

“SCAPPO SALTANDO DALLA FINESTRA”: SUICIDIO, TENTATO SUICIDIO O SEMPLICE DESIDERIO DI TORNARE A CASA? RIFLESSIONI SU UNA CASISTICA IN RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI

“I ESCAPE JUMPING FROM THE WINDOW”: SUICIDE, ATTEMPTED SUICIDE OR JUST DESIRE TO RETURN HOME? CONSIDERATIONS ON A SERIES OF CASES IN HEALTHCARE RESIDENCES

Jutta M. Birkhoff • Melania Borgo • Ilaria Gorini • Enrico Brizioli • Claudio Zara • Chiara C. Monti

Abstract

Suicides notoriously increase with age, but the number of scientific articles focusing on the phenomenon of attempted/implemented suicides by older people is, for different reasons, much lower than those published in this regard for the young age group. In the literature, however, various suicidal risk factors are reported in the elderly, including isolation, loneliness, chronic/disabling diseases, depression, dementia. A risk factor also seems to be the placement in a welfare structure, a circumstance that is still little studied and underestimated. The present work, through the presentation of a limited series of cases, intends to investigate the phenomenon of attempted/implemented suicides occurred in Healthcare Residences shortly after insertion. The different diagnoses posed had all depressive connotations, known as a suicidal risk factor. In order to define "suicide" it is necessary that the fatal outcome must be wanted and foreseen by the subject, so we wondered if this requirement was effectively present in the patients of our casuistry or if, precisely because of the traumatic fracture of their daily life due to insertion into the structure, they wanted only to give a cry for help through an impulsive and incongruous gesture, to jump out of the window, in order to return home. The moment of acceptance in the structure seems in any case to be a particularly delicate moment and requires the utmost attention from all the health workers involved, even and especially to prevent the risk of suicide.

Keywords: elderly • depression • dementia • attempted/implemented suicide • Healthcare residence

Riassunto

Notoriamente i suicidi aumentano con l'avanzare dell'età, ma il numero degli articoli scientifici incentrati sul fenomeno dei suicidi tentati/attuati dalle persone anziane è, per diversi motivi, nettamente inferiore rispetto a quelli pubblicati al riguardo per la fascia di età giovanile. In letteratura vengono comunque riportati svariati fattori di rischio suicidario per l'anziano, tra cui isolamento, solitudine, malattie croniche/invalidanti, depressione, demenza. Un fattore di rischio sembra inoltre essere il collocamento in una struttura assistenziale, circostanza ancora poco studiata e sottovalutata. Il presente lavoro, attraverso la presentazione di una seppur limitata casistica, intende proprio indagare il fenomeno dei suicidi tentati/attuati occorsi in Residenze Sanitarie Assistenziali a breve distanza temporale dall'inserimento. Le diverse diagnosi poste avevano tutte connotazioni depressive, noto fattore di rischio suicidario. Per potersi parlare di "suicidio" l'esito fatale deve essere voluto e preveduto dal soggetto, ragion per cui ci siamo chiesti se tale requisito fosse effettivamente presente nei pazienti della nostra casistica o se, proprio a causa della frattura traumatica della loro quotidianità dovuta all'inserimento in struttura, volessero unicamente lanciare un grido di aiuto attraverso un gesto impulsivo e incongruo, saltare dalla finestra, per ritornare a casa. Il momento dell'accoglienza in struttura sembra comunque essere un momento particolarmente delicato che necessita la massima attenzione da parte di tutti gli operatori sanitari coinvolti, anche e specialmente in un'ottica preventiva il suicidio.

Parole chiave: anziani • depressione • demenza • suicidio tentato/attuato • Residenza Sanitaria Assistenziale

Per corrispondenza: Jutta M. BIRKHOFF, Dipartimento di Biotecnologie e Scienze della Vita, Università degli Studi dell'Insubria, via O. Rossi, 9, Padiglione Antonini, I - 21100 Varese – tel. uff.: 0332-217510; cell. 335 277261 e-mail: jutta.birkhoff@uninsubria.it

Jutta M. BIRKHOFF, Dipartimento di Biotecnologie e Scienze della Vita, Università degli Studi dell'Insubria, via O. Rossi, 9, Padiglione Antonini, I - 21100 Varese – tel. uff.: 0332-217510; cell. 335 277261 e-mail: jutta.birkhoff@uninsubria.it
 Melania BORGO, Dipartimento di Biotecnologie e Scienze della Vita, Università degli Studi dell'Insubria
 Ilaria GORINI, Dipartimento di Biotecnologie e Scienze della Vita, Università degli Studi dell'Insubria
 Enrico BRIZIOLI, Kos Care s.r.l., Via Durini, 9, I - 20122 Milano
 Claudio ZARA, Kos Care s.r.l., Via Durini, 9, I - 20122 Milano
 Chiara C. MONTI, Kos Care s.r.l., Via Durini, 9, I - 20122 Milano

“SCAPPO SALTANDO DALLA FINESTRA”: SUICIDIO, TENTATO SUICIDIO O SEMPLICE DESIDERIO DI TORNARE A CASA? RIFLESSIONI SU UNA CASISTICA IN RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI

“We do not know how many residents of senior living communities attempt suicide or die by suicide. But, we do know that a suicide in a facility ... profoundly impacts the lives of everyone concerned-residents, families, and staff” (Rockville, 2011)

Introduzione

L'uomo è forse l'unico essere vivente capace di poter essere nemico anche di se stesso, a volere e a pianificare, cioè, la propria autodistruzione suicidandosi. Etimologicamente, come è noto, il lemma “suicidio” deriva dal latino *sui caedere*, vale a dire uccidere se stessi attraverso il compimento di atti violenti, ossia di gesti distruttivi e fatali auto-inflitti, che rivelano un esplicito o implicito, ma comunque deducibile, intento di morire (Bridge, Goldstein & Brent, 2006; Beck-Little & Catton, 2011), comportamento a volte preceduto da velate forme di accenno all'ideazione suicidaria, da minacce o tentativi di suicidio (Bursztein & Apter, 2009; Jiang, Perry & Hesser, 2010). In sintesi affinché si possa parlare di suicidio la causa di morte è non naturale, ma violenta, l'azione anticonservativa è autoinflitta e l'esito fatale voluto e preveduto dal soggetto (McNamara, 2013). Anche nel suicidio tentato/mancato vi sarebbe l'intenzionalità di porre fine alla propria esistenza, ma l'intervento di circostanze esterne fuori dalla consapevolezza e dal controllo del soggetto impediscono l'esito fatale. In letteratura si parla inoltre di parasuicidio in cui mancherebbe una reale intenzionalità di uccidersi e il gesto, spesso attuato con modalità a bassa probabilità lesiva, sarebbe piuttosto da intendersi come richiesta di attenzione e d'aiuto all'ambiente familiare/sociale.

