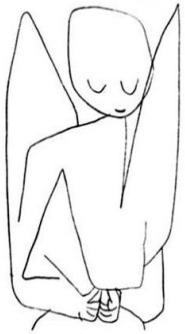
"IL SUICIDIO NELL'ANZIANO: CARICO DI DOLORE ANGOSCIA E FRAGILITA'"
Sala Madrid – 29 Novembre 2013

SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

"Il suicidio nei luoghi di cura e di assistenza"

Franco Romagnoni
f.romagnoni@ausl.fe.it



DEFINIZIONI

Nel **1737** l'abate **Desfontaines** in un articolo per la Grande Enciclopédie usò il termine *suicide*: **"uccisore di sè"**.

Nel **1897 Durkheim** in *Le Suicide* scriveva: «Il termine suicidio deve essere applicato a tutti i casi di morte risultanti direttamente o indirettamente da un atto **positivo** o **negativo** della vittima, **consapevole** delle conseguenze del proprio agito».

WHO 2012

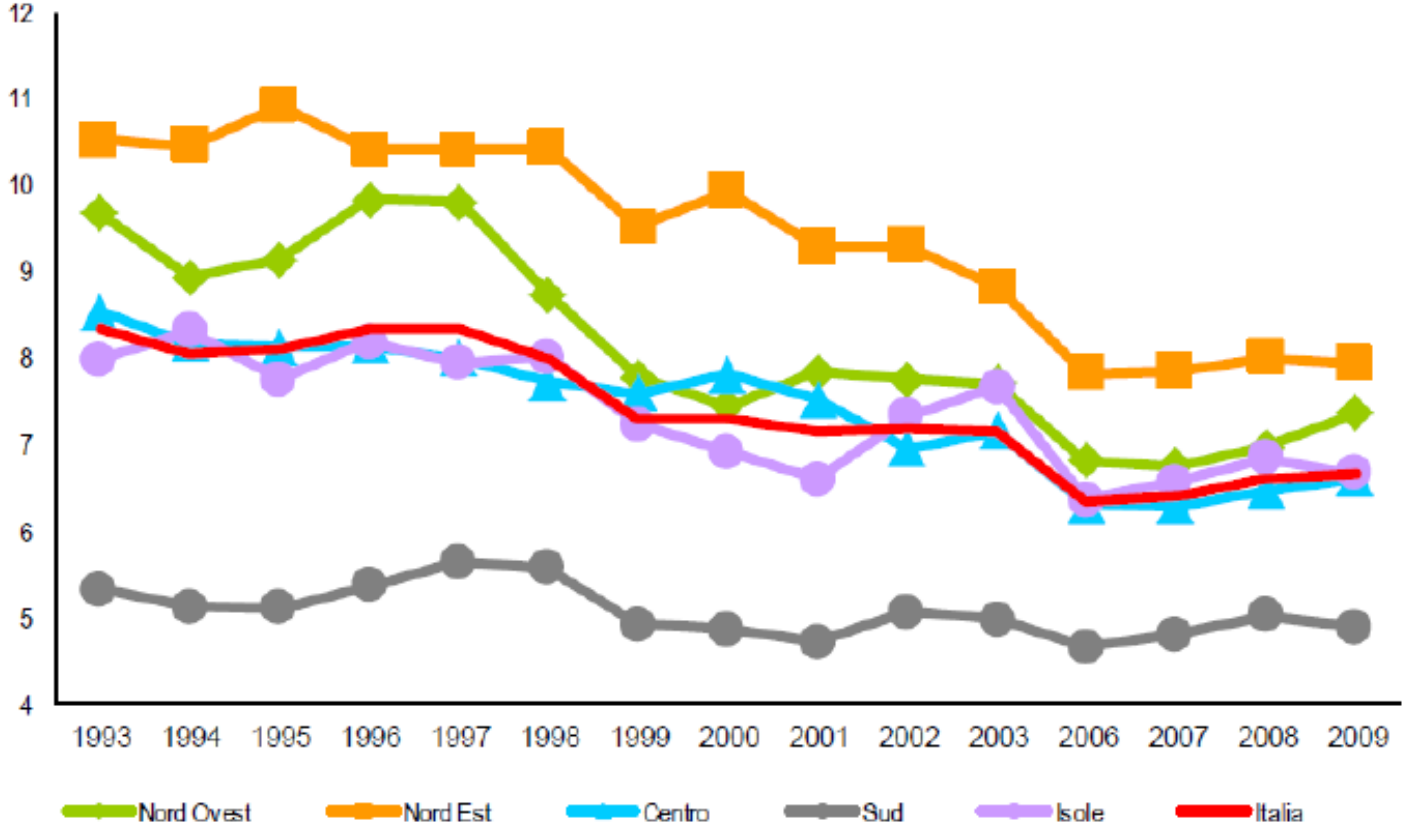
Il **comportamento** suicidario può essere descritto come un **processo complesso** che varia da:

