



*Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento*

ASSOCIAZIONE

A.M.A.



auto mutuo aiuto

progetto
invito alla  **vita**

PREVENZIONE DEL SUICIDIO

Guida per operatori delle Forze dell'Ordine

Indice

Il fenomeno suicidario	pag. 5
Eventi suicidari nei residenti in Provincia di Trento Anno 2018	pag. 6
Fattori che incidono sul suicidio o sul tentativo di suicidio	pag. 7
Segnali di allarme	pag. 10
La gestione delle situazioni a rischio suicidario	pag. 11
Comunicare la morte di un familiare in circostanze traumatiche	pag. 14
Il programma di prevenzione del suicidio sul territorio trentino. Il progetto “Invito alla vita”	pag. 18
Gruppi di auto mutuo aiuto, club di ecologia familiare, club alcolici territoriali, alcolisti anonimi e familiari Al aNon in Provincia di Trento	pag. 22
Altri link utili	pag. 26

Ultimo aggiornamento dicembre 2020

IL FENOMENO SUICIDARIO

Secondo quanto riportato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 2016, si stima che nel mondo oltre 800.000 persone muoiono ogni anno togliendosi la vita (Preventing suicide: a global imperative. World Health Organization, 2014) e che ogni decesso sia preceduto da più tentativi di suicidio.

L'impatto sulle famiglie, sulla rete sociale e amicale e sulla comunità è rilevante, anche dopo molto tempo dall'evento. Purtroppo questi eventi non si propongono o non sono percepiti in genere come priorità o come un importante problema di salute pubblica, se non nell'immediato e in relazione al rilievo mediatico del momento. Nonostante una migliore conoscenza del suicidio e delle potenzialità di prevenzione, il tabù e lo stigma che circondano tale evento persistono e spesso le persone a rischio non cercano aiuto o sono lasciate sole. E se chiedono aiuto spesso né i servizi sanitari, né la famiglia e la comunità riescono a fornire aiuto tempestivo ed efficace. Eppure i suicidi sono potenzialmente prevenibili.

Poiché molti sono i fattori di rischio associati, al di là del disturbo mentale, come il dolore cronico o lo stress emotivo acuto, le azioni da mettere in campo per prevenire il suicidio devono provenire non solo dal settore sanitario, ma contemporaneamente anche da altri settori. In questo senso potrebbe risultare efficace una limitazione dell'accesso ai mezzi autolesivi (comprese armi da fuoco, pesticidi e farmaci tossici), una comunicazione responsabile da parte dei media, la protezione e la presa in carico delle persone ad alto rischio di suicidio, l'identificazione precoce e la gestione dei disturbi mentali e dei comportamenti e condizioni di vita a maggior rischio.

Secondo l'OMS, molte persone che tentano il suicidio provengono da gruppi vulnerabili e marginalizzati. Inoltre i giovani e gli anziani risultano essere le classi di età in cui questo evento si verifica più spesso.

Emerge inoltre che la reale portata del fenomeno spesso tende a essere sottovalutata a causa di sistemi di sorveglianza deboli, a una errata attribuzione di morte accidentale e al fatto che in alcuni Paesi questi eventi sono penalizzati. Si registra inoltre un'ampia variabilità da Paese a Paese: alcuni mostrano un trend stabile o in aumento del tasso di suicidi (come i Paesi dell'Est), mentre molti altri mostrano tendenze decrescenti a lungo termine.

Dagli ultimi dati OMS disponibili l'Italia registra un tasso di suicidi e fenomeni autolesivi \leq a 6/100.000 abitanti, collocandosi nella fascia più bassa rispetto ad altri paesi europei. In Italia, la Provincia di Trento risulta essere tra quelle con il più alto tasso di mortalità, insieme alle regioni del Friuli Venezia Giulia e della Sardegna.

EVENTI SUICIDARI NEI RESIDENTI IN PROVINCIA DI TRENTO

Anno 2018

Per quanto riguarda la provincia di Trento nel 2018 sono stati registrati **44 decessi** per suicidio tra persone residenti in Provincia di Trento, tale dato risulta essere in linea con la media provinciale degli ultimi 30 anni di 42,5 decessi/annuo per suicidio nei residenti in Provincia di Trento.

L'andamento per genere evidenzia un impatto costante e un andamento di maggiore incidenza dei **maschi** rispetto alle femmine. Nel 2018 si sono registrati 2 casi tra i minorenni (< 18 anni); l'età media complessiva è di 56 anni, 58 anni tra i maschi e 51 anni tra le femmine. Il tasso grezzo di suicidio mostra un andamento sostanzialmente costante fino ai 64 anni, dopo di che tende a crescere fino a raggiungere il picco nelle persone ≥ 75 anni.

L'andamento mensile appare abbastanza omogeneo nel corso degli anni, senza rilevanti variazioni da un anno all'altro; i mesi modali, nel 2018, sono: marzo e luglio; il mese con minor ricorrenza di casi è stato gennaio (0 suicidi). Il tempo che intercorre in media tra un evento e l'altro è di 7 giorni.

Per quanto riguarda le caratteristiche socio-anagrafiche della popolazione, mostrano che il fenomeno suicidario risulta essere più frequente nelle persone celibi/nubili e nei coniugati, rispetto ai separati, divorziati o vedovi. Risulta inoltre essere più frequente la categoria di persone con un grado di istruzione di "Licenza di scuola media inferiore" (31,8%); quella in cui si registrano meno suicidi è stata "Diploma universitario/Laurea breve" (nessuno).

Appaiono più a rischio, secondo i dati degli anni passati, tra i maschi quelli che risultano nella condizione di "ritirato dal lavoro" (47,2%), mentre tra le femmine è quella di "casalinga" (37,5%). Va segnalato che, sia tra i maschi che tra le femmine, si è registrato un consistente numero di suicidi tra la condizione di "studente" (rispettivamente 8,3% e 12,5% del totale).

La modalità prevalente complessiva è l'impiccagione (38,6%), seguita dalla precipitazione (22,7). Il luogo di accadimento prevalente, in entrambi i sessi, è la "casa" (68,2%), seguito da "altri luoghi specificati" (20,5% dei casi); nel 2,3% dei casi il luogo d'accadimento è stata una "Istituzione collettiva".

Il tasso grezzo di suicidio, per rete professionale territoriale di residenza, risulta più elevato in "Valsugana e Tesino", sia tra i maschi che tra le femmine.

