

**ATTITUDINE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE
ALTOATESINI NEI CONFRONTI DELLA PREVENZIONE
DEL FENOMENO SUICIDARIO**

Corso di formazione specifica in Medicina Generale

Provincia Autonoma di Bolzano

Tutor:

Dr. Paul Innerhofer

Medico specializzando:

Dr.ssa Valentina Piras

a.a.: 2019-2022

INDICE

ABSTRACT	3
ABSTRACT (deutsche Fassung)	6
INTRODUZIONE	9
METODI	16
RISULTATI	18
DISCUSSIONE	27
CONCLUSIONI	30
BIBLIOGRAFIA	39

ABSTRACT

Secondo i dati ufficiali ASTAT tra il 1997 e il 2018 si sono verificati in Alto Adige 1113 suicidi, dato che raddoppia la media italiana e colloca la provincia autonoma ai primi posti della graduatoria nazionale. Numerosi studi rilevano che il 45 % delle vittime di suicidio si sia recato presso lo studio del proprio medico di medicina generale nei 30 giorni precedenti la messa in atto dell'atto anticonservativo (Luoma et al., 2002) descrivendo al medico sintomi fisici, senza riuscire a esplicitare il proprio malessere psichico (Pompili et al., 2009). Nonostante sia stato dimostrato il ruolo determinante dei medici di medicina generale nel ridurre i tassi di suicidio (Rutz, 2001, Henriksson and Isacson, 2006), la prevenzione riceve tuttavia poca attenzione da parte degli stessi (Houston et al., 2003), i quali si dichiarano spesso privi delle conoscenze adeguate (Palmieri et al., 2008) e poco inclini a indagare apertamente la sofferenza psichica del paziente (Richards et al., 2004).

Obiettivi:

L'obiettivo principale dello studio è quello di valutare le attitudini, le credenze e la sensazione di auto-efficacia dei medici di medicina generale altoatesini nei confronti della prevenzione del suicidio. Obiettivo secondario dello studio è quello di eseguire un'analisi descrittiva delle caratteristiche dei medici (vedi metodi) partecipanti allo studio e svolgere un'analisi inferenziale tra le suddette caratteristiche e i risultati ottenuti alla valutazione con le scale R-DAQ, ASPS e MCS.

Metodi:

Per raggiungere il primo obiettivo si è preso contatto con 363 medici di medicina generale altoatesini, utilizzando l'indirizzario e-mail. Si è illustrato brevemente il progetto e sono stati invitati a compilare dei questionari online di 14 domande redatti in forma anonima e formulati secondo le scale validate R-DAQ (allegato 1) (Revised Depression Attitude Questionnaire) (Botega et al., 1992; Haddad et al., 2015), ASPS (allegato 2) (Attitude toward Suicide Prevention Scale) (Herron et al., 2001) e MCS

(allegato 3) (Morris Confidence Scale) (Morris et al., 1999), tradotte nelle lingue italiana e tedesca. Per raggiungere il secondo obiettivo sono state registrate le risposte dei medici a 10 items proposti sotto forma di questionario online ed è stata eseguita una analisi statistica descrittiva e inferenziale dei dati con il programma IBM SPSS (SPSS 28.0 for Windows; IBM-SPSS Software Armonk, NY).

Risultati:

Ha partecipato allo studio il 19.3% (70 su 363) dei medici altoatesini a cui è stato inviato il questionario. Nell'8.5% (6 su 70) dei partecipanti si sono riscontrate credenze altamente antiscientifiche e stigmatizzanti il suicidio, nel 30 % (21 su 70) dei casi moderatamente antiscientifiche e stigmatizzanti e, nel restante 61 % (43 su 70) dei casi, i partecipanti non hanno mostrato credenze antiscientifiche né stigmatizzanti nei confronti del fenomeno (valutate con la scala ASPS). Per quanto riguarda il costrutto-autoefficacia, il 26% (18 su 70) dei colleghi intervistati dichiara di non sentirsi capace di gestire un episodio depressivo e di valutare un paziente a rischio di suicidio; il 31% (22 su 70) mostra livelli intermedi di autoefficacia e il 43% (30 su 70) dei colleghi dichiara di sentirsi pienamente capace nella gestione di tali situazioni cliniche.

