

## **Il Ruolo Del D.E.U. Nella Prevenzione Dei Suicidi: Una Ricerca Sui Comportamenti Autolesivi**

Dott. Angelo Napoli

Psicologo – Psicoterapeuta. Società Italiana Psicologia dell’Emergenza

[sipemscientifica@gmail.com](mailto:sipemscientifica@gmail.com)

### **Introduzione**

Il fenomeno dei suicidi e delle condotte parasuicidarie rappresenta un problema sanitario di estrema importanza, non solo in termini puramente numerici ma anche in termini di benessere personale così come di costi per la collettività.

Nell’anno 2000 circa un milione di persone ha perso la vita a causa di suicidio e tra 10 e 20 milioni di persone hanno tentato il suicidio.

Un’interessante ricerca svolta in Tasmania da A. Salter e P. Pielage apparsa su *Emergency Medicine* (2000) ha mostrato come il 58,7% delle persone che si erano suicidate negli anni dal ’95 al ’97 erano state viste in un Dipartimento di emergenza nel passato (il 29,6% nei 12 mesi precedenti il suicidio); questo dato mostra come il D.E.U. rappresenti una struttura di primaria importanza nella gestione dei pazienti a rischio suicidario, nonché nella prevenzione dei suicidi.

Tra i fattori di rischio suicidario conosciuti, i comportamenti autolesivi hanno la più forte correlazione (Gunnell et al., ’95). Il comportamento autolesivo può essere definito come “una azione non accidentale attraverso cui un individuo cerca di procurarsi delle lesioni o assume sostanze in eccesso rispetto alla dose prescritta o comunque riconosciuta come avente valore terapeutico”.

Una ricerca di T. Foster et al. (’97) ha evidenziato come nell’Irlanda del Nord il 25% delle persone che si sono suicidate si era presentato ad un D.E.U. in seguito agli esiti di un comportamento autolesivo nei dodici mesi precedenti la morte.

La presente ricerca è volta ad individuare quanti pazienti si sono presentati al D.E.U. del Policlinico “Le Scotte” di Siena nel periodo Febbraio-Giugno 2002 in seguito ad un comportamento autolesivo; scopo della ricerca è anche analizzare come questi pazienti sono stati gestiti dalla suddetta struttura. Al termine della ricerca verrà presentata una proposta per la gestione psicologica dei pazienti che hanno messo in atto un comportamento autolesivo.

### **Metodo**

Le informazioni per completare lo studio sono state ottenute dall’analisi delle cartelle cliniche dei pazienti afferiti al D.E.U. nel periodo Febbraio-Giugno 2002 nonché dall’esito di colloqui di valutazione psicologica.

Le variabili prese in considerazione dalla ricerca sono: età, sesso, codice triage, ora di arrivo, modalità di arrivo, diagnosi di accettazione, ora di dimissione, modalità di dimissione, diagnosi di dimissione, prestazioni psichiatriche e/o psicologiche erogate, precedenti accessi alla struttura e motivazioni di tali accessi.

Per i soggetti del campione è stata inoltre effettuata una ricerca sul data base del D.E.U. per evidenziarne eventuali precedenti accessi alla struttura a partire dal 1/2/’99; in questo caso le variabili prese in considerazione sono: numero degli accessi, diagnosi di accettazione e modalità di dimissione.

## Risultati

La ricerca ha evidenziato un totale di 31 soggetti che si sono presentati al D.E.U. del Policlinico "Le Scotte" di Siena nel periodo Febbraio-Giugno 2002 in seguito ad un comportamento autolesivo.

I risultati della ricerca vengono presentati sinteticamente con l'ausilio di 5 tavole.

La tavola 1 mostra la distribuzione del campione rispetto alle variabili età e sesso.

La tavola 2 presenta i dati relativi alla gestione dell'utente nella fase di accesso alla struttura di primo soccorso.

La tavola 3 presenta i dati relativi alla gestione dell'utente nella fase di dimissione dalla struttura di primo soccorso.