A cura di Roberto Rizzello Silvano Piffer Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa, APSS – Trento, "RAPPORTO ANNUALE SUGLI EVENTI SUICIDARI IN PROVINCIA DI TRENTO Anno 2018" Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa Dipartimento di Governance, Trento Agosto 2020)

FATTORI CHE INCIDONO SUL SUICIDIO O SUL TENTATIVO DI SUICIDIO

Il **tentato suicidio, o parasuicidio**, è un evento di grande rilevanza e rappresenta un fattore di rischio per un suicidio vero e proprio: per questo il monitoraggio del fenomeno e la presa in carico delle persone e delle famiglie coinvolte possono costituire fattori importanti per il controllo e per la prevenzione del fenomeno nella popolazione. Monitorare tali eventi non è però facile in quanto non esiste un flusso informativo ad hoc.

Di seguito è riportata la definizione data dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1986:

*“Il **tentato suicidio** è inteso come un atto che non ha esito fatale, nel quale l'individuo o deliberatamente compie un atto non abituale che, senza l'intervento di altri, gli/le avrebbe causato un nocimento o deliberatamente ingerisce una sostanza in eccesso rispetto al dosaggio prescritto o a quello generalmente riconosciuto come terapeutico, la qual cosa, secondo quanto desiderato dall'individuo stesso, dovrebbe procurare delle gravi conseguenze alla sua salute”.*

Il tentativo di togliersi la vita è associato a bassa autostima, a difficoltà interpersonali e intrapersonali, a mancanza di aspettative positive per il futuro e all'incapacità di trovare soluzioni alternative ai problemi.

I fattori che espongono un individuo ad un elevato rischio di suicidio, o tentato suicidio, sono dunque complessi e connessi tra loro. La capacità di identificare questi elementi risulta fondamentale ai fini della prevenzione; esiste, infatti, una correlazione tra la frequenza cumulata di eventi avversi ed il rischio di suicidio.

Solitamente i fattori di rischio si suddividono in:

FATTORI INDIVIDUALI, riguardano gli aspetti biologici (età, sesso) e la storia personale di ogni soggetto:

- **Età:** in genere la percentuale di suicidi nelle persone sopra i 75 anni è di 3 volte maggiore di quella dei giovani. I parasuicidi risultano invece più comuni nella fascia giovanile, fenomeno che sembra spiegabile con una più forte impulsività nei giovani e, viceversa, con una maggiore pianificazione dell'atto nell'anziano.
- **Sesso:** il suicidio è più frequente nel sesso maschile (di 3 volte maggiore rispetto alle donne), contrariamente, il numero di parasuicidi compiuti da donne è superiore di circa 4 volte quello degli uomini.
- **Storia familiare problematica:** disturbi psichici, problemi di alcool, suicidio.
- **Storia familiare di perdita, abusi, abbandoni.**
- **Precedenti tentativi di suicidio:** tale fattore aumenta il rischio di morte auto inflitta fino a 40 volte rispetto alla media, e si mantiene elevato per anni. Il 10-15% delle persone che hanno già tentato il suicidio riesce nel proprio intento.

- **Gravi e/o croniche patologie mediche:** il 20-50% dei tentativi di suicidio (specialmente in età avanzata) è riconducibile a una grave e dolorosa malattia fisica, spesso con prognosi negativa.
- **Problemi alcool correlati.**
- **Uso di altre sostanze.**
- **Presenza di un disturbo mentale:** le malattie psichiatriche, insieme ad un precedente tentativo di suicidio, costituiscono il principale fattore di rischio. Il 40-50% dei suicidi presentano uno stato di depressione grave ed il 90% delle persone che si toglie la vita soffre di un disturbo psichico o sono affette da dipendenze (alcool, altre sostanze, gioco d'azzardo, internet). Le patologie maggiormente associate al suicidio sono i disturbi maggiori dell'umore, con rischio maggiore soprattutto nelle prime fasi della malattia.

I disturbi bipolari presentano un rischio particolarmente elevato nei momenti di viraggio; inoltre, i disturbi dell'umore con caratteristiche psicotiche sembrano comportare un rischio di suicidio 5 volte maggiore delle depressioni non psicotiche.

Per gli schizofrenici sembra esserci un rischio del 15% di suicidio, soprattutto per i soggetti maschi, giovani con buon funzionamento prima dell'esordio. Il suicidio, negli schizofrenici, si verifica in prevalenza nelle fasi di remissione dei sintomi floridi della malattia, quando avviene un'elaborazione depressiva del disagio.

Ricerche sui giovani, che hanno messo in atto o tentato il suicidio, hanno evidenziato la presenza di disturbi di personalità nel 20-50% dei casi; i più frequenti sono il disturbo borderline, (circa il 10% si suicida, mentre un numero maggiore mette in atto comportamenti parasuicidari senza intento letale), ed il disturbo antisociale (associabile ad un rischio inferiore, 5%, ma a comportamenti parasuicidari di tipo manipolativo superiore, circa il 50%) e anche il disturbo istrionico e narcisistico. Questi disturbi sono connotati da tratti di impulsività e aggressività. ⁴

FATTORI AMBIENTALI, riguardano il contesto sociale, che può determinare instabilità, ansia, insicurezza, frustrazione.

- **Problemi socioeconomici:** il suicidio è più frequente in soggetti disoccupati e/o in stato di indigenza.
- **Stato civile:** il suicidio è maggiormente presente rispettivamente nei vedovi, nei divorziati e nei single (soprattutto uomini). Il matrimonio e la presenza di figli piccoli sembrerebbero fattori di protezione.
- **Scarse relazioni sociali:** mancanza di supporto di reti familiari ed amicali.
- **Famiglia ad alto tasso di vulnerabilità sociale:** difficoltà socio-economiche.
- **Problemi scolastici o lavorativi.**

FATTORI PRECIPITANTI, situazioni di crisi che accrescono lo stato di ansia ed insicurezza.

- **Rottura di una relazione importante.**
- **Perdita del lavoro:** il periodo immediatamente successivo alla perdita del lavoro si delinea come il momento più critico.

- **Suicidio di una persona cara:** per il ruolo svolto dall'emulazione o identificazione.
- **Eventi traumatici.**

4. De Leo D., Pavan L., "Comportamenti suicidari" in Cassano G.B. e altri "Trattato italiano di psichiatria", Masson, Milano 2002.

