portare a termine l'atto; con questa domanda viene esplorato il piano (momento e situazione specifica): viene indagato se la persona ha pensato a una certa situazione o se sta preparando le cose per dire addio (preparare le ultime volontà, lasciare lettere d'addio, iniziare a dar via cose di valore...).

Esplorando dove ha intenzione di portare a termine l'atto; spesso i suicidi si verificano in luoghi familiari per la persona (casa, scuola...) oppure in contesti lontani o difficili da raggiungere (con poche chances di essere scoperti).

In base a questa esplorazione possiamo comprendere il livello di pianificazione che rappresenta uno degli indicatori per la valutazione del rischio suicidario. Maggiore è il livello di pianificazione, maggiore è il rischio (Shneidman E. S., 1993).

Possiamo pensare a un continuum che va dall'ideazione suicidaria senza un piano o un metodo specifico fino al piano suicidario propriamente detto.

Ideazione suicidaria senza un metodo o un piano specifico, nel quale la persona esprime il desiderio di morire, ha ideazione suicidaria ma non ha elaborato come portare a termine la sua vita, alla domanda su come ha pensato di uccidersi risponderebbe dunque non lo so.

Ideazione suicidaria con un metodo non specifico o indefinito: nel quale la persona esprime il desiderio di suicidarsi e ha anche pensato a varie opzioni ma non ne ha scelta una in particolare. La persona dunque già sta pensando a diverse possibilità per portare a termine la propria vita pur non avendo un metodo definito.

Il livello di rischio successivo si ha quando c'è ideazione suicidaria con un metodo specifico ma non ancora pianificato, in altri termini, la persona vuole morire, pensa a suicidarsi e ha selezionato un metodo specifico ma non ha ancora considerato

quando e dove farlo, e neppure il tipo di precauzioni da prendere affinché nessuno possa interferire con il suo piano.

Infine il piano suicidario propriamente detto, che rappresenta la condizione di maggior rischio da tenere a mente. La persona, oltre a esprimere il desiderio di porre fine alla propria vita, ha pensato a un metodo specifico, ha in mente un luogo dove porre fine alla sua vita e ha definito il quando, essendosi preoccupato di come altri possano impedire la realizzazione del suo piano.

La valutazione del rischio suicidario è un processo continuo e non un qualcosa che si fa una volta per tutte. È opportuno ricordare che in caso di ideazione suicidaria il rischio è sempre presente e qualunque situazione può sempre precipitare. Non riusciamo infatti sempre a valutare correttamente il rischio dal momento che esiste una variabile legata all'impulsività che non può essere tenuta sotto controllo (Shneidman E. S., 1993).





## Capitolo 4 Materiali e Metodi

### 4.1 Obiettivo della Ricerca

Questa ricerca ha l'obiettivo di conoscere maggiormente gli aspetti caratterizzanti la depressione ed il comportamento suicidario, andandone ad approfondire le criticità ed i comportamenti che l'infermiere dovrà mettere in atto per poterle gestire al meglio. Tutto ciò è stato fatto eseguendo una revisione di letteratura.

### 4.2 Fonti di Ricerca

La ricerca delle fonti bibliografiche è stata eseguita con la consultazione delle seguenti banche dati:

- Pubmed
- Embase (The Excerpta Medica Database)
- Cinhal Database (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)
- siti web di interesse infermieristico (principalmente OMS).

Per quanto riguarda la consultazione delle Banche Dati Biomediche sono stati utilizzati i seguenti termini come parole chiave: patient, suicide, depression, nurse, combinandole fra di loro con l'operatore booleano "AND" ottenendo: "patient" AND "suicide" AND "depression" AND "nurse".

I criteri di inclusione:

- Popolazione umana (adolescenti – adulti - anziani)
- Disegno dello studio (RCT, revisioni sistematiche, studi descrittivi e qualitativi),
- Lingua (articoli in inglese, italiano).