- **ideazione** suicidaria

  (a volte comunicata con mezzi verbali o non verbali)

- **pianificazione** suicidaria
- **tentativo** di suicidio
- suicidio

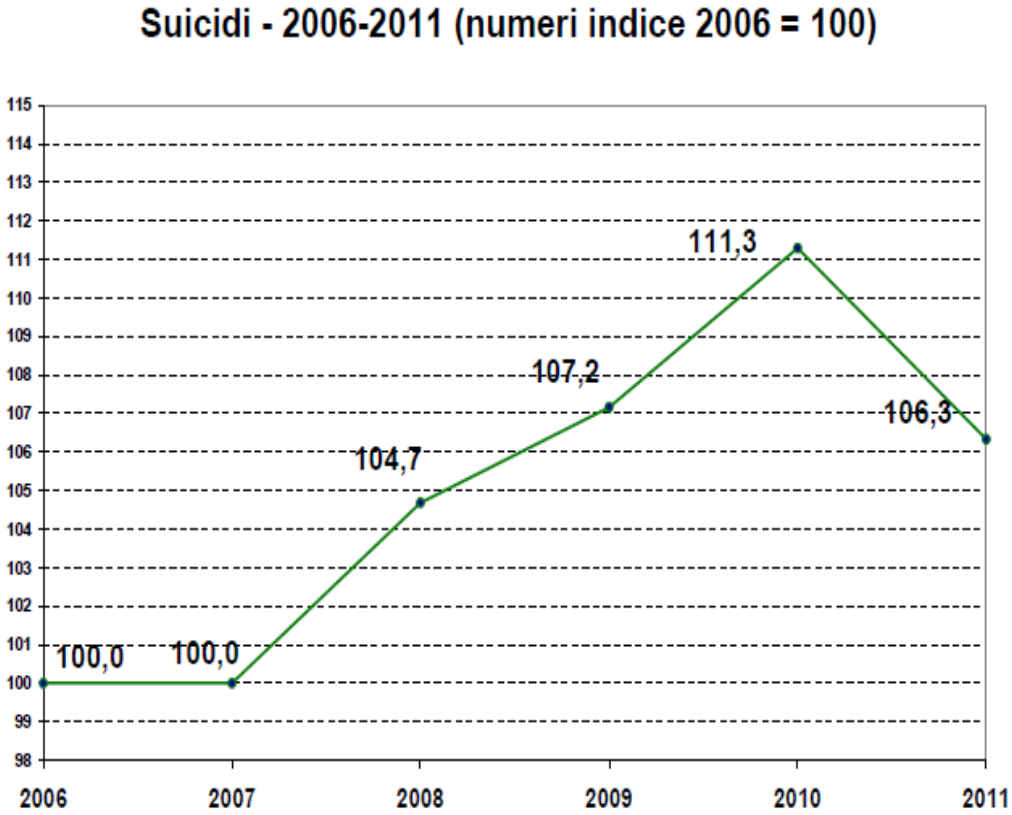
Evoluzione della Mortalità per suicidio in Italia (1993-2009)



L'Emilia-Romagna scopre la piaga dei suicidi: secondo posto nazionale dopo il Piemonte