SEGNALI DI ALLARME

Particolare attenzione deve essere posta a quei segnali che potrebbero indicare l'intenzione di porre fine alla propria vita.

- **Segnali verbali:** la persona parla di morte, afferma che a nessuno importerebbe della sua scomparsa.
- **Segnali comportamentali:** isolamento, stanchezza, agitazione, cambiamento delle abitudini legate al sonno e/o all'alimentazione.
- **Malessere psichico:** stanchezza, umore depresso irritabile, ansia e attacchi di panico, perdita di interesse e piacere, sentimenti di colpa, scarsa autostima.
- **Comportamenti o idee auto lesive.**
- **Abuso di sostanze.**
- **Somatizzazione:** numerose richieste di visite mediche per disturbi fisici.

LA GESTIONE DELLE SITUAZIONI A RISCHIO SUICIDARIO

Gli operatori delle forze dell'ordine, oltre ad intervenire quando si verifica la morte di una persona per suicidio, dovendo quindi verificare le modalità dell'evento ed affrontare con le dovute accortezze la fase di comunicazione del decesso alle persone significative, si trovano spesso a dover intervenire in situazioni di rischio suicidario, ed in scenari molto diversi.

È possibile difatti che si trovino a:

- 1- rilevare direttamente un'intenzionalità suicidaria da parte dell'interessato (attraverso minacce o azioni evidenti)
- 2- raccogliere la segnalazione da parte di terzi (familiari, amici, conoscenti, vicini, etc.)
- 3- intervenire in situazioni di urgenza varia (aggressioni, ordine pubblico ed altro) in cui contemporaneamente si manifesti un rischio suicidario

FINALITA' DELL'INTERVENTO

- Mettere in sicurezza la persona (es allontanamento da mezzi letali)
- Favorire l'accesso ai Servizi Psichiatrici e/o Sanitari

NOTA BENE: questi obiettivi vanno perseguiti evitando di mettere in pericolo sé stessi

STRATEGIE:

- **inquadramento della situazione:** richiede un'iniziale analisi ambientale (es se c'è accesso ad armi o mezzi letali), l'acquisizione di informazioni direttamente dalla persona o da terzi, la valutazione della presenza di grossolani sintomi psichiatrici (deliri, allucinazioni, confusione), la valutazione se la persona ha fatto uso di alcool o sostanze stupefacenti
- **valutare se e come coinvolgere i servizi psichiatrici o sanitari d'emergenza**

COME COMUNICARE IN CASO DI POSSIBILE RISCHIO SUICIDARIO

- Parlare in modo calmo, senza alzare la voce
- Presentarsi dicendo il proprio nome
- Creare le basi di una conversazione
- Offrire un ascolto attento e sensibile mostrando interesse genuino
- Continuare a cercare la comunicazione anche se la persona resta in silenzio
- Dare messaggi non verbali di comprensione (es annuire)
- Esprimere rispetto delle opinioni della persona
- Riconoscere i sentimenti di vergogna della persona
- Non interrompere, non parlare sopra e non porre domande in sequenza rapida
- Non giudicare e non minimizzare o banalizzare
- Non dare consigli

- Non rispondere a insulti o provocazioni
- Mostrare interesse e comprensione per i problemi espressi
- Chiedere come è possibile dare aiuto ed eventualmente suggerire la possibilità di trovare vie di uscita comunicando un senso di speranza
- Indagare se vi sono precisi piani suicidari e indagare se vi sono mezzi letali a disposizione (es farmaci, armi, etc.)
- Indagare se la persona ha comunicato o scritto i suoi intenti suicidari a qualcuno
- Chiedere se ha fiducia di qualcuno in particolare (amico, parente, medico di famiglia, psicologo o psichiatra) da coinvolgere eventualmente nelle fasi di intervento
- Chiedere se è in cura presso Servizi Specialistici e valutare un loro coinvolgimento

Ascoltare con attenzione ed empatia una persona a rischio suicidario è il primo passo per ridurre il livello di angoscia suicidaria. L'obiettivo è quello di superare l'isolamento creato dalla disperazione e dalla sfiducia e dare alla persona la speranza che le cose possano cambiare.

COSA FARE IN CASO DI POSSIBILE RISCHIO SUICIDARIO

- Evitare di correre rischi (stare lontani da armi o da altezze ed allontanare eventuali mezzi nocivi)
- Favorire un ambiente il più possibile tranquillo allontanando estranei o curiosi
- Cercare e se possibile mantenere il contatto visivo ma non immediatamente il contatto fisico
- Chiedere il permesso di avvicinarsi evitando movimenti bruschi
- Non far trasparire fretta o ansia e comunicare esplicitamente che ci si può prendere tutto il tempo desiderato
- Mantenere la calma e guadagnare tempo
- Non lasciare da sola la persona cercando nel contempo di instaurare una relazione di fiducia (rispetto e interesse sincero)
- Acquisire maggiori informazioni possibili dalla persona o da terzi
- Indagare se la persona ha abusato di sostanze stupefacenti o alcool (elemento di rischio per discontrollo impulsivo)
- Valutare se sono presenti sintomi psichiatrici grossolani (allucinazioni, deliri, confusione)
- Proporre un aiuto esterno (servizi sanitari) quindi gestire l'accompagnamento della persona ai servizi (eventuale collaborazione con 118): PS, CSM, GM, o medico di base

INTERVENTO INTEGRATO FORZE DELL'ORDINE E SERVIZI SANITARI

Il rischio suicidario genera in qualsiasi operatore, sanitario e non, emozioni intense e timori che potrebbero limitare l'intervento a una *presa in custodia temporanea* della persona a rischio e, appellandosi ai confini del proprio ruolo istituzionale, a delegare successivamente ad altri la gestione della situazione.

La complessità della situazione di rischio suicidario richiede invece la compartecipazione di più attori (servizi sanitari, famiglia, forze dell'ordine, etc.) impegnati nella costruzione di un intervento integrato, che presuppone:

- un'attenzione reciproca tra le diverse istituzioni coinvolte per comprendere ciò che sta avvenendo e coordinare i propri interventi
- un confronto sul significato dei singoli interventi e la interfunzionalità dei singoli ruoli
- la condivisione di un percorso comune (modalità, finalità, significati)

Non esistendo regole standard di intervento nelle situazioni di emergenza, ognuna avendo una propria specificità, l'ascolto reciproco tra forze dell'ordine e operatori sanitari è il primo passo per armonizzare gli interventi e consentire di indirizzare meglio il proprio operato, coordinandosi nei propri interventi anche attraverso la scelta dei comportamenti più adeguati nella specifica situazione.