Ogni anno, nel mondo, circa un milione di persone commetterebbe suicidio e, di queste, circa duecentomila sarebbero giovani o giovani adulti, cifra quest'ultima che crea notevole allarme sociale e grande attenzione da parte degli esperti del settore, dimostrati anche dalle numerosissime pubblicazioni scientifiche al riguardo. Tuttavia, seppure se ne parli e se ne scriva meno¹, notoriamente nel mondo

e così anche in Italia, come peraltro ancora una volta evidenziato da una recente ricerca statistica svoltasi in provincia di Modena (Galliani & Bettelli, 2014), il numero di suicidi aumenta con l'aumentare dell'età, raggiungendo quindi cifre elevate tra gli anziani, categoria questa peraltro oggi suddivisa ulteriormente in cosiddetti “giovani anziani” (65-74 anni), “anziani” (75-84 anni) e “grandi anziani” (>85 anni). Il suicidio delle persone anziane, seppur un tema assai rilevante, è un problema ancora spesso banalizzato e la morte in età avanzata è accettata come un evento ineluttabile. Il minor numero di articoli scientifici al riguardo può forse anche dipendere dal fatto che il fenomeno non figura di certo tra le principali cause di morte dell'anziano rappresentandone solo lo 0,2% del totale tra gli italiani ultrasettantenni (Istat, 2007b) e che le “società sempre più individualiste e competitive relegano l'anziano a un ruolo marginale” (Galliani & Bettelli, 2014, p. 172), marginalità che sembra esprimersi anche attraverso una attenzione relativamente minore ai loro gesti autodistruttivi. Sorprende, al riguardo, come la Società Italiana di Psichiatria nell'enunciare le scale cliniche per la prevenzione e la valutazione del rischio di suicidio, non abbia minimamente accennato all'anziano suicida (Casacchia et al., 2013).

In Italia ogni anno si verificano mediamente 4000 suicidi, corrispondenti a un tasso standardizzato di 4,7 per 100mila abitanti (7,6 per gli uomini e 1,9 per le donne). Secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità circa una persona suicida su tre ha più di settant'anni e l'Istat considerando i tassi di suicidio per 100mila abitanti riferiti alla fascia di età superiore ai 65 anni parla di 20-21 per i maschi e di 4,3-4,5 per le femmine.

Non è tuttavia facile ottenere il numero reale dei suicidi attuati da soggetti anziani, dato che non sempre una loro morte viene riconosciuta come tale. Molteplici sono i fattori che possono contribuire a una imprecisa valutazione quantitativa: congiunti/conoscenti da cui attingere eventuali informazioni non sono rintracciabili allorché l'anziano ha progressivamente ridotto i suoi precedenti rapporti affettivo-sociali; circostanze dell'evento-morte poco chiare; insufficienti indagini sulle cause di morte e, non da ultimo, malattie croniche, spesso giudicate come unica causa di morte (De Leo et al., 2001).

1. Alcuni dati

Come è ampiamente dimostrato dagli studi (Stack & Wasserman, 2009) e dai dati statistici nella fascia anziana gli uomini sono decisamente più a rischio suicidario delle donne.

1 Inserendo nel motore di ricerca PubMed le parole chiave quali “suicide” e “young”, si trovano quasi diecimila lavori. Sostituendo il termine “young” con “elderly”, la ricerca presenta poco più di duemila lavori, di cui molti citano, peraltro, il suicidio unicamente come uno dei possibili fattori di rischio legati alla depressione. Affinando ulteriormente la ricerca, aggiungendo il termine “Italy”, i lavori proposti si riducono a seicentocinque, di cui però un numero esiguo tratta effettivamente e in modo specifico del suicidio nell'anziano.

Nei paesi ad alto reddito, e quindi anche in Italia, tra gli anziani ultra-sessantacinquenni, il rapporto maschio/femmina è di 3 a 1, rapporto che aumenta con l'ulteriore invecchiamento, arrivando nei soggetti centenari a un rapporto di 8 a 1 (Koo, Kølves & De Leo, 2017). Se tra le donne si registra una crescita costante degli eventi suicidari, tra gli uomini l'incremento è esponenziale, dato questo così motivato dagli studiosi: per gli uomini, il pensionamento rappresenterebbe un evento soglia, portando ad una riduzione sia del loro ruolo sociale sia dell'ampiezza della loro rete relazionale; temerebbero un progressivo declino della loro salute oltre l'eventuale vedovanza; le donne, invece, riuscirebbero a mantenere un certo ruolo nel contesto familiare, continuando ad accudire mariti, parenti o amici, e temerebbero meno una eventuale non autosufficienza (De Leo et al., 2001; Saïas et al., 2012; De Leo & Kølves 2007b). Solo in Cina il numero dei suicidi femminili sarebbe complessivamente maggiore di quelli maschili (Pearson & Brown, 2000), e in Brasile le donne anziane a basso reddito e a maggior ragione se hanno perso un figlio, sarebbero a elevato rischio di suicidio (Ciulla et al., 2014).

Il suicidio dell'anziano sarebbe inoltre più frequente nelle aree rurali, dove i metodi utilizzati sarebbero spesso molto più cruenti rispetto a quelli scelti dai più giovani (Neufeld, Hirdes, Perlman & Rabinowitz, 2015; Chan, Caine, You & Siu Fai Yip, 2015; De Leo, 2017a). In generale, le più frequenti modalità attuative il suicidio dall'anziano non sembrano comunque diverse da quelle usate nelle altre fasce di età; così, seppur con percentuali diverse sia nei due sessi sia nei differenti paesi oggetti di indagine, in letteratura vengono per lo più citati impiccamento, annegamento, precipitazione, overdose di farmaci, avvelenamenti o uso di armi da fuoco (Menghini & Evans, 2000; Abrams, Marzuk, Tardiff & Leon, 2005; Scocco et al., 2006; Shah & Buckley, 2007; Mezuk et al., 2008; Seyfried et al., 2011; Mezuk, Rock, Lohman & Choi, 2014; Mezuk, Lohman, Leslie & Powell, 2015).

Numerose sono le pubblicazioni incentrate sulla prevenzione del fenomeno suicidario dell'anziano, evento che si concretizza sempre all'interno di una multidimensionalità di fattori, in una complessità situazionale che vede coinvolti fattori clinici, famigliari, sociali e culturali.

Premesso che secondo alcuni studiosi la conoscenza circa i fattori di rischio suicidario nell'anziano sarebbe ancora ampiamente incompleta (Dombrowski et al., 2008), numerosi e, a volte, facilmente intuibili sono quelli citati in letteratura: la percezione di avere una qualità di vita inferiore rispetto al passato; la consapevolezza di non riuscire più a soddisfare autonomamente i bisogni essenziali; l'abuso di alcool (De Leo & Evans, 2004; Schneider, 2009; De Leo et al., 2013); il dolore cronico, l'ansia (De Leo & Evans, 2004; Almeida et al., 2016), la schizofrenia o demenza, condizioni queste ultime che determinerebbero peraltro un importante crescita del tasso suicidario (De Leo & Evans, 2004; De Leo et al., 2013). Altro fattore di rischio è sicuramente la depressione e al riguardo in letteratura si parla di "paradosso di genere", nel senso che nei due sessi esiste un'incidenza inversa di depressione, che notoriamente colpisce le donne con una frequenza doppia rispetto agli uomini, e sui-

cidio (Paykel, 1991; Murphy, 1998; Nieremberg, Gray & Grandin, 2001). Di frequente citazione sono precedenti tentativi di suicidio, specie allorché attuati da soggetti gravati da disturbo bipolare o depressione, spesso secondaria sia ad una eventuale concomitante situazione di solitudine/abbandono sia ad una condizione medica invalidante propria dell'ultima fase della vita (Harwood, Hawton, Hope & Jacoby, 2001; Minayo & Cavalcante, 2010; Saïas et al., 2012; Almeida et al., 2016). Infatti, secondo alcuni studi il suicidio dell'anziano aumenterebbe proprio con l'aumentare delle malattie fisiche ingravescenti, interpretando il suicidio essere non di rado frutto di una accurata pianificazione e quindi una scelta consapevole dettata dal voler porre fine a una vita considerata non più degna di essere vissuta (Erlangsen, Mortensen, Vach & Jeune, 2005; Qin, 2011). Altri autori affermano, al contrario, che una patologia per quanto grave e/o ingravescente, di per sé, non può essere considerata come unico fattore determinante (Almeida et al., 2016), tesi questa confermata anche dagli ultimi dati Istat disponibili (2017a), dai quali emerge che in Italia dei 4.258 casi di "suicidio e autolesione intenzionale" unicamente 737 (17,3%) avevano al momento dell'atto suicidario una patologia di tale rilevanza da poter eventualmente giustificare il gesto autodistruttivo.

