

# Giornata Mondiale per la Prevenzione del Suicidio XIV edizione

## La prevenzione del suicidio: relazionarsi, comunicare, assistere

### Roma, Settembre 13-14, 2016

#### Highlights

## Introduzione

### "Connectedness"

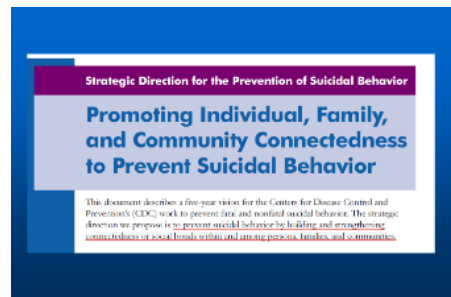
#### Dimensione "soggettiva"

Percezione di appartenenza e legame ad un collettivo (famiglia, scuola, gruppo di coetanei)

#### Dimensione "strumentale"

Disponibilità di risorse e supporto pratico e affettivo.

Il Prof. Maj, ha aperto il congresso approfondendo il concetto di connectedness e la sua correlazione con il comportamento suicidario. L'inserimento del giovane in una varietà di sistemi sociali aumenta la probabilità che il disagio psicologico anticamera al rischio suicidario, sia notato ed affrontato positivamente. Il relatore ha quindi approfondito la correlazione fra rischio suicidario ed inserimento in specifici gruppi sociali quali famiglia, scuola e coetanei in confronto al rischio legato all'utilizzo di internet. Il Prof. Maj ha presentato recenti dati su differenti casistiche di suicidio giovanile collegato all'uso di internet e alle relative strategie nazionali di prevenzione.



Paese	N. di gruppi with 70% di >50%	Partecipanti al connectedness survey per gruppo n=250	% di individui che hanno fatto il survey per gruppo n=250	% di individui che hanno fatto il survey per il gruppo (n=250)
USA e paesi del sud-est	121 (66%)	485 (26%)	22% (8)	84 (33%)
Integrazione, partecipazione, soddisfazione	37 (21%)	144 (80%)	61 (34%)	13 (5%)
Decisione di usare o non usare i social media	53 (29%)	194 (100%)	19 (8%)	27 (10%)
Decisione di usare o non usare i social media per far da informazione	24 (14%)	144 (80%)	1 (0%)	6 (2%)
Decisione di usare o non usare i social media per far da supporto	50 (28%)	418 (230%)	10 (4%)	31 (12%)
Percezione di appartenenza al gruppo	10 (6%)	118 (66%)	2 (1%)	10 (4%)
Tasso di utilizzo di social media, suggerimenti di social media	15 (8%)	215 (120%)	4 (2%)	15 (6%)
Tasso di utilizzo di social media, suggerimenti di social media per far da supporto	13 (7%)	159 (88%)	1 (0%)	7 (3%)
Tasso di prevenzione suicidaria e sostegno	96 (54%)	381 (210%)	10 (4%)	29 (11%)
Tasso di utilizzo di social media e supporto	41 (23%)	247 (138%)	2 (1%)	11 (4%)
Paese (Australia e non-Australia)	51 (28%)	251 (140%)	4 (2%)	8 (3%)
Paese (USA)	64 (36%)	241 (130%)	2 (1%)	17 (6%)
Paese (non USA)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Totale	83 (46%)	444 (240%)	1 (0%)	6 (2%)

- Quali sono le dimensioni soggettiva e strumentale della "Connectedness?"
- Qual è la correlazione fra connectedness e famiglia, scuola e gruppo di amici che in alcune casistiche è maggiormente legata al fenomeno del suicidio?
- Perché internet sembra essere un fattore che può predisporre al suicidio?
- Quali sono i paesi che hanno adottato o stanno per adottare strategie di prevenzione del suicidio?
- Qual è la situazione dell'Italia in tema di suicidio giovanile legato ad internet e alle relative strategie di prevenzione?

Per seguire le presentazioni di questo convegno clicca su questo link:

<http://www.fondazione-menarini.it/Archivio-Eventi/2016/Giornata-Mondiale-per-la-Prevenzione-del-Suicidio/Materiale-Multimediale>

... e, dopo aver effettuato il login, accedi al materiale multimediale.

# Mass media e suicidio

## Suicide and the media

Jane Pirks

Since the 1960s, the media has been widely criticised for its role in the promotion of suicide. The media is often accused of being a 'copycat' or 'imitation' suicide, where individuals are inspired to commit suicide by reading or watching reports of other people's suicides. However, the media can also play a positive role in raising awareness of mental health issues and providing support for those who are struggling. It is important to consider the context and content of media reports when evaluating their impact on suicide risk.



PSYCHIATRY 87 2009

## How people bereaved by suicide perceive newspaper reporting: qualitative study<sup>3</sup>

Alison Chepple, Sue Zebbani, Sam Smith and Keith Hawton

### Results

There is a difference of emphasis between guidance for the press that aims to prevent copycat suicides (especially avoidance of details such as method used) and the perspectives of bereaved people (who prioritise sympathetic and accurate reporting, sometimes including details of the death and images of the person who died). We found that bereaved relatives were sometimes keen to talk to the press. Those who were upset by the press focused on careless reporting, misquoting and speculation that gave an inaccurate impression of the death.

BJP 2013, 203:228-232.

Il Prof. Carpiello di Cagliari (I) ha approfondito il legame fra mass media e fenomeno del suicidio. Più in particolare ha parlato dell'effetto Werther in base al quale

la divulgazione di notizie su fenomeni di suicidio attraverso i mass media, di fatto predispongono a ulteriori nuovi atti suicidari. Il relatore ha quindi approfondito il significato dell'effetto

Papageno, basato su tecniche di comunicazione che riducono, minimizzano, quegli elementi presenti negli atti suicidari, che se divulgati possono indurre altri individui a mettere in atto comportamenti suicidari. Il relatore ha concluso il suo intervento sottolineando come sia le società scientifiche che il mondo istituzionale, hanno la responsabilità maggiore

nell'implementazione di programmi di formazione dei media e di collaborazione al fine di modificare la comunicazione sul suicidio.

## Do newspaper reports of suicides comply with standard suicide reporting guidelines? A study from Bangalore, India

Prakha S. Chandra,<sup>1</sup> Padmavathy Ekaswamy,<sup>2</sup> Anuroopa Padmanabhi,<sup>3</sup> and Manjanna Philla<sup>4</sup>

**Conclusions:** Majority of reports on suicides in newspapers from Bangalore did not comply with standard guidelines of reporting. There is a strong need to evolve local guidelines and mechanisms for ensuring responsible reporting which have important implications in prevention of suicide.

International Journal of  
2014; 2(5): 222-226

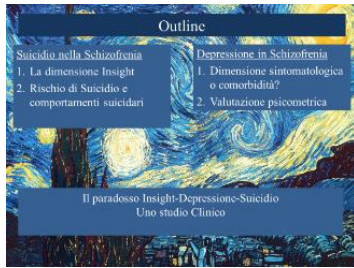
- Cosa si intende per effetto Werther?
- Cosa si intende per effetto Papageno?
- Come i media possono contribuire a ridurre i suicidi?
- Qual è la correlazione fra utilizzo di internet e clustering di eventi suicidari?
- Quali azioni devono essere implementate dalla comunità scientifica e dal mondo istituzionale al fine di modificare la comunicazione sul suicidio e sui problemi di salute mentale?

Per rispondere a queste e ad altre domande clicca su questo link:

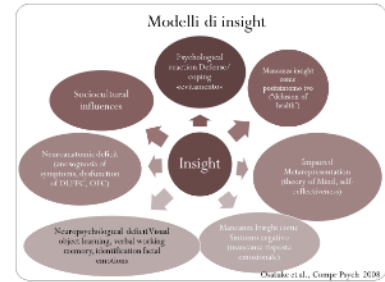
<http://www.fondazione-menarini.it/Archivio-Eventi/2016/Giornata-Mondiale-per-la-Prevenzione-del-Suicidio/Materiale-Multimediale>

... e, dopo aver effettuato il login, accedi al materiale multimediale.

# L'insight nella schizofrenia e il rischio di suicidio



Il Prof. Amore di Genova (I) ha presentato dei dati veramente interessanti sulla correlazione fra fenomeno dell'Insight e suicidio, dove l'elemento che fa da sfondo a questa correlazione è rappresentato dallo stato di schizofrenia. Il paziente schizofrenico spesso presenta costrutti di insight complessi e multidimensionali, questi a loro volta correlano con la presenza di stati depressivi. Il relatore ha quindi approfondito il rapporto fra schizofrenia, depressione e atti suicidari. Nella seconda parte della relazione il Prof. Amore ha presentato i dati dello studio clinico "Depressione Insight e Schizofrenia" dove emerge chiaramente la correlazione fra Insight, Depressione e ideazione suicidaria.



- Cosa si intende per “paradosso insight – depressione”?
- Quali sono i fattori di rischio specifici al primo fenomeno di suicidio?
- Quali sono i fattori di rischio che predispongono al suicidio il paziente schizofrenico?
- Quale correlazione esiste fra Insight e comportamenti suicidari?
- Quali sono i principali modelli di insight?

Per rispondere a queste e ad altre domande clicca su questo link:

<http://www.fondazione-menarini.it/Archivio-Eventi/2016/Giornata-Mondiale-per-la-Prevenzione-del-Suicidio/Materiale-Multimediale>

... e, dopo aver effettuato il login, accedi al materiale multimediale.

# Errori e pregiudizi nella gestione del paziente suicidario: aspetti clinici e forensi



Il Prof. Aguglia di Catania (I) ha approfondito la tematica della gestione del paziente suicidario alla luce della scienza psichiatrica. Il relatore partendo dalla premessa che il gesto suicidario è un gesto imprevedibile, ha approfondito le principali metodiche e procedure che lo psichiatra deve mettere in atto al fine di scongiurare tale evento, delineando anche gli aspetti forensi correlati. La valutazione del rischio, la gestione del paziente a rischio suicidari, le misure preventive ambientali, di vigilanza, di affidamento sono alcune delle principali tematiche affrontate dal Prof. Aguglia. Due ulteriori temi trattati dal relatore, sono stati la posizione di garanzia dello psichiatra e il pregiudizio. Il Prof. Aguglia ha concluso il suo intervento sottolineando che l'azzeramento del rischio suicidario allo stato attuale può essere un desiderio ma non una realtà.