CONSIDERAZIONI FINALI

La stessa divisa può evocare reazioni molto diverse nelle persone: per alcune può rappresentare un elemento rassicurante e di fiducia, per altre evocare costrizione e paura. L'operatore delle forze dell'ordine deve essere consapevole che può agire il proprio ruolo con finalità diverse, scegliendo quali atteggiamenti sia opportuno assumere nelle diverse situazioni (*es. atteggiamenti protettivi vs autoritari*).

Le forze dell'ordine rivestono inoltre un importante ruolo di "sensori" rispetto alle situazioni di rischio suicidario, potendo svolgere una funzione di mediazione tra comunità e servizi: il contatto con il tessuto della comunità può permettere infatti di venire a conoscenza di particolari situazioni di sofferenza umana e sociale, misconosciute ai servizi. Un lavoro in rete tra forze dell'ordine e servizi sanitari, che non avvenga solo nelle situazioni di crisi, favorirebbe quindi una maggiore capacità dei servizi di promozione della salute della collettività.

COMUNICARE LA MORTE DI UN FAMILIARE IN CIRCOSTANZE TRAUMATICHE

a cura di Psicologi per i Popoli – Trentino ODV

La comunicazione del decesso ai familiari rappresenta sempre un momento di estrema delicatezza e difficoltà. Il momento informativo può essere talmente denso di emozioni da indirizzare fortemente, nel bene e nel male, le risorse necessarie per rispondere alla crisi e affrontare le scelte connesse. Assumere quindi tale compito con modalità corrette può aiutare a ridurre nelle persone l'impatto traumatico della gravità dell'evento. È riconosciuto infatti che i decessi con caratteristiche di morte inattesa, prematura, evitabile e violenta aumentino nei familiari il rischio di lutto complicato e di disturbo da stress post-traumatico (Pietrantonio, Prati e Valli, 2006). Una comunicazione attenta e supportiva costituisce, dunque, una forma di prevenzione secondaria nei confronti delle reazioni di lutto dei familiari (Stewart, 1999; Tettamanzi e Sbattella, 2007).

I familiari in questo frangente ricevono una notizia che sarà ricordata per sempre. Essi subiscono una frattura che sconvolge e frammenta la vita presente e futura: vivono quindi un'estrema difficoltà a comprendere l'ineluttabilità del reale e a prendere decisioni importanti e urgenti.

Va detto che comunicare la morte improvvisa di una persona costituisce un'esperienza molto intensa sia a livello psicologico sia a livello professionale; gli operatori di polizia che intervengono non sono quindi immuni da profonde reazioni personali, posti di fronte alla sfida di entrare rapidamente in universi emotivi ed esistenziali sconosciuti, con l'ingrato compito di offrire informazioni destabilizzanti. I profondi vissuti emotivi, propri e altrui, possono inoltre essere amplificati da processi di identificazione con la vittima o da specifiche circostanze in cui è avvenuto il decesso.

È quindi naturale che tale difficile compito possa creare negli incaricati tensioni emotive negative, per diverse ragioni:

- per la percezione di diventare portatori di sofferenze altrui e per il timore di un eccessivo coinvolgimento emotivo
- per la difficoltà a gestire le proprie personali paure nei confronti della malattia e della morte
- per la paura di un mandato per il quale spesso non si ha una precisa formazione
- per timore di provocare nell'altro una reazione emotiva intensa e di non saperla gestire.

Di conseguenza, prima di prepararsi a comunicare la cattiva notizia a qualcun altro, è importante prendersi cura di sé stessi e cercare di elaborare la propria reazione.

Buone pratiche per la comunicazione

Condizioni per la comunicazione:

- prendersi un tempo sufficiente per vedere la famiglia (almeno 30 minuti)
- raccogliere informazioni sui familiari per capire a chi comunicare la notizia
- fornire la notizia accompagnati da un collega e decidere prima quale sarà il ruolo di ognuno: la comunicazione va fatta comunque da una persona sola

- conoscere i dati essenziali dell'evento e dove trovare ulteriori informazioni
- non commettere errori nell'identificazione del deceduto
- comunicare il decesso di persona; se non è possibile altrimenti, fare in modo che quando arriva la chiamata telefonica, accanto al parente stretto ci sia un professionista o una persona significativa
- in qualche caso, è utile essere accompagnati da qualcuno (persona significativa nel gruppo sociale o professionista), in grado di affrontare la reazione emotiva.

Come e dove comunicare:

- accertarsi che l'interlocutore sia il parente più stretto
- presentare le proprie credenziali con chiarezza
- non dare mai la notizia a un bambino: alla comunicazione non dovrebbero essere presenti bambini né persone estranee alla famiglia
- chiedere di entrare e individuare un ambiente idoneo (confortevole e appartato). Evitare di farsi sfuggire qualcosa in un luogo pubblico, senza un posto dove sedersi per accogliere e riprendersi dalla cattiva notizia
- far sedere il familiare, sedersi accanto a lui
- comunicare in modo chiaro, senza creare false speranze; guardare la persona negli occhi e dirle con calma ciò che è successo, senza tergiversare
- cercare di intercettare lo stato d'animo dell'interlocutore (ha già il presentimento di qualcosa di negativo, vive già paura o preoccupazione oppure la notizia cade come fulmine a ciel sereno?)
- essere aperti a un ascolto empatico, di comprensione. Se i familiari esprimono una forte emotività, lasciarli piangere, dare loro tempo.

Contenuto della comunicazione

1. Preparazione: anticipare che si riferiscono brutte notizie aiuta la persona a riceverla

"Signora COGNOME, devo comunicarle una brutta notizia" oppure

"Ho appena ricevuto una telefonata dall'ospedale: c'è stato un incidente e..."

