



L'OSSERVAZIONE DEL FENOMENO SUICIDARIO IN AMBITO MILITARE

Maria Annunziata Favasuli*

Anna Rocchetti**

Raffaele Vento^o

Marco Lastilla^{oo}

Riassunto: la conoscenza del dato statistico-epidemiologico del fenomeno suicidario in ambito militare rientra nella catena delle azioni preventive finalizzate a contenere i fattori di rischio ed a potenziare quei fattori protettivi specifici al contesto organizzativo.

A tale scopo si è provveduto ad una revisione della Scheda di rilevazione dei dati sul suicidio, sulla base delle conoscenze scientifiche attuali e dei dati statistici relativi alla popolazione generale. Ciò per riconoscere quei "predittori" del rischio suicidario altrimenti non emergenti, e quindi non utilizzabili nella prevenzione del fenomeno.

Un'adeguata rilevazione dei dati sul suicidio permette ai Vertici Militari, attraverso il dipendente Osservatorio Epidemiologico della Difesa (OED), di effettuare un costante monitoraggio sia dal punto di vista statistico-descrittivo che analitico-epidemiologico, ponendo a confronto statistico la popolazione militare con quella generale (civile) e osservando altresì, sul piano analitico, la declinazione delle variabili correlate al suicidio all'interno del contesto militare.

Parole chiave: scheda di segnalazione "OPAS", fattori di rischio suicidario, monitoraggio, prevenzione. **Messaggi chiave:**

Messaggi chiave:

- Il monitoraggio del fenomeno suicidario (tentativi e portati a termine) è imprescindibile da adeguate modalità di notifica e di trattamento degli specifici dati in osservazione.
- A tal fine la relativa scheda "OPAS" è stata rimodulata sulla base delle intervenute nuove esigenze istituzionali.

Premessa

L'OED, fin dalla sua istituzione avvenuta nel 2006, monitora il fenomeno suicidario con l'accuratezza richiesta, da un lato per il doveroso contrasto nei confronti di tutte le varie cause di morte nella popolazione militare in tempo di pace, e dall'altro per una più specifica attività di studio del fenomeno finalizzata alla sua prevenzione.

I dati relativi al fenomeno dei suicidi sono stati raccolti fino all'anno 2012 a cura del soppresso "Osservatorio Permanente sul fenomeno suicidi", dipendente dall'allora Comando di Vertice della Sanità militare Interforze (Direzione Generale della Sanità militare = DIFESAN). A partire dal 2013, il flusso delle informazioni è stato riorganizzato contemplando la trasmissione di un'apposita scheda di segnalazione, cosiddetta "OPAS" (Osservatorio permanente Atti suicidari), dalle singole Strutture sanitarie periferiche di Forza Armata/Arma dei Carabinieri (FA/CC) all'OED, con riepilogo periodico annuale a cura dei rispettivi Comandi Sanitari di vertice.

Le suddette modalità organizzative hanno consentito un recupero a posteriori tale da permettere all'OED di disporre di una banca dati in continuo aggiornamento, dal 2006 a tutt'oggi.

* Dott.ssa Psicologa, Consulente Civile dell'Osservatorio Epidemiologico della Difesa - Ispettorato Generale della Sanità Militare - SMD - Roma;

** Funz. Amm. (Dott.ssa in Statistica), Capo Sezione Statistica dell'Osservatorio Epidemiologico della Difesa - Ispettorato Generale della Sanità Militare - SMD - Roma;

^o T.Col. CC R.T. (me), Capo Sezione Epidemiologia dell'Osservatorio Epidemiologico della Difesa - Ispettorato Generale della Sanità Militare - SMD - Roma;

^{oo} Col. CSArn SMD - Direttore dell'Osservatorio Epidemiologico della Difesa - Ispettorato Generale della Sanità Militare - SMD - Roma;

Corrispondenza: e-mail: osservatorio@igesan.difesa.it



Il monitoraggio del fenomeno suicidario consente di ottenere, sul piano statistico- descrittivo una sorta di fotografia di detto fenomeno, e sul piano analitico-epidemiologico di cogliere i fattori che lo sostanziano e che rendono conto del suo accadimento. In quanto “discorso riguardo alla popolazione” (*epi-demos-logos*), il monitoraggio epidemiologico mira a definire la rilevanza del problema, cercando di rispondere a quesiti fondamentali, ovvero:

- Quante persone sono interessate dall’evento?
- Il rischio è in aumento o in diminuzione?
- Qual è la rilevanza del problema?
- In che modo può essere prevenuto?