**ATTENZIONE A:  
ACCANTONAGGIO E SUICIDARIZZAZIONE DEI SINTOMI**

**ACCANTONAGGIO DEI SINTOMI:** facoltà istintiva, influenzata, relativa a tutta la vita del soggetto, di variabili a rischio suicidario sulla cui base si costruisce, indipendentemente dall'essere psichiatra al momento dei fatti per cui il pericolo, l'affermazione che insorga e concretizza il soggetto presentando al momento dei fatti un grave rischio suicidario, sempre ed inestinguibile sotto il profilo clinico e forense.

**SUICIDARIZZAZIONE psicosociale di attribuzione, svolta sotto il profilo clinico e forense, di significatività determinata di fattori di rischio o di protezione del rischio suicidario e comportamenti, in termini di fattori di rischio, di protezione, di rischio, di protezione, in merito a fattori di protezione importante che facilitano o ostacolano il passaggio al atto suicidario, con fatto, parte della biologia, sensibilità, della mente culturale.**

> Elevato numero di falsi positivi potrebbe trovarsi tra i pazienti se si considerassero in modo acritico i fattori di rischio. Le linee guida dell'APA (American Psychiatry Association) elencano circa 80 fattori di rischio di suicidio: si comprende come è difficile non riscontrarne parecchi per ogni paziente psichiatrico.

- Quali sono le conseguenze legate all'applicazione del pregiudizio nella gestione del paziente psichiatrico?
- Cosa si intende per "posizione di garanzia dello psichiatra"?
- Quali sono le principali procedure da applicare nella valutazione del rischio suicidario?
- Quali sono le principali caratteristiche della corretta gestione del paziente a rischio suicidario?

Per rispondere a queste e ad altre domande clicca su questo link:

<http://www.fondazione-menarini.it/Archivio-Eventi/2016/Giornata-Mondiale-per-la-Prevenzione-del-Suicidio/Materiale-Multimediale>

... e, dopo aver effettuato il login, accedi al materiale multimediale.

# Spettro autistico e suicidio

## Autism Spectrum Disorder: Suicidality

Adverse life events, such as **bereavement** or exposure to **natural disaster**, may be particularly disruptive for subjects suffering from ASD



Prof. Dell'Osso ha quindi approfondito la correlazione fra segni subclinici di spettro autistico e rischio suicidario, sottolineando che la presenza di depressione legata a disturbi sottosoglia di aspetto

## ASD, suicide and Trauma and Stress Related Disorders

- Comorbidity with **depression** or **PTSD** is associated with increased risk for suicidal thoughts and behaviors in youth with ASD
- Potential link between **ruminative thoughts** associated with depression, PTSD and increased suicide risk.



Storch et al., 2013

bordeline.

La Prof. Dell'Osso di Pisa (I) ha approfondito il tema del suicidio legato allo spettro autistico. Più in particolare la relatrice ha presentato dati sui disturbi psicologici tipici dello spettro autistico e la loro correlazione col suicidio, dove dal 10 al 50% dei soggetti con disturbi di tipo autistico, presentano anche segni tipici dell'atteggiamento suicidario. La

Prof. Dell'Osso ha quindi approfondito la correlazione fra segni subclinici di spettro autistico e rischio suicidario, sottolineando che la presenza di depressione legata a disturbi sottosoglia di aspetto autistico di fatto predispongono a un rischio suicidario più elevato. Un ulteriore tema trattato dalla relatrice è stato il legame fra la presenza di un evento traumatico in soggetti affetti da spettro autistico e il rischio suicidario, dove troppo spesso questa correlazione tende a sfuggire. Nell'ultima parte della relazione la Prof. Dell'Osso ha parlato della correlazione fra spettro autistico e predisposizione al rischio suicidario in soggetti con fenotipo

## Inconsistency between high rates of trauma and the PTSD prevalence among ASD

• Low rates of PTSD in ASD samples

• ASD patients are at high risk of traumatic events, particularly because of their chronic interpersonal traumatization



- Quanto sono importanti i cosiddetti pensieri ruminativi in soggetti affetti da spettro autistico a rischio di comportamenti suicidari?
- Quali sono i fenomeni che legano il rischio suicidario allo spettro autistico?
- Qual è il modello presentato dalla relatrice che mette in collegamento l'evento traumatico con lo stato di spettro autistico e rischio suicidario?

Per rispondere a queste e ad altre domande clicca su questo link:

<http://www.fondazione-menarini.it/Archivio-Eventi/2016/Giornata-Mondiale-per-la-Prevenzione-del-Suicidio/Materiale-Multimediale>

... e, dopo aver effettuato il login, accedi al materiale multimediale.

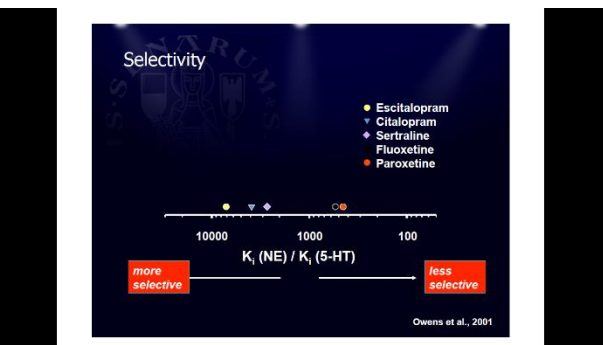
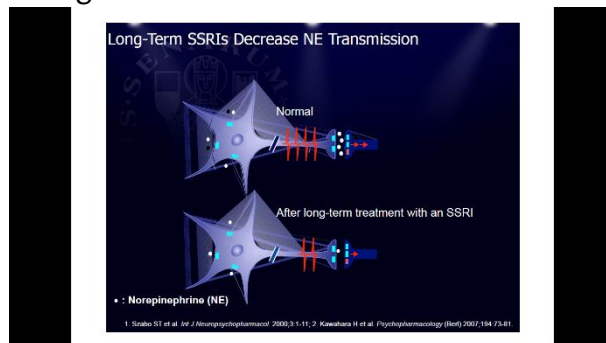


# Nuove strategie nei disturbi depressivi

Somatic Treatments	
ECT	Evidence for short-term reduction of suicide, but not long-term.
Benzodiazepines	May reduce risk by treating anxiety
Antidepressants	A mainstay treatment of suicidal patients with depressive illness / symptoms.
Lithium and Anti-convulsants	Lithium has a demonstrated anti-suicide effect, anticonvulsants do not
Antipsychotics	Evidence for Clozapine reducing suicidality in schizophrenia and schizo-affective disorders

Il Prof. Fagiolini di Siena (I) ha parlato delle nuove strategie nei disturbi depressivi, focalizzandosi sui nuovi farmaci attualmente in fase di studio. Il fenomeno del suicidio è caratterizzato da una dimensione di tipo epidemica, negli Stati Uniti 12 persone ogni 100.000 mettono in atto azioni

suicidarie, nelle persone sopra i 65 anni la prevalenza aumenta fino a 48 persone ogni 100.000. Per quanto riguarda il trattamento, il relatore ha presentato dati sia sui farmaci sintomatici quali benzodiazepine e antidepressivi che su nuove classi farmacologiche quali gli antipsicotici atipici, gli



inibitori della tripla ricaptazione della monoamina, gli agonisti dei recettori della dopamina, gli antagonisti del recettore delle corticotropine che rilasciano fattore-1, gli antagonisti del recettore dei glucocorticoidi, gli antagonisti del recettore della sostanza P, gli antagonisti del recettore dell'N-metil-D aspartato e gli antagonisti del recettore della melatonina. Fra questi spiccano gli antagonisti del recettore dell'N-metil-D aspartato in fase avanzata di sviluppo negli Stati Uniti.

- Quali sono gli effetti principali degli antipsicotici atipici?
- Quali sono i dati preliminari pubblicati sull'effetto degli antagonisti del recettore dell'N-metil-D aspartato?
- Quali sono i nuovi target del trattamento antidepressivo?
- Qual è il meccanismo di azione degli inibitori della tripla ricaptazione della monoamina?

Per rispondere a queste e ad altre domande clicca su questo link:

<http://www.fondazione-menarini.it/Archivio-Eventi/2016/Giornata-Mondiale-per-la-Prevenzione-del-Suicidio/Materiale-Multimediale>

... e, dopo aver effettuato il login, accedi al materiale multimediale.

# Idee anticonservative o ossessioni di aggressività nel disturbo ossessivo-compulsivo?

Valutazione tramite la C-SSRS della suicidalità (fittima) dei pazienti con DOC (N=99)

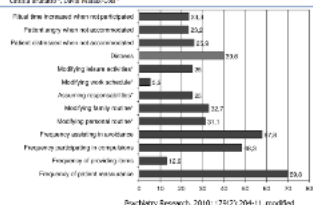
Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)	
Edeazione suicidaria	76
Decisione di essere suicida	42,6
Pensieri suicidari attivi non specifici	42,9
Ideazione suicidaria attiva con qualsiasi metodo (nessun piano) (senza intenzione di agire)	26,4
Ideazione suicidaria attiva con qualche intenzione di agire, senza un piano specifico	11,0
Ideazione suicidaria attiva con un piano specifico o con intenzione	5,5

Albert - Università di Torino  
Pescini - Università di Roma



Family accommodation in obsessive compulsive disorder: Relation to symptom dimensions, clinical and family characteristics

Albert Albert<sup>1</sup>, Elvira Bogizza<sup>1</sup>, Giuseppe Molteni<sup>1</sup>, Paolo Sestini<sup>1</sup>, Cinzia Ruffano<sup>1</sup>, Carlo Manno<sup>1</sup>, Gab



Il Dr. Albert di Torino (I) ha affrontato queste tematiche approfondendo più in particolare tre aspetti: l'ideazione anticonservativa e la sua correlazione col rischio suicidale per il paziente, le ossessioni di Aggressività e la sintomatologia correlata agli stati di suicidalità e l'aggressività nei confronti dei familiari. Nel trattare questi tre temi, il relatore ha presentato dati tratti dalla letteratura e da uno studio clinico condotto presso il suo centro, arrivando a precise conclusioni nel tentativo di dare risposte il più possibili esaurienti.

Recent life events and obsessive-compulsive disorder (OCD): the role of pregnancy/delivery

Giuseppe Molteni<sup>1</sup>, Elisabetta Albert<sup>1</sup>, Elvira Bogizza<sup>1</sup>, Patricia Vlastakis<sup>1</sup>, Luigi Scarpata<sup>1</sup>

Table of events of childbirth with ODD and health outcomes. The table shows the most frequent events and their association with ODD and health outcomes.