2. Antefatto: accennare l'evento che ha portato al decesso aiuta a contestualizzare la notizia

"NOME è rimasto coinvolto in un incidente stradale questa mattina"

3. Fatto: in modo diretto, senza eufemismi, riportare l'avvenuto decesso, con parole semplici

"N. purtroppo è morto" oppure "Mi dispiace... N. ha perso la vita"

in caso di suicidio:

"Mi dispiace molto di dovervi informare che vostro figlio è morto. (pausa) Si è impiccato. Lo abbiamo trovato un'ora fa nel bosco... Era già morto."

4. Porgere le proprie condoglianze: è importante, dopo una pausa, dichiarare il proprio dispiacere. È segno di partecipazione al dolore altrui.

Indicazioni ulteriori:

- usare il nome della vittima. La personalizzazione aiuta il familiare nel percepire che ci stiamo occupando realmente del loro caro e che quanto abbiamo detto non è riconducibile solo a un fatto burocratico

- non usare termini metaforici come “trapassato, spirato, perso”
- usare parole semplici e dirette, sempre con calma e con atteggiamento di rispetto e compassione
- rispondere alle domande secondo realtà, con pazienza e nella maniera più completa possibile
- fornire solo notizie certe
- chiedere ai familiari se qualcosa non è stato compreso bene e ripeterlo
- accettare il silenzio come possibile risposta.

Evitare di fare:

- non informare i fratelli prima di aver informato i genitori
- MAI DARE LA NOTIZIA A UN BAMBINO, NÉ AVERE UN BAMBINO COME INTERPRETE: le comunicazioni ai minorenni vanno infatti gestite all’interno della rete familiare
- non sminuire i sentimenti e le emozioni (le loro e quelle personali)
- non dare più particolari di quanti richiesti.

Evitare di dire:

- espressioni di eccessiva empatia o presunzione: *“so come ti senti”*
- interpretazioni: *“è stato meglio così”, “sta meglio adesso”, “almeno non ha sofferto”*
- attribuzioni inopportune e non richieste *“sei forte abbastanza per fare fronte a questo”; (a un bambino/a) “adesso sei tu l'uomo/la donna di casa”*
- consigli non richiesti: *“dovresti tornare subito al lavoro per non pensarci”, “parliamo di qualcos'altro”, “hai bisogno di rilassarti”*
- riflessioni esistenziali, punti di vista troppo personali, frasi fatte: *“tutto succede secondo i piani dell’Infinito”, “non ci viene richiesto di più di quanto possiamo sopportare”, “un giorno troverai una risposta”, “il tempo guarisce tutte le ferite” oppure “non avrebbe voluto vederti piangere”*

Le possibili reazioni dei familiari:

- a livello somatico (svenimenti, mancanza di respiro, caduta della pressione arteriosa, comportamenti autolesivi o eterolesivi): valutare la richiesta di assistenza medica
- reazioni emotive e comportamentali (agitazione, comportamento disorganizzato, comportamento di ricerca, pianto, grida, singhiozzo)
- reazioni cognitive (incredulità, negazione, formulazione di accuse, senso di irrealtà, difficoltà nella concentrazione /memoria, fatalismo)
- reazioni di shock (il familiare si disconnette dall'operatore visivamente e nei comportamenti, diventa improvvisamente calmo, lo sguardo vuoto).

In sintesi, i familiari hanno certamente bisogno di rapportarsi con una persona ancorata alla realtà e rassicurante, di esprimere le emozioni, di capire cosa succederà dopo e riacquisire un minimo di controllo prendendo decisioni. Particolare attenzione va posta nei confronti di persone anziane, con disturbi mentali, con malattie cardiovascolari o con vissuti di eventi traumatici.

Il corpo della vittima

Se i familiari desiderano vedere il cadavere, consentirlo se possibile: vedere direttamente permette di

entrare in contatto con la realtà della morte e fa parte del percorso del "lasciare". Prepararli alla vista del cadavere: "Se volete, si può vedere il corpo. Ma il suo corpo è molto alterato. Dovete sapere che ...". Se si impedisce ai familiari di vedere il cadavere, è possibile che si creino nella loro mente immagini molto peggiori e più durature.

Dopo la comunicazione:

- se il parente vive un cedimento fisico o una reazione mentale estrema, chiamare subito il medico di famiglia
- non lasciare solo il familiare. Chiedere se c'è qualcuno che vuole informare e se si può chiamare qualcuno per un sostegno; stare con il familiare fino all'arrivo delle figure di sostegno
- lasciare la possibilità di essere contattati, qualora i familiari abbiano ancora bisogno di porvi ulteriori domande.

Chi fornisce la comunicazione, oltre ad essere adeguatamente formato allo svolgimento del compito, dovrebbe poter usufruire di spazi di confronto dove poter condividere eventuali dubbi ed emozioni prima e dopo la comunicazione.

Per concludere: una comunicazione in una prospettiva relazionale, eticamente impegnata, può aiutare l'avvio dell'elaborazione della morte da parte dei familiari. Le relazioni con chi porta la notizia, con i sanitari o le forze dell'ordine, con chi si fa presente nei primi momenti sono estremamente importanti, anche perché tali relazioni sono il legame con quella vita che in quel momento i familiari sentono minacciata e devastata. Chi annuncia la notizia si carica del compito di stabilire un passaggio tra la vita e la morte, apre possibilità relazionali lì dove tutto si frammenta. Bisogna però riuscire a portare la morte in uno spazio di relazione e di rete affettiva e sociale allargata.

Richiesta di intervento dell'Associazione Psicologi per i Popoli – Trentino ODV

Una risorsa attivabile dagli operatori delle Forze dell'Ordine a supporto del contesto familiare che sta vivendo un evento drammatico come un suicidio è il gruppo di volontari psicologi professionisti dell'Associazione **Psicologi per i Popoli – Trentino ODV** (<https://psicologiperipopolitn.com/>), facente parte, con altre organizzazioni regionali, della **Federazione Nazionale Psicologi per i Popoli**.

L'Associazione, costituita l'11 settembre 2001, è convenzionata con la **Protezione Civile della Provincia autonoma di Trento** e si occupa di psicologia dell'emergenza in ambito provinciale e nazionale. Il suo scopo principale è di operare nella prevenzione, formazione e gestione rispetto a situazioni di emergenza e post-emergenza in seguito a calamità naturali o prodotte dall'uomo.

I volontari psicologi possono essere attivati dalle Forze dell'Ordine anche nelle emergenze quotidiane, come appunto un evento suicidario o altre morti improvvise, chiamando la Centrale Unica di Risposta – Numero Unico di Emergenza (C.U.R. – N.U.E.), al numero **112**, **previa disponibilità da parte dei familiari interessati**.