Tra i fattori di rischio sociali/familiari vengono menzionati la solitudine e/o l'isolamento sociale, a volte messo in relazione con il pensionamento da meno di cinque anni (Harrison et al., 2010; Saïas et al., 2012; Neufeld, Hirdes, Perlman & Rabinowitz, 2015), conflitti familiari, vivere con una persona disabile (pensiamo ai non pochi casi di omicidio-suicidio) (Palleschi & de Bertolini, 2011), lutti (soprattutto del compagno/companna di una vita) (Saïas et al., 2012), non credere in nulla (Almeida et al., 2016). Vengono inoltre citati alcuni comportamenti "preparatori" il gesto suicidario, quali riordinare gli affari di famiglia, aggiornare il testamento, etichettare o regalare i propri beni, evitare i contatti sociali o interrompere l'assunzione degli farmaci eventualmente prescritti. Importante fattore di rischio sarebbe poi l'allontanamento dalla propria abitazione e dal contesto socio-famigliare d'appartenenza dovuto all'inserimento in una residenza per anziani (Minayo & Cavalcante, 2010; De Leo & Kølves, 2017b).

2. Scopo del lavoro

Il fenomeno dei suicidi tentati/attuati dall'anziano all'interno di strutture residenziali o ospedaliere è ancora relativamente poco studiato, sottovalutato e sottostimato, prevalendo l'opinione della sua scarsa frequenza (Menghini & Evans, 2000; Scocco et al., 2006; O'Riley, Nardorff, Conwell & Edelstein, 2013; Mezuk, Rock, Lohman & Choi, 2014). Sebbene in genere il numero di suicidi in tali realtà sia effettivamente relativamente basso, alcuni studi al riguardo hanno, al contrario, evidenziato tassi che variano da 16,5 a 34,8 per 100.000 l'anno, superiori a quelli rilevati nella popolazione anziana in generale di 14,9 per 100.000 (Menghini & Evans, 2000; Scocco et al., 2006; Mezuk et al., 2008). Peraltro alcuni autori hanno suggerito come a

rischio di suicidio sia proprio la prima fase dell’inserimento (Menghini & Evans, 2000) e da una ricerca in particolare risulta una prevalenza suicidaria del 6% al momento dell’inserimento, del 2,3% nelle due settimane susseguenti, arrivando al 2,9% entro i due mesi (Morris, Rovner & German, 1994). Inoltre da anni diversi autori, intervistando i pazienti/ospiti, hanno evidenziato come in queste circostanze aumentino i pensieri suicidari o “desideri di morire” (MacDonald & Dunn, 1982; Ashby et al., 1991; Dewey, Davidson & Copeland, 1993; Schmid, Manjee & Shah, 1994; Haight, 1995; Ron, 2002; Scocco et al., 2009; Malfent, Wondrak, Kapusta & Sonneck, 2010; Mezuk, Lohman, Leslie & Powell, 2015).

Date queste premesse, vogliamo presentare una, seppur esigua, casistica di suicidio tentato/attuato occorsa all’interno di alcune Residenze Sanitarie Assistenziali italiane dedicate alla terza età gestite da un medesimo polo aggregatore che opera al fianco della Sanità pubblica e, forse, interpretabile come motivata dall’allontanamento dal proprio contesto di appartenenza socio-familiare, essendosi verificata a brevissima o breve distanza temporale dall’inserimento. Queste realtà (oltre quaranta residenze) situate in otto regioni del nord e del centro Italia (Lombardia, Liguria, Piemonte, Emilia Romagna, Veneto, Toscana, Marche, Lazio), contano più di cinquemila posti letto, campione d’indagine pertanto significativo. Gli anni analizzati vanno dal 2007 (nel 2006 il gruppo ha assunto una dimensione nazionale, inserendosi tra i primi operatori privati del settore) al 2017, anni in cui le strutture hanno accolto 58265 anziani (turn over di 1.02) e ammontavano a 14227 i casi di morte (993 tra 65-74 anni; 5623 tra 75-84 anni; 7611 > 85 anni).

Durante il periodo preso in esame si sono verificati tre suicidi e tre tentativi di suicidio attuati da pazienti anziani da poco tempo inseriti in struttura.

Attraverso l’analisi della casistica si vuole cercare di meglio comprendere, anche e specialmente a fini preventivi, se il suicidio tentato/attuato dall’anziano proprio in questi momenti di radicale cambiamento della sua vita abituale sia frutto di una decisione consapevole o piuttosto un gesto impulsivo dettato dal solo desiderio di fuggire da un contesto estraneo e spesso imposto da altri.

3. La nostra casistica

Volendo enunciare brevemente le notizie a noi utili per le nostre riflessioni, faremo prima accenno ai tre suicidi, per dedicarci poi ai tre tentativi di suicidio.

I suicidi sono accaduti nel 2007 e nel 2009.

Il Signor F di settantadue anni, coniugato e padre di due figli, veniva inserito in una residenza lombarda a luglio 2007, con diagnosi di significativo decadimento cognitivo e alcool-dipendenza. A soli cinque giorni di distanza, di sera, posizionò una poltroncina di legno davanti ad una finestra del terzo piano e si lanciò nel vuoto, morendo sul colpo.

A luglio del 2009, la Signora F, di soli cinquantaquattro anni, coniugata, sottopeso e affetta da Corea di Huntington,

in seguito ad un ricovero ospedaliero e al fine di continuare un percorso terapeutico-riabilitativo, veniva inserita in una struttura del Piemonte. Dopo 13 giorni, di notte moriva saltando dalla finestra della cucina posta al primo piano.

A fine settembre del 2009, il Signor V., settantaquattro anni, coniugato e padre di un figlio, due settimane dopo esser giunto in una residenza lombarda con diagnosi di “demenza senile con aspetti depressivi e deliranti”, una mattina, morì in seguito a defenestrazione.

I tentativi di suicidio si sono verificati nel 2008, 2010 e 2013.

La Signora G., ottantadue anni, vedova con una figlia, con diagnosi di “degenerazione psico-mentale”, fasi di confusione, di disorientamento, di agitazione psicomotoria e stato ansioso, la sera del giorno dopo il suo arrivo in una RSA piemontese, alle 20.20 del 25 novembre 2008, si buttò dalla finestra della sua camera posta al secondo piano, riportando gravi lesioni.

A giugno del 2010, la Signora A., di ottantatre anni, vedova con due figli, con precedenti tentativi autolesionistici e diagnosi di depressione, tre giorni dopo il suo ingresso in una struttura ligure, riportò ferite multiple al bacino dopo essersi lanciata dalla finestra della sala da pranzo situata al primo piano.