La tavola 4 mostra la percentuale degli utenti per i quali è stato richiesto o effettuato un approfondimento diagnostico mediante Consulenza psicologica e/o psichiatrica.

La tavola 5, infine, presenta i dati relativi ad eventuali precedenti accessi dei soggetti del campione alla struttura di primo soccorso.

### Tavola 1 Variabili demografiche

<b>Età media</b>	39,6 anni (mancano età di Baldi e Massetani)		
<b>Range di età</b>	15-82 anni (dev stand. se vuoi calcolarla)		
	<u>15-35</u>	<u>35-55</u>	<u>55-82</u>
<b>Fasce di età</b>	16 (51,6%)	10 (32,3%)	5 (16,1%)
	<u>Maschi</u>	<u>Femmine</u>	
<b>Sesso</b>	7 (22,6%)	24 (77,4%)	

### Tavola 2 Accesso al D.E.U.

	<u>6-14</u>	<u>14-22</u>	<u>22-6</u>		
<b>Ora arrivo</b>	10 (32,2%)	13 (42%)	8 (25,8%)		
	<u>Ambul./118</u>	<u>Mezzo proprio</u>			
<b>Modalità arrivo</b>	24 (77,5%)	7 (22,5%)			
	<u>Verde</u>	<u>Giallo</u>	<u>Rosso</u>		
<b>Codice triage</b>	7 (22,6%)	19 (61,3%)	5 (16,1%)		
	<u>Intos.</u>	<u>Defenstr.</u>	<u>Incid. strad.</u>	<u>Ingest. corpi estranei</u>	<u>Svenament</u>
<b>Diagnosi di Accettazione</b>	25 (80,6%)	2 (6,4%)	1 (3,3%)	2 (6,4%)	1 (3,3%)

### **Tavola 3 Dimissioni dal D.E.U.**

---

	<u>T medio h/m</u>					
<b>Tempo di degenza</b>	2,58					
		<u>Ricovero Pol.</u>	<u>Trasf.</u>	<u>A domicilio</u>	<u>Dim. volontaria</u>	
<b>Modalità di dimissione</b> Num (%)	14 (45,2%)	6 (19,4%)	5 (16%)	6 (19,4%)		
		<u>Intos.</u>	<u>Defenestr.</u>	<u>Incid. strad.</u>	<u>Ingest. corpi estranei</u>	<u>Svenam.</u>
<b>Diagnosi di dimissione</b>	25 (80,6%)	2 (6,4%)	1 (3,3%)	2 (6,4%)	1 (3,3%)	

---

### **Tavola 4 Valutazioni psichiatriche e/o psicologiche effettuate**

---

**Val. psichiatriche** 17 (54,8%)

**Val. psicologiche** 6 (19,3%)

---

### **Tavola 5 Precedenti accessi al D.E.U.**

---

**Sogg. con prec. accessi** 18 (58,1%)

---

**Media prec. accessi per soggetto** 4,9 (Range: min. 1 – max 19)

---

#### **Diagnosi di accettazione prec accessi**

Intos. farmaci	20 (22,7%)
Intos. alcolici	10 (11,4%)
Int. sost. stup.	3 (3,4%)
Int. altre sost.	1 (1,1%)
Incid. stradale	5 (5,7%)
Ustione	2 (2,2%)
Aggressione	3 (3,4%)

Probl. psicol/psych.	10 (11,4%)
Trauma accid.	17 (19,3%)

---

Tot. 72 (81,7%)

---

### Modalità di dimissione

Ricovero in Pol.	13 (14,8%)
Trasf. altra strutt.	7 (8%)
Dim. volontaria	11 (12,5%)
A domicilio	57 (64,7%)

---

### Discussione

Per quanto riguarda le variabili demografiche, la presente ricerca fornisce dati che sono coerenti con le conclusioni cui sono giunti la maggior parte degli studi precedenti; soprattutto per quanto riguarda la distribuzione del campione fra i due sessi, viene confermata la preponderanza del sesso femminile nella messa in atto di comportamenti autolesivi.

