

Il Suicidio Come Atto Sociale: dalle Raccomandazioni Ministeriali al Modello *Zero Suicide* in ambiente sanitario

di Francesco Squillace



Le Raccomandazioni del Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, hanno l'obiettivo di offrire strumenti in grado di prevenire gli eventi avversi, promuovere l'assunzione di responsabilità e favorire il cambiamento del sistema; esse costituiscono un preciso orientamento per gli esercenti professioni sanitarie e, affrontando il tema della sicurezza delle cure prestate, chiamano in causa il comma 2 dell'art. 40 c.p. "Non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo".

Nell'ultimo periodo, soprattutto in questa iniziale fase che potremmo iniziare ottimisticamente a definire "post Covid", la società e le strutture ospedaliere di ricovero e cura sono riguardate da un crescente numero di suicidi. Il fenomeno non è nuovo, ovviamente, e non è perciò un caso se il Ministero della Salute abbia riservato al fenomeno l'apposita Raccomandazione n. 4 di Marzo 2008 recante "Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale".

In questa fase storica e sociale, che registra il passaggio da un'emergenza pandemica alla cupezza della guerra e dei rischi ad essa correlati, le radici sociali del suicidio tornano così a svelare la loro persistenza ed a riproporre il suicidio come atto sociale pregno di significati culturali [Kral, 1994].

Nell'ambito di attività di Educazione Continua in Medicina, quindi riservata ai professionisti della salute, l'obiettivo di queste brevi escursus divulgativo sugli approcci teorici sociologici al fenomeno suicidario e sulle percorribili vie per prevenirlo, è volto a tratteggiare la complessità del tema e a provare ad inquadrare come un atto estremo come quello di cui trattasi possa divenire per gli individui, anche giovanissimi, un'opzione praticabile per esprimere all'esterno qualcosa di patito internamente.

In altre parole, la lettura sociologica proposta ambisce a mettere in luce, agli occhi dei professionisti della salute, i meccanismi che intervengono nella trasformazione dei fattori sociali, quindi collettivi, in autentica sofferenza psicologica, quindi individuale, e come l'attualissima Raccomandazione ministeriale n. 4 del marzo 2008 possa trovare una customizzazione nell'ambito della pluralità delle strutture di ricovero e cura.

Si ritiene, infatti, che comprendere maggiormente questa dinamica sociologica, anche da parte dei medici e dei professionisti della salute in generale, possa schiudere le porte a soluzioni interdisciplinari di più vasta portata ed efficacia di quelle attualmente implementate presso le aziende ed enti del nostro Sistema Sanitario.

Infine, in linea con il percorso teorico e concettuale qui brevemente richiamato, si porterà in evidenza il modello di pratiche organizzative sedimentate nell'approccio dello "Zero Suicide" [Labouliere, 2018] unitamente, sempre con finalità divulgative e non esaustive, a una breve presentazione della suggerita "cassetta degli attrezzi" progettata per la prevenzione e il trattamento del suicidio nei giovani di età compresa tra 10 e 24 anni.

Prima di richiamare brevemente una selezione di autorevoli contributi teorici allo studio sociologico del suicidio, si precisa che la selezione effettuata - proprio al fine di garantire ai fruitori del corso ECM un largo colpo d'occhio su una selezione della vasta letteratura e sulla pluralità degli approcci empirici esistenti - ricomprenderà sia contributi classici che gli epistemologi definiscono di impostazione olistica - in particolare la teoria generale (approccio macro-sociologico) del suicidio di Emile Durkheim - quindi un approccio di meso livello - con la teoria delle reti - nonché riferimenti agli



approcci di stampo culturale, con l'obiettivo di enucleare quel cuneo di strutture e reti sociali che, unitamente a culture e subculture e alle emozioni sociali (micro livello dell'analisi), concorrono a delineare il complesso ambiente sociale che può configurarsi, per l'individuo, talvolta come dannoso, talvolta come protettivo.

In particolare, l'intento divulgativo che si tenta di perseguire nell'ambito di formazione ECM, si incardinerà sui contributi di un autore classico della Sociologia, Emile Durkheim, e, tra i contemporanei, sui contributi di Bernice Pescosolido, Seth Abrutyn ed Anna Muller.

Quindi, riconoscendo che ancora oggi le teorie sociologiche contemporanee del suicidio trovano ispirazione nelle intuizioni e negli output della seminale ricerca empirica di Emile Durkheim intitolata "*Le Suicide. Etude de sociologie*" [1897], appare rilevante tratteggiare come essa concorra ancora oggi a spiegare come il mondo sociale esterno sia decisivo per il benessere e la psiche individuale e, così, a svelare le radici sociali che concorrono a formare gli intenti suicidari dei singoli individui.

Durkheim, non a caso, viene annoverato tra gli attori dello sviluppo del positivismo in Francia nonché tra gli illustri precursori del moderno Funzionalismo parsoniano [cfr. Parsons, 1970, p. 873] e mertoniano, grazie al suo interesse per le "statiche", ossia l'ordine, e le "dinamiche" sociali, ossia il mutamento e il progresso della società, con la finalità ultima di individuare i fondamenti della stabilità sociale.

Non solo, l'influenza del sociologo francese può scorgersi anche nell'interazionismo simbolico e nella fenomenologia, soprattutto nell'approccio drammaturgico di Erving Goffman, e nei contributi sulla costruzione sociale della realtà di Peter Berger.

Ricordando, quindi, che per Durkheim la sociologia è "la scienza delle istituzioni, del loro formarsi e del loro funzionamento" [Durkheim, 1971], con la sua ricerca empirica sul suicidio, lo studioso parte da un assunto coerente con la propria prospettiva epistemologica: il suicidio per il sociologo francese, infatti, è un fatto sociale che può essere spiegato solo da altri fatti sociali.

Fedele alla metodologia scientifica per lo studio dei fatti sociali, egli esaminò le statistiche ufficiali francesi dei suicidi e scoprì che certe categorie di individui erano all'epoca maggiormente rappresentate (gli uomini più delle donne, ad esempio, ma i protestanti più dei cattolici) e, inoltre, che i suicidi tendevano a essere più alti in periodi caratterizzati da instabilità e crisi economica.

Per questa metodologica via, attuale ancor oggi, Durkheim individuò due forze sociali, perciò esterne agli individui, che influenzano i tassi di suicidi: **integrazione sociale** e **regolazione sociale** che, quando carenti o in eccesso, danno luogo alle **4 diverse tipologie di suicidio** di cui di seguito saranno descritte le caratteristiche salienti, oltre a tentare di ampliare il discorso originario di Durkheim grazie ai contributi degli approcci teorici contemporanei innanzi richiamati.

Il potere dell'integrazione sociale: poca o troppa?

Durkheim, quindi, a proposito dell'Integrazione sociale, ha sostenuto che più le relazioni sociali di un collettivo sono estese e fitte, cioè più il collettivo è integrato e coeso, più i singoli componenti del gruppo diventano inclusi e, quindi, più il significato e lo scopo delle loro vite acquista concretezza per gli individui. L'integrazione, quindi, è generata dalle relazioni sociali frequenti e costanti, che implicano attenzione e cura vicendevole tra i membri, e che caratterizzando reti sovra familiari, consolidano i gruppi, i quartieri [Maimon e Kuhl, 2008] e le comunità locali [Baller e Richardson, 2002]. Queste relazioni forniscono ai membri quello che i sociologi chiamano capitale sociale, nota fonte di utilità tangibili e intangibili costituenti la "forza dei legami deboli" [Coleman, 1988].