Epidemiologia del suicidio in Italia:

In ambito militare, sul piano statistico la distribuzione dei suicidi risulta sovrapponibile a quella nella popolazione generale ed il fenomeno risulta altresì contenuto anche in ragione di aspetti peculiari al contesto organizzativo, fra i quali soprattutto:

- *L’Healthy worker effect*”, o meglio, nel caso specifico, più correttamente definibile “*Healthy soldier effect*”, che si riferisce alla popolazione militare come popolazione più selezionata (all’atto dell’arruolamento) dal punto di vista sanitario e periodicamente controllata, da cui una potenziale maggior “copertura” (in termini di minor rischio di insorgenza) nei confronti di alcune patologie rispetto alla popolazione generale;
- *L’esiguità del numero dei soggetti di età a maggior rischio, dovuta al pensionamento*, in quanto in ambito militare non risultano più in servizio i soggetti appartenenti alle classi di età maggiormente a rischio di suicidio che, secondo i dati ISTAT, includono i soggetti dai 65 anni in su. In ambito militare la classe d’età più colpita è quella tra i 40-49 aa (**Fig. 1**).

Per la comprensione e la descrizione del fenomeno suicidario gli AA si sono avvalsi delle conoscenze scientifiche e dei contributi della moderna suicidologia, atte all’individuazione di precisi fattori di rischio – interrelati e fra loro sovrapponibili – in funzione dei quali si è provveduto a rielaborare la scheda di rilevazione degli eventi suicidari.

Si è riservata particolare attenzione a quelle informazioni connesse ad aree e costrutti significativi, ovvero a quelle condizioni ed eventi che, in letteratura, presentano una importante correlazione statistica con il suicidio e che sono variamente descritti come fattori di rischio primari, secondari e terziari, a breve e a lungo termine, di tipo biologico-clinico e di tipo socio-demografico, fattori di rischio generici contrapposti a fattori di rischio precipitanti, etc.. Ai suddetti fattori fanno riferimento le revisioni introdotte all’interno della scheda OPAS.

Il flusso informativo dei dati relativi ai Suicidi e ai Tentati suicidi

La scheda di segnalazione ex-OPAS (Osservatorio Permanente Atti Suicidari)

Introdotta al momento della costituzione dell’Osservatorio Permanente sul fenomeno suicidario nel 1987, è stata di recente aggiornata dall’Ispettorato Generale della Sanità Militare (OED in collaborazione con il Comitato tecnico-scientifico di Psichiatria e Psicologia militare) allo scopo di inserire/integrare quegli items correlati a variabili note in letteratura come specifici “fattori di rischio” per il suicidio.

La Scheda OPAS viene trasmessa da parte delle singole FA/CC all’OED in riferimento al **solo personale in servizio**, in quanto una volta congedato il personale afferisce, dal punto di vista sanitario, esclusivamente al Servizio Sanitario Nazionale/Regionale.

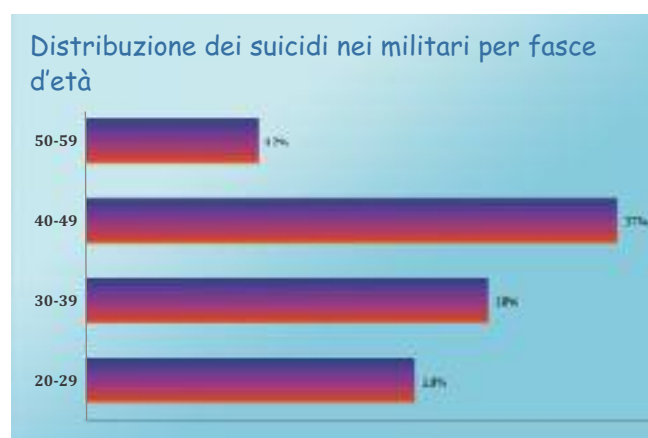


Fig. 1



L'adeguata compilazione ed invio della Scheda OPAS all'OED consente il monitoraggio del fenomeno suicidario.