Event	Number	Prevalence (%)	Odds Ratio (OR)	95% CI	P-value
1 - Birth of a new child	118 (21)	13.2%	1.8	1.2 - 2.7	0.002
2 - Pregnancy	118 (21)	13.2%	1.8	1.2 - 2.7	0.002
3 - Delivery	118 (21)	13.2%	1.8	1.2 - 2.7	0.002
4 - Birth of a child with ODD	118 (21)	13.2%	1.8	1.2 - 2.7	0.002
5 - Birth of a child with health outcomes	118 (21)	13.2%	1.8	1.2 - 2.7	0.002

Psychiatry Research 2016; 235: 45-55

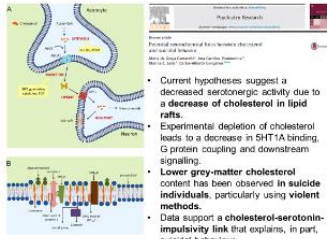
- Qual è il rischio per il paziente affetto da Ideazione anticonservativa?
- Esiste una correlazione fra ideazione suicidaria e ossessioni di aggressività?
- Qual è il ruolo giocato dalla gravidanza e dal parto nello sviluppo di comportamenti ossessivi-compulsivi?
- Qual è la correlazione fra “family accomodation” e la malattia ossessivo-compulsiva?

Per rispondere a queste e ad altre domande clicca su questo link:

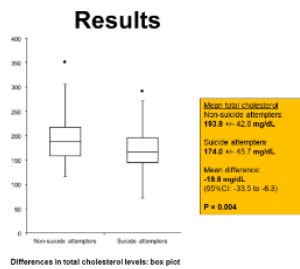
<http://www.fondazione-menarini.it/Archivio-Eventi/2016/Giornata-Mondiale-per-la-Prevenzione-del-Suicidio/Materiale-Multimediale>

... e, dopo aver effettuato il login, accedi al materiale multimediale.

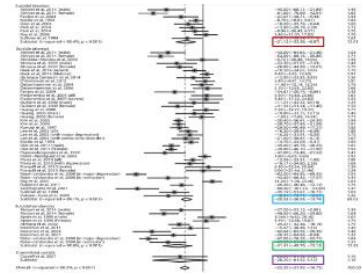
# Dislipidemie e condotte suicidarie



- Current hypotheses suggest a decreased serotonergic activity due to a decrease of cholesterol in lipid rafts.
- Experimental depletion of cholesterol leads to a decrease in 5HT<sub>1A</sub> binding, G protein coupling and downstream signaling.
- Lower grey matter cholesterol content has been observed in suicide individuals, particularly using violent methods.
- Data support a cholesterol-serotonin-impulsivity link that explains, in part, suicidal behaviour.



Il Dr. Carrà di Milano (1) ha approfondito questa tematica partendo dall'osservazione che la riduzione dei livelli di colesterolo determina a livello delle membrane cellulari la diminuzione dei recettori per la serotonina e questo fenomeno si accompagna alla stessa riduzione dei livelli cerebrali di serotonina che a sua volta può determinare un minor controllo sui comportamenti aggressivi. Questo deficit serotoninergico può arrivare a favorire condotte suicidarie in soggetti che attraverso la terapia ipolipemizzante hanno ottenuto un calo significativo della colesterolemia? Il relatore ha risposto a questo quesito mediante la presentazione sia di dati della letteratura, che prodotti da uno studio clinico condotto presso il suo centro clinico.



- Quali sono i principali dati di letteratura sulla correlazione fra ipocolesterolemia e condotta suicidaria?
- Quali sono le caratteristiche principali dello studio clinico condotto dal relatore e dal suo gruppo di ricerca su questo tema?
- Quali sono le caratteristiche della popolazione in studio?
- Quali sono i principali risultati dello studio clinico?
- Qual è la correlazione fra colesterolo e condotta suicidaria?

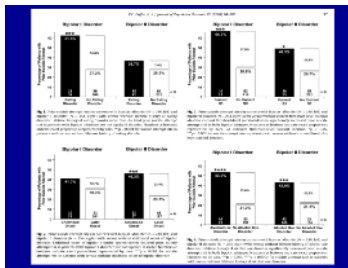
Per rispondere a queste e ad altre domande clicca su questo link:

<http://www.fondazione-menarini.it/Archivio-Eventi/2016/Giornata-Mondiale-per-la-Prevenzione-del-Suicidio/Materiale-Multimediale>

... e, dopo aver effettuato il login, accedi al materiale multimediale.



# Condotte suicidarie nel disturbo bipolare: differenze sulla base dei sottotipi e della provenienza geografica

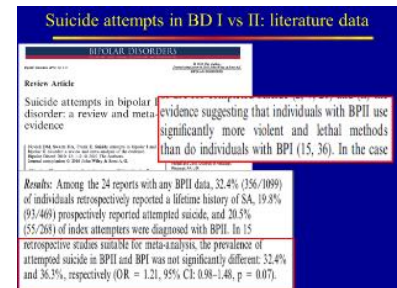


**Caratteristiche pz con TS vs non TS e pz con TS multipli vs 1 TS**

<b>Totale esaminate (n=362): Pz con TS (28,2%)</b>	<b>TS MULTIPLI (8%), totale esaminate 31% del TS vs TS singolo</b>
Polvere 1° episodio (n=63) Depressione in TS (n=13) Mania 1° in TS (n=13) N° Di ospedalizzazioni (n=203) Abuso alcool (n=40) CA e comorbilità (n=15) Comorbilità psichiatriche (n=104) Traumi (n=107) Polifarmacoterapia (n=173) Uso (n=105)	Comorbilità da sol 1° in TS (n=105) Durata di malattia (n=105) Polifarmacoterapia (n=105) Ingestione di sostanze tossiche (n=105)
<b>DB I</b>	<b>DB II</b>
Totale 1° episodio (n=63) Depressione in TS (n=13) Mania 1° in TS (n=13) N° Di ospedalizzazioni (n=203) Abuso alcool (n=40) Comorbilità psichiatriche (n=104) Traumi (n=107) Polifarmacoterapia (n=173) Uso (n=105)	N° Di ospedalizzazioni SPDC (n=101) Abuso alcool (n=41) Polifarmacoterapia (n=105)

Dell'Osso, Delbos, Akazumi, et al., submitted

Il Dr. Dell'Osso di Milano (I) ha approfondito questo tema presentando dati sia tratti dalla letteratura, che da studi clinici condotti presso la Stanford University e il Dipartimento di Psichiatria del Policlinico di Milano. Il disturbo bipolare è caratterizzato da un elevato rischio di condotta suicidaria, questa è stata la conclusione del relatore, più in particolare circa 1/4 dei pazienti affetti da disturbi bipolari tenta il suicidio nel corso della vita e la presenza di uno stato depressivo espone ad un ulteriore rischio di condotta suicida. Il Dr. Dell'Osso ha concluso il suo intervento sottolineando che i pazienti bipolari che hanno già presentato condotte suicidarie fino alla messa in atto di un tentativo di suicidio, presentano un rischio di recidiva di circa il 30%.



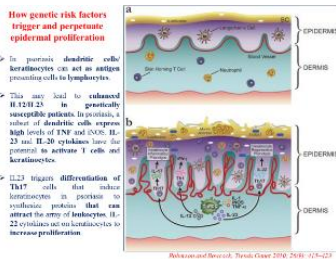
- Quali sono i dati degli studi condotti nel Dipartimento di Psichiatria del Policlinico di Milano sulla correlazione fra disturbo bipolare e condotta suicidaria?
- Quali indicazioni possono essere tratte dagli studi condotti presso la Stanford University?
- Cosa dice la letteratura sulla correlazione fra disturbo bipolare e condotta suicidaria?

Per rispondere a queste e ad altre domande clicca su questo link:

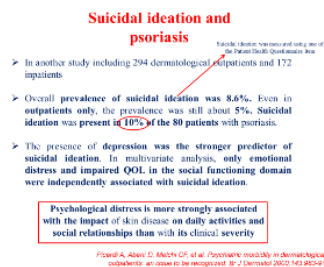
<http://www.fondazione-menarini.it/Archivio-Eventi/2016/Giornata-Mondiale-per-la-Prevenzione-del-Suicidio/Materiale-Multimediale>

... e, dopo aver effettuato il login, accedi al materiale multimediale.

# Depressione, stigma e rischio di suicidio nel paziente con psoriasi



Il Dr. Serafini di Genova (1) ha approfondito il legame fra psoriasi, depressione e rischio suicidario, mediante la presentazione di tutta una serie di dati tratti dalla letteratura. Nella prima parte della sua relazione il Dr. Serafini ha presentato le caratteristiche cliniche che connotano lo stato psorisiaco dei pazienti e, più in particolare, di quelli in età giovanile. Il relatore ha quindi sottolineato il legame fra psoriasi, presenza di sintomatologia dolorosa e disturbi psicologici, fra cui la depressione ne è un elemento insieme ad ansietà, sottostima, stress e ideazione suicidaria. Il relatore ha così potuto affermare che la psoriasi è collegata a svariate altre patologie che di fatto predispongono l'insorgenza di malattie concomitanti di natura psicologica/psichiatrica in particolare nei giovani. In conclusione il Dr. Serafini ha sottolineato l'importanza di offrire a questi pazienti un sostegno psicologico/psichiatrico, al fine di migliorarne la qualità della vita.



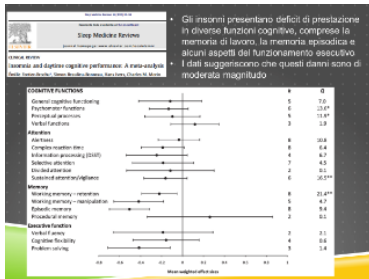
- Qual è il ruolo delle comorbidità di tipo psicologico/psichiatrico nell'evoluzione della psoriasi?
- Quale è la correlazione fra Psoriasi e condotta suicidaria?
- Quanto ansietà e depressione sono associate alla psoriasi?
- Quanto è importante il sintomo dolore nello sviluppo di condotte suicidarie?

Per rispondere a queste e ad altre domande clicca su questo link:

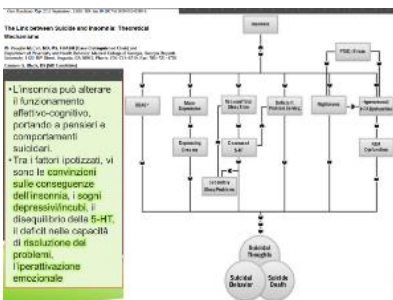
<http://www.fondazione-menarini.it/Archivio-Eventi/2016/Giornata-Mondiale-per-la-Prevenzione-del-Suicidio/Materiale-Multimediale>

... e, dopo aver effettuato il login, accedi al materiale multimediale.