IL PROGRAMMA DI PREVENZIONE DEL SUICIDIO SUL TERRITORIO TRENTINO

Il progetto “Invito alla vita”

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sostiene che i programmi di prevenzione per il suicidio devono rispecchiare le caratteristiche dei singoli Paesi, tenendo conto delle diverse realtà sociali, culturali e sanitarie.

In Trentino il progetto di prevenzione del suicidio “Invito alla vita” è promosso dall'Area Salute Mentale d'intesa con la Direzione Generale dell'APSS ed è coordinato dall'Associazione A.M.A. auto mutuo aiuto.

Si articola in due livelli:

a. Azione di informazione e coinvolgimento rivolta rispettivamente e sequenzialmente a:

- Servizi dell'area salute mentale dell'Azienda Sanitaria che sono a vario titolo coinvolte nel fenomeno (Psichiatria, Psicologia Clinica, Neuropsichiatria Infantile, Ser.d., Alcolologia, Cdca), Pronto Soccorso e 118, Medicina, Osservatorio Epidemiologico).
- Servizi Socio-Sanitari confinanti, con particolare attenzione ai Medici di Medicina Generale e ai Servizi sociali dei Comuni e delle Comunità di Valle.
- Agenzie pubbliche e organizzazioni del privato sociale con responsabilità nella comunità (Forze dell'Ordine, Scuole, Ordini professionali, Università, Curia, Associazionismo).

Risulta fondamentale che i vari soggetti che operano all'interno di questi contesti abbiano corrette informazioni sul fenomeno e chiare notizie inerenti il progetto (aree di intervento, obiettivi, tempi e modalità di attivazione).

La partecipazione si articola in momenti di aggiornamento attinenti alle fasi del progetto e nella richiesta di un coinvolgimento attivo, da parte di queste figure professionali, nell'informazione, sensibilizzazione al problema (anche attraverso l'uso di materiale divulgativo).

b. Tavolo di Coordinamento

Attraverso un Tavolo di Coordinamento e di regia del progetto (aperto alla partecipazione delle realtà maggiormente significative e disponibili) si cerca di intensificare la collaborazione e partecipazione di tutti e di stimolare ed attivare un lavoro di cooperazione e condivisione che favorisca il raggiungimento degli obiettivi ed un' incisiva azione nel territorio.

Al momento partecipano al Tavolo di Coordinamento rappresentanti dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari: Area salute mentale (Psichiatria, Psicologia clinica, Neuropsichiatria infantile, Dipartimento delle dipendenze, Osservatorio Epidemiologico), Commissariato del Governo, Consorzio dei Comuni, Servizio Politiche Sociali PAT, Associazione Psicologi dei popoli, Diocesi di Trento, Rete ELGBT*, Associazione AMA, Volontari della linea telefonica, Ordine dei giornalisti, Ordine dei Farmacisti, Ordine degli psicologi, Università degli Studi di Trento.

Le azioni concertate dal Tavolo

1. Campagna pubblicitaria

La diffusione e distribuzione capillare di materiale divulgativo ha l'obiettivo di informare/sensibilizzare la popolazione alla tematica, promuovere la capacità di riconoscere il disagio, ridurre i pregiudizi verso chi ne è affetto, far conoscere e favorire il ricorso ai Servizi Specialistici del territorio.

Sono previste, inoltre, delle brochure e linee guida specifiche per MMG e sensori (persone che a vario titolo possono venire a contatto con la tematica del suicidio), con informazioni inerenti i fattori di rischio, i segnali di allarme e possibilità/modalità di interazione con persone a rischio.

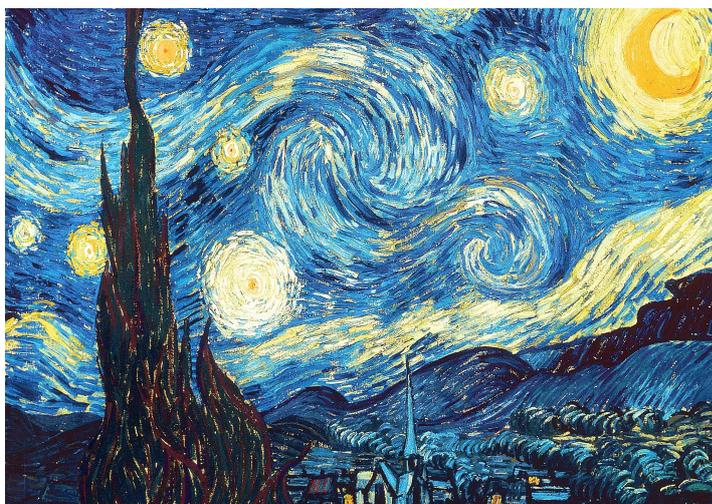
2. Linea telefonica

L'istituzione di una linea telefonica, come attestano le varie esperienze internazionali e nazionali, si dimostra ampiamente efficace nell'aiuto delle persone in crisi.

Perciò è stato creato un numero verde 800 061 650, attivo tutti i giorni dalle 7 del mattino all'1 di notte, gestito da volontari formati e supervisionati mensilmente

che, oltre a essere in grado di accogliere la fatica "dello star male", sono in grado di orientare ai servizi formali e informali del territorio (Servizi Specialistici e Associazioni).

Finalità primaria quindi della linea è interrompere l'isolamento delle persone sole e/o in difficoltà e ridurre lo stigma. Chi chiama la linea può farlo in modo anonimo. Il servizio è gratuito ed è rivolto a qualunque persona stia attraversando un momento di sofferenza per le più svariate ragioni: solitudine, malattia, dipendenza, lutto o difficoltà familiari, anche quando sembra che non ci sia via d'uscita e il suicidio diviene un'idea non così lontana. Nel 2019 sono giunte oltre 3500 chiamate. Per pubblicizzare capillarmente la linea telefonica si sta diffondendo in ogni luogo pubblico il seguente biglietto da visita:



VITA *non voltarle le spalle*

SE TI SENTI SOLO O HAI PERSO LA SPERANZA,
SE PENSI CHE NON CI SIA VIA D'USCITA,
NON VERGOGNARTI, NON NASCONDERTI.