Specificando che con integrazione sociale ci si vuole riferire a una caratteristica del gruppo e non degli individui, quindi anche a prescindere della loro, più o meno forte, capacità di percepirla [Pescosolido, 1994; Mueller e Abrutyn, 2016], la premessa di base di Durkheim - ossia che **essere altamente integrati è protettivo contro il suicidio** - appare difficilmente confutabile alla luce delle ampie conferme empiriche che sono trasversalmente sedimentate in letteratura [Stack, 2000].





Conseguentemente, quando un individuo è isolato, oppure i suoi legami con i gruppi sociali originari o di riferimento, comunque per lui esistenzialmente significativi, sono allentati o addirittura interrotti ed egli tenta o riesce a togliersi la vita, Durkheim parla di **suicidio egoistico**.

Sempre a partire dai dati statistici sedimentati ne *Il Suicidio* [Durkheim, 1969], lo studioso francese ha ipotizzato che società particolarmente unite potrebbero limitare molto la capacità di prendere decisioni negli individui, in determinate condizioni, inducendo suicidi per il "bene del gruppo", che possano andare anche oltre le evidenze proprie degli studi antropologici incentrati su specifiche usanze di comunità lontane. Infatti, si può trovare attualizzazione ed evidenza di questa tipologia, anche nell'ambito di comunità fortemente integrate occidentali, come alcune comunità religiose assunte alla cronaca per alcuni eclatanti suicidi di massa, o presso istituzioni sanitarie psichiatriche o altre di detenzione, come le carceri, che sono apparse agli occhi degli studiosi come vulnerabili all'emergere, al loro interno, di cluster di suicidi.

Ciò dimostrerebbe che il potere dell'integrazione sociale non è necessariamente, e sempre, un fattore protettivo, dando talvolta luogo a quelli che Durkheim definisce, appunto, **suicidi altruistici** proprio per mettere in evidenza la sovraintegrazione sociale retrostante l'atto suicidario. In ragione del potere dell'integrazione sociale, l'individuo attribuisce al gruppo più valore che a se stesso.

In questa tipologia di suicidio, pertanto, l'intento suicidario acquista il senso di un sacrificio individuale necessario a conseguire un bene superiore per il gruppo di appartenenza che, così, potrà traguardare. La natura di atto sociale del suicidio è qui particolarmente evidente.

Luci ed ombre della regolamentazione sociale

Di seguito toccheremo l'importanza che rivestono, anche per il fenomeno in oggetto, gli assetti culturali, gli stili di vita tradizionali, i modelli culturali e di comportamento quotidiani degli individui; orbene, mai come in quest'ultimo periodo la società è stata scossa da rapidissimi e inattesi, diciamo anche inimmaginabili, processi di cambiamento emergenziali dettati da una serie di tensioni e contraddizioni sociali che hanno trovato nella crisi epidemiologica da Covid-19 una sorta di catalizzatore biologico che, alterando ed aggravando irrimediabilmente la percezione del rischio per la salute, ha inciso profondamente e radicalmente sulle routine comportamentali, sociali, organizzative e produttive del nostro ambiente, dalla cui ordinata riproduzione i consociati traggono quotidianamente quelle necessarie conferme di sicurezza e controllo che garantiscono la coesione sociale.

Questa situazione emergenziale si è palesata e sovrascritta a una preesistente fase di instabilità sociale, caratterizzata dal costante arretramento degli imperativi di vita tradizionali, in gran parte derivanti dalla religione, che le dinamiche della globalizzazione culturale non hanno sostituito lasciando, talvolta, gli individui con la sensazione di trascorrere una vita quotidiana vuota di significato, ordine e di profondità esistenziale, essenzialmente ridotta alle pulsioni della produzione e del consumo e a una rappresentazione effimera di sé.

Quando nella società i punti di riferimento normativi perdono di solidità e di credibilità, quando tutto, intorno a sé, appare aleatorio e le proprie esigenze di ordine, verità e giustizia sociali vengono frustrate anche al livello istituzionale, gli individui possono subire la distruzione del necessario equilibrio tra la loro condizione e le legittime aspirazioni che coltivano, finendo per perdere più facilmente la capacità di traguardare il proprio scopo.

In situazioni sociali analoghe a quelle descritte, Durkheim parla di **suicidio anomico**, intendendo per *anomia* proprio la carenza di valori e norme causata dall'instabilità, non solo emergenziale, della vita contemporanea; in altre parole, Durkheim motiva l'anomia di una società con la mancanza di corrispondenza fra la struttura della società e quella culturale, tema che tornerà prepotentemente nel seguito della relazione.

In estrema sintesi Durkheim, scorrendo questa tipologia di suicidi tra le pieghe delle statistiche francesi, individuava nella forza della regolamentazione sociale e nelle caratteristiche integrative e regolatorie (intese come mantenimento delle aspettative sociali e non solamente come sterili precetti giuridici) un'importante forza sociale, quindi





indipendente dagli individui [Pescosolido, 1994] e dalle loro peculiari percezioni, che forniva una protezione ai membri del gruppo.

Eppure, la regolamentazione sociale sembra non presentare soltanto luci, ma anche cupe ombre.

A tal proposito, secondo l'analitica via percorsa dal sociologo francese, le tipologie di suicidio sono 4, frutto dell'incrocio di variabili in modalità 2x2 (integrazione alta, integrazione bassa; regolazione alta, regolazione bassa)

Eppure, la quarta tipologia, denominata intelligentemente dal grande sociologo francese **suicidio fatalistico**, è stata lungamente trascurata da molta ed autorevole dottrina. Lo stesso Albero Izzo, nel suo manuale "Storia del Pensiero Sociologico, a proposito della ricerca sul suicidio di Durkheim afferma "Egli individua tre tipi di suicidio, che corrispondono a tre diversi tipi di società" [Izzo, 1994, pag. 202].

L'equivoco in cui si sono imbattuti anche studiosi della caratura di Izzo può ricercarsi nella forza euristica delle intuizioni di Durkheim, la cui capacità e forza analitica della società, nel suo continuo flusso di mutamento, è stata tale da fornire strumenti tipologici anche in assenza, all'epoca della loro congettura, di significative rilevanze statistiche nella Francia della fine del 1800.

Disgraziatamente, l'eccesso di regolamentazione a carico dei membri di un gruppo e di una comunità, ossia l'eccesso di coercizione su di essi e sulle loro famiglie, tale da privare i medesimi della possibilità di guardare con speranza a un futuro privo di sofferenza, negli anni si è storicamente verificato con crescente ricorrenza nel mondo, tanto che oggi questa residuale tipologia di suicidio inizia a fornire spunti di ricerca, approfondimento e riflessione a livello politico, ma anche nell'ambito delle organizzazioni di ricovero e cura.

Gli effetti perversi dell'eccesso di regolazione sociale possono, infatti, scorgersi in quelle situazioni in cui ad intere popolazioni, o etnie, o gruppi religiosi, viene rigidamente, in qualche caso "militarmente", confinato lo spazio vitale e contingentati gli spostamenti e, con essi, ogni forma di libertà individuale.