# Disturbi del sonno e rischio di suicidio



Il Prof. Balestrieri di Udine (I) ha approfondito questa tematica partendo dalla descrizione dei principali segni e sintomi legati ai disturbi del sonno, alla stima del rischio di ideazione e comportamenti suicidari ad essi correlati. Il relatore è quindi passato ad illustrare i principali modelli fisio e psicopatologici che legano i due fenomeni. Particolare attenzione è stata posta sulla durata dell'insonnia come fattore di rischio di suicidalità differenziata. Il Prof. Balestrieri ha sottolineato come la fatigue, la hopelessness, il problem solving e la ruminazione sono mediatori specifici di condotte suicidarie in soggetti affetti da deprivazione del sonno. Il relatore ha concluso il suo intervento sottolineando che le tecniche di CBT utili per ridurre lo stato di insonnia, sembrano poter ridurre anche il rischio suicidario.



- Perché nella pratica clinica deve essere sempre eseguito lo screening delle alterazioni legate all'insonnia nei soggetti che mostrano segni e sintomi di depressione?
- Qual è la predittività dei mediatori di rischio suicidario nei soggetti affetti da insonnia?
- Quali sono i principali mediatori dell'associazione fra insonnia e rischio suicidario?
- Qual è il ruolo della ruminazione nella mediazione fra insonnia e condotta suicidarie?
- Quali sono i principali modelli teorici che legano l'insonnia alla condotta suicidaria?

Per rispondere a queste e ad altre domande clicca su questo link:  
<http://www.fondazione-menarini.it/Archivio-Eventi/2016/Giornata-Mondiale-per-la-Prevenzione-del-Suicidio/Materiale-Multimediale>

... e, dopo aver effettuato il login, accedi al materiale multimediale.

# Quelli che restano... le conseguenze del suicidio sui familiari

## Reazioni dei survivors al suicidio

- Vergogna
- Colpa
- Rifiuto
- Evitamento
- Isolamento sociale
- Necessità di capire i perché

(Begley & Quayle, 2007)



Il Prof. Fiorillo di Napoli (I) ha affrontato un tema delicatissimo e di estrema attualità: l'aiuto ai survivors, i sopravvissuti, cioè alle persone che hanno perso un loro caro a causa del suicidio. Il relatore ha approfondito i principali aspetti di questa problematica, parlando della condizione dei survivors, l'impatto del suicidio sui familiari, le reazioni dei survivors al suicidio e lo stigma, cioè il pregiudizio legato alle convenzioni sociali sul suicidio, particolarmente sentito dai survivors, ma anche da amici o colleghi di lavoro, che di fatto produce un sentimento di incapacità, di blocco che impedisce da una parte di elaborare il lutto e dall'altra parte di offrire aiuto. Nella seconda parte della sua relazione il Prof. Fiorillo ha presentato i dati di uno studio condotto su sopravvissuti da cui si evince la necessità di implementare delle strategie di aiuto condotte ad alto livello professionale e mirate a sviluppare, quando possibile, specifici interventi psicoeducativi familiari finalizzati ad offrire sostegno ai survivors.

## Lo stigma

"Il survivor è "costretto" a bilanciare il proprio mondo interno con le norme della cultura di appartenenza...  
...Per colpa dello stigma, i survivors spesso evitano di condividere la propria storia e i propri sentimenti."

(Dunne, 2000; Minois, 1999)

- Quali sono le principali condizioni patologiche a cui sono esposti i survivors?
- Qual è l'impatto del suicidio sui familiari?
- Quali sono le principali reazioni dei survivors al suicidio?
- Quali sono le conseguenze dello stigma sui survivors?
- Quali sono le principali strategie di aiuto da implementare nei confronti dei survivors in base ai dati dello studio presentato dal relatore?
- Quali sono state le conclusioni del Prof. Fiorillo al termine della sua presentazione?

Per rispondere a queste e ad altre domande clicca su questo link:

<http://www.fondazione-menarini.it/Archivio-Eventi/2016/Giornata-Mondiale-per-la-Prevenzione-del-Suicidio/Materiale-Multimediale>

... e, dopo aver effettuato il login, accedi al materiale multimediale.

# Relazionarsi, comunicare, assistere il soggetto a rischio di suicidio



Il Prof. Pompili di Roma (I), chairman del convegno, ha approfondito questa tematica di estrema attualità partendo dal dato che pur avendo a disposizione strumenti di comunicazione immediati, purtroppo la relazione con i pazienti a rischio di suicidio non è

ancora adeguata. Il relatore ha sottolineato come gli eventi traumatici legati allo stato di ansia, depressione e altri fattori stressanti, vissuti nella psiche e nel corpo della persona, ne erodono la capacità di reazione psicologica e la conducono verso un

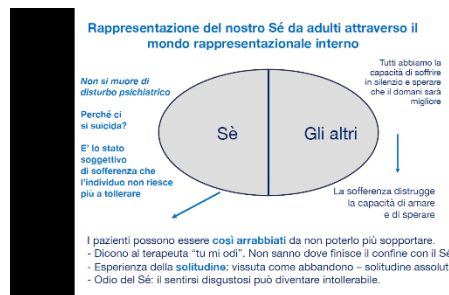
**"What is it like to be suicidal?"**

Per una più completa comprensione del suicidio abbiamo bisogno di colmare questo "gap esplicativo"

Prima persona, esperienza soggettiva

Terza persona, conoscenza oggettiva

Dati derivanti dal soggettivo, dal vissuto e dall'esperienza sono un complemento essenziale ai oggettivi, dati e metodi della scienza tradizionale in terza persona.



percorso suicidario. Il Prof. Pompili ha quindi parlato del profilo di personalità delle persone che vivono condotte suicidarie, cercando di spiegarne il vissuto, quasi aprendo una finestra sulle sensazioni più profonde che queste persone vivono. Il relatore in tal modo è riuscito nel suo scopo di motivare l'importanza della relazione con familiari e amici come primo strumento di aiuto per le persone a rischio di condotta suicidaria.

- Come vedono il proprio corpo i soggetti a rischio di condotta suicidaria?
- Quali sono le aree cerebrali coinvolte nella comunicazione fra mente e corpo delle sensazioni traumatiche?
- Cosa intende il relatore con la frase "discendere nel suicidio"?
- Come si sente la persona quando in sé cresce la decisione di intraprendere un percorso suicidario?
- Quali sono i primi strumenti di aiuto da implementare a sostegno delle persone a rischio per condotta suicidaria?

Per rispondere a queste e ad altre domande clicca su questo link:

<http://www.fondazione-menarini.it/Archivio-Eventi/2016/Giornata-Mondiale-per-la-Prevenzione-del-Suicidio/Materiale-Multimediale>

... e, dopo aver effettuato il login, accedi al materiale multimediale.



# Resilienza e suicidalità

## La resilienza come un fattore psicologico

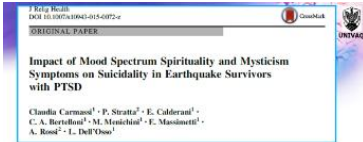


Table 3. Spirituality/Mysticism/Psychicism factor scores within the PTSD group (n = 169): suicidal ideation versus no suicidal ideation and suicidal attempts versus no suicidal attempts

	Factor score M (mean ± SD)	Mann-Whitney Z	P
S. ideazione	25 (1.24 ± 1.27)	1.91	.056
No S. ideazione	144 (0.97 ± 1.31)		
S. attempts	6 (2.27 ± 1.78)	1.69	.091
No S. attempts	163 (0.88 ± 1.23)		

Il Prof. Rossi dell'Aquila (I) ha affrontato questa tematica, partendo dalla dimensione psicologica della resilienza, vista come capacità personali, risorse familiari e risorse sociali. Il relatore ha approfondito il concetto di interazione tampone inversa fra resilienza e suicidalità dove più alto è il livello di resilienza e più basso è il rischio suicidario e viceversa. Provando ad approfondire ulteriormente la teoria della buffering interaction o interazione tampone, il Prof. Rossi si è addentrato nella correlazione fra resilienza, strategie di coping, compreso il coping religioso e rischio suicidario. In questa analisi approfondita, il relatore si è giovato dell'aiuto dei dati tratti da studi condotti dal suo gruppo di ricerca sui sopravvissuti al terremoto dell'Aquila.

## Strategie di Coping

• Attività cognitive e comportamentali in continua evoluzione volte a gestire specifiche richieste esterne e/o interne che vengono valutate onerose o superiori alle risorse della persona (Lazarus e Folkman, 1984)

• ... tutto ciò che le persone fanno per adeguarsi alle sfide ed alle esigenze dello stress ... ogni adattamento apportato per ridurre l'impatto negativo dello stress

- Quali sono le principali strategie di coping cognitive?
- Qual è l'esito delle strategie di coping emotive?
- Quanto è importante il coping religioso sia positivo che negativo nei confronti del rischio suicidario?
- Quali sono i principali dati pubblicati dal relatore sui sopravvissuti dal terremoto dell'Aquila, in tema di rischio suicidario?
- Quali sono i punti principali della Buffering hypothesis?
- Qual è la definizione precisa di Resilienza al Suicidio?

Per rispondere a queste e ad altre domande clicca su questo link:

<http://www.fondazione-menarini.it/Archivio-Eventi/2016/Giornata-Mondiale-per-la-Prevenzione-del-Suicidio/Materiale-Multimediale>

... e, dopo aver effettuato il login, accedi al materiale multimediale.

# Le terapie long-acting in schizofrenia

Antipsicotici iniettabili a lunga durata d'azione (depot) o a rilascio prolungato (LAI)



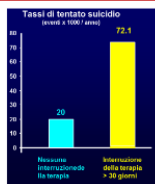
ESPERIDONE Inventis®/Crisal®	HALOPERIDOL Haloperidol®/Zucloper®	OLANAPINE Zucloper®/Rayven®	AMISULPRIDE Abisol®/Mamiso®
150 mg	200 mg/ml (100 x 2 ml) 150 mg/ml (150 x 1 ml)	100-200 mg/1 ml	400 mg
150 mg/ml (150 x 1 ml)	150 mg/ml (150 x 1 ml)	100-200 mg/1 ml	200-400 mg/1 ml

Il Prof. Girardi di Roma (I) ha parlato dei farmaci antipsicotici a lunga durata d'azione per il trattamento dei pazienti affetti da schizofrenia sottolineando l'importanza del trattamento precoce al fine di migliorare la risposta dei pazienti e ridurre il rischio di ricadute tipiche di questa malattia. Nella prima parte della relazione sono stati presentati dati sul loro profilo farmacocinetico e sui risultati di uno studio condotto su pazienti affetti da schizofrenia e trattati con gli antipsicotici a lunga durata d'azione. In tal modo il relatore ha creato le premesse per affrontare il tema della correlazione fra sospensione della terapia antipsicotica e rischio suicidale. Nell'ultima parte della sua relazione il Prof. Girardi ha presentato dei dati tratti dalla casistica della sua Unità di Psichiatria dell'Ospedale S. Andrea di Roma.