La scheda consta di una parte generale ascrivita al Comandante di Corpo e di una parte speciale di responsabilità sanitaria. Ciò rende conto dell'esigenza di cogliere aspetti legati non soltanto alla patologia, bensì di integrare lo sguardo medico con le dimensioni personali e professionali dell'esperienza di vita del soggetto, semplificate ma rese comunque inferibili dagli items presenti nella scheda OPAS.

E' la complessità del fenomeno suicidio che eccede le categorie diagnostiche (*solo il 13% dei suicidi si collega a cause psichiatriche*) a richiedere uno sguardo sull'intero orizzonte di vita della persona. La scheda OPAS è uno strumento tecnico che, in quanto tale, riduce e semplifica la complessità di un fenomeno multidimensionale come il suicidio, per il quale occorre collocarsi entro prospettive multidisciplinari. Purtuttavia è uno strumento utile a cogliere dei dati sui quali riflettere successivamente in termini di ipotesi e di modelli di comprensione/spiegazione, nell'ottica della complessità che connota l'agire umano, anche, e forse soprattutto, l'agire estremo.

Il Suicidio è un evento multifattoriale complesso non ascrivibile ad univoche relazioni causa-effetto per la cui comprensione si fa ricorso a modelli teorici complessi e a concetti di Probabilità e di Rischio.

I fattori di rischio per il suicidio non costituiscono le "cause", bensì esprimono condizioni che aumentano la probabilità che il suicidio venga realizzato: dalla rilevazione dei dati forniti nella scheda OPAS si è resa disponibile una prima lettura circa l'andamento dei fattori di rischio nel contesto militare. Tali fattori sono risultati in larga parte sovrapponibili a quelli presenti nelle popolazione generale.

Nel novero dei fattori di rischio generali considerati nell'aggiornamento della OPAS, gli AA hanno focalizzato l'attenzione su due in particolare, in relazione al peso specifico che rivestono riguardo alla predittività del gesto suicidario:

- *La facilità di accesso ad armi letali (fattori di rischio ambientali);*
- *Precedenti Tentativi di suicidio (fattori di rischio bio-psicosociali).*

Allo scopo sono stati introdotti gli Items che riguardano la modalità di realizzazione del gesto suicidario e la segnalazione di precedenti tentativi di suicidio (**Fig. 2 e 3**).

Entrambi costituiscono specifici fattori di rischio che aumentano la probabilità di realizzazione del gesto suicidario.

Per quanto riguarda la modalità del gesto autolesivo si è potuto che osservare che nella popolazione militare, a differenza di quanto si riscontra nella popolazione civile, l'uso dell'arma da fuoco costituisce la principale modalità suicidaria (**Fig. 4, 5 e 6**).

Tra i fattori che influenzano la scelta del metodo suicidario i principali risultano essere:

- La disponibilità e l'accessibilità al mezzo
- La consuetudine d'uso
- La dimestichezza

Stante lo specifico contenuto dell'attività lavorativa militare - che per alcune Specialità/ruoli/incarichi coincide con il possesso dell'arma da fuoco - risulta di massima importanza tenere in debito conto la presenza di tale fattore di rischio come potenzialmente attivo nella vita professionale del militare.