In situazioni estreme come quelle descritte, magari con l'aggravante di una contemporanea presenza di sovraintegrazione con il proprio gruppo o credo religioso, in alcuni individui del gruppo si possono sviluppare intenti suicidari, anche di stampo terroristico; infatti, "fatalisticamente" gli attentati suicidi possono svilupparsi in un contesto di eccessiva regolamentazione che concorre a espungere dal novero delle opzioni disponibili le giuste strategie per reclamare le legittime esigenze della propria comunità di appartenenza [Pedahzur *et al.*, 2003].

Parimenti, anche se lo stesso Durkheim segnala che le donne appaiono generalmente meno esposte dei maschi, l'oppressione violenta all'interno della famiglia o della comunità può rendere i gruppi di donne oppresse più vulnerabili ai suicidi [Chang, 1996], anche in questo caso, *fatalistici*; in particolar modo, lo sono le donne coinvolte in relazioni violente che, intrappolate nella relazione diadica o esageratamente regolamentate dal proprio nucleo familiare, finiscono per smarrire loro stesse.

In questa prospettiva, inoltre, cosa esercita sui gruppi – anche se estemporaneamente coesi da una particolare condizione, come la malattia – maggior coercizione della malattia stessa?

Cioè, presso le istituzioni sanitarie, presso i reparti specialistici deputati al ricovero e alla cura di particolari e gravi patologie, può dirsi che la *costrizione* del dolore e delle cure possa invocare, trasversalmente al gruppo di ricoverati, la fuga da un percorso di sofferenza, soprattutto se senza via di uscita e, così, schiudere la porta ad intenti suicidari?

Approcci teorici contemporanei di meso livello

Alcune delle facili obiezioni che possono essere mosse all'importante ricerca di Durkheim scontano la volontà di rinchiudere nell'ambito dei moventi intrapsichici ed individuali il fenomeno del suicidio. Come se gli individui possano essere, di fronte all'atto più estremo, improvvisamente considerati avulsi dalla società, nelle cui preesistenti forme si è in significativa parte forgiata la propria coscienza, cultura ed identità.

Proprio l'impossibilità di espungere l'influenza della società e di negare aprioristicamente la natura di atto sociale del suicidio ripropone, con estrema attualità, la necessità di offrire una spiegazione sociologica del proteiforme





fenomeno e, pertanto, la necessità di suggerire anche rimedi culturali e organizzativi, per un gesto apparentemente tra i più personali ed intimi che esistano.

Perciò, come anticipato in apertura di questa breve resoconto, si muove adesso ad ampliare la possibilità di inquadrare la complessità del fenomeno suicidario, provando a declinarlo nell'ambito di approcci teorici sociologici di meso-livello, ossia di quegli approcci che occupano una posizione intermedia tra le teorie dell'azione individuale e quelle dei sistemi sociali.

Si farà riassuntivo riferimento, quindi, al campo metodologico delineato dalle Teorie di Rete (network analysis) secondo cui, riprendendo coerentemente temi propri dello strutturalismo da cui si principia, la struttura generale del sistema sociale appare come l'affastellarsi, come il combinarsi, delle strutture di relazione tra individui, gruppi e organizzazioni.

Per questa via, ciascun attore sociale può essere ben identificato in base alle specifiche posizioni che riveste all'interno di questa rete di relazioni [White *et al.*, 1976; Coleman, 1990] piuttosto che in termini di classe di appartenenza, di etnia, di genere, ecc.

Si vedrà, quindi, che a seconda di questo posizionamento, la rete di relazioni potrà risultare a volte protettiva, a volte lacunosa, nel supportare l'individuo nelle fasi più critiche della propria esistenza.

Pertanto, nell'ottica della moderna network analysis, *la solidarietà* – che Durkheim scorge come irriducibile fondamento di ogni società, anche di quelle più competitive e basate su rapporti contrattuali, sull'economia concorrenziale e individualistica [Durkheim, 1971] – si basa proprio sulla presenza, o sull'assenza, di relazioni sociali fitte e intersecate che possano, a seconda, spiegare le influenze di questi legami sul benessere o sul malessere individuale.

Durante la flessione della fase emergenziale imposta alla nostra società dalla pandemia dal virus SARS-CoV-2, nel tumultuoso percorso a tutti ben noto, gli individui hanno manifestato variamente il viscerale bisogno di "tornare come prima". Però, innanzi al continuo dilatarsi dell'ultimo miglio che ci avrebbe separato dalla normalizzazione della situazione emergenziale, le persone hanno vissuto condizioni di disagio derivante dalla persistenza della radicale alterazione degli stili di vita abituali, pre-Covid.

Circa il legame tra pandemia e suicidio, recenti ricerche hanno evidenziato l'esistenza di una grave confluenza di vulnerabilità, rischio, risorse e suicidalità nel mezzo della pandemia di Covid-19, riscontrano che i gruppi socialmente più vulnerabili sono a forte rischio suicidario, anche al netto delle risorse di mitigazione messe a disposizione dal governo USA [Fitzpatrick *et al.*, 2020].

Il concetto stesso di "pandemia", a cui la narrazione giornalistica ha legato il procedere dell'infezione da virus SARS-CoV-2, può essere oggetto di riflessione e contestualizzazione alla luce dell'esistenza di una interazione sinergica tra l'insulto virale vero e proprio, altre malattie e condizioni sociali a livello biologico e di popolazione. L'antropologo Merrill Singer [2003] ha infatti utilizzato il termine di *sindemia* per qualificare la capacità di interazione sinergica di due o più malattie coesistenti sui pazienti e il conseguente eccesso di carico di malattia per l'organismo che riceve l'insulto virale; eccesso di carico che trova un aggravamento in situazioni di disagio socio-economico.

Inoltre, Singer, con il suo lavoro del 2003, evidenzia che la comparsa e la diffusione globale negli ultimi anni di ondate di nuove malattie infettive, in una continua auto-generazione di sempre nuove varianti di rischio biologico, concretizza un perverso sodalizio con le condizioni sociali, con la disparità sociale, con la discriminazione di gruppi etnici e con la violenza strutturale serpeggiante nel mondo, producendo una nuova e proteiforme minaccia per la salute pubblica a livello internazionale, che le impreparate reti sociali non sempre riescono a fronteggiare.

Nella direzione delle inadeguatezze talvolta dimostrate dalle reti di sicurezza della società in occasione della fase emergenziale da Covid-19, non può prescindere anche in sanità dal contributo di Bernice Pescosolido – alla cui autorevole produzione scientifica si rimanda convintamente per i necessari approfondimenti – che, proprio grazie alla network analysis, riesce a declinare realisticamente i quattro tipi ideali di suicidio di Durkheim in gradienti differenziati tra i quattro poli di pericolosità.

In particolare, premettendo che i tipi-ideali, secondo l'accezione weberiana, sono tali perché costituenti categorie dalla valenza euristica e che, perciò, sono di rarissimo riscontro empirico, l'approccio di rete aumenta la complessità dell'analisi evidenziando che l'integrazione e la regolamentazione convivono e, probabilmente, partecipano insieme a determinare la vulnerabilità al suicidio degli individui.