Nel marzo del 2013, il Signor P., sessantatre anni, separato con una figlia, etilista cronico e affetto da sindrome di Wernicke-Korsakoff e depressione, dopo essere stato dimesso da un ricovero in ospedale per insufficienza renale acuta, veniva inserito in una struttura marchigiana per un percorso riabilitativo. Diciannove giorni dopo il suo arrivo la sera si gettò dalla finestra della sua camera posta al secondo piano, riportando fratture multiple.

Vediamo come il nostro campione d’indagine si compone di tre uomini e tre donne, con un’età compresa tra i cinquantaquattro e ottantatre anni. Due donne erano vedove e un uomo era separato. Cinque pazienti avevano almeno un figlio. Cinque casi si sono verificati durante la tarda serata/notte, uno la mattina. Tre casi sono occorsi nei mesi estivi, un caso in primavera e due in autunno.

Confrontando questi nostri casi sia con i dati emersi dalla letteratura, sia con il report dell’Istat (2017a), abbiamo trovato conferma della presenza di diversi fattori di rischio suicidario: il pensionamento, non avere più un compagno di vita (separati o vedovi), isolamento sociale, a volte abuso d’alcool, precedenti tentativi anticonservativi, presenza di gravi malattie o diagnosi di depressione o demenza. Al contrario, nella nostra casistica il sesso maschile non rappresenta la netta prevalenza: due donne e un uomo hanno tentato il suicidio; due uomini e una donna si sono tolti la vita. Se secondo i dati Istat, la maggior parte delle morti suicide e dei tentativi di suicidio, in Italia, avviene a luglio, dalle 8 alle 11 del mattino, nel nostro campione di studio, invece, i suicidi ed i tentati suicidi si sono verificati in tarda serata o di notte, eccezion fatta per un unico caso messo in atto poco prima di colazione, verso le 8.30 del mattino, mentre per quanto riguarda la mensilità, questa è ovviamente correlata al periodo di inserimento.

Tutti i pazienti hanno utilizzato la medesima modalità per tentare o riuscire a togliersi la vita, la defenestrazione,

modalità peraltro citata in letteratura come molto frequentemente usata sia dall'anziano in generale sia da quello inserito in struttura, in quanto facilmente accessibile e collegata ad alta probabilità di risultato letale (Abrams, Marzuk, Tardiff & Leon, 2005; Scocco et al., 2006). Il dato forse più interessante e che qui interessa è che i sei eventi sono accaduti tutti a breve distanza temporale dall'ingresso in RSA. Nello specifico, i tre casi di tentato suicidio che hanno visto coinvolti due donne, una di ottantadue l'altra di ottantatré anni, e un uomo di sessantatré anni si sono verificati rispettivamente un giorno, tre giorni e diciannove giorni dopo l'inserimento in struttura. I suicidi attuati da due uomini, uno settantenne e l'altro settantadueenni, e una donna di soli cinquantaquattro anni, sono occorsi rispettivamente a distanza di due settimane, cinque giorni e tredici giorni dall'inserimento.

4. Considerazioni

Abbiamo visto come sia ancora ampiamente condivisa l'opinione che un tentato/attuato suicidio all'interno delle strutture assistenziali sia poco frequente e ciò anche per le condizioni cliniche dei pazienti, spesso gravati da disturbi mentali, demenza e/o depressione, patologie che, specie se presenti nell'anziano, renderebbero poco probabile la capacità di potere progettare e compiere un gesto suicida, "pregiudizio" questo che peraltro contribuirebbe alla limitata attenzione data al fenomeno (MacNeil, 2008).

Dalla nostra limitata casistica emerge come seppur diverse sono state le diagnosi emesse al momento dell'inserimento ("decadimento cognitivo e alcool-dipendenza", "morbo di Huntington" e "demenza senile con aspetti depressivi e deliranti" per i soggetti suicidatesi; "degenerazione psico-mentale", "depressione" e "sindrome di Wernicke-Korsakoff e depressione" nei soggetti che hanno messo in atto un tentato suicidio) e che, o per motivi di impossibilità gestionale del paziente da parte dei congiunti o per un proseguimento di un percorso terapeutico-riabilitativo iniziato durante un pregresso ricovero ospedaliero, hanno portato all'inserimento in struttura, queste presentano comunque una componente depressiva/demenziale.

Sappiamo che la depressione dell'anziano rappresenta il disturbo psichiatrico maggiormente associato al rischio di suicidio (Ross et al., 1990; Conwell & Brent, 1995; Cina, Smith, Collins & Conradi, 1996; Conwell, Duberstein & Caine, 2002; Salsi, 2007). L'insoddisfazione di sé, l'affievolirsi della speranza nel futuro, l'azzeramento della stima di sé a causa del fallimento vero o presunto della propria esistenza, di cui non si reperisce più il senso, che caratterizzano la condizione depressiva dei potenziali suicidi, dipenderebbero da una serie continua di esperienze negative in ordine alle relazioni interpersonali che alla fine culminerebbero nell'isolamento sociale (Beck, 1976; Maris, 1981). Così, secondo Shneidman (1996) a condurre al suicidio sarebbe la raggiunta intollerabilità della sola idea di continuare a soffrire.

Altra diagnosi riscontrata nella nostra casistica è quella di alcolismo, notoriamente collegato ad un'ampia gamma di problemi di salute mentale. Infatti gravi problemi cogni-

tivi non sono rari; circa il 10% dei casi di demenza sono legati al consumo di alcol e la correlazione del disturbo depressivo maggiore e l'alcolismo è ben documentata. Diverse ricerche hanno mostrato una chiara associazione tra dipendenza da alcol, depressione e comportamenti parasuicidari (il 62% dei quali sarebbe correlato a un abuso alcolico al momento stesso del gesto o nel periodo immediatamente antecedente), tentati suicidi o suicidari (Preusts, Schuckit & Smith, 2003).

Legata all'alcolismo è la sindrome di Wernicke-Korsakoff, nota malattia neuro-degenerativa dovuta a una carenza di tiamina, che colpisce il 2-3% degli etilisti, con lieve prevalenza nel sesso maschile e che porta a demenza. Oltre ai caratteristici sintomi dell'encefalopatia di Wernicke, ad esordio acuto con oftalmoplegia, associata a nistagmo, atassia e confusione mentale, in una fase successiva si aggiunge la psicosi di Korsakoff con deficit di apprendimento, alterazioni della memoria, dell'attenzione, della fluenza verbale, delle abilità visuo-spaziali, nonché disturbi comportamentali quali apatia, indifferenza, abulia e stato confusionale profondo.

Per quanto concerne invece la demenza sappiamo come con la progressione della degenerazione cognitiva si assisterà alla graduale e sempre più severa insorgenza di un disturbo depressivo che può motivare possibili tentativi di suicidio. Infatti, demenza e depressione spesso coesistono nel paziente anziano, arrivando fino al 25% negli ultra 85-enni. Dalla letteratura emerge come un comportamento suicidario sarebbe più frequente nelle fasi iniziali della demenza allorché al paziente viene comunicata la diagnosi, notizia che produrrebbe grave stress, spesso associato a sintomatologia depressiva e ansia, correlato alla prospettiva della perdita di autonomia e di diventare un peso per i congiunti (Seyfried et al., 2011). Nelle fasi più avanzate della demenza, con sempre maggiori deficit cognitivi e funzionali, perdita dell'insight, compromissione delle capacità di critica e di giudizio, il rischio di suicidio diminuirebbe data l'incapacità di pianificare e mettere in atto un gesto auto-lesivo o autodistruttivo (Harwood & Sultzer, 2002; Haw, Harwood & Hawton, 2009).