È emersa una correlazione inversa tra credenze antiscientifiche riguardanti la prevenzione del suicidio e la sensazione di autoefficacia dei medici nel gestire tali situazioni cliniche. Emerge una correlazione positiva tra sesso femminile e l'aver svolto formazione specifica per il suicidio. Tutte le altre variabili indagate sono risultate essere indipendenti sia rispetto al grado di credenze antiscientifiche che rispetto alla sensazione di autoefficacia.

Discussione:

Dallo studio dei dati emerge che la maggiore parte dei partecipanti (61%) non mostra credenze antiscientifiche o stigmatizzanti, ma che la maggiore parte di loro (57%) non si sente in grado di gestire adeguatamente un paziente a rischio di suicidio e/o una

depressione. Si evidenzia inoltre una correlazione inversa statisticamente significativa tra il costrutto di autoefficacia e il grado di credenze antiscientifiche e stigmatizzanti che riguardano il fenomeno suicidario. Ovvero gli intervistati che hanno la sensazione di essere in grado di gestire gli eventi clinici in questione (cioè coloro che ottengono punteggi maggiori alla scala che valuta l'autoefficacia), ottengono anche punteggi minori nelle scale che misurano il numero e l'entità delle credenze antiscientifiche e stigmatizzanti. Si può quindi affermare che le credenze antiscientifiche e stigmatizzanti, relegando l'evento suicidario alla sfera degli eventi incontrollabili e indipendenti da un eventuale intervento medico, non permettono al personale sanitario di potersi sentire in grado di fronteggiare tali eventi.

Conclusioni:

Agire su queste credenze antiscientifiche e stigmatizzanti, modificandole in favore di idee basate sulla letteratura scientifica mediante, ad esempio, percorsi brevi di formazione alla prevenzione del suicidio, aumenterebbe l'autoefficacia percepita dei medici di medicina generale (Coppens et al., 2018) e ridurrebbe presumibilmente il numero di eventi suicidari (Henriksson, 2006).

ABSTRACT (deutsche Fassung)

Nach offiziellen ASTAT-Daten gab es zwischen 1997 und 2018 in Südtirol 1113 Suizide, da sich damit der italienische Durchschnitt verdoppelt und die autonome Provinz an die Spitze des nationalen Rankings steht. Zahlreiche Studien zeigen, dass 45% der Selbstmordopfer in den 30 Tagen vor der Umsetzung des antikonservativen Gesetzes (Luoma et al., 2002), das dem Arzt körperliche Symptome beschreibt, in die Praxis ihres Hausarztes gingen, ohne ihre psychische Erkrankung erklären zu können (Pompili et al., 2009). Obwohl die entscheidende Rolle von Allgemeinmedizinern bei der Senkung der Suizidraten nachgewiesen wurde (Rutz, 2001, Henriksson und Isacson, 2006), erhält die Prävention dennoch wenig Aufmerksamkeit von ihnen (Houston et al., 2003), die sich oft als unzureichendes Wissen bezeichnen (Palmieri et al., 2008) und nicht geneigt sind, das psychische Leiden des Patienten offen zu untersuchen (Richards et al., 2004).

Ziel:

Hauptziel der Studie ist es, die Einstellungen, Überzeugungen und das Selbstwirksamkeitsgefühl der Südtiroler Allgemeinmediziner über der Suizidprävention zu bewerten. Sekundäres Ziel der Studie ist es, eine deskriptive Analyse der Merkmale der an der Studie teilnehmenden Ärzte (siehe Methoden) durchzuführen und eine Inferenzanalyse zwischen den oben genannten Merkmalen und den bei der Auswertung erhaltenen Ergebnissen mit den R-DAQ-, ASPS- und MCS-Skalen durchzuführen.

Methodik:

Um das erste Ziel zu erreichen, wurde durch die E-Mail-Adresse Kontakt mit 363 Südtiroler Allgemeinmedizinern genommen. Das Projekt wurde kurz illustriert und

sie wurden eingeladen, Online-Fragebögen mit 14 Fragen auszufüllen, die anonym geschrieben und nach den validierten Skalen R-DAQ (Annex 1) formuliert wurden (Revised Depression Attitude Questionnaire) (Botega et al., 1992; Haddad et al., 2015), ASPS (Annex 2) (Attitude towards Suicide Prevention Scale) (Herron et al., 2001) und MCS (Annex 3) (Moriss Confidence Scale) (Morris et al., 1999), auf Italienisch und Deutsch übersetzt. Um das zweite Ziel zu erreichen, wurden die Antworten der Ärzte auf 10 vorgeschlagene Punkte in Form eines Online-Fragebogens aufgezeichnet und eine deskriptive und inferentielle statistische Analyse der Daten mit dem IBM SPSS-Programm (SPSS 28.0 for Windows; IBM-SPSS Software Armonk, NY) durchgeführt.