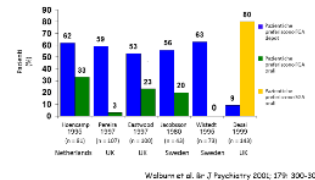
razionale dell'utilizzo

**Aumento nei tentativi di suicidio quando la terapia a base di antipsicotico atipico è interrotta**

- Su database dei punti di erogazione dei farmaci e degli ospedali nei Paesi Bassi (N = 365.000)
- Pazienti con schizofrenia (n = 603) con interruzione per almeno 30 giorni di trattamento (N = 204; 33%)
- Corretto per età e sesso, il rischio relativo di suicidio risulta essere aumentato di circa 4,2 volte (IC 95%: 1,7-10,1)



**I pazienti preferiscono le formulazioni Long-Acting**



- Qual è il ruolo degli antipsicotici LAI nel trattamento della schizofrenia?
- Qual è il razionale per l'utilizzo degli antipsicotici LAI?
- Qual è la percezione dei pazienti nei confronti degli antipsicotici LAI?
- Perché è importante l'utilizzo precoce dei LAI nei pazienti affetti da schizofrenia?
- Quali sono i punti principali dell'utilizzo degli antipsicotici LAI al S.Andrea?

Per rispondere a queste e ad altre domande clicca su questo link:

<http://www.fondazione-menarini.it/Archivio-Eventi/2016/Giornata-Mondiale-per-la-Prevenzione-del-Suicidio/Materiale-Multimediale>

... e, dopo aver effettuato il login, accedi al materiale multimediale.

# Aspetti del suicidio oltre la psicopatologia

  
Suicides without Axis I disorders (n=14)

Bali	20% (Kulhara et al, 2009)
Canada	5.5% (aged 11 to 18 year) (Benaud et al., 2008)
China	52% (Zhang, Xiao & Zhou, 2010)
Germany	10.4% (Schneider et al, 2005)
Hong Kong	Between 14.3% and 20.9% (Chan et al, 2009; Chen et al, 2006; Chiu et al, 2004; Wong et al, 2008)
India	63% (Mamorsanjhan et al, 2010)

Il Prof. De Leo di Padova (I) ha affrontato questa tematica partendo dalla considerazione che anche se nella maggioranza dei casi di eventi suicidari, esistono alla base specifici disordini psichiatrici, questo non è vero nel 100% dei casi, in altre parole esistono casi suicidari non legati a malattie psichiatriche, ma alla presenza di altri fattori. Al fine di approfondire la conoscenza della dimensione suicidaria in assenza di disordini psichiatrici, il relatore ha presentato dei dati non ancora pubblicati, di uno studio clinico condotto dal suo gruppo di ricerca mediante l'utilizzo del metodo dell'autopsia psicologica al fine di valutare se esistono differenze nei fattori di rischio e nelle modalità del suicidio in giovani adulti di genere maschile con diagnosi o meno di schizofrenia. Il Prof. De Leo sulla base dei dati presentati, ha sottolineato l'importanza di approfondire la conoscenza dei fattori di rischio per suicidio presenti nei giovani adulti senza diagnosi di malattia psichiatrica, al fine di sviluppare strategie di prevenzione e programmi di intervento precoce per i giovani ad alto rischio di suicidio che non sono seguiti dai servizi territoriali psichiatrici.

  
Conclusion

- These findings highlight the need for researchers, policy-makers, practitioners and the general public to recognise suicide as related to a wider and complex set of social and cultural factors.
- Increased knowledge of risk factors for suicide among young males without a diagnosable psychiatric condition can lead to the development of evidence-based prevention and early intervention programs for young males at high suicide risk who do not come to the attention of medical and psychiatric services.

Il Prof. De Leo di Padova (I) ha affrontato questa tematica partendo dalla considerazione che anche se nella maggioranza dei casi di eventi suicidari, esistono alla base specifici disordini psichiatrici, questo non è vero nel 100% dei casi, in altre parole esistono casi suicidari non legati a malattie psichiatriche, ma alla presenza di altri fattori. Al fine di approfondire la conoscenza della dimensione suicidaria in assenza di disordini psichiatrici, il relatore ha presentato dei dati non ancora pubblicati, di uno studio clinico condotto dal suo gruppo di ricerca mediante l'utilizzo del metodo dell'autopsia psicologica al fine di valutare se esistono differenze nei fattori di rischio e nelle modalità del suicidio in giovani adulti di genere maschile con diagnosi o meno di schizofrenia. Il Prof. De Leo sulla base dei dati presentati, ha sottolineato l'importanza di approfondire la conoscenza dei fattori di rischio per suicidio presenti nei giovani adulti senza diagnosi di malattia psichiatrica, al fine di sviluppare strategie di prevenzione e programmi di intervento precoce per i giovani ad alto rischio di suicidio che non sono seguiti dai servizi territoriali psichiatrici.

  
This study

- The present study utilised the psychological autopsy method to investigate whether there are differences in risk factors and pathways to suicide in young adult males (aged 25 - 44) from Queensland, Australia, with and without a diagnosed mental disorder. This age group is reported to be the one with highest concentration of psychopathology [De Leo et al, 2013; Draper et al, 2014].
- To the authors' knowledge, this is the first study to examine suicidality specifically in young males with no diagnosable psychiatric disorder.

- Quali sono i risultati dei questionari di qualità di vita nei due gruppi di studio?
- Qual è il profilo di personalità con particolare riferimento all'impulsività e all'aggressione nei due gruppi di studio?
- Quali sono le principali differenze nei comportamenti suicidari emerse fra i due gruppi di studio?
- Sono emerse delle differenze in termini di profilo diagnostico nei due gruppi di studio?
- Quali sono le aree geografiche con la maggiore prevalenza di suicidi in assenza di disordini psichiatrici conclamati?

Per rispondere a queste e ad altre domande clicca su questo link:

<http://www.fondazione-menarini.it/Archivio-Eventi/2016/Giornata-Mondiale-per-la-Prevenzione-del-Suicidio/Materiale-Multimediale>

... e, dopo aver effettuato il login, accedi al materiale multimediale.

# L'esperienza soggettiva del vissuto suicidario

## Convegno di Suicidologia e Salute Pubblica

Giornata Mondiale per  
la Prevenzione del Suicidio  
XIV edizione

La prevenzione del suicidio:  
relazionarsi, comunicare, assistere



Il Sig. Staudt ha presentato la propria esperienza soggettiva di vissuto suicidario. Victor, questo è il nome del Sig. Staudt, ha iniziato la sua testimonianza parlando della depressione che lo ha afflitto all'inizio della sua storia. Il 12 novembre 1999 si è buttato sotto un treno con l'intenzione di suicidarsi, o meglio di cambiare vita, di interrompere il dolore profondo causato dalla depressione; ora si trova senza gambe. "Dopo un po' di tempo ho iniziato a provare dolori alle gambe che non ho più e a indossare scarpe che non mi toglierò mai più." Con queste parole Victor

ha iniziato il suo intervento. Paura di raccontare inizialmente la sua esperienza, il tempo 0 caratterizzato dal lento e doloroso risveglio in ospedale, il ricordo del tentativo di suicidio, la prima coscienza di aver perso definitivamente le gambe e del grave stato di salute, l'incontro con i genitori. La testimonianza di Victor scorre veloce, descrive i primi sintomi prodromici dello stato di depressione, la differenza fra un mondo in bianco e nero, il suo vissuto, da quello a colori al di fuori; la sua lotta contro la malattia, il suo motto: non mollare mai, malgrado la nebbia che lo circondava; il tentativo di suicidio.....La rinascita!

- Qual è il vissuto del Sig. Staudt?
- Quando il Sig. Staudt si è reso conto di soffrire di depressione?
- Come è riuscito il Sig. Staudt a modificare i suoi pensieri riconoscendo finalmente il suo stato di salute?
- Quanto è stato importante per il Sig. Staudt l'assunzione di una corretta terapia antidepressiva?
- Quante volte il Sig. Staudt è stato visitato da un medico e quante volte ha ricevuto una diagnosi corretta?
- Quanto è stato importante per il Sig. Staudt la ricostruzione di una vita di relazione per rafforzare il suo nuovo stato di salute?

Per rispondere a queste e ad altre domande clicca su questo link:

<http://www.fondazione-menarini.it/Archivio-Eventi/2016/Giornata-Mondiale-per-la-Prevenzione-del-Suicidio/Materiale-Multimediale>

... e, dopo aver effettuato il login, accedi al materiale multimediale.

# Responsabilità professionale nei casi di suicidio: verso l'obiettiva nella stima del rischio

## Tipi di errore

- Di fatto. Questo tipo di errore è molto meno tollerato dai tribunali. P.e. raccogliere un'anamnesi incompleta, non indagare su possibile ideazione suicidaria, non leggere una precedente cartella quando disponibile.
- Di giudizio. In questo caso la responsabilità è accertabile solo quando la deviazione dalla pratica medica media è talmente eclatante da non lasciare margini al dubbio. Difficilmente uno psichiatra che abbia documentato adeguatamente una condizione mentale di un paziente, escludendo il rischio suicidario, sarà poi considerato responsabile se la persona si uccide.

## Psichiatria e doveri di garanzia

- Il dovere primario dello psichiatra è quello di qualsiasi altro medico, e cioè quello di curare, e non anche quello di custodire.
- Superata nella legislazione la concezione dello psichiatra come custodiere del malato mentale: si sa che deve tendenzialmente escludersi che sia il garante di tutti gli eventi lesivi che possono essere causati dal paziente.
- Tuttavia i nuovi oneri che derivano dal D.P.C.M. del 1.4.2008 e dalla L.9/12 pongono difficoltà e un notevole aggravio ai servizi.