Lo schema di rete suggerito dalla Pescosolido, quindi, appare tridimensionale e si sviluppa graficamente lungo i tre assi spaziali x, y e z. Le due dimensioni salienti, integrazione e regolazione, con le loro trame affiancate, si sviluppano, rispettivamente, da destra verso sinistra, e dal dietro verso il davanti; entrambe con i due estremi del continuum alta-bassa, che procede dall'alto verso il basso.

In base a questa schematizzazione tridimensionale, quindi, è il peculiare intreccio tra le trame delle dimensioni, caratterizzante ogni società, che predispone i quattro tipi di suicidio.

Lungo tutti i margini più estremi della rete, così come congegnata dalla Pescosolido e dai suoi colleghi, in prossimità di due idealtipi, le maglie tendono a serrarsi, dall'altro lato ad allargarsi troppo. In particolare, quando i trefoli della sicurezza sociale sono troppo larghi per sostenere i membri del gruppo, quando le crisi comunitarie ne destabilizzano l'equilibrio individuale, si possono ingenerare derive verso i suicidi egoistici o anomici.

Viceversa, se a stringere in un abbraccio sovraintegrativo i membri del gruppo sono le maglie dell'integrazione, la società si caratterizza per una predisposizione al suicidio altruistico; invece, laddove la società esaminata presenta trame regolatorie troppo stingenti, addirittura soffocanti le libere ambizioni dei membri ed il naturale respiro evolutivo delle nuove generazioni, ad esempio, i membri del gruppo sociale possono scontrarsi contro trefoli assurti a sbarre di una gabbia d'acciaio, infrangendosi in propositi suicidari di stampo fatalistico.

Secondo questo interessantissimo approccio [Pescosolido e Georgianna, 1989; Pescosolido, 1990 e 1994] è proprio al centro della rete tridimensionale che le trame dell'integrazione e della regolazione sono sufficientemente fitte e, insieme, sufficientemente elastiche, per accogliere adeguatamente gli individui in difficoltà, distogliendoli dai loro intenti suicidi.

Questi studi dimostrano che l'interazione sociale è alla base della vita sociale e che le reti sociali forniscono il meccanismo (interazione) attraverso il quale gli individui apprendono, comprendono, e cercano di gestire le difficoltà [Pescosolido, 1992] collocando, così, l'interazione sociale al centro delle teorie del suicidio più feconde e promettenti.

L'influenza sul fenomeno suicidario di cultura ed emozioni sociali

Se agli approcci classici di stampo strutturalista dobbiamo molto nella comprensione delle cause sociali del suicidio, gli approcci della sociologia contemporanea ampliano decisamente le vedute intorno alla comprensione del complesso modo in cui l'ambiente sociale esterno agli individui modella il suicidio e, per continuare a spingere in profondità il cuneo teorico, appare opportuno passare dalle Teorie dei Social Network al ruolo che i Social Media possono rivestire nel plasmare cultura e diffusione del suicidio nella società.

Restando nell'ampio alveo teorico tracciato da Durkheim possiamo notare come per lo studioso francese la regolamentazione esprima una forza sociale rilevante nella sua teoria generale sul suicidio.

Ma, sebbene lo studioso, in forza del bagaglio disciplinare allora a sua disposizione, non abbia fatto riferimento alla cultura come forma codificata e condivisa di regolamentazione, non si può negare che oggi si scorgano forme culturali e sub-culturali di regolamentazione tipiche di gruppi, organizzazioni e società e, con esse, forme introiettate di prassi di agire e di reagire tanto radicate da assurgere, per gli individui che condividono quella cultura o sub-cultura, a vero e proprio dato normativo con potere di regolamentazione.

La cultura non può certo essere colpevolizzata, o eccessivamente responsabilizzata, a fronte del perdurare e dell'espandersi del fenomeno suicidario, ma non va dimenticata la natura di atto sociale del suicidio o trascurato il fatto che chi tenta il suicidio è portatore di senso e di significati culturali che imprime al proprio atto [Kral, 1994], anche al fine, generalmente, di consentire la decodifica del medesimo da parte degli altri.

Va riconosciuto, quindi, che la cultura ci plasma e regola moralmente, che declina e riproduce i codici di comportamenti graduandoli sulla base della loro desiderabilità sociale e che la cultura di cui è imbibito l'atto suicidario non attiene soltanto al know-how, al sapere pratico, necessario per il passaggio all'atto, ma ricomprende una





convizione culturalmente appresa che l'atto suicidario rientri tra le opzioni culturalmente codificate finalizzate ad esprimere al gruppo di riferimento e alla società qualcosa che si prova, o subisce, internamente [Kral, 1994].

Il tema dell'influenza della cultura e delle sub-culture giovanili sul suicidio ricorre in studi incentrati su comunità Nord-Americane, dai quali emerge che l'identificazione con motivazioni del suicidio che siano socialmente legittimate dal gruppo di riferimento, anche familiare, può aumentare la vulnerabilità al suicidio soprattutto dei giovani, cosa che spiegherebbe come mai persistano cluster di suicidi in determinati gruppi e contesti sociali [Muller e Abrutyn, 2016].

Acclarata la centralità della cultura nel fornire agli individui quel bagaglio di conoscenze pratiche cui attingere anche per esprimere all'esterno, socialmente, qualcosa di esperito internamente, il richiamo ai social media diviene più agevole. Secondo il sociologo postmodernista Jean Baurillard, infatti, l'impatto dei mass media elettronici e informatici ha letteralmente trasformato le nostre vite, giungendo addirittura ad affermare che la televisione oggi non rappresenta il mondo, ma definisce in misura crescente cos'è il mondo [Baurillard, 1994].

In questo mondo costruito dai media, che Baurillard definisce una *iperrealtà* fatta di *simulacri* di immagini che ricevono senso da altre immagini, si possono formare le opinioni degli individui e si concorre a costruire e riprodurre la cultura della società in quel momento storico.

Ed è in contesti caratterizzati da tale influenza culturale sulle persone, che la sociologia ha studiato l'esposizione al suicidio attraverso i social media e i social network, andando a rilevare che all'esposizione a resoconti sui suicidi operata dai media è associato l'aumento del rischio di suicidio.

In particolare, è in corrispondenza della narrazione comunicativa di suicidi di note celebrità, nel pieno della propria forza comunicativa ed artistica, che David Phillips [1979] ha riscontrato l'aumento temporaneo dei tassi di suicidi tra gli spettatori di queste esposizioni mediatiche dei drammi di personaggi famosi.

Similmente, la nota Teoria di Granovetter [cfr. Granovetter, 1984] sulla forza dei legami deboli, ha motivato Robert Baller e Kelly Richardson a indagare l'ipotesi della natura diffusiva dei pensieri suicidi nelle reti di amicizia degli adolescenti; così, utilizzando i dati del National Longitudinal Study of Adolescent Health americano, Baller e Richardson hanno stimato gli effetti dei tentativi di suicidio di amici degli amici (quindi di conoscenze indirette) sui pensieri suicidi degli intervistati, svelando che questi ultimi erano a maggior rischio di suicidio [Baller e Richardson, 2009].

Ma perché gli individui sono tanto legati alle proprie reti di relazioni e così suggestionati da esse?