**CHIAMA IL N° VERDE
800 – 061650**

www.automutuoaaiuto.it
f @invitoallavita

per ricevere
ascolto e sostegno

ASSOCIAZIONE
A.M.A.
AUTO MUTUO AIUTO

progetto
invito alla **vita**

Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento

3. Azione preventiva rivolta ai giovani: PROGETTO YOUNGLE TRA- DI- NOI www.tra-di-noi.com

Il progetto è gestito da un gruppo di giovani volontari (18-29 anni) che curano un sito di ascolto digitale, informazione e di orientamento per i loro coetanei veicolando messaggi di promozione della salute e del benessere con una finalità di prevenzione, di informazione e di orientamento ai Servizi. I volontari sono *on line* lunedì e mercoledì dalle 20.00 alle 22.00 sulla App Youngle, sulla pagina **Facebook TRA-di-NOI Youngle Trento**, su **Instagram tradinoi_youngletrento** e su **Telegram 340/6664158**



**TRA-di-NOI
Youngle Trento**

f TRA-di-NOI Youngle Trento t 340 6664158
i tradinoi_youngletrento t 0461 239640

 Scarica l'App **Youngle**

OnLine LUNEDÌ e MERCOLEDÌ dalle 20 alle 22

Sostienici con un'erogazione liberale ASSOCIAZIONE A.M.A.
Cassa Rurale Trento IBAN: IT 04 0 08304 01813 000045353563
La somma donata è detraibile nella dichiarazione dei redditi

4. Monitoraggio

Il monitoraggio regolare dei tentati suicidi è fondamentale per individuare tempestivamente le tendenze del fenomeno e per identificare i gruppi ad alto rischio. Sono state strutturate delle specifiche schede per la rilevazione della condotta suicidaria. Tali schede hanno lo scopo di inquadrare il fenomeno sia dal punto di vista epidemiologico che clinico, riportando dati personali, eventuali fattori di rischio, eventi scatenanti, caratteristiche del gesto

5. Formazione per categorie professionali

Il ruolo di determinate categorie professionali (Medici di Medicina Generale, assistenti sociali, giornalisti, insegnanti, forze dell'ordine, sacerdoti) è di fondamentale importanza per il riconoscimento dei fattori di rischio e per un intervento immediato. Il progetto prevede incontri di formazione finalizzati a potenziare le capacità diagnostiche dei disturbi psichici, incrementare la capacità di identificare e gestire situazioni a rischio, modulare la fase delicata dell'invio allo

specialista, implementare la conoscenza dei Servizi del territorio, anche con l'obiettivo di costruire prassi comuni di collaborazione in una logica di rete.

6. Sensibilizzazione della popolazione

L'azione è finalizzata a promuovere una corretta trattazione del disagio psichico, a favorire una cultura di partecipazione e attenzione all'altro e a promuovere il superamento dei pregiudizi verso i malati e i loro familiari.

Si effettuano a tal fine periodicamente degli incontri di sensibilizzazione a livello comunitario, aperti a tutta la cittadinanza, per dare chiare/corrette informazioni inerenti il disagio, il trattamento e le prospettive di guarigione. In quest'occasione si promuove il progetto "Invito alla Vita" e in particolare la linea telefonica.

7. Sostegno ai sopravvissuti e promozione dell'auto-mutuo-aiuto

È attivo uno spazio di ascolto individualizzato per persone che hanno perso una persona cara per suicidio. Le persone possono trovare accompagnamento ad altri servizi nel caso esprimessero il bisogno di un sostegno da parte di professionisti della salute mentale. Infine, se lo desiderano, possono prendere parte a un gruppo di auto mutuo aiuto dedicato al lutto per suicidio. Al momento è attivo il gruppo di Trento "Il dolore non è per sempre", ogni gruppo è facilitato da volontari esperti dell'Associazione AMA. A Cles e a Rovereto non esistono gruppi specifici, ma gruppi dell'elaborazione del lutto che accolgono al loro interno anche persone coinvolte in questa esperienza dolorosa. Finalità del gruppo è creare una situazione in cui vengano offerte possibilità di sostegno reciproco, di sviluppo di capacità interpersonali e di adeguate strategie di fronteggiamento della perdita. Molto significativo è anche il ruolo degli altri gruppi nell'ambito della Salute Mentale (ansia, attacchi di panico, depressione, pensieri suicidari) nella prevenzione del proposito suicida, come pure altri gruppi meno specifici, come quelli della solitudine, dell'autostima, dei separati e divorziati, delle neo-mamme, dei disturbi alimentari, nonché di quelli per donne che hanno subito violenza e abuso infantile. Altrettanto importanti sono i Club Alcologici Territoriali e i Club Ecologico-familiari ai quali si può accedere direttamente o tramite invio dei Servizi di Alcologia. Il pensiero suicida è ricorrente e comune a persone che per vari motivi stanno vivendo una situazione di fatica e isolamento.

GRUPPI DI AUTO MUTUO AIUTO, CLUB DI ECOLOGIA FAMILIARE, CLUB ALCOLOGICI TERRITORIALI, ALCOLISTI ANONIMI, GRUPPI FAMILIARI AL - ANON IN PROVINCIA DI TRENTO

GRUPPI DI AUTO MUTUO AIUTO

Di seguito sono elencati i gruppi di auto mutuo aiuto sulle specifiche tematiche attivati dall'Associazione A.M.A. sul territorio provinciale.

ASSOCIAZIONE
A.M.A.



auto mutuo aiuto

Associazione A.M.A. - Auto Mutuo Aiuto

Indirizzo via Taramelli 17, 38122 Trento

Tel 0461 239640 **Fax** 0461 222951

Orario di apertura 09:00 – 12:50

Email gruppi@automutuoaiuto.it

Sito web www.automutuoaiuto.it

A TRENTO

- Dimagrire
- Gioco d'azzardo per giocatori e familiari
- Dipendenza affettiva
- Ansia e attacchi di panico
- Depressione
- Familiari di persone con disagio psichico
- Separati e divorziati
- Elaborazione del lutto
- Persone che hanno tentato il suicidio e familiari di chi ha tentato o di chi si è suicidato
- Gruppo per operatori che hanno perso un paziente per suicidio
- Autostima
- Gruppo nonni
- Gruppo luce (donne vittime di abuso infantile)
- Non vedenti e ipovedenti
- Genitori di bambini e ragazzi non vedenti e ipovedenti
- Familiari, operatori e malati di sclerosi laterale amiotrofica (sla)
- Genitori di bambini con deficit di attenzione con o senza iperattività (add e adhd)
- Genitori di figli con ritiro sociale e dipendenza da internet
- Genitori di adolescenti
- Detenuti presso il carcere
- Gruppo di persone affette da malattie cronico intestinali
- Gruppo di persone affette da dolore cronico
- Gruppo di promozione della salute (GPS)