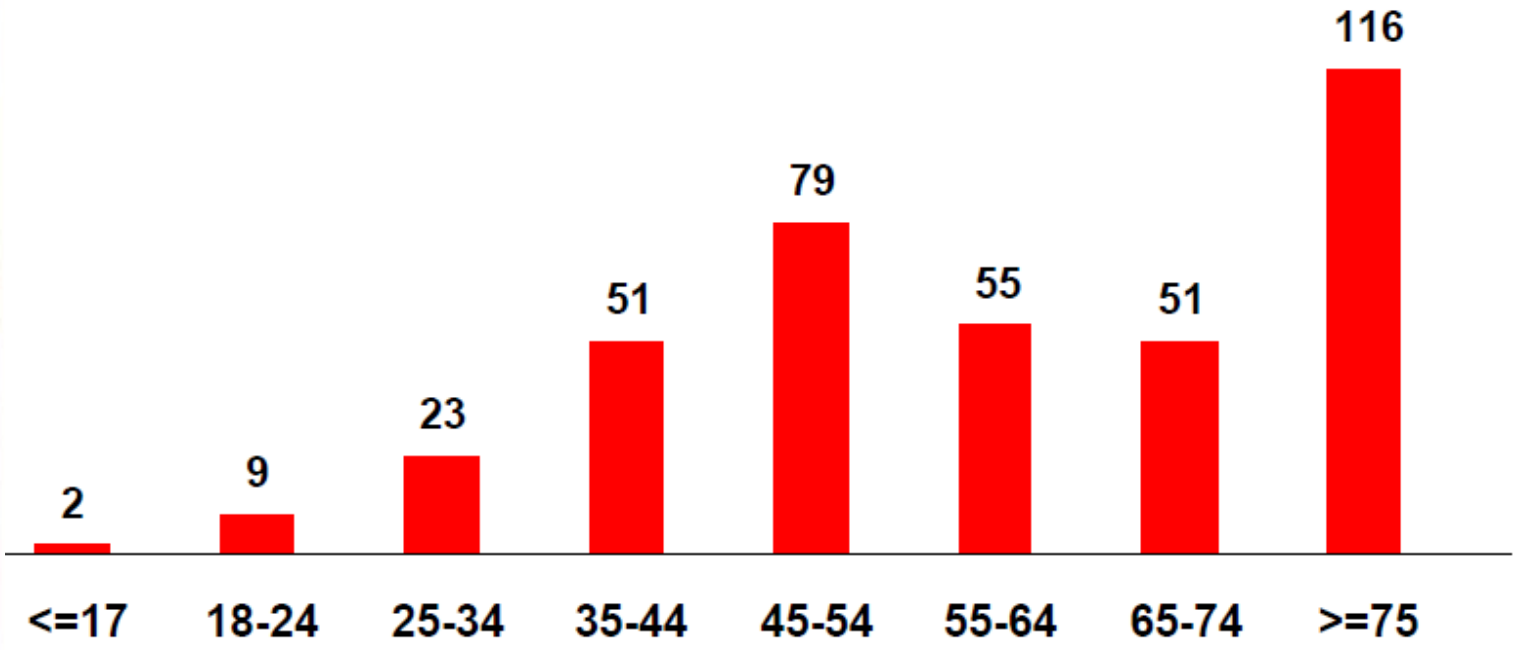
Anno	N. suicidi
2006	363
2007	363
2008	380
2009	389
2010	404
2011	386
Totale	2.285

Fonte registro mortalità Regione Emilia Romagna



Distribuzione del tasso suicidario nel 2011 per CLASSI di ETA'