Anche uno strutturalista come Durkheim, abbiamo visto, ha affermato che l'appartenenza ad un gruppo particolare rendeva l'individuo più o meno vulnerabile al suicidio, in base al modo specifico con cui quel gruppo combinava le proprie modalità integrative e regolative. Perciò, per completare la disamina, dopo aver sommariamente richiamato approcci teorici di macro e meso livello, non restano che gli approcci teorici di micro-livello per lo studio dell'interazione sociale.

Perciò, senza dilungarci troppo sugli effetti della progressiva sostituzione delle tradizionali strutture di riferimento come la famiglia, la comunità religiosa, la classe sociale, ecc. da parte dell'attuale pluralità di formazioni sociali diverse, anche dal carattere virtuale, legato al mondo dei Social che proliferano su Internet, possiamo direttamente evidenziare che questa frammentazione pulviscolare ha ingenerato l'aumento della differenza, della distanza, tra individuo e società.

Proprio come succedrebbe a causa dell'interposizione di nuovi, dinamici e accattivanti player in un mercato, queste nuove formazioni sociali riescono a sottrarre "quote di mercato" e di influenza sugli individui alle tradizionali strutture di riferimento, prima oligopoliste.

Questa dinamizzazione degli assetti tradizionali ha esaltato valori quali la creatività, l'immaginario e amplificato e innovato profondamente i bisogni individuali e le caratteristiche dello spazio privato per l'espressione del sé, rispetto a quello condiviso e sottoposto al controllo intersoggettivo tradizionale. Per questa via, alla domanda di identità plurime, fluide e discontinue, si è affiancata una crescente necessità di *identificazione* da parte dell'altro significativo, fosse anche uno sconosciuto incrociato in una chat.

Ciò che appare chiaro, dall'analisi dei gruppi, è che i loro membri rimarchino, nel coedersi, uno statuto ontologico su cui poggiare le proprie rivendicazioni di riconoscimento. I temi dell'identità e del riconoscimento, pertanto, viaggiano strettamente embricati e può dirsi che negando il riconoscimento sociale, si mette in forse la struttura dell'identità dei gruppi e degli stessi membri che ne animano l'esistenza.





Perciò, nulla di più facile che se non ci viene riconosciuta l'identità come ci aspettiamo, o come gli altri si aspettano, si provino emozioni sociali negative, come la vergogna e il senso di colpa.

Se veniamo privati del riconoscimento sociale, quindi dell'identità a cui teniamo e che ha senso per noi e il nostro gruppo di pari, si possono ingenerare valutazioni cognitive di inutilità, indegnità e di disperazione, proprio in ragione del fatto che la costruzione culturale del profilo identitario ci trasmette aspettative chiare – come abbiamo visto, in certa misura regolatorie e “normative” – su chi siamo, cosa fare e perché farlo.

Non riuscire a rispettare le aspettative sociali agli occhi dei gruppi a cui si è significativamente legati o, peggio, subire il dileggio o l'isolamento da parte di questi, possono ingenerare emozioni sociali co-determinanti il verificarsi di una pletora di comportamenti avversi, incluso il suicidio [Lester, 1997].



La Raccomandazione Ministeriale n. 4/2008

Si tratta di una Raccomandazione del Ministero della Salute - Dipartimento della Qualità - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema - Ufficio III - condivisa, ad esito di opportuna procedura di consultazione, dal Coordinamento delle Regioni e Province Autonome per la Sicurezza dei pazienti.

Secondo la Raccomandazione n. 4 del marzo 2008, il suicidio in ospedale rappresenta un evento sentinella di particolare gravità la cui prevenzione si basa su una appropriata valutazione delle condizioni del paziente.

Quindi, per l'implementazione di strategie efficaci per la riduzione dell'evento suicidio in ospedale, la Raccomandazione propone di agire attraverso:

- 1) strumenti di valutazione del paziente;
- 2) profili assistenziali per i pazienti che hanno una reazione suicidaria o tentano il suicidio che prevedano la continuità della cura anche dopo la dimissione;
- 3) processi organizzativi;
- 4) formazione degli operatori;
- 5) idoneità ambientale e strutturale.

Ai fini della nostra trattazione appaiono rilevanti i processi organizzativi di cui al Punto 4.2.2., che specifica che nelle Aziende ed enti sanitari è necessario: *informare* il personale sul rischio suicidario; *predisporre procedure specifiche* sulla base di linee guida e percorsi assistenziali; porre attenzione, durante i trasferimenti all'interno della struttura nosocomiale, ai pazienti che presentano un maggiore rischio di suicidio; evitare di lasciare soli i pazienti a rischio ed eventualmente definire modalità per la vigilanza. Particolare attenzione deve essere prestata nelle ore serali e notturne, quando il rapporto numerico tra personale e pazienti è ridotto. Inoltre, è necessario che la struttura sanitaria disponga di una procedura per la corretta gestione dell'accaduto che preveda la comunicazione dell'evento ai familiari ed a tutte le persone coinvolte ed il necessario support.

Invece, sempre con riferimento all'attività ECM in cui questo contributo si incardina, per aumentare nei professionisti della salute la capacità di rilevare la predisposizione dei pazienti al suicidio e di adottare idonee misure di prevenzione, la Raccomandazione, al Punto 4.2.3, specifica che vanno incrementate le *attività di orientamento e formazione del personale rispetto a tale problematica*, nonché garantiti *richiami sulla comunicazione e sui rischi connessi* al suicidio in tutte le attività formative. Va previsto, inoltre, un aggiornamento specifico periodico del personale operante in unità operative considerate critiche.

La Raccomandazione, unitamente al suo Allegato 1, contenente l'elenco di domande che possono essere utilizzate per la conduzione del colloquio con il paziente, **che potranno essere scelte e adattate alla specifica situazione**, è disponibile al seguente link:

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_592_allegato.pdf



Prevenzione del suicidio in ambiente sanitario: l'integrazione del Modello Zero Suicide nell'ambito delle indicazioni della vigente Raccomandazione ministeriale.

Il complesso rapporto Uomo-Ambiente, con tutte le interposizioni strutturali, organizzative e culturali possibili, come abbiamo visto può essere affrontato da una molteplicità di prospettive sociologiche, ciascuna delle quali capace, come con uno strumento ottico a molteplici ingrandimenti, di cogliere dei fenomeni sociali indagati sia dagli aspetti macro, sia da quelli più fini e micro.

Per ciascuno di questi livelli di osservazione ed analisi possono prodursi scenari di intervento specifici. Trattandosi di interventi istituzionali di prevenzione del fenomeno suicidario nelle strutture sanitarie, che fondono la dimensione sociale con quella della salute, non si prescinde dalle Raccomandazioni del Ministero della Salute che, si ricorda, hanno ad oggetto **eventi sentinella**, ossia quegli eventi avversi – come il suicidio o il tentato suicidio in ospedale – che per la loro gravità causano la morte o gravi danni al paziente e, perciò, portano seco una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario e, in quanto tali, sono esigibili dall'autorità sanitaria sovraordinata e da altre autorità, anche nell'ambito dei precetti del c.p.