L'età media del campione è più alta di quella riportata in letteratura, anche se il risultato potrebbe essere spiegato dall'esiguità del campione; ricordiamo altresì che i soggetti di età compresa tra i 15 e i 35 anni (quindi con età inferiore alla media) rappresentano il 51,6% del campione.

L'analisi dell'orario di accesso al D.E.U. evidenzia come il campione sia distribuito in maniera tendenzialmente omogenea all'interno delle tre fasce considerate (fasce corrispondenti ai turni di servizio del personale del D.E.U.), con una lieve prevalenza (peraltro non significativa) di accessi durante il turno pomeridiano, seguito dal turno mattutino e da quello notturno.

Il codice di Triage assegnato con maggiore frequenza è il giallo (61,3%); codici di maggiore gravità (giallo e rosso) sono stati assegnati al 77,4% dei soggetti, dato che evidenzia come ai soggetti afferenti al D.E.U. in seguito ad un comportamento autolesivo sia stato assicurato nella maggior parte dei casi un accesso tempestivo alle prestazioni della struttura.

L'analisi dei dati riferiti alla diagnosi di accettazione ci permette di distinguere tra le diverse modalità autolesive scelte dai soggetti del campione.

L'intossicazione esogena da farmaci o altre sostanze (la modalità riferita nella letteratura internazionale come "self-poisoning") risulta essere la modalità prevalente (80,6%); il dato conferma sostanzialmente i risultati di precedenti ricerche (Hawton e Fagg, '92; Runeson et al., 2000).

E' da notare come il comportamento autolesivo definito "self-poisoning" rappresenti in realtà unicamente il 24% tra le cause di morte per suicidio (Hawton e Fagg, op.cit.); l'intossicazione esogena (da farmaci o altre sostanze) risulta essere, anche in questa ricerca, il comportamento autolesivo più riconoscibile e riconosciuto, anche se la letteratura ci avverte non essere tra i maggiormente letali.

Quest'ultima considerazione apre un ampio spazio di discussione, che sarà sviluppato nella proposta a margine della ricerca, sulla possibilità/necessità di migliorare l'efficacia nella prevenzione dei suicidi di una struttura di primo contatto e intervento quale quella di un D.E.U..

A questo proposito, i risultati della ricerca di Salter e Pielage (op. cit.) sono netti quanto allarmanti: nessuno dei 44 pazienti acceduti al D.E.U. in seguito ad una patologia di tipo traumatico (come aggressione, incidente stradale, lesione ai tessuti molli, trauma ortopedico o ustione) e successivamente suicidatosi è stato ricoverato o ha usufruito di una consulenza psicologica o psichiatrica volta a valutare la potenzialità autolesiva dell'episodio che ha causato l'arrivo al Pronto Soccorso; solo 2 pazienti dei 25 (l'8%) acceduti al D.E.U. in seguito ad una patologia di tipo non

traumatico (come dolore al petto, problemi respiratori, dolore generalizzato, dolore addominale) e successivamente suicidatosi è stato ricoverato o ha usufruito di una consulenza psicologica o psichiatrica volta a valutare la potenzialità autolesiva dell'episodio che ha causato l'arrivo al Pronto Soccorso. Se si considera che questi 77 pazienti per i quali è mancata la valutazione della intenzionalità autolesiva rappresentano il 67% dei soggetti acceduti al D.E.U. e poi suicidatisi, si vede come il miglioramento nell'efficacia preventiva di una struttura di primo soccorso debba passare 'anche' da uno sforzo professionale ed istituzionale teso a prevedere ed attuare la valutazione dell'intenzionalità autolesiva di comportamenti a prima vista innocui ma che la ricerca ci dice essere 'a rischio'.

Anche nel caso della nostra ricerca, l'unico soggetto del campione giunto in Pronto Soccorso in seguito ad un incidente stradale poi rivelatosi essere un tentativo di suicidio ha una storia del riconoscimento dell'intenzionalità autolesiva singolare.