OPAS - Osservatorio Nazionale sui Suicidi
Anno 2017 - Edizione 8/1940 - 000

Comando " " della Divisione 8/1940 - 000

Il Comandante di Corpo o il Comandante

PARTE GENERALE
(dati del Comandante)

1. Grado _____ Cognome _____ Nome _____
2. Luogo di nascita _____ 3. Data di nascita _____
4. Residenza _____
5. Titolo di studio (*) _____
6. Filiazione _____ 7. Coniugato _____ 8. Sepolto _____
9. N° figli _____ N° figli a carico _____
10. Domande presentate dall'interessato
Data domanda _____
11. Principali disturbi ricorrenti
(specificare natura, durata, ecc.) _____
12. D.M. o C.P. di appartenenza _____ 13. Data di arruolamento _____
14. Data otto autolesivo _____ 15. Modalità atto autolesivo _____
16. Fatto avvertito _____ 17. Numero precedenti tentativi _____
18. Fatto autolesivo _____
19. Ultimo atto d'impiego e precedenti
(specificare natura, durata, ecc.) _____

Fig. 2

ANNEGGAMENTO
ARMA DA FUOCO
ARMA DA TAGLIO
ASFISSIA DA GAS
AVVELENAMENTO
IMPICCAMENTO
INVESTIMENTO
PRECIPITAZIONE
ALTRO

Fig. 3 - Principali modalità di realizzazione del gesto suicidario.



Fig. 4

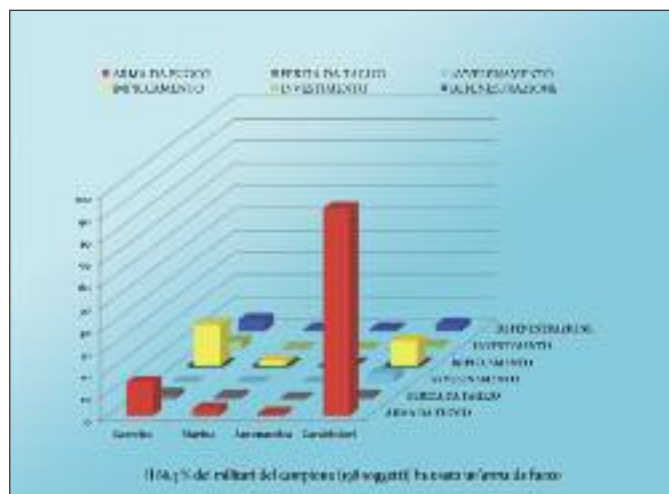


Fig. 5

Facile accesso alle armi fattore di rischio specifico in ambito FFAA

- **Irish Defence Forces:** studio caso-controllo retrospettivo (dal 1970 al 2002) 53% suicidi con arma da fuoco (Mahon et al. 2005);
- **Forze dell'ordine francesi** 51%suicidi con arma da fuoco
- **Forze dell'ordine austriache** 78% dei suicidi con arma da fuoco
- **Studio italiano tra le guardie giurate** (Clerici et al., 2009) tasso di suicidio con armi da fuoco 11,7 per 100.000 persone più alto della popolazione generale corretta per sesso ed età
- Una **review italiana** (Pietrantonì et al. 2003) riporta un tasso di suicidio nella Polizia negli anni 1995-2001 che oscilla intorno alla media nazionale, con prevalente uso dell'arma di ordinanza.

Fig. 6

Il possesso dell'arma va comunque considerato anche per il significato che essa riveste nel processo di costruzione e di mantenimento dell'identità professionale del militare; per alcuni profili e mansioni (Es. personale dei Carabinieri) l'arma viene a coincidere con il ruolo stesso del militare, l'arma simbolicamente sancisce l'appartenenza e il senso d'identità, in un contesto in cui il soggetto è riconosciuto come sintonico ed efficiente.

Sia l'eventuale domanda di aiuto direttamente posta dal soggetto interessato, sia la segnalazione del disagio da parte dei colleghi e sia infine la decisione di attuare restrizioni da parte dei Comandanti, risultano azioni fortemente impregnate di dinamiche affettivo-interpersonali, nonché di imprescindibili implicazioni di natura medico-legale (allontanamento temporaneo o addirittura definitivo dallo specifico contesto d'impiego o anche da tutto l'ambito militare), con importanti ripercussioni sul piano psicologico e sull'iter professionale futuro, fino a coinvolgere l'intera sfera socio-relazionale. Si possono in tal modo ingenerare atteggiamenti di chiusura e reticenza che alimentano il tabù e lo stigma rispetto a momenti di crisi e di disagio, cui fanno seguito restrizioni del ruolo professionale (ritiro dell'arma) con senso di umiliazione e di diminuito rispetto alla propria identità.