Tornando a richiamare gli intenti divulgativi e formativi in ambito ECM che originano le presenti riflessioni, appare utile ampliare i fondamenti teorici innanzi ripercorsi e la specifica Raccomandazione ministeriale n. 4 da cui si principia ed innanzi richiamata, proponendo un esempio molto interessante, fra le diverse strategie di prevenzione del suicidio in ambito sanitario, che mira ad innescare mutamenti culturali e organizzativi nell'ambiente sociale tipico di ciascuna Azienda o Ente sanitario, con l'obiettivo di migliorare la capacità della sanità di prevenire il suicidio [Labouliere *et al.*, 2018].

In particolare, di seguito si presenterà sinteticamente il modello Zero Suicide che un interdisciplinare gruppo di studiosi ha proposto in letteratura e che ha trovato significativa applicazione di successo in America, e non solo.

Il modello si presenta flessibile ed adattabile alla molteplicità di contesti organizzativi sanitari, nonché capace di implementare, nella logica di customizzazione e ampliamento dei protocolli operativi aziendali per la prevenzione e la gestione degli atti suicidari, nell'alveo di quanto dettato, al Punto 5. "Implementazione della Raccomandazione a livello aziendale", dalla Raccomandazione ministeriale n. 4/2008, in modo da perseguire ancor meglio quel cambiamento *culturale* a livello di sistema che rende la prevenzione del suicidio obiettivo organizzativo istituzionale fondamentale di qualsiasi contesto medico [Labouliere *et al.*, 2018].

Circa il Modello Zero Suicide, direttamente dal sito Internet dedicato (<https://zerosuicide.edc.org/>) a cui si rimanda per i necessari approfondimenti, esso:

si basa sulla consapevolezza che le persone che sperimentano pensieri e impulsi suicidi spesso cadono attraverso le maglie della rete di un sistema sanitario a volte frammentato e distratto da emergenze, contingenze, apparente scarsità di risorse.

Gli studi hanno dimostrato che la stragrande maggioranza delle persone morte per suicidio è entrata in contatto con un operatore sanitario l'anno prima della loro morte. C'è un'opportunità per i sistemi sanitari di fare davvero la differenza trasformando il modo in cui i pazienti vengono sottoposti a screening e le cure che ricevono.

L'implementazione del modello Zero Suicide richiede un cambiamento trasformativo che non può essere sopportato esclusivamente dai professionisti che forniscono assistenza clinica. Zero Suicide adotta un approccio a livello di sistema per migliorare i risultati e colmare le lacune. Per i sistemi sanitari e comportamentali di assistenza sanitaria, Zero Suicide si pone come un impegno per la sicurezza del paziente e una giusta cultura di supporto per gli operatori sanitari.





© 2020 Zero Suicide Institute at EDC.

Fonte: <https://zerosuicide.edc.org/toolkit/zero-suicide-toolkitsm>

*I sette elementi di Zero Suicide rappresentano ciò che gli esperti nel campo della prevenzione del suicidio hanno identificato come i componenti fondamentali di un'assistenza sicura per le persone con pensieri e impulsi suicidi. Rappresentano un **approccio olistico** alla prevenzione del suicidio all'interno dei sistemi sanitari e comportamentali.*

Zero Suicide si basa sui seguenti principi:

Valori fondamentali: *la convinzione e l'impegno che il suicidio possa essere eliminato in una popolazione assistita migliorando l'accesso e la qualità dei servizi e praticando il miglioramento continuo della qualità.*

Gestione dei sistemi: *adottare misure sistematiche attraverso i sistemi di assistenza per creare una cultura che non consideri più accettabile il suicidio, stabilire obiettivi aggressivi ma realizzabili per eliminare i tentativi di suicidio e le morti e organizzare di conseguenza l'erogazione dei servizi e il supporto.*

Pratiche di assistenza clinica basate sull'evidenza: *l'adozione di pratiche che la ricerca mostra riduce le morti e i comportamenti suicidi e che vengono erogati attraverso l'intero sistema di assistenza e che enfatizzano le interazioni. Questo insieme di interventi, se utilizzato in modo coerente, con formazione e fedeltà, ha dimostrato che il suicidio e i tentativi di suicidio in ambito sanitario possono essere ridotti.*

GUIDA:

Guidare il cambiamento culturale a livello di sistema impegnato a ridurre i suicidi

TRENO:

Formare una forza lavoro competente, sicura e premurosa

IDENTIFICARE:

Identificare le persone a rischio di suicidio tramite screening e valutazione completi

INGAGGIARE:

Coinvolgere tutte le persone a rischio di suicidio utilizzando un piano di gestione delle cure suicidarie

TRATTARE:

Trattare pensieri e comportamenti suicidi direttamente utilizzando trattamenti basati sull'evidenza

TRANSIZIONE:

Individui in transizione attraverso l'assistenza con calorosi passaggi di mano e contatti di supporto

OTTIMIZZARE:

Migliorare le politiche e le procedure attraverso il miglioramento continuo della qualità



Onde evitare di appesantire troppo in questa sede la trattazione dell'interessantissimo modello, assolutamente coerente con il percorso teorico tratteggiato, nel rinviare tutti ad un approfondimento personale delle specifiche copiose risorse applicative disponibili in rete, si proporrà un estratto degli strumenti Zero Suicide messi a punto per un gruppo, limitato e specifico, di utenti e cittadini che sembrano, soprattutto in questa fase "post-covid", particolarmente suscettibili al fenomeno in argomento.

In questa occasione divulgativa si riporterà, quindi, l'adattamento del modello alla popolazione che nei nostri contesti sanitari sta presentando particolare vulnerabilità: i giovani di età compresa tra 10 e 24 anni.

La prevenzione e il trattamento del suicidio per i giovani devono essere adeguati allo sviluppo, occuparsi dei determinanti sociali critici della salute, valutare la presenza di eventi avversi dell'infanzia (ACE) e traumi, incorporare il supporto dei genitori o del tutore e affrontare le considerazioni sul consenso [Thompson, et al., 2019].

Quando i giovani vengono identificati come a rischio di suicidio, i medici devono essere esperti nella valutazione e nella gestione del suicidio. La valutazione del rischio di suicidio e la pianificazione collaborativa della sicurezza dovrebbero includere una discussione sugli ostacoli alla salute e alla sicurezza, inclusi i fattori fisici e ambientali (dove vive la famiglia o il bambino), la presenza di armi da fuoco o altri mezzi letali (ad es. farmaci) in casa e la sicurezza del vicinato.

Un'efficace prevenzione del suicidio dei giovani richiede strategie di prevenzione primaria come parte di un approccio globale che incorpori il sistema sanitario e si estenda alle scuole e alla comunità (Robinson et al., 2018).

Quando ci si concentra specificamente sulle strutture sanitarie, un approccio rilevante è il modello Zero Suicide, che è stato adattato per l'applicazione nelle strutture pediatriche per migliorare l'assistenza ai giovani a rischio di suicidio. I sistemi sanitari che implementano il modello Zero Suicide hanno sviluppato e implementato percorsi di cura specifici per l'uso con le popolazioni pediatriche che incorporano l'uso di strumenti convalidati, migliori pratiche e la necessaria integrazione con i sistemi di supporto cruciali per un'efficace prevenzione del suicidio con bambini e adolescenti.