Il Prof. Ferracuti di Roma (1) ha parlato della responsabilità professionale del medico psichiatra nei casi di suicidio, alla luce della normativa italiana vigente. Più in particolare il relatore ha approfondito il tema della malpractice, delle ragioni per le quali lo psichiatra è citato per responsabilità professionale, della posizione di garanzia, e degli obblighi e doveri correlati, della previsione e dell'evitabilità, dell'obbligo di assicurazione da parte degli operatori e infine della figura dei consulenti. Il relatore ha citato la legge negli articoli specifici e li ha finemente commentati con l'obiettivo di aumentare sia il livello di conoscenza che di sensibilizzazione degli psichiatri che hanno partecipato ai lavori congressuali.

## La posizione di garanzia

*"Gli operatori di una struttura sanitaria sono tutti portatori "ex lege" di una posizione di garanzia, espressione dell'obbligo di solidarietà costituzionalmente imposto ex articoli 2 e 32 della Carta fondamentale, nei confronti dei pazienti, la cui salute essi devono tutelare contro qualsivoglia pericolo che ne minacci l'integrità; e l'obbligo di protezione dura per l'intero tempo del turno di lavoro".*

Commento di Ferracuti sul 70. anniversario della Costituzione italiana

- Cosa si intende per malpractice in ambito psichiatrico?
- Quali sono le ragioni per le quali uno psichiatra viene citato per responsabilità professionale?
- Quali sono i tipi di errore che espongono lo psichiatra al rischio di procedimento legale?
- Cosa si intende per posizione di garanzia?
- Quali sono gli obblighi legati allo stato di posizione di garanzia?
- Cosa si intende per Previsione ed evitabilità?
- Quali sono le caratteristiche in base alle quali vengono selezionati i consulenti?

Per rispondere a queste e ad altre domande clicca su questo link:

<http://www.fondazione-menarini.it/Archivio-Eventi/2016/Giornata-Mondiale-per-la-Prevenzione-del-Suicidio/Materiale-Multimediale>

... e, dopo aver effettuato il login, accedi al materiale multimediale.



# Psicoterapia con l'adolescente a rischio di suicidio



Nella maggioranza dei casi il TS non è prevedibile e quindi non si può prevedere il momento, il luogo, il metodo, il mezzo, il rapporto con il corpo

La Dr.ssa Tambelli di Roma (I) ha sviluppato il suo intervento soffermandosi in maniera particolare sul tentativo di suicidio in età adolescenziale, sottolineando come il 54% dei tentativi di suicidio riguarda persone di età inferiore a 24 anni. Nella prima parte del suo intervento, la relatrice ha descritto i principali fenomeni psicopatologici alla base dei tentativi di suicidio negli adolescenti, i segnali premonitori, l'organizzazione psichica dell'adolescente a rischio, i fattori ambientali che favoriscono l'insorgenza di un comportamento di tipo suicidario e i fattori di vulnerabilità collegati. Nella seconda parte della sua relazione la Dr.ssa Tambelli ha presentato gli aspetti principali dell'intervento clinico da applicare agli

## ADOLESCENZA E ATTACCOMENTO: PARADIGMA TEORICO



## CRITERI CENTRALI DELL'INTERVENTO CLINICO NEL TS



adolescenti a rischio di tentativo di suicidio, specificando che gli elementi chiave sono costituiti dalla presenza di una équipe multifunzionale, dalla gestione della rabbia e dell'aggressività, dall'alleanza terapeutica, dal contenimento affettivo dell'adolescente e dalla riparazione affettiva dei vissuti abbandonici. La relatrice ha concluso il suo intervento sottolineando il ruolo che la scuola dovrebbe avere in un'ottica non solo educativa ma anche di sostegno.

- Quali sono gli aspetti principali dell'intervento clinico nel TS?
- Quanto importanti sono i colloqui con gli adolescenti?
- Quali sono i principali strumenti di valutazione clinica?
- Quanto è importante la gestione della rabbia e dell'aggressività dell'adolescente?
- Cosa si intende per alleanza terapeutica?
- Quale deve essere l'obiettivo terapeutico nei confronti di adolescenti a rischio di TS?

Per rispondere a queste e ad altre domande clicca su questo link:

<http://www.fondazione-menarini.it/Archivio-Eventi/2016/Giornata-Mondiale-per-la-Prevenzione-del-Suicidio/Materiale-Multimediale>

... e, dopo aver effettuato il login, accedi al materiale multimediale.

# Il rischio di suicidio nel paziente con patologie mediche

**Tabella 3** Incidenza di suicidio in condizioni ospedaliere (dati aggregati per patologia)

Patologia	Numero di casi	Incidenza (%)	p-value
Malattie oncologiche	18 (2,1%)	1,1%	p < 0,001
Malattie cardiovascolari	15 (1,8%)	0,9%	p < 0,001
Malattie neurologiche	12 (1,5%)	0,7%	p < 0,001
Malattie metaboliche	10 (1,2%)	0,6%	p < 0,001
Malattie endocrine	8 (1,0%)	0,5%	p < 0,001
Malattie infettive	7 (0,8%)	0,4%	p < 0,001
Malattie autoimmuni	6 (0,7%)	0,4%	p < 0,001
Malattie muscolo-scheletriche	5 (0,6%)	0,3%	p < 0,001
Malattie respiratorie	4 (0,5%)	0,2%	p < 0,001
Malattie gastrointestinali	3 (0,4%)	0,2%	p < 0,001
Malattie renali	2 (0,2%)	0,1%	p < 0,001
Malattie epatiche	1 (0,1%)	0,05%	p < 0,001
Malattie ginecologiche	1 (0,1%)	0,05%	p < 0,001
Malattie dermatologiche	1 (0,1%)	0,05%	p < 0,001
Malattie sistemiche	1 (0,1%)	0,05%	p < 0,001
Malattie sconosciute	1 (0,1%)	0,05%	p < 0,001
Totale	85 (10,3%)	5,1%	p < 0,001

**Nel gruppo delle persone il cui disturbo somatico aveva determinato il suicidio, la patologia più rappresentata risulta di gran lunga il cancro (32,5%), seguita dal diabete cronico (30,4%), dalle patologie cardiovascolari, in particolare IMA (27,2%), disordini metabolici (25,3%), disturbi del sistema muscolo-scheletrico e neurologici (23,6 e 20,4%).**

Il Prof. Janiri di Roma (I) ha approfondito questo tema specificando che l'incidenza di suicidio in soggetti affetti da patologie somatiche è più frequente di quanto si pensi, pari a circa il 20% dei casi. Fra le patologie che favoriscono comportamenti suicidari, al primo posto abbiamo il cancro, sia a causa del rischio di depressione a cui tale patologia è

legata, ma anche a causa del dolore cronico a cui troppo spesso vengono ad essere esposti questi pazienti. Il relatore si è soffermato a descrivere gli altri fattori di rischio suicidario a cui i pazienti oncologici sono esposti. Nella seconda parte del suo intervento il Prof. Janiri ha presentato le principali strategie di intervento e di prevenzione, basate sull'azione di un'equipe medica costituita dalla presenza di differenti figure professionali. Al termine della sua presentazione, il relatore ha presentato un caso clinico dove l'agonia invisibile a cui la persona è stata sottoposta ha inciso in maniera irreversibile sul suo esito.

## FATTORI DI RISCHIO SUICIDARIO NEI PAZIENTI ONCOLOGICI



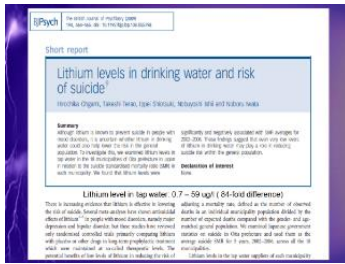
- Qual è il trattamento farmacologico del paziente a rischio suicidario?
- Quali sono le figure professionali coinvolte nel tentativo di prevenzione del rischio suicidario di un paziente affetto da neoplasia?
- Come prevenire il rischio suicidario in un paziente oncologico?
- Quali sono i fattori di rischio suicidario dei pazienti oncologici?

Per rispondere a queste e ad altre domande clicca su questo link:

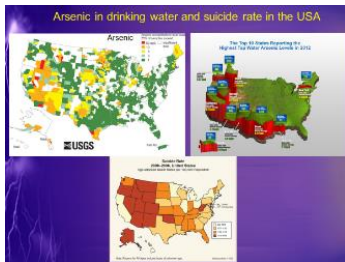
<http://www.fondazione-menarini.it/Archivio-Eventi/2016/Giornata-Mondiale-per-la-Prevenzione-del-Suicidio/Materiale-Multimediale>

... e, dopo aver effettuato il login, accedi al materiale multimediale.

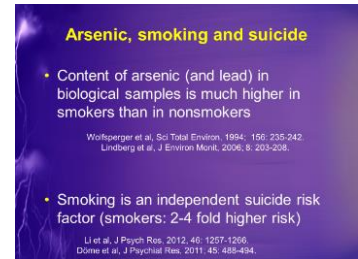
# Drinking water and suicide



potabile sembra legarsi



Il Prof. Rihmer di Budapest (U) ha approfondito questa tematica partendo dalla correlazione fra assunzione di alcool e rischio suicidario. Altri fattori predisponenti comportamenti suicidari sono l'assunzione triptofano e di folati con la dieta, il deficit di selenio e di acidi grassi omega-3 nella dieta, mentre la presenza di elevati livelli di litio nell'acqua potabile sembra legarsi ad una riduzione del rischio di comportamenti suicidari. Nel corso della sua presentazione il relatore si è soffermato in particolare nel descrivere la correlazione fra livelli di litio e di arsenico nelle acque potabili e la distribuzione geografica dei suicidi. Il relatore ha infatti dimostrato che nelle aree geografiche dove la concentrazione di litio nelle acque potabili è bassa ed è accompagnata da alte concentrazioni di arsenico, la prevalenza di rischio suicidario



aumenta in maniera significativa.

- Quali sono le aree geografiche a maggior rischio di suicidio negli Stati Uniti in base alle concentrazioni di arsenico nell'acqua potabile?
- Quali sono i punti principali del programma di prevenzione suicidaria varato in Ungheria?
- Quale correlazione lega il fumo di sigaretta, il rischio suicidario e la concentrazione di arsenico nelle acque potabili?
- Quali sono le medicine che contengono arsenico nella loro formula chimica?
- Qual è la correlazione fra concentrazione di litio nell'acqua potabile e rischio di comportamenti suicidari?

Per rispondere a queste e ad altre domande clicca su questo link:

<http://www.fondazione-menarini.it/Archivio-Eventi/2016/Giornata-Mondiale-per-la-Prevenzione-del-Suicidio/Materiale-Multimediale>

... e, dopo aver effettuato il login, accedi al materiale multimediale.