Gestire questa variabile in un contesto nel quale risuonano elementi di segno identitario è operazione complessa e richiede di affrontare un processo decisionale che metta a fuoco la reale portata del coefficiente di rischio, da commisurare alle conseguenze che la decisione implica, a cascata, sulla vita del militare.

Rispetto ai "precedenti tentativi di suicidio", va detto che siamo di fronte ad un'ampia gamma di gesti autolesivi, inquadrabili entro uno spettro di comportamenti che vanno dall'autolesionismo al vero e proprio «mancato suicidio». Quest'ultimo è un atto adeguatamente pianificato ma non riuscito per cause indipendenti dalla volontà del soggetto.

Il carattere dimensionale, oltre che la variabilità delle condotte di segno autolesivo, rendono complicata la diagnosi e il corretto inquadramento dei Tentativi di Suicidio, che spesso rimangono come punti ciechi destinati a ripetersi. La Bassa o Alta letalità del gesto nel TS fungono comunque da criterio predittivo rispetto al gesto suicidario.

Dai dati ISTAT, nella popolazione generale i Tentativi di Suicidio risultano 10 volte superiori ai suicidi. Nella popolazione

militare, dai dati segnalati all'OED nelle schede OPAS, risulta invece l'esatto opposto (Fig. 7). Tale dato è da leggere in relazione alla complessità diagnostica sopra analizzata e, verosimilmente, ancor di più, alla dimensione medico-legale connessa alla segnalazione di un tentato suicidio, elementi che potrebbero giustificare l'ampiezza degli "Omissis" rispetto ai tentativi di suicidio.

Proprio in ragione del carattere sfumato e polimorfo dei gesti lesivi, è opportuno considerare tutta una serie di situazioni cliniche per le quali si articola una domanda di cura in ambito sanitario, che potrebbero essere lette come l'espressione di un disagio non esplicitato dal soggetto e non direttamente osservabile dal clinico.

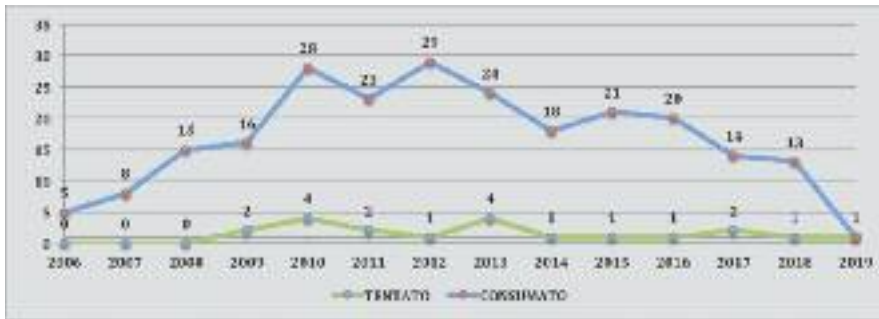


Fig. 7

OPAS - Documento Pre-suaudo (2019/2020)

PARTE SANITARIA
(a cura del D.S.S., possibilmente con il medico di Psichiatria/Psicologo dell'A.D.)

DDC: _____
 I.C.: _____
 B.S.08: _____

26. Stato di salute generale _____
 Altre notizie utili relative allo stato di salute (1): _____

27. Accessi in ospedale militare/CMO: dal _____ al _____
 A) Diagnosi d'ingresso: _____
 B) Diagnosi d'uscita: _____
 C) Evolverimenti medico legali: _____
 dal _____ al _____

A) Diagnosi d'ingresso: _____
 B) Diagnosi d'uscita: _____
 C) Evolverimenti medico legali: _____
 dal _____ al _____

N° Complesso Accetti: _____ (Giorni Complessivi) _____
 Altre notizie utili (2): _____

28. Ricoveri in ospedale civile dal _____ al _____
 A) Diagnosi d'ingresso: _____
 B) Diagnosi d'uscita: _____
 C) Indicazioni/Procedimenti alla dimissione dall'ospedale: _____
 dal _____ al _____