Ask Suicide-Screening Questions (ASQ)

L'ASQ è un questionario gratuito per le strutture mediche (Dipartimento di Emergenza-Urgenza, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), le Unità Operative di Oncologia, Ostetricia e Ginecologia, ecc.) che può aiutare infermieri o medici a identificare con successo i giovani a rischio di suicidio, potendo legittimamente esercitare la possibilità di scelta e adattamento delle domande per la conduzione del colloquio con il paziente fornite con l'Allegato 1 alla Raccomandazione n. 4/2008.

L'ASQ è un insieme di sole quattro domande di screening che richiedono pochissimo tempo per essere somministrate. Ovviamente esse, comunque riconducibili ai temi che informano diverse domande della Raccomandazione n. 4/2008, possono essere integrate da altre domande scelte sempre nell'ambito dell'Allegato 1, sebbene il toolkit Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) sia già progettato per lo screening dei giovani di età compresa tra 10 e 24 anni.

A tal ultimo proposito, lo studio di Horowitz, dal titolo *Ask Suicide-Screening Questions (ASQ): uno strumento sintetico per il pronto soccorso pediatrico* [2012], una risposta "sì" a una o più delle quattro domande ha identificato il 97% dei giovani (di età compresa tra 10 e 21 anni) a rischio di suicidio. Inoltre, una ricerca multisito, guidata dal National Institute of Mental Health degli Stati Uniti, ha dimostrato che l'ASQ è anche un valido strumento di screening per i pazienti adulti.

Perciò appare utile provare a scorgere, attraverso la seguente tabella, i profili di compatibilità tra l'elenco di domande guida della Raccomandazione e l'agile e diretto ASQ.



Domande di cui all'Allegato 1 alla Raccomandazione n. 4/2008 "che possono essere utilizzate per la conduzione del colloquio, che vanno scelte e adattate alla specifica situazione"	Il toolkit Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) progettato per lo screening di pazienti medici di età pari o superiore a 8 anni per il rischio di suicidio
<p>Esse sono utili per accertare l'entità del rischio di suicidio, se la persona ha forti sensi di colpa o se prova una forte rabbia per un torto subito e spera con il suicidio di suscitare disagio e rimpianto nel colpevole, i fattori protettivi, il rischio effettivo di morte.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Come si sente? - Che progetti ha quando esce dall'ospedale? - Si è sentito giù recentemente? - Si è mai sentito così in precedenza? - Che cosa era successo? - C'è qualcosa che La preoccupa o La turba molto? - In che modo le persone (eventualmente specificare) vicine Le rendono la vita più difficile? - Ha avuto l'impressione di non farcela più? Ha l'impressione che non ci sia una via di uscita? - Sente di dovere espiare qualche colpa? - Alcune persone nella sua situazione penserebbero che non vale la pena di continuare a vivere. E' successo anche a Lei? - Ha mai pensato di farsi del male (o togliersi la vita)? Come? - Con che frequenza Le sovengono tali pensieri? - Per quanto tempo ci ha pensato negli ultimi giorni? Che cosa l'ha trattenuta dal farlo? (Ciò consente di identificare i fattori protettivi). - Ha mai chiesto aiuto? A chi si è rivolto? Qualcuno Le è stato particolarmente vicino? - Ha mai pensato a come ciò influenzerebbe la vita dei suoi cari? (Se ha famiglia) - Ha mai tentato il suicidio prima? Quante volte? Quando l'ultima volta? In che modo? (Chiedersi quale era il rischio effettivo di morte). - Ha mai pensato a come farla finita? (Chiedersi se il piano è realistico ed è davvero potenzialmente letale). - Ha progettato quando farlo? - Ha il necessario per farlo? - Ha pensato a chi lasciare le cose che le sono più care? - Ha espresso le sue volontà a qualcuno di cui si fida o le ha lasciate scritte? - Ha mai fatto impulsivamente qualcosa di cui poi si è pentito? 	<p>Il toolkit ASQ è organizzato in base all'ambiente medico in cui verrà utilizzato: pronto soccorso, unità medico/chirurgica ospedaliera e ambulatori di cure primarie e specialistico e i materiali sono disponibili sul sito; particolari esigenze possono essere poste alla dottoressa Horowitz (horowitz@mail.nih.gov) o alla dottoressa Snyder (deborahsnyder@mail.nih.gov).</p> <p>La versione base da cui sono tratte le seguenti domande, invece, rimane la stessa in tutte le strutture mediche tanto che lo <i>Strumento di screening per il rischio di suicidio</i> del National Institute of Mental Health (NIH), può essere utilizzato in altri contesti con i giovani (ad es. screening scolastici promossi dai locali Dipartimenti di Prevenzione, centri di detenzione minorile, ecc.)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nelle ultime settimane, hai desiderato di essere morto/a? 2. Nelle ultime settimane, hai avuto la sensazione che sarebbe stato meglio per te o la tua famiglia se fossi morto/a? 3. Nell'ultima settimana, hai pensato di ucciderti? 4. Hai mai tentato di ucciderti? Se sì, come?: _____ Quando?: _____ <p>Se il/la paziente risponde "Sì" a una o più delle domande precedenti, porre la seguente domanda sull'intensità dell'intento suicidario:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Stai pensando di ucciderti in questo momento? Se sì, descrivi cosa stai pensando: _____ <p>Può notarsi che le domande dello ASQ appaiono comunque riconducibili all'area semantica di alcune (in grassetto) tra quelle proposte dalla Raccomandazione n. 4/2008, da cui l'ipotesi di esperire il tentativo di compatibilizzare l'agile e validato ASQ, unitamente al Modello organizzativo Zero Suicide (Labouliere et al., 2018), nell'ambito dello strumentario a disposizione dei clinici.</p>

Consentendo l'identificazione e la valutazione precoci dei pazienti ad alto rischio di suicidio, il toolkit ASQ può svolgere un ruolo chiave nella prevenzione del suicidio, nell'ambito di una virtuosa e avvisata integrazione con i dettami della Raccomandazione ministeriale, anche alla luce della compatibilità metodologica e pragmatica fra la Raccomandazione ministeriale ed il Modello Zero Suicidio.

Concludendo, il Modello Zero Suicida, e la sua diversificata cassetta degli attrezzi, può trovare utili margini di integrazione con i dettami della Raccomandazione n. 4/2008 nonché applicazione e richiami nell'ambito delle Procedure di prevenzione del suicidio dei pazienti in ambito ospedaliero che ciascuna Struttura dovrà darsi.

Collegamento online al **toolkit Ask Suicide-Screening Questions (ASQ)**:
<https://www.nimh.nih.gov/research/research-conducted-at-nimh/asq-toolkit-materials>

Collegamento alla risorsa Video: **Rispondere come un sistema: Zero Suicide al Nationwide Children's Hospital**
<https://zerosuicide.edc.org/resources/resource-database/responding-system-zero-suicide-nationwide-childrens-hospital-0>



Conclusioni

Che il rapporto Uomo-Ambiente (sociale) o, meglio ancora, che il rapporto Uomo-Culture-Ambiente sia importante per lo sviluppo dell'individuo durante tutto il suo percorso di vita, influenzandolo profondamente, a cominciare dalla sua salute fisica e mentale, passando per i fenomeni di abuso di alcol e droghe, fino al fenomeno, estremo, del suicidio, è ampiamente acclarato dalla scienza.