Nella cartella clinica del soggetto in questione figurava una diagnosi di accettazione di "trauma contusivo da incidente stradale, sospetta intossicazione esogena", mentre non compare nessun riferimento a comportamenti autolesivi né tra gli accertamenti diagnostici risulta una richiesta di approfondimento psicologico/psichiatrico del caso; unicamente un contatto occasionale con l'utente, parte del mio approccio di lavoro come Psicologo all'interno del D.E.U. del Policlinico "Le Scotte" di Siena, ha permesso di far emergere sin dal primo colloquio la possibile intenzionalità autolesiva del comportamento in questione, intenzionalità che è stata poi approfondita e riconosciuta pienamente nei successivi colloqui di consulenza proposti all'utente stesso e da questo accettati.

Anche l'analisi dei dati della Tavola 3 permette alcune interessanti osservazioni.

Il Tempo medio di degenza dei soggetti del campione è di 2h 58min, con un tempo di degenza minimo di 37 minuti ed un tempo di degenza massimo di 7h 24 minuti.

Nelle diagnosi di dimissione vengono totalmente confermate le valutazioni espresse in sede di accettazione.

Per l'84% dei soggetti è stato proposto un ricovero (rispettivamente il 45,2% è stato ricoverato in Reparti interni al Policlinico, il 19,4% è stato trasferito in una struttura sanitaria esterna, il 19,4% ha rifiutato volontariamente il ricovero che gli era stato comunque proposto). Questo dato risulta essere, a mio avviso, complessivamente positivo poiché implica un approfondimento della valutazione diagnostica dei soggetti e rende più probabile il riconoscimento/approfondimento di variabili causali di natura prevalentemente psicologica; la positività del dato non dovrebbe comunque indurre a facili ottimismo, dal momento che per la quasi totalità dei soggetti del nostro campione l'intenzionalità autolesiva era stata riconosciuta già a livello di valutazione in accesso alla struttura.

17 soggetti del campione (54,8%) hanno usufruito di una consulenza psichiatrica.

6 soggetti del campione (19,3%) hanno usufruito di una consulenza psicologica; la percentuale dei soggetti che hanno usufruito di una consulenza psicologica si attesta al 26% qualora si consideri il numero di soggetti transitati in Pronto Soccorso in orari nei quali lo psicologo era presente.

Ricordiamo ancora una volta che i soggetti del nostro campione sono stati autori 'riconosciuti' di un comportamento autolesivo, ragion per cui sarebbe stato auspicabile, per l'utente come per la qualità/efficacia del servizio, fosse stato garantito a tutti un approccio diagnostico/terapeutico che tenesse conto delle variabili psicologiche implicate nella messa in atto del comportamento autolesivo.

La Tavola 5 presenta, a nostro avviso, dati la cui analisi può essere proficuamente sfruttata per migliorare la qualità e l'efficacia delle funzioni di prevenzione e di intervento cui un D.E.U. è chiamato a rispondere nel caso delle condotte suicidarie.

Innanzitutto si nota come 18 soggetti (58,1% del campione) fossero già transitati dal D.E.U. del Policlinico "Le Scotte" di Siena prima del loro ultimo accesso a causa di un comportamento autolesivo.

I 18 soggetti in questione hanno totalizzato un numero complessivo di 88 accessi, con una media di 4,9 accessi precedenti per soggetto e con un range che varia da un minimo di 1 ad un massimo di 19 precedenti accessi per ogni soggetto).

L'analisi delle valutazioni diagnostiche rivela come l'81,7% (72 su88) di questi accessi sia stato giustificato o dalla messa in atto di comportamenti ritenuti dalla letteratura come possibili spie di una tendenza autolesiva (intossicazione da farmaci, intossicazione da alcolici, intossicazione da sostanze stupefacenti, intossicazione da altre sostanze, ustione, incidente stradale) o dall'appartenenza del soggetto a categorie 'a rischio' per comportamenti autolesivi (soggetti con problemi di tipo psicologico/psichiatrico, vittime di aggressione o violenza).