Un breve accenno merita la diagnosi di Corea di Huntington, nota patologia genetica neurodegenerativa che colpisce la coordinazione muscolare e porta ad un declino cognitivo e a problemi psichiatrici, posta nel caso della Sig.ra F di soli cinquantaquattro anni. Sappiamo che i sintomi diventano per lo più evidenti tra i 40-50 anni e che, seppur solitamente dopo la comparsa dei primi sintomi neurologici, la depressione e/o la demenza possono essere una delle caratteristiche di presentazione del morbo. Già Huntington (1872) aveva messo in evidenza una associazione con il suicidio, osservazione questa confermata da recenti ricerche che segnalano come il 13% di questi pazienti commenterebbe suicidio, specie allorché vi è associazione con depressione. Molto frequente sarebbe inoltre l'ideazione suicidaria, specie immediatamente prima di ricevere una formale diagnosi e in una fase della patologia in cui l'abilità di vita autonoma inizia a diminuire. In particolare l'ideazione suicidaria si presenterebbe nel 9,1% dei pazienti in una fase di sospetta diagnosi, salendo al 19,8% nei

pazienti con lieve sintomatologia neurologica, fino ad arrivare al 23,5% in pazienti con “possibile diagnosi di Huntington” (Paulsen, Ferneyhough Hoth, Nehl & Stierman, 2005).

A questo punto c'è da chiedersi se i pazienti della nostra casistica avevano realmente voluto e preveduto l'esito fatale del loro gesto, se avevano cioè effettivamente l'intenzione di porre fine alla propria vita e la consapevolezza della potenziale letalità del comportamento messo in atto. Affinchè si possa parlare di reale intenzione è necessario valutare la capacità del soggetto di concepire, progettare e attuare il suicidio: un difetto in una di queste tre fasi fondamentali del funzionamento mentale può indicare la mancanza della capacità mentale di volere il suicidio, d'altro canto, la presenza di queste tre capacità non fornisce di per sé la certezza che la persona avesse una sufficiente capacità mentale di volere il suicidio.

È quindi necessario analizzare il concepimento ovvero il motivo dell'atto: come, quando e perché nel soggetto è nata l'idea di porre fine alla sua vita. Si è trattato di un gesto improvviso e impulsivo, oppure è stato pianificato molto dettagliatamente? Sappiamo che a volte individuazione del motivo può rivelare soltanto l'intenzione di chiedere aiuto o il desiderio di manipolare una situazione o un'altra persona e unicamente a causa di un “calcolo sbagliato” il gesto può esitare nella morte. Inoltre un soggetto può concepire l'idea del suicidio, ma fallire dal punto di vista dell'intenzione o della progettazione. Le persone spinte dall'impulso, da una psicosi che provoca una rottura del contatto con la realtà, o da sostanze intossicanti possono aver perso la capacità di progettare un atto violento, pur pensandoci da tempo. Il suicidio tuttavia può avvenire lo stesso, anche se non viene realmente progettato. Infine, un individuo può essere capace di concepire e progettare un atto violento, ma può accadere che la modalità in cui questo si manifesta indichi una compromissione della sua capacità esecutiva. La morte non è intenzionale, le azioni strane e l'incapacità di rimandare o controllare un comportamento sono forti indicatori della presenza di un grave disturbo psichiatrico.

Tutti i soggetti dei sei casi presi in esame avevano anche una sintomatologia depressiva, ma questa basta a render ragione della suicidalità? Negli anni Novanta, in Australia ad esempio, si insistette sulla necessità di somministrare farmaci antidepressivi a fini preventivi (Ryan et al., 2003), ipotesi che in diversi studi effettuati negli anni a seguire non ha tuttavia sortito l'effetto sperato. Sembra quindi che il solo trattamento della depressione non riduca significativamente il tasso dei suicidi nella popolazione anziana; gli antidepressivi sarebbero sì utili, ma non sembrano sufficienti: infatti, a fini preventivi, “la cura della depressione da sola non può bastare” (De Leo & Evans, 2004). Altri studi mostrano, peraltro, che solo una piccola parte degli anziani suicidi era depresso e che la depressione sarebbe una caratteristica per così dire normale e propria dell'invecchiamento: ogni reazione emotiva potrebbe facilmente esser definita come depressione o perlomeno portare a malinconia e tristezza (Harrison et al., 2010; De Leo & Kolves, 2017b). A tale proposito alcuni autori (Pahor et al., 2014) suggeriscono che, nell'ultima fase di vita, sarebbero sufficienti due o tre anni

di attività fisica per diminuire l'incidenza della disabilità motoria, migliorare il sistema cognitivo, contenere la depressione e quindi il rischio di suicidio. La letteratura mostra, poi, che gli uomini anziani sono maggiormente a rischio di suicidio, perché? Se l'essere depressi fosse davvero il fattore di rischio principale, dovrebbero essere le donne ad essere più inclini al suicidio, dal momento che ne sarebbero maggiormente colpite.

Ricordiamo che tutti i casi presentati si sono verificati a meno di un mese dopo l'ingresso in struttura e ci si chiede, allora, quanta influenza abbia avuto il dover lasciare quella casa che gli anglosassoni chiamano *home*, quel luogo in cui si sa chi si è, in cui il proprio ruolo è definito e riconosciuto, in cui ci si sente protetti e amati. E pure ci si interroga su quanto possa pesare l'abbandonare l'*house*, la casa di mattoni, quella costruita con “le fatiche di una vita”, quella che oggi racconta delle nostre passioni e che un tempo rappresentava anche lo *status* sociale. Cosa resta quindi oltre l'*home* e l'*house*? Cosa rimane all'anziano oltre la sua casa? Perché non pochi ospiti chiedono di “tornare a casa”? Scappare saltando dalla finestra della struttura percepita come “non-casa” sembra allora piuttosto una “scelta” impulsiva e la depressione, sicuramente acuita dall'inserimento e presente al momento di un simile gesto, sembra essere unicamente un co-fattore, sebbene, in letteratura, la depressione di per sé viene spesso considerata la principale causa della suicidalità (Minayo & Cavalcante, 2010). Durkheim (1897) e parte degli studi da noi presi in esame lo confermano: a portare al suicidio, non sarebbero soltanto le determinazioni individuali, ma anche quelle affettivo-familiari e socio-culturali. La stessa salute psico-fisica, considerata spesso la principale causa di suicidio, dipende anche e soprattutto dal livello di inclusione sociale. Sentirsi parte di una comunità offre tutele, garantisce aiuti e supporti tangibili, e restituisce parte della perdita autostima. A questo riguardo alcuni studiosi in un'ottica preventiva il suicidio, auspicano un ritorno ai valori tradizionali e famigliari, andati progressivamente persi con conseguente crescente isolamento sociale e depressione, fra le prime vere causa di suicidio tra gli anziani. Per migliorare la qualità di vita e prevenire la depressione per l'anziano sarebbe quindi indispensabile continuare a partecipare alle attività della comunità, in quanto il tipo del proprio vicinato, l'eventuale contatto con bambini, il supporto materiale che si riceve e quello che ancora si riesce a dare sarebbero fondamentali (Saïas et al., 2012; Chan, Caine, You & Siu Fai Yip, 2015).