- Gruppo over 65
- Gruppo giovani TRA-di-NOI (18-30 anni)
- Gruppo donne
- Gruppo Uomini 2.1 Sfide al maschile
- Mamme che hanno perso un bambino in gravidanza, al parto, o nei primi mesi di vita

IN PROVINCIA DI TRENTO

- Dimagrire insieme (Predazzo, Pergine)
- Ansia e attacchi di panico (Mezzolombardo)
- Familiari di persone con disagio psichico (Arco, Cles, Lavis, Cavalese)
- Gruppo per genitori di figli con disabilità (Predazzo)
- Gruppo per caregivers (Grigno)
- Separati e divorziati (Cles)
- Elaborazione del lutto (Cles, Rovereto, Pergine, Predazzo)
- Gioco d'azzardo (Rovereto, Tione, Riva del Garda, Cles, Predazzo)
- Non vedenti e ipovedenti (Rovereto, Riva del Garda)
- Gruppo persone Bipolari (Lavis)

CLUB DI ECOLOGIA FAMILIARE (CEF) E CLUB ALCOLOGICI TERRITORIALI (CAT)

L'accesso ai club di ecologia familiare e ai club alcolologici territoriali può avvenire direttamente o attraverso un previo colloquio presso i centri ecologia, antifumo e altre fragilità e presso A.P.C.A.T di cui riportiamo qui di seguito orari e recapiti.

CENTRI ALCOLOGIA, ANTIFUMO E ALTRE FRAGILITA'

1. **TRENTO e VALLE DEI LAGHI Sede di Trento** - Via Rosmini, 16 tel. 0461.904990
2. **VALLAGARINA E ALTIPIANI CIMBRI Sede di Rovereto** - Via S. Giovanni Bosco, 6 tel. 0464.403611
3. **ALTO GARDA, LEDRO, GIUDICARIE E RENDENA**

Sede di Tione - Via Ospedale, 10 tel. 0465.331521

Sede di Arco - Largo Arciduca Alberto d'Asburgo, 1 tel. 0464.582670 Cellulare di servizio: 3358276057

4. FIEMME, FASSA, SOLE, NON, PAGANELLA, CEMBRA E ROTALIANA

Sede di Predazzo: mercoledì Via De Gasperi, 12 - 38037 (c/o Distretto Sanitario) fax 0462.508822-3 (condiviso)	Sede di Cavalese: lunedì, martedì, venerdì Via Roma 2 – 38033 (c/o Consultorio)	Sede di Pozza di Fassa: giovedì Strada di Prè di Gesia, 4 – 38036
--	---	--

Sede di Cles: lunedì, martedì, giovedì Via Degasperi, 31 (2° piano) – 38023 tel. 0463.660282 fax 0463.660180	Sede di Mezzolombardo: mercoledì, venerdì Via Damiano Chiesa, 6 – 38017 (seguire indicazioni del Consultorio e del Servizio Sociale) tel. 0461.611299
--	---

Cellulare di servizio: 338.6038035

Sede di Malè - Via IV Novembre, 8 - 38027 tel. 0463.909472 Cellulare di servizio: 335.6325572

5. ALTA VALSUGANA, BASSA VALSUGANA, PRIMIERO

Sede di Pergine Valsugana - Via S. Pietro, 4 (c/o Padiglione Valdagni) tel. 0461.515342 Cellulare di servizio: 335.1813548

Sede di Borgo Valsugana - Via Temanza, 1 - 38051 tel. 0461.755692

Sede di Primiero - Via Roma, 1 – 38054 tel. 0439.764478

APCAT (ASSOCIAZIONE PROVINCIALE CLUB ALCOLOGICI TERRITORIALI)

Via Sighele, 7 – 38122 Trento tel: 0461.914451

Orario di recapito telefonico: 9.00-13.00

e-mail: segreteria@apcattrentino-centrostudi.it Sito: www.apcattrentino-centrostudi.it/site/

ALCOLISTI ANONIMI

Per i gruppi di alcolisti anonimi e familiari Al-anon l'accesso è diretto

Via Formigheta, 15 – 38121 Martignano (TN) c/o casa parrocchiale

tel. 335.1949575 – 800.411.406

alcolistianonimitrento@gmail.com www.alcolistianonimiitalia.it/home-area-trentino-alto-adige/

GRUPPI FAMILIARI AL-ANON

Via Formigheta, 15 – 38121 Martignano (TN) c/o casa parrocchiale

tel. 800.087.897 (per avere contatti locali)

e-mail: relazioni.alanon.tnaa@gmail.com Sito: www.al-anon.it

ALTRI LINK UTILI

AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI (APSS)

AREA SALUTE MENTALE: PSICHIATRIA, PSICOLOGIA CLINICA, NEUROPSICHIATRIA INFANTILE, SERVIZIO DIPENDENZE E ALCOLOGIA, C.D.C.A. (CENTRO DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE), CONSULTORI PER IL SINGOLO, LA COPPIA E LA FAMIGLIA WWW.APSS.TN.IT

SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI IN PROVINCIA DI TRENTO

<http://www.trentinosociale.it/>

REGISTRO DELLE ASSOCIAZIONI DI PROMOZIONE SOCIALE PAT

<http://www.trentinosociale.it/index.php/Approfondimenti/Albi-registri/Registro-delle-associazioni-di-promozione-sociale>

CENTRI DI ASCOLTO E SOLIDARIETÀ COLLEGATI ALLA CARITAS DIOCESANA

<https://www.diocesitn.it/area-testimonianza/cedas/>



vita

NON VOLTARLE LE SPALLE

progetto

invito alla **vita**

SE TI SENTI SOLO O HAI PERSO LA SPERANZA,
SE PENSI CHE NON CI SIA VIA D'USCITA,
NON VERGOGNARTI, NON NASCONDERTI.

CHIAMA IL NUMERO VERDE

800 061650
Numero Verde

*per ricevere
ascolto e sostegno.*