A) Diagnosi d'ingresso: _____
 B) Diagnosi d'uscita: _____
 C) Indicazioni/Procedimenti alla dimissione dall'ospedale: _____
 dal _____ al _____

N° Complesso Ricoveri: _____ (Giorni Complessivi) _____
 Altre notizie utili (3): _____

29. Visite mediche presso l'Infermeria dell'Unità d'appartenenza
 A) Data visita: _____ B) Diagnosi: _____
 C) Procedimento medico legale: _____

A) Data visita: _____ B) Diagnosi: _____
 C) Procedimento medico legale: _____

A) Data visita: _____ B) Diagnosi: _____
 C) Procedimento medico legale: _____

N° Complesso Visite: _____ Giorni complessivi di inattività al servizio: _____
 Altre notizie utili (4): _____

Data: _____

1) Tipo e luogo dell'ospedale militare, anno di accesso (se applicabile) e luogo (D.S.).
 2) Numero della carta di visita o numero di S.S. di base a quale il complesso è affezionato.
 Pag. 1 di 3

Fig. 8

La parte sanitaria della scheda OPAS (Fig. 8) rende possibile tracciare, per grandi linee, la storia clinica dell'individuo, attraverso la frequenza dell'accesso alle cure mediche, la natura del disagio espresso, il contesto militare o civile cui la persona si rivolge, etc..

In letteratura è evidenziato che circa il 45% delle persone decedute per suicidio ha avuto un contatto con la Medicina di Base nel mese precedente al suicidio, una percentuale fra il 25 e il 75% dei pazienti che commettono suicidio contattano un Medico di base in un lasso di tempo fra i 30 e i 90 giorni precedenti il suicidio (Luoma et al. 2002), (Tab. 1). Infortuni reiterati, frequenti politraumatismi, ripetuti ricoveri ospedalieri possono essere ulteriori segnali meritevoli di approfondimenti.

Considerato che in generale solo il 13% dei suicidi avviene per cause psichiatriche, si evidenzia la necessità di attenzionare un'ampia gamma di fattori, dei quali possiamo infatti cogliere il reale coefficiente di rischio soltanto qualora, conoscendone la valenza e la significatività teorica, è possibile contestualizzarli nella particolare storia di vita del singolo soggetto, nella prospettiva dell'accesso alle cure e della prevenzione.

Tab. 1

VISITE MEDICHE	
OSPEDALE MILITARE	59
RICOVERO OSPEDALE MILITARE	52
MEDICO MILITARE	171
OSPEDALE CIVILE	47
RICOVERO OSPEDALE CIVILE	94
INFERMERIA	73
ASL	139
PSICHIATRICA	90
NON PSICHIATRICA	416



Conclusioni:

- L'andamento del fenomeno suicidario nel contesto militare risulta numericamente contenuto rispetto a quanto riscontrato nella popolazione generale.
- Sul versante qualitativo risultano sovrapponibili, rispetto alla popolazione generale, le variabili correlate al suicidio, cioè i cosiddetti «fattori di rischio» e «fattori protettivi».
- Elemento distintivo, importante e significativo è la facilità di accesso alle armi, che fra i fattori di rischio socio-ambientale costituisce un potenziale facilitatore della messa in atto del suicidio, oltre che un importante indicatore di rischio a medio e lungo termine.
- Lo scarto numerico fra i tentativi di suicidio e i suicidi portati a termine, che in ambito militare evidenzia una bassa frequenza dei tentati suicidi, molto più frequenti invece nella popolazione generale, orienta per una sottonotifica degli eventi di segno autolesivo, che sono invece importanti predittori di rischio suicidario.
- Poiché il tentato suicidio è il più importante predittore del suicidio portato a termine, si impone una particolare attenzione clinica verso l'ampia gamma dei gesti autolesivi, dei quali altrimenti si perde la valenza predittiva rispetto al suicidio; quest'ultimo va comunque inteso come un evento multidimensionale, il precipitato di un numero embricato di svariati fattori (di tipo biologico-clinico, socio-demografico, primari, secondari e terziari, a breve e a lungo termine, rischio generici, precipitanti, etc.).
- Il Suicidio se non si può prevedere si può prevenire.
- La segnalazione delle variabili ritenute fattori di rischio, mediante le apposite schede di rilevazione, consente di ricercare reali elementi di comprensione delle condotte autolesive e, nei casi dei tentativi di suicidio, di operare in senso preventivo per contenere il rischio di reiterazione del gesto, attraverso il monitoraggio delle variabili analizzate e che ad esso si correlano.