# Il ruolo della nutrizione nella salute mentale, nel sonno e nel rischio di suicidio

**Convegno di Suicidologia  
e Salute Pubblica**  
Giornata Mondiale per  
la Prevenzione del Suicidio  
XIV edizione  
La prevenzione del suicidio:  
relazionarsi, comunicare, assistere



Il Prof. Pompili di Roma (I) ha approfondito il ruolo della nutrizione come alleato importante nel coadiuvare le terapie per la salute mentale sia attraverso l'applicazione di stili alimentari corretti sia mediante l'utilizzo dei nutraceutici. Il relatore in particolare ha parlato del progetto europeo MoodFood dedicato allo studio dell'effetto del cibo sulla salute mentale e ha presentato tutta una serie di articoli pubblicati sulle riviste sia psichiatriche che mediche, dedicati al ruolo della nutrizione e, più in particolare dei nutraceutici come supporto della terapia nelle patologie

psichiatriche. Nell'ultima parte della sua presentazione, il Prof. Pompili ha presentato dei dati sugli effetti ansiolitici e antipsicotici di sostanze naturali quali la Teanina e la Melatonina. Il relatore ha concluso il suo intervento sottolineando l'importanza del corretto utilizzo dei nutraceutici facendo attenzione sia alle caratteristiche dei pazienti che alle modalità di somministrazione.

- Quali sono le principali interazioni fra depressione, obesità, malnutrizione e stile di vita?
- Quali sono le principali caratteristiche del progetto Mood Food finanziato dall'Unione Europea?
- Quale correlazione esiste fra modello dietetico toscano e Depressione?
- Esistono degli alimenti che aumentano il rischio di comportamenti suicidari?
- Qual è il ruolo della S-Adenilmetionina nel trattamento dei disturbi psichiatrici?
- Qual è il ruolo della fitomedicina nel trattamento dei disturbi psichiatrici?
- Qual è il ruolo degli Omega-3 nel trattamento del Disturbo Bipolare?
- Qual è la correlazione fra livelli di Vitamina D e rischio di suicidio?
- Qual è l'effetto della Melatonina

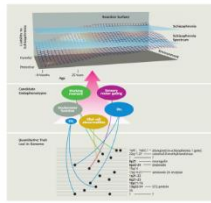
Per rispondere a queste e ad altre domande clicca su questo link:

<http://www.fondazione-menarini.it/Archivio-Eventi/2016/Giornata-Mondiale-per-la-Prevenzione-del-Suicidio/Materiale-Multimediale>

... e, dopo aver effettuato il login, accedi al materiale multimediale.

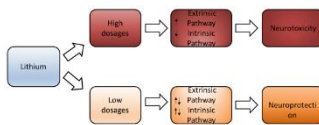
# Caratteristiche cerebrali in pazienti bipolari e loro implicazioni cliniche

## Endophenotype in psychiatry

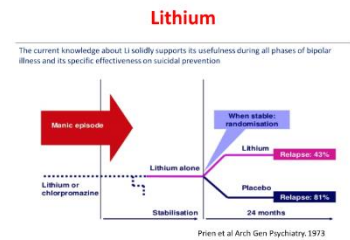


Gottesman and Gould, 2003

## Lithium and GSK3



Il Prof. Sani di Roma (I) ha parlato delle alterazioni presenti a livello cerebrale in pazienti affetti da sindrome bipolare sia di tipo 1 che 2 e dell'effetto protettivo del Litio. Il relatore ha presentato i dati di uno studio condotto presso il suo centro clinico su pazienti in fase iniziale di malattia al fine di valutare l'evoluzione delle lesioni cerebrali strutturali. Nella seconda parte del suo intervento il relatore ha parlato degli effetti sia neurotossici che neuroprotettivi del Litio in differenti tipologie di pazienti affetti da patologie croniche neurologiche evidenziando gli effetti neuroprotettivi del Litio nei soggetti affetti da Demenza.



- Quali sono le alterazioni cerebrali presenti in pazienti bipolari?
- Cosa si intende per Endofenotipo in Psichiatra?
- Le alterazioni cerebrali dei pazienti bipolari sono causa o effetto della malattia?
- Qual è il momento migliore per esaminare questi pazienti?
- Quali sono i risultati principali dello studio condotto dal Prof. Sani?
- Perché il Litio presenta effetti antisuicidali?
- Quando iniziano gli effetti positivi e negativi del Litio?
- Qual è l'effetto del Litio sul recettore GSK-3?

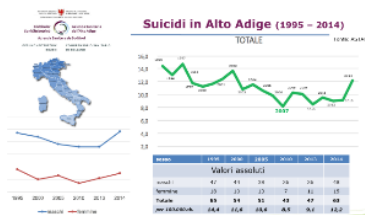
Per rispondere a queste e ad altre domande clicca su questo link:

<http://www.fondazione-menarini.it/Archivio-Eventi/2016/Giornata-Mondiale-per-la-Prevenzione-del-Suicidio/Materiale-Multimediale>

... e, dopo aver effettuato il login, accedi al materiale multimediale.



# Disturbi somatoformi e rischio di suicidio



Ambulatorium für allgemeine Psychiatrie und Liaison Psychiatrie  
Ambulatorio di psichiatria generale e psichiatria di legame

Il Prof. Giupponi di Bolzano (I) ha affrontato questo tema, sottolineando che troppo spesso le cosiddette sindromi somatoformi, caratterizzate da fenomeni di somatizzazione od anche da ipocondria, non vengono considerate patologie a rischio di comportamento suicidario. Il relatore è quindi passato a descriverne le caratteristiche principali dal punto di vista sia clinico che psicologico e ad illustrare dati tratti da studi condotti col metodo dell'autopsia psicologica al fine di dimostrarne la correlazione con gli eventi suicidari. Anche se una correlazione diretta fra disturbi somatoformi e tentativi suicidari non è emersa chiaramente, tuttavia in quei soggetti nei quali oltre alla presenza di sindrome somatoforme si univa anche uno stato depressivo, il rischio di sviluppare comportamenti suicidari aumentava in maniera significativa. Il Prof. Giupponi ha così concluso sottolineando l'importanza di approfondire gli studi sulle sindromi somatoformi e di valutarne il rischio di induzione di comportamenti suicidari, specialmente in caso di sovrapposizione sindromi depressive.

Sindromi somatoformi ICD 10: F45



- F45.0. Sindrome di somatizzazione
- F45.1. Sindrome somatoforme indifferenziata
- F45.2. Sindrome ipocondriaca
- F45.3. Disfunzione vasodilatativa somatoforme
- F45.4. Sindrome somatoforme da dolore persistente
- F45.8. Altre sindromi somatoformi
- F45.9. Sindrome somatoforme non specificata

- I disturbi somatoformi tendono spesso a cronicizzare causando problemi sociali, lavorativi, ecc.
- Spesso si mescolano a depressione, spesso vengono impegnati antidepressivi
- Disturbi di personalità si ritrovano nel 23.4% dei pazienti

Incidenza dei disturbi somatoformi in pazienti con disturbo affettivo e disturbi d'ansia

McDermut e coll. esaminato 373 pz. sofferenti di depressione considerando le diverse comorbilità.

- Test: SADS
- I Pz. depressi senza comorbilità erano il 34.6% (129/373) con un tasso reale (CR) di rischio di suicidio di 1.2/1.3.
- I Pz. depressi con un'altra comorbilità nel totale erano il 65.4% (244/373) con un CR di 2.2/1.5.
- La percentuale di TS nei depressi anticipati era del 18.3% (27/129).
- nei depressi unipolari con disturbo somatoforme era del 27.3% (105/384) (CR=1.67).

Rudd et al. analizzato 209 pz. trattati ambulatorialmente, sofferenti di attacchi di panico che avevano fatto un TS.

- Test: Interview strutturata secondo DSM-IV-R, Scala for Suicidal Ideation, Suicide Probability Scale e la Beck Hopelessness Scale.
- Il 22.5% dei pazienti (47/209) avevano un disturbo somatoforme come comorbilità.

Ambulatorium für allgemeine Psychiatrie und Liaison Psychiatrie  
Ambulatorio di psichiatria generale e psichiatria di legame

- Qual è l'andamento percentuale dei suicidi in Alto Adige dal 1995 ad oggi?
- Quali sono le patologie a più alto rischio suicidario, indicate dal relatore?
- Cosa si intende per sindrome somatoforme?
- Qual è l'incidenza dei disturbi somatoformi negli studi condotti con il metodo dell'autopsia psicologica?
- Quale correlazione esiste fra sindromi somatoformi e rischio suicidario in base ai dati presentati dal relatore?
- Di quanto varia l'incidenza di rischio suicidario nei pazienti affetti da sindrome somatoforme e stato depressivo?

Per rispondere a queste e ad altre domande clicca su questo link:

<http://www.fondazione-menarini.it/Archivio-Eventi/2016/Giornata-Mondiale-per-la-Prevenzione-del-Suicidio/Materiale-Multimediale>

... e, dopo aver effettuato il login, accedi al materiale multimediale.

# Prevenzione del suicidio dopo un tentativo. L'esperienza del Policlinico Umberto I

**RISCHIO DI NUOVI TS**

- anamnesi positiva per TS è un importante fattore di rischio per suicidio (Owens et al., 2009)
- il 7-12% delle persone che hanno tentato il suicidio moriranno per suicidio entro 10 aa (Parslow, 2007; Owens, 2009)
- il periodo di maggior rischio è entro un anno dal primo TS; rischio massimo nei primi mesi (Pincus et al., 1995; Oquendo et al., 1996; Angeli et al., 2002; Galanter et al., 1993; Coccaro et al., 2005; Mann, 2005)

La Prof.ssa Caredda di Roma (I) ha presentato dei dati veramente interessanti tratti dalla casistica del suo centro ospedaliero, da cui emerge come il rischio di suicidio nei soggetti già ricoverati per tentato suicidio sia più alto nel primo mese dopo la dimissione e vada a calare progressivamente entro un anno dalla dimissione. La relatrice ha iniziato il suo intervento sottolineando che l'esperienza del suicidio è anticipata da un lungo periodo di indicibile sofferenza mentale che non conosce sollievo. La Prof. Caredda ha sottolineato



**TEMPO INTERCORSO PRIMA DI UN NUOVO TENTATIVO DI SUICIDIO**

Intent Score Scale: punteggio più elevato della sottoscala "Circostanze relative al tentativo di suicidio"

ricovero in SPDC

MINORE TEMPO PRIMA DI UN NUOVO TENTATIVO DI SUICIDIO (p = 0,047; Hazard Ratio = 2,263; IC = 1,10 (0,57) - 4,67)

TEMPO MAGGIORE PRIMA DI UN NUOVO TENTATIVO DI SUICIDIO (p = 0,034; Hazard Ratio = 0,925; IC = 0,68 (0,36) - 1,31)

le principali strategie e procedure da attuare per cercare di far fronte a questa problematica, dove un ruolo di primaria importanza è svolta dalla possibilità di instaurare una relazione col paziente vittima di un tentato suicidio, al fine di prevenire una possibile ricaduta. La relatrice è quindi passata ad illustrare l'attività e la casistica del suo centro psichiatrico di prevenzione del suicidio, sottolineando l'importanza del ricovero in ambiente ospedaliero come strumento di dilazione temporale di un nuovo

tentativo suicidario.