Per quanto riguarda la significativa percentuale (19,1%) di traumi di riferita natura accidentale che sono alla base dell'accesso al D.E.U., questo dato, a nostro avviso, non fa che rafforzare la convinzione del fatto che comportamenti apparentemente "innocui" possano esprimere in modo non immediatamente riconoscibile una sottostante intenzionalità autolesiva. Ricordiamo qui che la categoria diagnostica "trauma accidentale" fa dea tempo parte dei comportamenti ritenuti indice di una possibile tendenza autolesiva.

L'analisi dei dati relativi alle modalità di dimissione mette in luce come nel 64,7% dei casi l'utente sia stato riferito al proprio domicilio, assottigliando i tempi a disposizione per un approfondimento della possibile intenzionalità autolesiva del comportamento messo in atto.

Nel loro complesso, i dati della Tavola 5 suggeriscono come sia possibile ipotizzare un difetto nella risposta della struttura di primo soccorso sui due fronti della valutazione/riconoscimento delle motivazioni alla base dell'accesso in Pronto Soccorso da un lato, e della progettazione/proposizione di un intervento terapeutico efficace nei casi in cui l'intenzionalità autolesiva sia stata riconosciuta.

## **Una proposta di servizio di valutazione psico-sociale e di primo intervento.**

I risultati della ricerca effettuata possono essere così riassunti:

- quando riconosciuto, il comportamento autolesivo è stato affrontato nel breve termine in maniera adeguata dal punto di vista strettamente medico (accesso prioritario al percorso diagnostico/terapeutico, alta percentuale di ricoveri per approfondimento diagnostico);
- il riconoscimento dell'intenzionalità autolesiva non ha comportato una automatica richiesta di approfondimento psicologico/psichiatrico del caso (una consulenza psicologica e/o psichiatrica è stata richiesta espressamente nel ??% dei casi);
- la maggioranza dei soggetti del campione si è rivolta più volte al D.E.U. in precedenza evidenziando patologie simili a quelle che hanno causato l'ultimo accesso per comportamento autolesivo o comunque manifestando comportamenti 'a rischio' di intenzionalità autolesiva; sembra allora lecito supporre che il mancato riconoscimento in fase diagnostica di una possibile componente autolesiva come determinante della patologia di accesso al D.E.U. abbia avuto ripercussioni anche sull'efficacia dell'approccio terapeutico proposto nel medio-lungo termine determinando una sequenza di accessi multipli per i medesimi soggetti;
- la mancanza di un approccio preventivo sistematico non ha permesso in molti casi il riconoscimento di una intenzionalità autolesiva sottostante alcuni comportamenti che hanno causato l'accesso al D.E.U.; questa mancanza ha avuto, secondo noi, ripercussioni sia sul ridotto numero complessivo dei soggetti entrati a far parte del nostro campione, sia sulla scarsa rappresentatività percentuale di soggetti con diagnosi che non sia quella di intossicazione esogena (ricordiamo ancora una volta come nelle condotte di 'self-poisoning' l'intenzionalità autolesiva sia facilmente riconoscibile e come, al contrario, nel caso di altre condotte il riconoscimento di tale intenzionalità sia più arduo).

Alla luce di queste considerazioni, la nostra proposta per il miglioramento dell'efficacia di un D.E.U. nella prevenzione delle condotte suicidarie si articola su due fronti distinti, andando ad incidere sul processo diagnostico da un lato e su quello terapeutico dall'altro.

### *Migliorare il processo diagnostico: il servizio di valutazione psico-sociale.*

Il servizio di valutazione psico-sociale proposto intende offrire al sistema di primo soccorso l'opportunità di ampliare la gamma dei propri strumenti di valutazione diagnostica a vantaggio della qualità del servizio offerto all'utente; l'analisi, in questo caso, tenta di spingersi oltre il sintomo, alla ricerca della possibile rilevanza causale di variabili di tipo psicologico e sociale nella messa in atto di comportamenti che mettono a rischio l'integrità fisica del soggetto.