Citando ancora Durkheim, le uniche due cause extra-sociali capaci di incidere sul tasso dei suicidi sarebbero le disposizioni organico-psichiche e la natura dell'ambiente fisico. Dove possiamo inserire la depressione? Durkheim teorizzava che la “presenza a se stesso” del suicida fosse una condizione imprescindibile e che non potesse esserci connessione tra la malattia mentale e il suicidio. Nonostante ciò, il sociologo descrisse anche un cosiddetto *suicidio melanconico* legato a uno stato di estrema depressione e, quindi, a fattori extrasociali. Tale tipologia di suicidio, indipendente dalle stagioni, dai mesi o dai climi, avverrebbe per lo più di giorno, in quanto ore destinate alle relazioni umane e all'intensificazione della socialità. Il gesto suicida sarebbe

messo in atto quando il malessere è esasperato, quando cioè la non integrazione e la non condivisione divengono evidenti. La nostra casistica ha comunque disconfermato questo dato, ma dobbiamo tener conto del fatto che il nostro campione di riferimento era composto da anziani ospiti di RSA e che, forse, è proprio di sera che la solitudine e la lontananza dal contesto socio familiare d'appartenenza tornano prepotentemente a farsi sentire. Infatti, seguendo Durkheim, il suicidio è un'attitudine, una predisposizione dell'individuo innescata dall'ambiente familiare e dalle vicissitudini della vita sociale. E così, ancor più di avere un compagno/companna di vita, a esser determinante sarebbe l'influenza protettiva dell'intera società (religiosa, domestica e politica). Il sociologo riassunse questa idea sostenendo che *"il suicidio egoistico deriva dal fatto che gli uomini non trovano più una ragion d'essere nella vita; [...] il suicidio anomico, dal fatto che la loro attività non è più regolata, e ne soffrono"* (Durkheim, 2007, p. 315). Entrambe queste forme possono descrivere importanti aspetti rintracciabili specialmente in uno dei nostri casi. Il Signor P., infatti, era certamente a disagio con la sua *nuova* vita; si sentiva solo e abbandonato, lontano dal suo contesto sociale relazionale e familiare e egli giustifica il suo gesto asserendo *"volevo solo scappare ... non ce la facevo più. Ho visto la finestra aperta e sono saltato giù"*. Anche la storia della Signora G. è assai eloquente. Lunedì 24 novembre 2008 era arrivata in struttura accompagnata dalla figlia. Contraria fin da subito all'idea di fermarsi in quel luogo, dopo cena aveva passato tutto il tempo a ripiegare i propri vestiti, presumibilmente pronta a rimetterli in valigia per ritornare a casa. Resasi conto che nemmeno il giorno seguente nessuno era venuto per riportarla nella propria abitazione, la sera *"decideva"* di ritornarci da sola, saltando dalla finestra, riportando gravi lesioni. Forse, tutti (anche le altre due donne e gli altri due uomini) volevano solo tornare a casa. Forse, ognuno di essi aveva interpretato il loro inserimento in struttura come destino predeterminato: essere stati costretti da altri e contro la loro volontà a rimanere *"soli"* in struttura, nella *"non-casa"*, fino alla fine dei loro giorni.

Per tornare alla nostra domanda se i nostri casi avessero o meno una reale intenzione di porre fine alla loro esistenza, pensiamo che i loro gesti siano stati commessi in mezzo al tumulto di sentimenti imprecisi, ambivalenti, tra cui confusione, smarrimento, disperazione, senso di abbandono e solitudine. Sappiamo che l'intenzionalità di voler morire è, in molti casi, tutt'altro che evidente, ragion per cui non possiamo dare effettiva risposta al quesito che ci siamo posti e cioè se i gesti dei nostri casi erano basati su una reale volontà di voler porre fine alla propria vita attraverso un gesto di cui hanno previsto e voluto l'esito fatale, ma pensiamo che si dovrebbe anche prendere in considerazione il fatto che il comportamento messo in atto possa essere stata una generica invocazione di aiuto (*cry for help*) espressa attraverso un gesto non pianificato, ma impulsivo e incongruo, di cui non si prevedeva l'esito lesivo/fatale.

In sintesi, a nostro parere nel suicidio tentato/attuato dall'anziano in queste specifiche circostanze una sola cosa sembra chiara: l'intenzione di uccidersi non sembra quasi mai essere assoluta.

Conclusioni

Valutare il rischio di morte per suicidio presente in soggetti anziani inseriti in strutture residenziali è una impresa complessa. Infatti da un lato, spesso questi pazienti presentano molte delle caratteristiche note come fattori di rischio, quali patologie psichiatriche, malattie croniche, compromissione funzionale, isolamento sociale, vedovanza o essere single, o hanno vissuto recenti situazioni stressanti. D'altra parte, si potrebbe obiettare che in tali strutture un gesto autodistruttivo dovrebbe essere poco frequente perché, specie allorché i pazienti presentano problematiche psichiatriche, il rischio di suicidio verrebbe sempre preso in considerazione e monitorato da uno staff solitamente presente giorno e notte.

Appare comunque evidente, sia da quanto riportato in letteratura, sia dalle brevi storie sopra descritte, come l'inserimento in una struttura assistenziale implichi un complesso travolgimento della quotidianità e delle relazioni sociali, oltre ad avere implicazioni psicologiche, tra cui il venire meno del senso di connessione sociale, dell'autonomia e dell'identità, con conseguenti sentimenti di ansia, solitudine e disperazione, nonché progressivo decadimento cognitivo, che possono tradursi sia in pensieri suicidari sia in tentati/attuati suicidi. L'anziano nuovo ospite è quindi per numerose ragioni un soggetto estremamente fragile, sul piano psicologico, emotivo e fisico-sanitario, esposto al rischio di subire del tutto passivamente gli eventi che accadono attorno a lui senza possibilità di reagire e di porre in essere strategie individuali di auto sostegno.

Il momento dell'inserimento, o meglio dell'accoglienza e dell'integrazione, del paziente rappresenta un evento fra i più delicati e importanti di tutta l'esperienza di vita in struttura che da quel momento in poi lo aspetta e necessita quindi di particolare attenzione, controllo e monitoraggio, sia per garantire il successo dell'inserimento e dell'integrazione della persona nel suo nuovo ambiente, sia per prevenire eventuali gesti auto lesivi. È in questa prima fase che il paziente prende coscienza del cambiamento radicale che investe la sua quotidianità, sia sotto il profilo pratico-organizzativo sia psicologico-relazionale, e ciò vale, sebbene a diversi livelli, anche per le persone con uno stato cognitivo già significativamente compromesso.

La fase dell'accoglienza ha inoltre la fondamentale funzione di conoscenza reciproca fra il nuovo ospite, di cui bisogna comprendere non solo carattere, gusti, abitudini, aspettative e priorità sia nel campo della quotidianità, sia rispetto ai principi e valori generali che costituiscono il suo portato esperienziale, ma anche la struttura dei legami familiari e le aspettative e richieste dei familiari stessi e la struttura, che si deve rendere conoscibile e comprensibile all'ospite e ai familiari, attraverso la conoscenza degli ambienti e delle strutture, ma soprattutto la conoscenza delle persone e delle regole, scritte e non scritte, che orientano la vita comunitaria in quella specifica struttura. Una buona accoglienza deve infine gradualmente, ma senza esitazioni, favorire la completa presa in carico dell'ospite.