Bibliografia

1. Berman A.L.; Jobes D.A.: 1999 in Giampieri E. Clerici M. “ Il suicidio oggi” Springer Verlag Italia, 2013;
2. Pompili M.: La prevenzione del suicidio. Il Mulino, 2013.
3. Pompili M.; Tatarelli R.: Suicidio e Suicidologia: uno sguardo al futuro. Minerva Psichiatrica, vol.48 N.1
4. Tatarelli R, Pompili M.: Il suicidio e la sua prevenzione. Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2008

Disclosures:

Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

Articolo ricevuto il 24.10.2019; rivisto il 28.10.2019; accettato il 11.11.2019.



MONITORING SUICIDE TRENDS IN THE MILITARY

Maria Annunziata Favasuli* Anna Rocchetti ** Raffaele Vento ° Marco Lastilla °°

Summary: Collecting statistical-epidemiological data about suicide trends in the military is part of the preventative actions to contain risk factors and enhance the factors that protect the organisation.

With this in mind, the form to report suicide data has been updated based on the current scientific knowledge and the statistical data related to the general population. The update aims to identify the factors that can “predict” suicides with a view to preventing them, for they would not be detected otherwise.

Through the proper collection of suicide-related data via the Defence Epidemiology Observatory, the military leadership can monitor the phenomenon from the statistical-qualitative and analytical-epidemiological points of view. The military population can therefore be compared to the general (civil) population, and the variation of suicide-related variables within the military can also be analysed.

Key words: OPAS Report, suicide risk factors, monitoring, prevention.

Key messages:

- Monitoring suicide trends (both successful or attempted suicides) cannot be separated by proper methods to disseminate and analyse monitoring data.
- To this end, the OPAS Report has been updated to reflect the new Defence needs.

* PsyD, Civilian Advisor to the Defence Epidemiological Observatory (DEO), Inspectorate General of Military Medical Services, Defence General Staff, Rome.

** MA (Statistics), Head of Statistics Section, Defence Epidemiological Observatory (DEO), Inspectorate General of Military Medical Services, Defence General Staff, Rome.

° Lt.Col. (Carabinieri), M.D., Chief of Epidemiology Section. Defence Epidemiological Observatory (DEO), Inspectorate General of Military Medical Services, Defence General Staff, Rome.

°° Colonel (AF), M.D., Director of the Defence Epidemiological Observatory (DEO), Inspectorate General of Military Medical Services, Defence General Staff, Rome.

Corresponding author: e-mail: osservatorio@igesan.difesa.it



Come trasmetti i tuoi documenti sanitari?

Carta!
Doppia busta!
Corrieri!
ADDIO!

Oggi c'è il SICURSAN

Il Sicursan è un applicativo creato al fine di risolvere il problema della trasmissione dei documenti sanitari in modo sicuro in ambiente elettronico. Il Sicursan è uno dei servizi che ti offre il Portale della Sanità Militare all'indirizzo www.sanita.difesa.it.

Il Sicursan è un applicativo di uso estremamente semplice. L'accesso è riservato ai possessori di CMD-medico e consente di criptare documenti, prodotti come di consueto, rendendoli illeggibili durante l'attraversamento delle vie informatiche documentali (ADHOC o equivalenti), e consente, infine, di decriptare lo stesso documento da parte di un altro possessore di CMD-medico. Se qualcosa non ti è chiara, nel Portale è possibile trovare anche la guida all'uso del Sicursan.

Il portale Sanità è raggiungibile solo all'interno della rete DIFENET, all'indirizzo www.sanita.difesa.it.