Ergebnis:

An der Studie nahmen 19,3% (70 von 363) der Südtiroler Ärzte teil. In 8,5% (6 von 70) der Teilnehmer gab es stark unwissenschaftliche und suizidale Überzeugungen, in 30% (21 von 70) der Fälle, mäßig antiwissenschaftlichen und stigmatisierenden Überzeugungen und in den restlichen 61% (43 von 70) der Fälle zeigten die Teilnehmer keine antiwissenschaftlichen oder stigmatisierenden Überzeugungen (bewertet mit der ASPS-Skala). In Bezug auf die Konstrukt-Selbstwirksamkeit geben 26% (18 von 70) der befragten Kollegen an, dass sie sich nicht in der Lage fühlen, eine depressive Episode zu bewältigen und einen Patienten mit Suizidrisiko zu bewerten; 31% (22 von 70) zeigen ein mittleres Maß an Selbstwirksamkeit und 43% (30 von 70) der Kollegen sagen, dass sie sich in der Lage fühlen, solche klinischen Situationen zu bewältigen. Es entstand eine inverse Korrelation zwischen unwissenschaftlichen Überzeugungen in Bezug auf Suizidprävention und dem Selbstwirksamkeitsgefühl der Ärzte bei der Bewältigung solcher klinischer Situationen. Schließlich zeigt sich eine positive Korrelation zwischen dem weiblichen Geschlecht und der Durchführung eines spezifischen Trainings für Selbstmord. Alle anderen untersuchten Variablen erwiesen sich als unabhängig sowohl vom Grad der antiwissenschaftlichen Überzeugungen als auch vom Gefühl der Selbstwirksamkeit.

Diskussion:

Die Untersuchung der Daten zeigt, dass die Mehrheit der Teilnehmer (61%) keine unwissenschaftlichen oder stigmatisierenden Überzeugungen hat, aber dass die Mehrheit von ihnen (57%) sich nicht in der Lage fühlt, einen Patienten mit Suizid- und / oder Depressionsrisiko zu behandeln. Es gibt auch eine statistisch signifikante inverse Korrelation zwischen dem Konstrukt der Selbstwirksamkeit und dem antiwissenschaftlichen und stigmatisierenden Überzeugungsgrad in Bezug auf das suizidale Phänomen. Das heißt, Befragte, die das Gefühl haben, die fraglichen klinischen Ereignisse bewältigen zu können (dh diejenigen, die auf der Skala, die die Selbstwirksamkeit bewertet, höher abschneiden), schneiden auch auf Skalen, die die Anzahl und das Ausmaß antiwissenschaftlicher und stigmatisierender Überzeugungen messen, schlechter ab. Es kann daher gesagt werden, dass antiwissenschaftliche und stigmatisierende Überzeugungen, die das suizidale Ereignis in die Sphäre der unkontrollierbaren Ereignisse und unabhängig von medizinischen Eingriffen verbannen, es dem Gesundheitspersonal nicht erlauben, sich in der Lage zu fühlen, mit solchen Ereignissen fertig zu werden.

Schlussfolgerung

Auf diese antiwissenschaftlichen und stigmatisierenden Überzeugungen einzugehen und sie zugunsten von Ideen zu modifizieren, die auf wissenschaftlicher Literatur basieren, beispielsweise durch kurze Fortbildungen zur Suizidprävention, würde die wahrgenommene Selbstwirksamkeit von Allgemeinmedizinern erhöhen und vermutlich die Zahl der suizidalen Ereignisse reduzieren.