Tornando ai nostri casi di suicidio tentati/attuato verificatisi a breve distanza di tempo dall'inserimento in strut-

tura, abbiamo visto come essi sono avvenuti nel periodo dal 2007 al 2013, non essendosi da allora verificati né ulteriori simili casi, né altri suicidi o morti sospette. Infatti negli ultimi anni nelle RSA da noi prese in esame sono stati approntati sempre maggiori misure di sicurezza ed è stata posta particolare attenzione al momento dell'accoglienza. Oggi tali RSA non solo assicurano tutti quei servizi assistenziali che non possono essere erogati a domicilio, ma vogliono anche garantire un clima familiare, da un lato considerato un imprescindibile metodo terapeutico capace di rafforzare l'efficacia dell'assistenza specialistica e, dall'altro lato, capace di portare ad un evidente miglioramento delle tecniche di riabilitazione e di stimolazione cognitiva. La dimensione di casa/home sembra pertanto maggiormente garantita.

Riferimenti bibliografici

- Abrams, R.C., Marzuk, P.M., Tardiff, K., & Leon, A.C. (2005). Preference for Fall From Height as a Method of Suicide by Elderly Residents of New York City. *Am J Public Health*, June; 95(6): 1000-1002.
- Almeida, O.P., McCaul, K., Hankey, G.J., Yeap, B.B., Golledge, J., & Flicker, L. (2016). Suicide in older men: The health in men cohort study (HIMS). *Preventive Medicine*, 93, 33-38.
- Ashby, D., Ames, D., West, C.R., MacDonald, A., Graham, N., & Mann, A.H. (1991). Psychiatric morbidity as predictor of mortality for residents of local authority homes for the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 6, 567-575.
- Beck, A.T. (1976). *Principi di terapia cognitiva. Un approccio nuovo alla cura dei disturbi affettivi*. Astrolabio, Roma.
- Beck-Little, R., & Catton, G. (2011). Child and adolescent suicide in the United States: a population at risk. *Journal of Emergency Nursing*, 37(6), 587-589.
- Bridge, J.A., Goldstein, T.R., & Brent, D.A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3-4), 372-394.
- Bursztein, C., & Apter, A. (2009). Adolescent suicide. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(1), 1-6.
- Casacchia, M., Di Gianantonio, M., Scapati, F., Varia, S., & Balestrieri, M. (2013). *Prevenzione del suicidio nei Centri di Salute Mentale, Pronto Soccorso ed SPDC. Protocollo minimo di riferimento sul suicidio*. <http://www.psichiatria.it/wp-content/uploads/2013/03/Protocolli-minimi-Suicidio-2014-Casacchia.pdf>.
- Center for Mental Health Services. Promoting Emotional Health and Preventing Suicide: A Toolkit for Senior Living Communities. - Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2011. HHS publication SMA 4515 CMHS-NSPL-0197. <http://store.samhsa.gov/product/Promoting-Emotional-Health-and-Preventing-Suicide/SMA10-4515>. Accessed December 1, 2013.
- Chan, C.H., Caine, E.D., You, S., & Siu Fai Yip, P. (2015). Changes in South Korean urbanity and suicide rates, 1992 to 2012. *BMJ Open*, 5(12), e009451.
- Cina, S.S.J., Smith, M.M.T., Collins, K.K.A., & Conradi, S.S.E. (1996). Dyadic deaths involving Huntington's disease: a case report. *The American Journal of forensic medicine and pathology*, 17(1): 49-52.
- Ciulla, L., Lopes Nogueira, E., Gomes da Silva Filho, I., Levi Tres, G., Engroff, P., Ciulla, V., & Cataldo Neto, A. (2014). Suicide risk in the elderly: Data from Brazilian public health care program. *Journal of Affective disorders*, 152-154, 513-516.
- Conwell, Y., & Brent, D. (1995). Suicide and aging. I: Patterns of psychiatric diagnosis. *International Psychogeriatrics*, 7, 149-164.
- Conwell, Y., Duberstein, P., & Caine, E. (2002). Risk factors for suicide in later life. *Biological psychiatry*. 52(3):193-204.
- De Leo, D., Padoani, W., Scocco, P., Lie, D., Bille-Brahe, U., Arensman, E., Hjelmeland, H., Crepet, P., Haring, C., Hawton, K., Lonnqvist, J., Michel, K., Pommereau, X., Querejeta, I., Phillipe, J., Salander-Renberg, E., Schmidtke, A., Fricke, S., Weinacker, B., Tamesvary, B., Wasserman, D., & Faria, S. (2001). Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(3), 300-310.
- De Leo, D., & Evans, R. (2004). *International Suicide Rates and Prevention Strategies*. Engelska: Inbunden.
- De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J.M., Kerkhof, A.J., & Bille-Brahe, U. (2006). Definitions of suicidal behaviour: lessons learned from the WHO/EURO multicentre Study. *Crisis*, 27(1), 4-15.
- De Leo, D., Milner, A., Fleischmann, A., Bertolote, J., Collings, S., Amadeo, S., Chan, S., Yip, P.S., Huang, Y., Sanieel, B., Lilo, F., Lilo, C., David, A.M., Benavente, B., Nadera, D., Pompili, M., Kolves, K.E, Kölves, K., & Wang, X. (2013a). The WHO START study: suicidal behaviors across different areas of the world. *Crisis*, 34(3), 156-163.
- De Leo, D., Draper, B.M., Snowdon, J., & Kölves, K. (2013b). Suicides in older adults: a case-control psychological autopsy study in Australia. *Journal of Psychiatric Research*, 47(7), 980-8.
- De Leo, D. (2017a). Ageism and suicide prevention. *The Lancet Psychiatry*, 5(3), 192-193.
- De Leo, D., & Kölves, K. (2017b). Suicide at very advanced age - The extremes of the gender paradox. *Crisis*, 38(6), 363-366.
- Dewey, M.E., Davidson, I.A., & Copeland, J.R.M. (1993). Expressed wish to die and mortality in older people: a community replication. *Age and Ageing*, 22, 109-113.
- Dombrowski, A.Y., Butters, M.A., Reynolds III, C.F., Houck, P.R., Clak, L., Mazumdar, S., & Szanto, K. (2008). Cognitive Performance in Suicidal Depressed Elderly: Preliminary Report. *Am J. Geriatr Psychiatry*, 16(2), 109-115.
- Durkheim, E. (2007). *Il suicidio. Studio di sociologia*. Milano: BUR.
- Erlangsen, A., Mortensen, P.B., Vach, W., & Jeune, B. (2005). Psychiatric hospitalisation and suicide among the very