I criteri di esclusione:

- Lingua (arabo, cinese, russo)

Per formulare l'ipotesi di ricerca è stato utilizzato il metodo PICO:

P (Problema): Gestione del paziente depresso a rischio suicidio

I (Interventi): Interventi di varia tipologia (Psicoterapia, Terapia Farmacologica, interventi strutturali, di restrizione, di comunicazione)

O (Outcome): Come agire sulla depressione e prevenire gli agiti suicidari







## Capitolo 5 Risultati

### *5.1 Risultati riguardanti la gestione della depressione*

I principali risultati della revisione della letteratura, riguardanti la depressione, mettono in luce che per essere in grado di fare diagnosi di Disturbo Depressivo i sintomi chiave, ovvero quelli che devono essere sempre presenti, sono la presenza di umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, e la marcata diminuzione di interesse e/o piacere per qualsiasi attività (DSM-5, 2013). L'approccio al paziente depresso non è affatto facile, poiché esso tende a chiudersi progressivamente in sé stesso e a sviluppare reazioni di fastidio, irritazione o rabbia, reazioni controproducenti per il trattamento del disturbo e la cura della persona; l'infermiere deve conoscere questi rischi ed essere in grado di impostare il processo di nursing basandosi principalmente sulla natura educativa e relazionale del proprio profilo professionale (Drigo M.L., 1993). All'infermiere di salute mentale è richiesto un ruolo emotivamente molto attivo e la messa in campo di comportamenti il più "terapeutici" possibile per quel tipo di paziente in quella determinata circostanza, per questo, oltre a garantire la corretta somministrazione della terapia prescritta dal medico, si attiverà a garantire un'adeguata soddisfazione dei bisogni di base, favorendo l'auto accettazione del paziente per ottenere un importante innalzamento dell'autostima. Se tutto questo avverrà in modo adeguato il paziente, oltre a favorire l'accettazione di sé, riuscirà a riacquistare un adeguato livello di indipendenza (Barelli P., 1996).

La strada per raggiungere questi obiettivi è fatta di comprensione, disponibilità all'ascolto e supporto.

Ad un paziente con tale disturbo bisogna spiegare che la depressione è un disagio comune, attivando ed innescando strategie di de-responsabilizzazione; discutere in maniera franca delle idee suicidarie, invece di ignorarle, è la via per aiutare la persona a gestire stati d'animo, pensieri e comportamenti disturbanti in modo costruttivo (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2022).

Così facendo, l'assistito può arrivare a conoscere meglio le sue vulnerabilità, ad essere meno severo con sé stesso e, cosa fondamentale, riconoscere i segni premonitori della depressione.

## *5.2 Risultati riguardanti la gestione di suicidio e agiti suicidari*

Riguardanti il suicidio e gli agiti suicidari i principali risultati della revisione della letteratura mettono in luce che i programmi di prevenzione del suicidio si possono distinguere in due diverse modalità: Interventi strutturali/restrizione dei mezzi ed Interventi diretti alla persona.

### *5.2.1 Interventi Strutturali*

Rispetto a questa strategia di contenimento e prevenzione, i principali interventi strutturali conosciuti sono: posizionamento di barriere alle finestre, eliminazione di travi, tubi dal soffitto e limitazione dell'utilizzo delle armi o in generale dell'accesso ai mezzi letali. Nel 2005 il Ministero del Welfare Roberto Maroni ha avviato un protocollo sperimentale per il monitoraggio degli eventi sentinella, con lo scopo di giungere alla definizione di una modalità univoca e condivisa di sorveglianza di tali eventi sul territorio nazionale. Tra settembre 2005 e febbraio 2007 sono stati riportati 123 eventi sentinella, di cui il suicidio è risultato essere il terzo evento più frequente. Nasce da qui l'importanza di compiere alcune modifiche strutturali per la prevenzione del fenomeno: chiudere a chiavi le porte, tenere al sicuro i farmaci e gli strumenti taglienti, installare telecamere a circuito chiuso (Protocollo Sperimentale di Monitoraggio degli Eventi Sentinella 1° Rapporto Settembre 2005-Febbraio 2007).

Inoltre, in linea con il protocollo del Ministero del Welfare, il Ministero della Salute Italiano, Livia Turco, nel documento delle "Raccomandazione n. 4 di marzo 2008" sottolinea che l'ospedale, come luogo di cura, deve disporre di dispositivi di sicurezza quali serrature di sicurezza, video a circuito chiuso, allarme, ringhiere, strutture ed attrezzature che non suggeriscano usi impropri alla persona a rischio di accedere a mezzi per togliersi la vita (oggetti taglienti, farmaci).

Ayuso-Mateos e Mann hanno condotto una revisione delle migliori evidenze con lo scopo di creare un documento contenente le raccomandazioni più adatte sulla gestione e prevenzione dei comportamenti suicidari. Gli autori hanno diviso il

documento in vari punti: aspetti epidemiologici e impatto sociale del suicidio, fattori di rischio e fattori protettivi, strumenti di valutazione, protocolli di prevenzione, interventi di educazione/prevenzione per i professionisti, interventi per le persone a rischio, linee guida per la gestione del comportamento suicidario. Gli studiosi sottolineano che gli interventi di prevenzione possono seguire 3 direzioni:

- intervenendo direttamente sull'ambiente (restrizione dell'accesso alle armi letali, tenere al sicuro farmaci e oggetti taglienti...)
- intervenendo nei contesti socio-culturali (come, ad esempio, educazione nelle scuole riguardo la risoluzione dei conflitti interpersonali)
- interventi di carattere bio-psicosociale (riconoscimento precoce il miglioramento del trattamento della depressione nelle cure primarie).