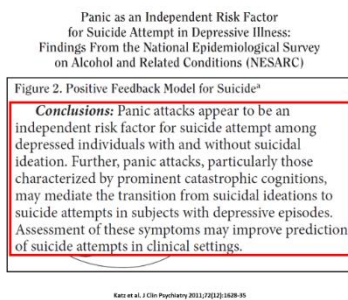
- Qual è il tempo medio che intercorre prima di un nuovo tentativo suicidario?
- Qual è la correlazione fra nuovi tentativi suicidari e stato occupazionale?
- Quali sono le principali diagnosi psichiatriche dei pazienti che hanno tentato il suicidio?
- Qual è il protocollo TS del policlinico Umberto I?
- Qual è il rischio di nuovi TS in un soggetto con anamnesi positiva per TS?

Per rispondere a queste e ad altre domande clicca su questo link:

<http://www.fondazione-menarini.it/Archivio-Eventi/2016/Giornata-Mondiale-per-la-Prevenzione-del-Suicidio/Materiale-Multimediale>

... e, dopo aver effettuato il login, accedi al materiale multimediale.

# Disturbo di panico e rischio suicidario: correlati psicopatologici e clinici



Il Prof. De Berardis di Teramo (I) ha parlato della correlazione fra disturbi di panico e rischio suicidario, partendo dalla considerazione che malgrado la presenza di studi che in maniera decisamente inconfutabile leghino i disturbi di panico col rischio suicidario, esiste ancora un considerevole numero di operatori mentali che sottovalutano questa correlazione. Il relatore ha quindi presentato dati pubblicati da

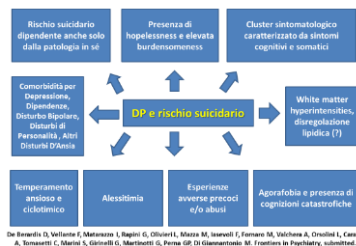
Il ruolo delle esperienze avverse precoci



Jimmy Krieger, Shutterstock / iStock / iStock.com my book, Adapted from the photograph, 2013

svariati studi al fine di illustrare i principali correlati psicopatologici

## Conclusioni e "take home messages"



e clinici che legano panico e rischio

suicidario. Nell'ultima parte della sua relazione il Prof. De Bernardis ha parlato del ruolo del Temperamento e delle Esperienze Avverse precoci nel determinismo di profili di personalità a rischio suicidario in presenza di disturbi di panico. In conclusione il relatore ha presentato un correlato psicopatologico caratterizzato dalla centralità della relazione fra disturbi di panico e rischio suicidario.

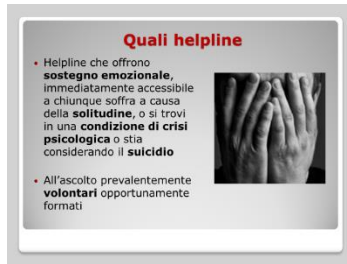
- Quali sono le principali forme psicopatologiche che correlano con i disturbi di panico e rischio suicidario?
- Quale ruolo hanno le esperienze avverse precoci nello scatenare i disturbi di panico?
- Qual è il ruolo del Temperamento nel determinismo dei disturbi di panico?
- Quali sono i possibili correlati psicopatologici dei disturbi di panico e del rischio suicidario?

Per rispondere a queste e ad altre domande clicca su questo link:

<http://www.fondazione-menarini.it/Archivio-Eventi/2016/Giornata-Mondiale-per-la-Prevenzione-del-Suicidio/Materiale-Multimediale>

... e, dopo aver effettuato il login, accedi al materiale multimediale.

# Quale futuro per le helplines?



La Dr.ssa Rucli di Udine (I) ha parlato delle Help Lines nate circa 60 anni fa per dare la possibilità a persone in stato di solitudine di prendere contatto telefonico con altre persone disponibili all'ascolto - anche attivo - e opportunamente preparate allo scopo.

La relatrice ha descritto l'organizzazione che sottende a queste strutture assistenziali, sottolineandone la diffusione globale a livello europeo, essendo presenti in almeno 30 Paesi. La parte principale della relazione è stata dedicata alle nuove sfide che Help Lines devono affrontare per mantenere il proprio ruolo di supporto alla persona in stato di



solitudine. La relatrice ha concluso il suo intervento sottolineando che empatia e rispetto sono fondamentali per instaurare una relazione costruttiva fra operatore e utente, che i primi tre minuti di conversazione sono determinanti affinché la relazione di aiuto sia efficace e che passando da un ascolto attivo a un dialogo compressivo di domande al chiamante, rende più efficaci sia l'aiuto che la prevenzione del suicidio.



- Qual è la definizione di Help Line data dalla relatrice?
- Quali sono le caratteristiche del Servizio all'ascolto?
- Quali sono i dati a livello europeo relativi alle Help Line presentati dalla Dr.ssa Rucli?
- Quali sono i cambiamenti avvenuti dalla nascita delle Help Line ad oggi?
- Quali sono le principali sfide che il futuro riserva alle Help Line, indicate dalla relatrice?

Per rispondere a queste e ad altre domande clicca su questo link:

<http://www.fondazione-menarini.it/Archivio-Eventi/2016/Giornata-Mondiale-per-la-Prevenzione-del-Suicidio/Materiale-Multimediale>

... e, dopo aver effettuato il login, accedi al materiale multimediale.

# Trauma infantile, attaccamento e rischio di suicidio

## Studi recenti su trauma infantile e suicidio

- Recentemente, Lee et al. (2016) hanno condotto uno studio in 350 homeless di 50 e più anni investigando la presenza di diversi tipi di traumi infantili (trascuratezza fisica, abusi verbali, abuso fisico, abuso sessuale, morte di un parente, incarcerazione di un parente, e inclusione nel bambino nel sistema di assistenza sociale).
- Gli autori hanno riscontrato che l'esposizione a un trauma infantile aumentava il rischio di sintomi depressivi (AOR= 2.0) e di comportamenti suicidari (AOR: 4.6). Il rischio aumentava poi all'aumentare del numero di traumi infantili riferiti.

Il Prof. Innamorati di Roma (I) ha parlato della correlazione fra trauma infantile, attaccamento e rischio suicidario. Nel corso della sua presentazione il relatore ha presentato dati tratti dalla letteratura e in particolare da metanalisi che hanno studiato questa correlazione.

Dalla loro lettura emerge chiaramente

una stretta relazione fra rischio suicidario e traumi infantili. I traumi infantili, sia di tipo fisico che psicologico, possono indebolire la capacità dell'organismo a reagire adeguatamente agli stress, inoltre queste esperienze possono anche creare disturbi nelle relazioni di attaccamento del bambino e creare pertanto i presupposti per ulteriori cicli traumatici che si ripeteranno nel futuro

quando il bambino nel frattempo sarà diventato adulto. Dopo queste premesse il relatore è passato ad esaminare la correlazione esistente fra rischio suicidario e alterazione dell'asse ipotalamo-ipofisurrene e presenza di stati depressivi. Il Prof. Innamorati, nell'ultima parte del suo intervento ha parlato infine delle strategie di prevenzione da implementare per la valutazione del rischio suicidario di questi pazienti.

## Suicidio e attaccamento

- Sebbene la diretta accessibilità alle figure genitoriali diventi sempre meno importante con l'adolescenza, la sicurezza dell'attaccamento fornisce all'individuo la certezza che i genitori siano una base sicura su cui fare affidamento quando necessario.
- Gli adolescenti sicuri sono quindi più resilienti, capaci di usare le fonti di supporto sociale e più sicuri nel processo di individuazione.
- In questo senso, gli adolescenti a rischio di suicidio mostrerebbero meno sicurezza nel loro attaccamento e meno individuazione nelle loro relazioni con i genitori.

(de Jong, 1992; Stepp et al., 2008)

## Prevenzione

- Per una valutazione del rischio di suicidio è quindi importante valutare
  - La storia di comportamenti suicidari
  - La presenza di ideazione suicidaria
  - La presenza dei diversi fattori di rischio
    - ✦ Traumi infantili ed eventi di vita stressanti
    - ✦ Impulsività
    - ✦ Pessimismo (hopelessness)
    - La presenza di fattori protettivi
      - ✦ Resilienza

- Quali sono i principali effetti del Trauma infantile?
- Quale relazione esiste fra Trauma infantile e Attaccamento?
- Cosa dicono gli studi recenti sulla correlazione fra Trauma infantile e Suicidio?
- Quali sono le principali strategie di prevenzione del tentativo suicidario in soggetti che hanno vissuto un Trauma infantile?

Per rispondere a queste e ad altre domande clicca su questo link:

<http://www.fondazione-menarini.it/Archivio-Eventi/2016/Giornata-Mondiale-per-la-Prevenzione-del-Suicidio/Materiale-Multimediale>

... e, dopo aver effettuato il login, accedi al materiale multimediale.



**Convegno di Suicidologia  
e Salute Pubblica**

Giornata Mondiale per  
la Prevenzione del Suicidio  
XIV edizione

La prevenzione del suicidio:  
relazionarsi, comunicare, assistere



Queste sono solo alcune delle tematiche trattate durante i lavori congressuali.

Per un maggior approfondimento si rimanda al sito della Fondazione Internazionale Menarini dove sono presenti le relazioni congressuali in versione integrale.

Per rispondere a queste e ad altre domande clicca su questo link:

<http://www.fondazione-menarini.it/Archivio-Eventi/2016/Giornata-Mondiale-per-la-Prevenzione-del-Suicidio/Materiale-Multimediale>

... e, dopo aver effettuato il login, accedi al materiale multimediale.