- old in Denmark: population-based register study. *British Journal of Psychiatry*, 187, 43-48.
- Galliani, I., & Bettelli, M. (2014). Il suicidio in provincia di Modena dal 1989 al 2008. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 3, 167-174.
- Haight, B.K. (1995). Suicide risk in frail elderly people relocated to nursing homes, *Geriatric Nursing*, 16, 104-107.
- Harrison, K.E., Dombrowski, A.Y., Morse, J.Q., Houck, P., Schlernitzauer, M., Reynolds, C.F., & Szanto, K. (2010). Alone? Perceived social support and chronic interpersonal difficulties in suicidal elders. *International Psychogeriatrics*, 22(3), 445-454.
- Harwood, D., Hawton, K., Hope, T., & Jacoby, R. (2001). Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people: a descriptive and case-control study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(2), 155-165.
- Harwood, D.J., & Sultzer, D.L. (2002). "Life is not worth living": hopelessness in Alzheimer's disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 15, 38-43.
- Haw, C., Harwood, D., & Hawton, K. (2009). Dementia and suicidal behavior: a review of the literature. *International Psychogeriatrics*, 21(3), 440-453.
- Huntington, G. (1872). On chorea. *Medical and Surgical Reporter*, 26, 317-321.
- Istat (2017a). Rilevazioni sui decessi e sulle cause di morte: informazioni sulla rilevazione. <https://www.istat.it/it/archivio/4216>.
- Istat (2017b). L'evoluzione della mortalità per causa: le prime 25 cause di morte. <http://www.istat.it/-it/files/2017/05/Report-cause-di-morte-2003-14.pdf>.
- Jiang, Y., Perry, D.K., & Hesser, J. E. (2010). Adolescent suicide and health risk behaviors: Rhode Island's 2007 Youth Risk Behavior Survey. *American Journal of Preventive Medicine* 38(5), 551-555.
- Koo, Y.W., Kölves, K., & De Leo, D. (2017). Suicide in older adults: differences between the young-old, middle-old, and oldest old. *International Psychogeriatrics*, 29(8), 1297-1306.
- MacDonald, A.J.D., & Dunn, G. (1982). Death and the expressed wish to die in the elderly: an outcome study. *Age and Ageing*, 11, 189-195.
- MacNeil, M.S. (2008). An epidemiologic study of aboriginal adolescent risk in Canada: the meaning of suicide. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 21(1), 3-12.
- Maris, R.W. (1981). *Pathways to suicide. A survey of self-destructive behaviors*. Johns Hopkins University Press, Baltimore-London.
- McNamara, P.M. (2013). Adolescent suicide in Australia: rates, risk and resilience. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 18(3), 351-369.
- Malfent, D., Wondrak, T., Kapusta, N.D., & Sonneck G. (2010). Suicidal ideation and its correlates among elderly in residential care homes. *Int J Geriatr Psychiatry*, 25(8), 843-849.
- Menghini, V.V., & Evans, J.M. (2000). Suicide among nursing home residents: a population-based study. *J. Am. Med Dir Assoc.* 1(2), 47-50.
- Mezuk, B., Prescott, M.R., Tardiff, K., Vlahov, D., & Galea, S. (2008). Suicide in older adults in long-term care: 1990 to 2005. *J Am Geriatr Soc.*, 56(11), 2107-2111.
- Mezuk, B., Rock, A., Lohman, M.C., & Choi, M. (2014). Suicide risk in long-term facilities: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*, 29(12): 1198-1211.
- Mezuk, B., Lohman, M., Leslie, M. & Powell, V. (2015). Suicide Risk in Nursing Homes and Assisted Living Facilities: 2003-2011. *Am J Public Health.* 105(7): 1495-1502.
- Minayo, M.C. & Cavalcante, F.G. (2010). Suicide in elderly people: a literature review. *Revista de Saúde Pública*, 44(4), 750-757.
- Morris, R.K., Rovner, B.W., & German, P.S. (1994). Changes in behaviour before and after nursing home admission, *Int J Geriatr Psychiatry*, 9(12), 965-973.
- Murphy, G.E., (1998). Why women are less likely than men to commit suicide, *Comp Psychiatry*, 39, 165-175.
- Neufeld, E., Hirdes, J.P., Perlman, C.M., & Rabinowitz, T. (2015). A longitudinal examination of rural status and suicide risk. *Healthcare Management Forum*, 28(4), 129-133.
- Nierenberg, A.A., Gray, S.M., & Grandin, L.D. (2001). Mood disorders and suicide. *J. Clin Psychiatry*, 62, Suppl, 25, 27-30.
- O'Riley, A., Nadorff, M.R., Conwell, Y., & Edelstein, B. (2013). Challenges Associated With Managing suicide Risk in Long-Term Care Facilities. *Ann Longterm Care*, 21(6), 28-34.
- Pahor, M., Guralnik, J.M., Ambrosius, W.T., Blair, S., Bonds, D.E., Church, T.S., Espeland, M.A., Fielding, R.A., Gill, T.M., Groessl, E.J., King, A.C., Kritchevsky, S.B., Manini, T.M., McDermott, M.M., Miller, M.E., Newman, A.B., Rejeski, W.J., Sink, K.M., & Williamson, J.D. (2014). Effect of structured physical activity on prevention of major mobility disability in older adults: the LIFE study randomized clinical trial. *JAMA*, 311(23), 2387-2396.
- Palleschi, A., & de Bertolini, C. (2011). Eros e thanatos: alle radici della famiglia, della vita e della morte. Una declinazione psichiatrico-forense. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 1, 31-38.
- Paulsen, J.S., Fernyhough Hoth, K., Nehl, C., & Stierman, L. (2005). Critical periods of suicide risk in Huntington's disease. *American Journal of Psychiatry*, 162, 725-731.
- Paykel, E.S. (1991). Depression in women. *Br J Psychiatry*, Suppl., 22-29.
- Pearson, J.L., & Brown, G.K. (2000). Suicide prevention in late life: directions for science and practice. *Clinical Psychology Review*, 20(6), 685-705.
- Preuts, U., Schuckit, M. & Smith, T. (2003). Predictors and correlates of suicide attempts over 5 years in 1,237 alcohol dependent men and women, *American Journal of Psychiatry*, 160, 56-63.
- Qin, P. (2011). The impact of psychiatric illness on suicide: differences by diagnosis of disorders and by sex and age of subjects. *Journal of Psychiatric Research*, 45(11), 1445-1452.

- Ron, P. (2002). Suicidal ideation and depression among institutionalized elderly: the influence of residency duration. *Illn Crises Loss*, 10(4), 334-343.
- Ross, R.K., Bernstein, L., Trent, L., Henderson, B.E., & Paganini-Hill, A. (1990). A prospective study of risk factors for traumatic death in the retirement community. *Preventive Medicine*, 19, 323-334.
- Ryan, C.W., Hall, M.D., Richard, C.W., Hall, M.D., & Chapman, M.J. (2003). Identifying Geriatric Patients at Risk for Suicide and Depression. *Clinical Geriatrics*, 11(10), 36-44.
- Saïas, T., Beck, F., Bodard, J., Guignard, R., & du Roscoät, E. (2012). Social Participation, Social Environment and Death Ideations in Later Life. *Plose One*, 7(10), e46723.
- Salsi, A. (2007). Anziani, depressione e suicidio: qual'è il punto. *Italian Journal of Medicine*, (1)3: 45-48.
- Schneider, B. (2009). Substance use disorders and risk for completed suicide. *Archives of Suicide Research*, 13(4), 303-316.
- Schmid, H., Manjee, K., & Shah, T., (1994). On the distinction of suicide ideation versus attempt in elderly psychiatric inpatients. *Gerontologist*, 34, 332-339.
- Scocco, P., Rapattoni, M., Fantoni, G., Galuppo, M., De Biasi, F., De Girolamo, G., & Pavan, L. (2006). Suicidal behavior in nursing homes: a survey in a region of north-east Italy. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 307-311.
- Scocco, P., Fantoni, G., Rapattoni, M., de Girolami, G., & Pavan, L. (2009). Death ideas, suicidal thoughts and plans among nursing home residents. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 22(2), 141-148.
- Seyfried, L.S., Kales, H.C., Ignacio, R.V., Conwell, Y., & Valenstein, M. (2011). Predictors of suicide in patients with dementia. *Alzheimers Dement.*, 7, 567-573.
- Shah, A., & Buckley, L. (2011). The current status of methods used by the elderly for suicides in England and Wales. *J Inj Violence Res.* Jul; 3(2), 68-73.
- Shneidman, E.S. (1996). *The suicidal mind*. New York: Oxford University Press.
- Stack, S., & Wasserman, I. (2009). Gender and suicide risk: the role of wound site. *Suicide Life Threat Behav*, 39, 13-20.