I risultati hanno dimostrato che la restrizione all'accesso di armi da fuoco riduce il rischio di suicidio del 1,5-9,5%, gas domestico riduce il rischio del 19-33%, barbiturici del 23%. L'educazione diretta attraverso i medici riduce il rischio del 22-73%, attraverso i militari 40%, mentre l'incremento della prescrizione di antidepressivi riduce il tasso del 3,2% (Ayuso-Mateos J.L., 2012) (Mann J.J., (2005)

Schwartz-Lifshitz e Sakinofsky hanno invece identificato i fattori di rischio e le strategie possibili di prevenzione. Ciò che gli autori evidenziano è la necessità di un adeguato screening, la valutazione delle malattie psichiatriche, il riconoscimento dei fattori di rischio per il suicidio, l'identificazione delle persone a rischio e un piano assistenziale idoneo per il problema. In particolare, Schwartz-Lifshitz ha sottolineato come, poiché esistono più fattori di rischio, sia importante avere un approccio preventivo su più livelli (es. restringere l'accesso a mezzi letali, coinvolgere i media, fare campagne d'educazione generali, eseguire degli esami di screening, psicoterapia, farmacoterapia, follow up, ecc.) (Schwartz-Lifshitz M., 2012) (Sakinofsky I., 2014).

### *5.2.2 Interventi Diretti alla Persona*

Con questa strategia di prevenzione l'attenzione viene posta sulla persona e non sulla struttura. L'intervento di prevenzione consiste nel seguire la persona dopo la

dimissione ospedaliera, o nel periodo dell'acuzie, attraverso il mantenimento del contatto via telefono, cartoline o email.

Carter, Clover, Whyte, Dawson & D'Este hanno svolto uno studio riguardante l'utilizzo delle cartoline, considerando i risultati nel tempo immediato e a distanza di 2 e 5 anni (Carter G.L., 2005, 2007, 2013).

Un'altra tipologia di intervento che è stata indagata è il follow-up tramite contatto telefonico. Nel primo decennio del XXI secolo sono stati condotti quattro studi che hanno esaminato come il contatto telefonico con gli assistiti possa avere un ruolo di prevenzione degli suicidi.

De Leo, Dello Buono & Dwyer nel 2002 hanno condotto uno studio singolo durato 11 anni indagando gli effetti del servizio telefonico TeleHelp-TeleCheck sulla popolazione anziana del Veneto. Si sono verificati meno suicidi tra gli utenti anziani del servizio rispetto a quelli previsti nonostante una sovra rappresentazione delle persone maggiormente a rischio. Il servizio telefonico ha mostrato risultati efficaci soprattutto per le donne (De Leo D., Dello Buono M., Dwyer J., 2002)

Evans J., Evans M., Morgan, Hayward, Gunnell nel 2005 e Vaiva nel 2006 hanno confrontato l'utilizzo del contatto telefonico versus il trattamento usuale. Nel primo studio è emerso come nel gruppo d'intervento il 21,6% ha avuto un secondo episodio di autolesionismo, nel gruppo di controllo invece il 18,8% (Evans J., Evans M., 2005). Nel secondo studio, invece, dai dati è emerso che il numero dei partecipanti contattati ad un mese, che ha ritentato il suicidio, è statisticamente più basso rispetto al gruppo di controllo. Per quanto riguarda i partecipanti contattati dopo 3 mesi, non si sono verificate differenze significative rispetto secondo gruppo (Vaiva G., 2006).







## Capitolo 6 Conclusioni

La depressione ed il suicidio sono un problema complesso che l'Organizzazione Mondiale della Sanità si è promessa di combattere.

Intraprendere una relazione d'aiuto con una persona che sta attraversando una esperienza depressiva implica la capacità di far maturare alla stessa un processo di evoluzione da un modo di essere al mondo verso un modo nuovo, superando la sofferenza causata dalla perdita della immagine di sé, del proprio progetto di vita come lo conosceva fino a prima. Per poter fare questo è necessario che l'infermiere comprenda il significato di questa sofferenza, orientando il suo intervento al recupero delle capacità di adattamento alla realtà ed all'incremento dell'autostima, avvalendosi delle teorie dell'assistenza e delle teorie psicoeducative e cognitivo-comportamentali (Barelli P., 1996).