Registro Mortalità Regione Emilia Romagna

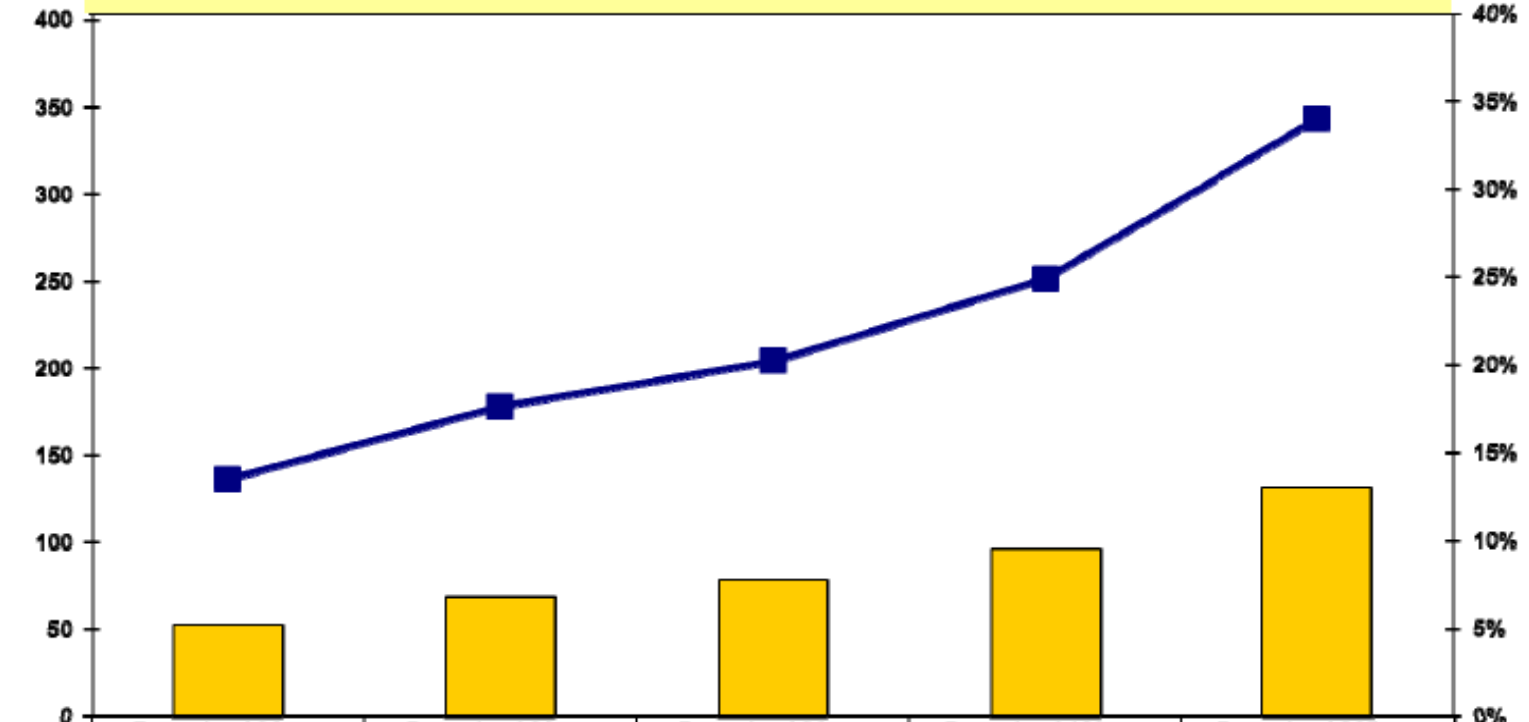


58 Congresso Nazionale
SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

Suicidio e Ospedale

Emilia Romagna 2011

131 persone su 386 (34%)
sono state ricoverate nell'anno del suicidio



	Precedenti 30 gg.	Precedenti 60 gg.	Precedenti 90 gg.	Precedenti 180 gg.	Precedenti 365 gg.
N.	52	68	78	96	131
%	13,5%	17,6%	20,2%	24,9%	33,9%

DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE

Procedura Generale

Prevenzione suicidio in ospedale

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

Obiettivi ed Indicazioni

- Identificare i pazienti a rischio di comportamento suicidario.
- Adottare strategie orientate alla prevenzione dei suicidi e tentati suicidi.
- Indicare le modalità di definizione del livello di rischio.
- Proporre processi assistenziali/organizzativi da adottare per i diversi profili di rischio.
-Indicare modalità di gestione dell'evento o *quasi evento* di tentato suicidio/suicidio in ospedale.

Documenti di riferimento

- Indicazioni RER "Raccomandazioni per la prevenzione delle condotte suicidarie in ospedale" Maggio 2013
- Protocollo di Monitoraggio degli Eventi Sentinella, Ministero della Salute, Terzo rapporto. Luglio 2011
-Raccomandazione n 4. Prevenzione del suicidio in ospedale. Ministero della Salute, marzo 2008

DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE

Procedura Generale

Prevenzione suicidio in ospedale

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

ATTIVITA' PER RISCHIO MEDIO-ALTO

Attivazione di procedure/misure preventive:

- Sistemazione del paziente in una **stanza** in cui il controllo da parte del personale è maggiore.
- Allontanamento dalla stanza di degenza tutti gli **oggetti** potenzialmente lesivi e/o pericolosi.
- Controllo della sicurezza **ambientale** della camera di degenza (Soffioni doccia fissi e con disegno che ne impedisce l'appiglio, specchi di sicurezza nei bagni, serratura del bagno tipo sicurezza).
- Coinvolgere i **familiari** sulla necessità di non fornire al paziente oggetti taglienti o pungenti potenzialmente lesivi di proprietà dello stesso (cinture, lacci, coltellini, oggetti in vetro,oggetti personali da toletta ecc).