Tuttavia, poiché i tassi di suicidio sono in aumento, appare necessario e cogente anche per le strutture sanitarie fare tesoro della teoria sociale più aggiornata e delineare pragmatici programmi di prevenzione e di re-building organizzativo interdisciplinari che sappiano tener conto della complessità del *milieu* sociale da cui, abbiamo visto, gli individui attingono risorse culturali, cognitive e valoriali favorevoli all'intento suicidario e in cui, perciò, il suicidio affonda le proprie radici.

Pertanto, le strutture sanitarie che vorranno impegnarsi ad andare oltre il mero recepimento burocratico della Direttiva n. 4/2008 scegliendo, così, di puntare sulla Qualità dei propri Servizi, sulle virtuose procedure di accreditamento e sull'evoluzione organizzativa e culturale del proprio sistema, non potranno esimersi dall'investire sulla formazione, sull'empowerment delle consapevolezze sociologiche e interdisciplinari del proprio personale nonché dall'aggiornamento delle proprie modalità di prevenzione del rischio suicidario.

Francesco Squillace, *Ph.D.*

Ricercatore sociale e Presidente *p.t.* dell'Associazione S.E.Ri.S.

Agenzia Regionale strategica per la Salute ed il Sociale - A.Re.S.S. Puglia

Segretario della Commissione Regionale per la Formazione Continua in Medicina - CRFC Puglia

Componente dell'Osservatorio Regionale per la Formazione Continua in Sanità - ORFoCS Puglia



Riferimenti

- Baller, R. D., Richardson, K. K., *The "Dark Side" of the strength of weak ties: the diffusion of suicidal thoughts*, J. Health Soc. Behav., 50, 261–27, 2009
- Baller, R. D., Richardson, K. K., *Social Integration, Imitation, and the Geographic Patterning of Suicide*, American Sociol. Rev., 67, 873–8 - 2002
- Baurillard, J., *Simulacra and Simulation*, The University of Michigan Press, 1994
- Chang, V. N., *I Just Lost Myself: Psychological Abuse of Women in Marriage*, Westport, CT: Praeger, 1996
- Coleman, J. S., *Foundations of Social Theory*, Cambridge, Mass., Belknap Press, 1990
- Coleman, J. S., *Social capital in the creation of human capital*, Am. J. Soc. 94, S95–S120, 1988
- Durkheim, E., *Le Suicide. Etude de sociologie* Alcan, Paris, 1983; trad. it. *Il Suicidio*, Utet, Torino, 1969
- Durkheim, E., *De la division du travail social*, Alcan, Paris, 1983; trad. it. *La divisione del lavoro sociale*, Edizioni di Comunità, Milano, 1971
- Fitzpatrick, K. M., Harris, C., and Drawve, G., *How bad is it? Suicidality in the middle of the covid-19 pandemic*, Suicide Life Threaten. Behav., 50, 1241–1249, 2020
- Granovetter, M., *The Strength of Weak Ties. A Network Theory Revisited*, in Collins, R., ed., *Sociological Theory*, Jossey-Bass Inc., U.S., pp. 201–232, 1984
- Horowitz, L., Tipton, MV e Pao, M., *Prevenzione primaria e secondaria del suicidio giovanile*, *Pediatria*, 145 (Suppl 2), S195–S203, 2020.
- Horovitz, L.M., *Ask Suicide-Screening Questions (ASQ): uno strumento sintetico per il pronto soccorso pediatrico*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23027429/> doi: 10.1001/archpediatrics.2012.1276
- Izzo, A., *Storia del pensiero Sociologico*, Il Mulino, Bologna, 1994
- Kral, M., *Suicide as social logic*. *Suicide Life Threaten*, Behav. 24, 245–255, 1994
- Labouliere, C. D., Vasan, P., Kramer, A., Brown, G., Green, K., Rahman, M., et al., *"Zero Suicide"— a Model for reducing suicide in United States behavioral healthcare*, *Suicidologi* 23, 22–30, 2018
- Lester, D., *The role of shame in suicide*, *Suicide Life Threaten. Behav.* 27, 352–361, 1997
- Maimon, D., and Kuhl, D. C., *Social control and youth suicidality: situating Durkheim's ideas in a multilevel framework*, *Am. Sociol. Rev.* 73, 921–943, 2008
- Mueller, A. S., Abrutyn, S., Pescosolido, B. and Diefendorf, S., *The Social Roots of Suicide: Theorizing How the External Social World Matters to Suicide and Suicide Prevention*, *Frontiers in Psychology* 12(763), 2021
- Mueller, A. S., Abrutyn, S., *Adolescents under pressure: a new Durkheimian framework for understanding adolescent suicide in a cohesive community*, *Am. Sociol. Rev.*, 81, 877–89, 2016
- Parsons, T., *On Building Social System Theory: A Personal History*, in "Daedalus", 1970
- Pedahzur, A., Perliger, A., Weinberg, L., *Altruism and Fatalism: the characteristics of palestinian suicide terrorists*, *Deviant Behav.* 24, 403–423, 2003
- Perry, B. L., Pescosolido, B. A., and Borgatti, S. P., *Egocentric Network Analysis: Foundations, Methods, and Models*, Cambridge University Press, Cambridge, 2018
- Pescosolido, B. A., *Bringing Durkheim into the twenty-first century: a network approach to unresolved issues in the sociology of suicide*, in *Emile Durkheim: Le Suicide 100 Years Later*, ed. D. Lester, The Charles Press, Philadelphia, PA., 264–293, 1994
- Pescosolido, B. A., *The social context of religious integration and suicide: pursuing network explanation*, *Sociol. Q.*, 31, 337–357, 1990
- Pescosolido, B. A., *Beyond rational choice: the social dynamics of how people seek help*, *Am. J. Sociol.* 97, 1096–1138, 1992





- Pescosolido, B. A., Georgianna, S., *Durkheim, suicide, and religion: toward a network theory of suicide*, Am. Sociol. Rev., 54, 33–48, 1989
- Phillips, D. P., *Suicide, motor vehicle fatalities, and the mass media: evidence toward a theory of suggestion*, Am. J. Sociol., 84, 1150–1174, 1979
- Raccomandazione n. 4, “Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale”, Ministero della Salute – Marzo, 2008
- Robinson, J., Bailey, E., Witt, K., Stefanac, N., Milner, A., Currier, D., Pirkis, J., Condrón, P., e Hetrick, S., *What Works in Youth Suicide Prevention? A Systematic Review and Meta-Analysis*, Eclinicalmedicine, 4(5), 52–91, 2018
- Singer, M., Claire, S., *Syndemics and public health: reconceptualizing disease in bio-social context*, Med Anthropol Q., 17(4):423-41, Dec 2003
- Stack, S., *Suicide: a 15-year review of the sociological literature part 1: cultural and economic factors*, Suicide Life Threaten. Behav., 30, 145–162, 2000
- Thompson MP, Kingree JB, Lamis D., *Associations of adverse childhood experiences and suicidal behaviors in adulthood in a U.S. nationally representative sample*, Child Care Health Dev., 45(1):121-12, Jan 2019
- White, H., Boorman, S., Breiger, R.L., *Social Structure for Multiple Networks*, in “American Journal of Sociology”, 81, pp. 730-780, 1976