Le ricerche hanno dimostrato che la probabilità di suicidio risulta più alta durante il periodo di ospedalizzazione e subito la dopo la dimissione (Shneidman E. S., 1993).

Il Ministero della Salute ha potuto constatare che il suicidio in ospedale risulta il terzo evento sentinella più frequente, i risultati sopracitati indicano la necessità di migliorare alcuni aspetti organizzativi che sono alla base del processo di assistenza: pubblicare ed implementare delle specifiche raccomandazioni per prevenire gli errori e aumentare la sicurezza degli assistiti, promuovere l'educazione e il training dei professionisti sanitari collegati al rischio clinico, migliorare la comunicazione dei processi tra professionisti e tra professionista-assistito (Protocollo Sperimentale di Monitoraggio degli Eventi Sentinella 1° Rapporto Settembre 2005-Febbraio 2007).

In base alla revisione della letteratura, le evidenze vanno nella direzione di prevenzione del suicidio attraverso diversi metodi: educazione e preparazioni adeguate ai professionisti sanitari, farmacoterapia, restrizione dei mezzi, screening per il riconoscimento precoce di malattie psichiatriche, psicoterapia, accorgimenti strutturali.

Alcuni studi hanno dimostrato come il suicidio possa essere spesso un atto impulsivo e come le crisi acute possano avere spesso una natura breve, per questa ragione interventi come l'installazione di una barriera metallica sulle finestre

potrebbero ridurre in parte i tassi di suicidi. Se si considera che le crisi suicidarie sono spesso collegate a severe condizioni mediche, la prevenzione a breve termine degli impulsi suicidari potrebbe condurre alla prevenzione del suicidio stesso (Shneidman, E. S. 1993).

Il mantenimento dei contatti con i professionisti della salute risultano migliorare la condizione dei sintomi depressivi, aumentare la speranza, diminuire le preoccupazioni e l'ideazione suicidaria. Le direzioni future potrebbero essere rivolte verso la creazione e implementazioni di programmi di follow-up specifici per le persone maggiormente a rischio suicidario (Carter G.L., 2005, 2007, 2013).





## **Bibliografia**

Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, U Hepp, M Bopp, F Gutzwiller e W Rössler, Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database (2008)

Anguiano L, Mayer, DK; Piven, ML; Rosenstein, D, A literature review of suicide in cancer patients (2012)

Antonella Gigantesco (2012): Il Suicidio considerazioni in un'ottica di prevenzione.

Ayuso-Mateos, J. L., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V., et al. (2012). Recommendations for the prevention and management of suicidal behaviour. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*

Barelli P., Sansoni J., La teoria di Rosemary Rizzo Parse "Umo in divenire", un approccio fenomenologico al nursing. *Professioni Infermieristiche* (1996)

Beck C.T. (1993). Teetering on the edge: A substantive theory of postpartum depression. *Nursing Research*

Carter, G. L., Clover, K., Whyte, I. M., Dawson, A. H. & D'Este, C. (2005). Postcards from the Edge project: randomised controlled trial of an intervention using postcards to reduce repetition of hospital treated deliberate self-poisoning

Carter, G. L., Clover, K., Whyte, I. M., Dawson, A. H., & D'Este, C. (2007). Postcards from the Edge: 24-month outcomes of a randomised controlled trial for hospital-treated self-poisoning. *The British Journal of Psychiatry*

Carter, G. L., Clover, K., Whyte, I. M., Dawson, A. H., & D'Este, C. (2013). Postcards from the Edge: 5-year outcomes of a randomised controlled trial for hospital-treated selfpoisoning. *The British Journal of Psychiatry*

Chernomas W. (1997). Experiencing depression: Women's perspectives in recovery. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*

Christine Moutier, *Comportamento suicida* (2023)

Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D, et al: Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: A systematic review and meta-analysis.