58 Congresso Nazionale

Annals of Long-Term Care™ Clinical Care and Aging ®

Gli anziani residenti in NH potrebbero avere un rischio suicidario maggiore rispetto alla popolazione che vive a domicilio perché presentano molte caratteristiche potenzialmente pericolose:

- più dell'88 % dei residenti in LTC hanno più di 65 anni;
- la maggior parte sono vedovi o single;
- presentano un'alta prevalenza di malattie croniche e disabilità;
- sono più frequentemente affetti da patologia psichiatrica
- presentano un'alta prevalenza di patologia depressiva.

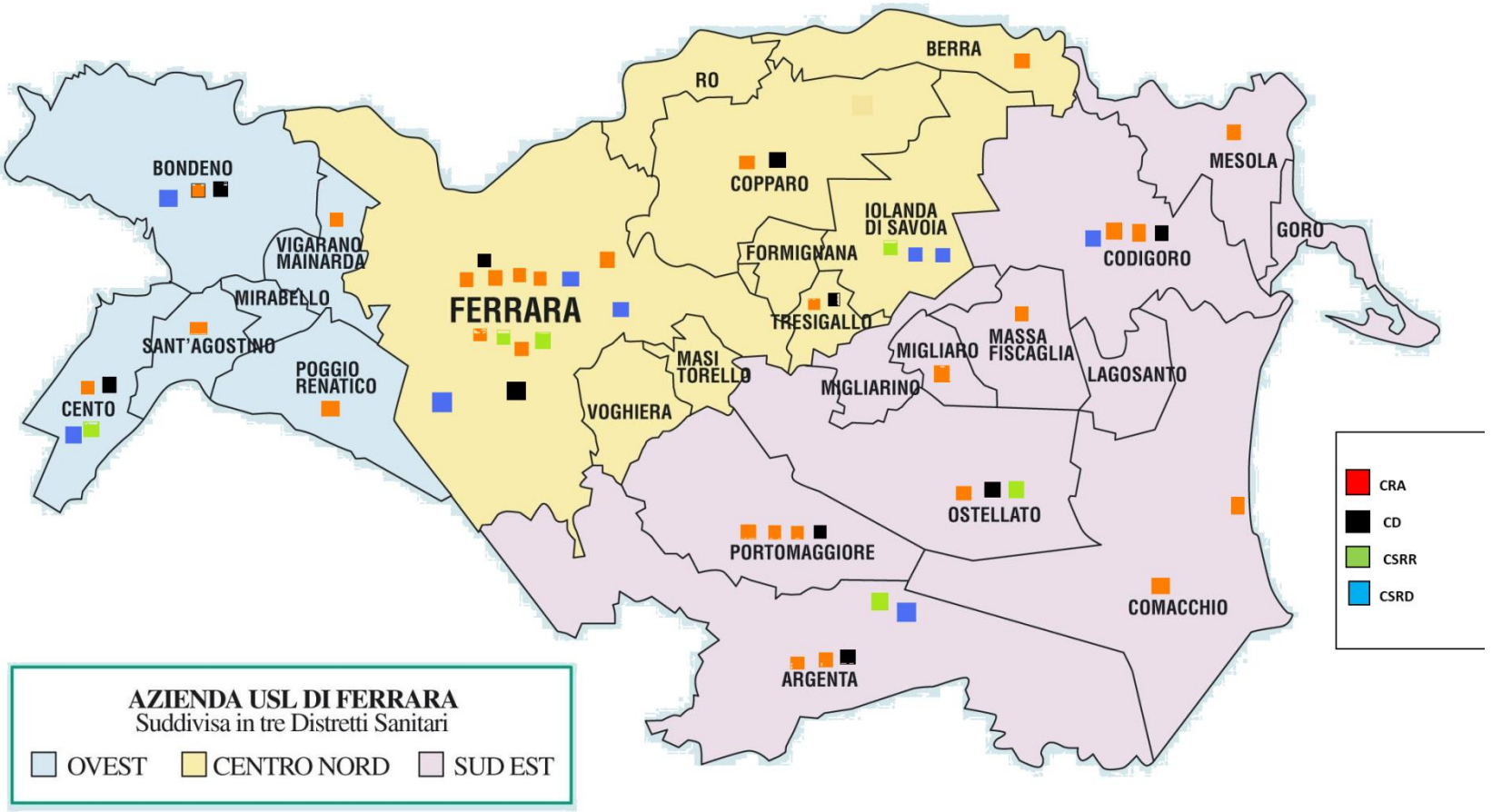
Tuttavia potrebbero avere un rischio ridotto perché:

- la patologia psichiatrica è identificata e controllata (protocolli)
- lo staff di assistenza è presente sulle 24 ore (controllo)

O'Riley A, Nadorf MR, Conwell Y, Edelstein B.
Challenges associated with managing suicide risk in long-term care facilities.
Annals of Long-Term Care: Clinical Care and Aging. 2013

Suicidi e tentati suicidi nelle strutture per anziani

Provincia di Ferrara (2011-2013)



Suicidi e tentati suicidi nelle strutture per anziani provincia di Ferrara (2011-2013)

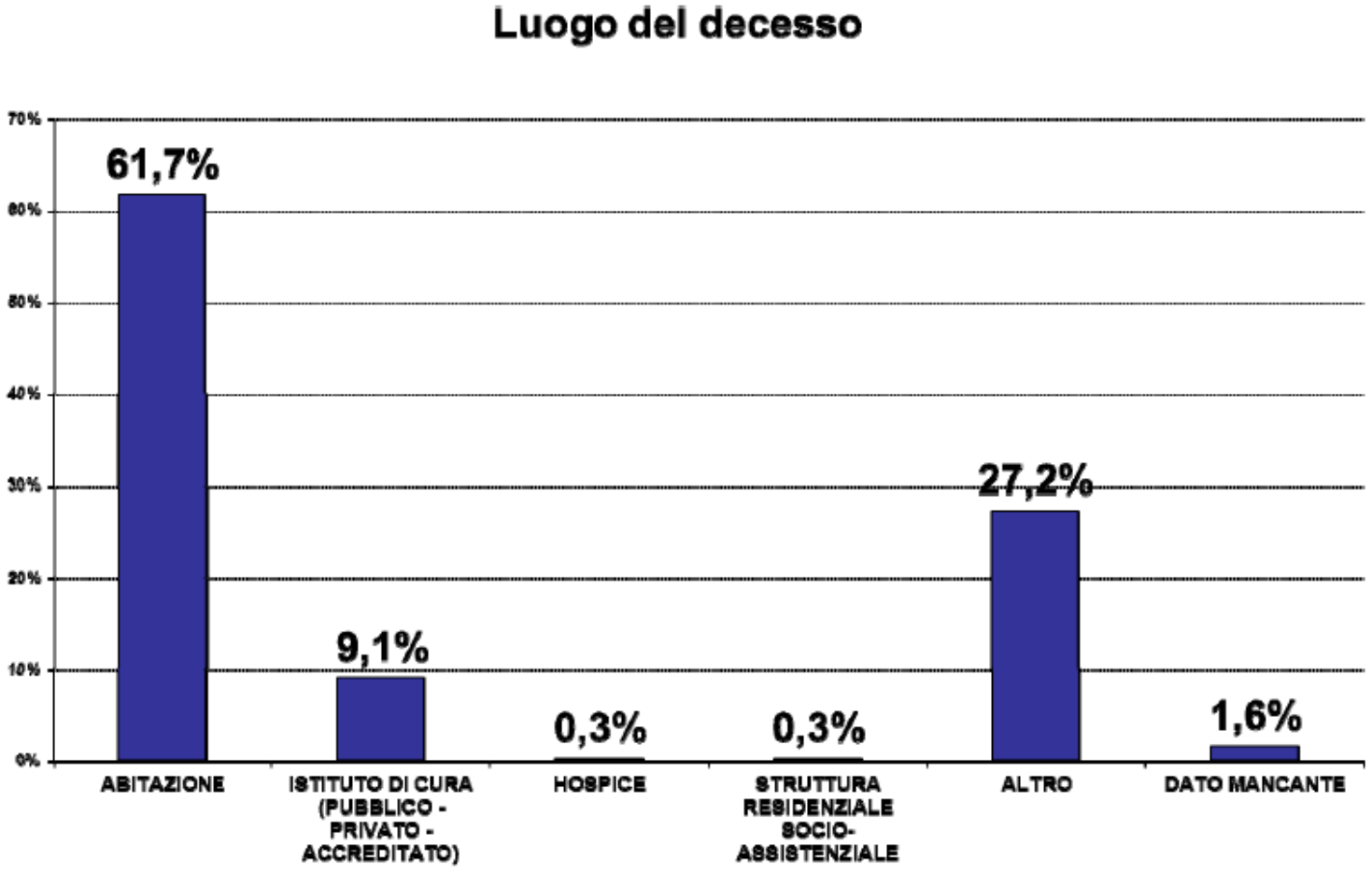
	2011	2012	2013 (gen-nov)
MASCHI N. SUICIDI	**0**	**0**	**0**
MASCHI TENTATIVI di SUICIDIO	**1** (85 aa)	**0**	**0**
FEMMINE SUICIDI	**0**	**0**	**0**
FEMMINE TENTATIVI di SUICIDIO	**0**	**1** (88 aa)	**0**