*Destinatari* del servizio dovrebbero essere tutti i soggetti che accedono al D.E.U. con le seguenti diagnosi: tentato suicidio, intossicazione esogena, incidente stradale, trauma accidentale, ustione, aggressione, problemi psichiatrici (se ti viene in mente qualche altra categoria interessante)

Gli *obiettivi* del servizio sono:

- valutare la presenza dell'intenzionalità autolesiva;
- individuare soggetti a rischio di ripetizione del comportamento autolesivo

La valutazione psicosociale è attuata attraverso il contatto diretto con l'utente e, ove possibile, con i familiari al seguito e si basa su un colloquio clinico di valutazione non strutturato ma focalizzato: viene dunque concesso all'utente lo spazio per raccontare i fatti e per raccontarsi senza però trascurare l'analisi di alcuni fattori di rischio quali:

- la presenza di segni di sofferenza psicologica attuale;
- la presenza di pregresse problematiche di natura psicopatologica e l'eventuale ricorso a terapie psicologiche o psichiatriche;
- la presenza di temi di pensiero di natura autolesiva;
- l'appartenenza del soggetto a gruppi ritenuti ad alto rischio di comportamento suicidario;
- la presenza di coesistenti condotte di abuso;
- la presenza e la qualità adattiva delle risorse psicologiche a disposizione del soggetto (con particolare attenzione alle strategie di mastery e di coping);
- la presenza e la qualità delle risorse sociali a disposizione del soggetto (situazione familiare e lavorativa, appartenenza a gruppi).

Quando ritenuto necessario, i dati ricavati dal colloquio possono essere integrati facendo ricorso a precisi strumenti psicometrici.

Nei soggetti per i quali è stato riconosciuto il tentativo di suicidio, il clinico può servirsi della Intent Score Scale (Pierce, '81) per valutare il livello di intenzionalità suicidaria ed il grado di letalità del tentativo messo in atto.

Laddove il tentativo di suicidio non sia stato riconosciuto, ma emergano dal colloquio indizi di una possibile componente psicologica di natura autolesiva, il clinico può servirsi della Scale for Suicide Ideation (Beck et al., '79) o, in alternativa, della Suicide Assessment Scale (Stanley et al., '86) per la valutazione dell'ideazione suicidaria.

Le scale di valutazione qui proposte hanno il non trascurabile vantaggio di prevedere la compilazione da parte dell'esaminatore, eliminando le difficoltà legate alle condizioni dei soggetti da esaminare, spesso allettati o comunque impossibilitati a compilare direttamente il test.

### *Migliorare il processo terapeutico: il servizio di primo intervento psicologico/referring*

Qualora la valutazione psico-sociale precedentemente delineata metta in luce la presenza di una intenzionalità autolesiva alla base del comportamento che ha causato l'accesso dell'utente al D.E.U., si attiva un servizio di prima assistenza psicologica e di referring.

Gli *obiettivi* del servizio sono:

- fornire assistenza psicologica immediata all'utente e ai familiari presenti;
- dare avvio ad un protocollo di gestione dell'utente nel medio-lungo periodo;
- diminuire il numero di accessi multipli al D.E.U. per comportamento autolesivo.
- Altro?

L'approccio proposto prevede una serie di passaggi:

- 1) sostegno psicologico immediato al soggetto e ai familiari.

- 2) Prima gestione
- 3) Contatto con struttura psichiatrica per l'eventuale prescrizione di psicofarmaci.
- 4) Assistenza nel medio-lungo termine
- 5) Follow-up

## **Bibliografia**

**Foster T., et al.** (1997) "*Mental disorders and suicide in Northern Ireland*", British Journal of Psychiatry, 170, 447-452.

**Hawton K., Fagg J.** (1992) "*Trend in deliberate self poisoning and self injury in Oxford: 1976-1990*", British Medical Journal, 304, 1409-1411.

**Runeson B. et al.** (2000) "*Management of suicide attempts in Italy and Sweden: a comparison of services offered to consecutive samples of suicide attempters*", General Hospital Psychiatry, 22, 432-436.

**Salter A., Pielage P.** (2000) "*Emergency departments have a role in the prevention of suicide*", Emergency Medicine, 12, 198-203.