Cvinar, J. G. (2005). Do suicide survivors suffer social stigma: a review of the literature. *Perspectives in psychiatric care*

De Leo, D., Dello Buono, M., Dwyer, J. (2002). Suicide among the elderly: the long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. *The British Journal of Psychiatry*

Drigo M.L., Borzaga L., Mercurio A., Satta E, *Clinica e Nursing in psichiatria, spazio d'incontro tra operatori e pazienti* 1993

DSM-5. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Raffaello Cortina Editore, Milano 2014

Dyer J.G., Sparks S.M., Taylor C.M, *Psychiatric Nursing Diagnosis: a comprehensive manual of Mental Health Care* (1994)

E.S. Paykel, Cognitive therapy in relapse prevention in depression., in *The international journal of neuropsychopharmacology / official scientific journal of the Collegium Internationale Neuropsychopharmacologicum (CINP)* (2007)

Evans, J., Evans, M., Morgan, H. G., Hayward, A. & Gunnell, D. (2005). Crisis card following self-harm: 12-month follow-up of a randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*

Evans-Lacko S, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, et al. (2017) Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys

Galimeberti U. (1979) *Psichiatria e fenomenologia*

ISTAT, 2017. *Giornata mondiale per la prevenzione del suicidio: le statistiche dell'ISTAT*

ISTAT, 2018. *La salute mentale nelle varie fasi della vita*

ISTAT, 2017. *Malattie fisiche e mentali associate al suicidio: un'analisi sulle cause multiple di morte*

ISTAT, 2012. *Rapporto su suicidi e tentativi suicidi nell'anno 2010*

Jack D. (1991) Silencing the self: Women and depression

JB Luoma, Martin, CE; Pearson JL (2002) Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence., in The American Journal of Psychiatry

Jervis G., Manuale critico di psichiatria (1975)

Karin H.A., Hossjer O., Bellocco R., Ye W., Trolle L.Y. & Akerstedt T. (2021). Insomnia in the context of short sleep increases suicide risk.

Kapusta, N. D., Etzersdorfer, E., Krall, C., & Sonneck, G. (2007). Firearm legislation reform in the European Union: impact on firearm availability, firearm suicide and homicide rates in Austria. The British Journal of Psychiatry

Karin H.A., Hossjer O., Bellocco R., Ye W., Trolle L.Y. & Akerstedt T. (2021). Insomnia in the context of short sleep increases suicide risk.

Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A. et al. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review

Manthorpe J, Iliffe, S, Suicide in later life: public health and practitioner perspectives (2010)

MINISTERO DELLA SALUTE 2008. Raccomandazione n. 4 “Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale”.

National Institute for Health and Clinical Excellence, 2022. Depressione negli adulti: trattamento e gestione

NIMH: Suicide Prevention, National Institute of Mental Health

OMS, 2022. “Depression”

OMS, (ICD-10, International Classification of Diseases, 10th edition)

OMS, 2014. Rapporto sulla prevenzione del suicidio

Papadopoulos, F. C., Skalkidou, A., Sergeantanis, T. N., Killekidis, S., Ekselius, L. & Petridou, E. T. (2009). Preventing suicide and homicide in the United States: The potential benefit in human lives. Psychiatry research

Paul S.F. Yip, Suicide in Asia : causes and prevention, Hong Kong, Hong Kong University Press, (2008)

Peden A.R. (1993) Recovering in depressed women: Research with peplau's theory

Pompili M, Masocco M, Vichi M, Lester D, Innamorati M, Tatarelli R, et al. Suicide among Italian adolescents: 1970-2002. Eur Child Adolesc Psychiatry (2009)

Pompili M, Vichi M, De Leo D, Pfeffer C, Girardi P. A longitudinal epidemiological comparison of suicide and other causes of death in Italian children and adolescents. Eur Child Adolesc Psychiatry (2012)

Protocollo Sperimentale di Monitoraggio degli Eventi Sentinella 1° Rapporto Settembre 2005-Febbraio 2007

Reisch, T., Steffen, T., Habenstein, A., & Tschacher, W. (2013). Change in suicide rates in Switzerland before and after firearm restriction resulting from the 2003 "Army XXI" reform. American journal of psychiatry

Sally C. Curtin: tassi di suicidio adeguati all'età,\* per sesso e tre metodi più comuni: Stati Uniti, 2000–2018 (2020)

Sakinofsky, I. (2014). Preventing suicide among inpatients. The Canadian Journal of Psychiatry

Shneidman, E. S. (1993). Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior

Schwartz-Lifshitz, M., Zalsman, G., Giner, L., Oquendo, M. A. (2012). Can we really prevent suicide? Current psychiatry reports

Simpson GK, Tate RL, Preventing suicide after traumatic brain injury: implications for general practice (2007)

Tintinalli, Judith E., Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide (2010)

Vaiva, G., Ducrocq, F., Meyer, P., Mathieu, D., Philippe, A., Libersa, C., et al. (2006). Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study



Värnik P, Suicide in the world., in International journal of environmental research and public health (2012)

Vocabolario Treccani

William Coryell, Disturbi Depressivi (2021) , MD, University of Iowa Carver College of Medicine