CASE-MIX - C.R.A.
Provincia di Ferrara 2013

DISTRETTO	A BPSD	B Complessità Clinica	C Disabilità severa	D Disabilità lieve-media
CENTRO NORD 707	104	159	384	60
SUD-EST 417	78	109	175	55
OVEST 245	37	80	113	15
TOTALE 1369	219 16.0 %	348 25.4 %	672 49.1 %	130 9.5 %

58 Congresso Nazionale

Suicidi in Emilia Romagna 2011



Best Practice Elements of Multilevel Suicide Prevention Strategies

A Review of Systematic Reviews

Crisis 2011

© 2011 Hogrefe Publishing. Distributed under the Hogrefe OpenMind License http://dx.doi.org/10.1027/a000001

Programmi di interventi multilivello:
- popolazioni
- persone a rischio
- pazienti con rischio accertato

I comportamenti suicidari sono determinati dall'interazione di fattori biologici, genetici, psicologici, sociali, ambientali e situazionali (Wasserman, 2001)

LA FRAGILITA' degli UOMINI SOLI
IL RISCHIO ELEVATO tra VEDOVI e SEPARATI
Emilia Romagna – EURES 2012

Tabella - Suicidi in base allo stato civile
Anno 2009. Valori assoluti e indici per 100 mila abitanti

	Valori assoluti			Indici per 100 mila abitanti		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Celibi o nubili	814	180	994	9,3	2,5	6,2
Coniugati	981	247	1.228	6,8	1,7	4,3
Vedovi	268	137	405	**37,6**	**3,6**	8,9
Separati e divorziati	253	64	317	28,4	4,8	**14,2**

Fonte: Elaborazioni e stime Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Istat

Fattori di Rischio

Individuali – Socio Culturali - Situazionali

- **Patologia psichiatrica**
- **Isolamento o mancanza di supporto sociale**
- **Stress Emotivo acuto**
- **Perdita sociale o relazionale**
- **Malattie croniche maggiori (incluso il dolore)**
- Esistenza di **barriere per l'accesso ai servizi** sanitari

WHO 2012

CONCLUSIONI

- Gli **anziani** costituiscono uno dei gruppi di popolazione a **maggior rischio** di suicidio
- Il suicidio è un tema che si inscrive all'interno della più ampia problematica della **fragilità,** che costituisce oggi uno dei fronti "caldi"della geriatria
- E' possibile una corretta **valutazione del rischio individuale** sulla base di procedure razionali condivise
- E' possibile mettere in atto **comportamenti preventivi** nei diversi luoghi di cura
- E' necessario ed opportuno sviluppare le **organizzazioni** che consentono un intervento di prevenzione attivo, ma va conservata ed arricchita anche la **capacità di entrare nel cuore delle storie** individuali…..

"IL SUICIDIO NELL'ANZIANO: CARICO DI DOLORE ANGOSCIA E FRAGILITA'"
Sala Madrid – 29 Novembre 2013

SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

Grazie per l'attenzione !

"Il suicidio nei luoghi di cura e di assistenza"

Franco Romagnoni
f.romagnoni@ausl.fe.it