INTRODUZIONE

1.1. Epidemiologia

Nel mondo si registrano ogni anno circa 800 000 nuovi casi di suicidio, ovvero 1 ogni 40 secondi; i tentativi di suicidio sono solitamente 20 volte più frequenti dei suicidi (Nock et al., 2008). In diminuzione rispetto a 20 anni fa, il fenomeno rimane comunque in cima alle cause di morte globali. Tra i giovani di età compresa tra 15 e 29 anni, il suicidio è stata la quarta causa di morte dopo gli incidenti stradali, la tubercolosi e la violenza interpersonale (WHO, 2019). In Italia si registrano circa 4000 casi all'anno, di cui il 78,8 % sono uomini (Vichi et al., 2019). Il 35% ha più di 65 anni di età, il 37 % tra i 45 e i 64 anni, il 23 % tra i 25 e i 44 anni e il 5% ha meno di 24 anni (Istat, 2017).

Tra i paesi europei l'Italia registra comunque tra i tassi più bassi di suicidio, seppure sia presente una grossa variabilità interregionale. Gli ultimi dati statistici disponibili circa queste differenze interregionali sono stati pubblicati nel 2017 (relativi al 2016) e riferiscono tassi di mortalità più elevati nel Nord Italia, in Particolare nel Nord-Est. Il tasso standardizzato di mortalità (per 10000 abitanti) più alto nel 2016 si è registrato in Valle d'Aosta (1,47), Bolzano (1,08) e Sardegna (1,03), (Istat, 2017).

1.2. Eziologia

Shneidman sosteneva nel 1993 che la causa di base del suicidio fosse il dolore mentale insopportabile (psychache), il quale deriverebbe da bisogni psicologici frustrati che produrrebbero vergogna, colpa, rabbia, solitudine e disperazione.

Secondo la suicidologia classica il suicidio è visto come un tentativo estremo di porre fine al dolore insopportabile dell'individuo. Ancora secondo Sheidman (1996) il suicidio è il risultato di un dialogo interiore nel quale la mente passa in rassegna tutte le opzioni possibili per la soluzione di questo dolore insopportabile. L'individuo sperimenta uno stato di costrizione psicologica (vede come in un tunnel) nel quale tutte le opzioni possibili si riducono a due: una soluzione magica che faccia stare bene oppure il suicidio. Quest'ultimo non deve essere visto come reale desiderio di morte, ma come volontà di fare cessare la coscienza del dolore.

È importante avvicinarsi a comprendere le cause che possono a condurre a tale gesto, dal momento che tra le ragioni che portano la persona a compiere questo atto estremo vi è anche la sensazione di essere "strani", di non potere essere compresi dagli altri e di potere essere anzi discriminati. Le persone che pensano al suicidio hanno cioè paura di essere stigmatizzate, intendendo con "stigma" un marchio, un segno distintivo, in riferimento alla disapprovazione sociale di alcune caratteristiche personali.

«La stigmatizzazione è il fenomeno sociale che attribuisce una connotazione negativa a un membro (o a un gruppo) della comunità in modo da declassarlo a un livello inferiore» (psychiatryonline.it/node/5457).

Esempi di credenze stigmatizzanti:

«Mancanza di forza di volontà e autodisciplina sono cause di depressione»

«Se veramente un paziente vuole suicidarsi non lo dice a nessuno»

«Se una persona sopravvive a un tentativo di suicidio, lo ha fatto soltanto per attirare l'attenzione»

1.2.1 Fattori di rischio biopsicosociali

Disturbi mentali:

- Disturbo bipolare e suicidio: rischio di suicidio 22 volte maggiore rispetto alla popolazione generale;
- Depressione: rischio di suicidio 20 volte maggiore rispetto alla popolazione generale;
- Schizofrenia: tra il 4,9 e il 13% dei pazienti muore per suicidio;
- ADHD: rischio di suicidio doppio rispetto alla popolazione sana;
- Alcol ed altri disturbi da abuso di sostanze;
- *Hopelessness – Helplessness*;
- Tendenze impulsive e/o aggressive;
- Storia di trauma ed abusi.

Alcune patologie mediche gravi:

- Sclerosi multipla,
- Epilessia,
- Malattia di Huntington,
- Neoplasie,
- HIV,
- Emodialisi,
- Diabete mellito,
- Malattie autoimmuni.

Precedenti tentativi di suicidio;

Storia familiare di suicidio.

1.2.2. Fattori di rischio ambientali

- Perdita di lavoro o perdita finanziaria;

- Perdite relazionali o sociali;
- Facile accesso ad armi letali;
- Eventi locali di suicidio che possono indurre fenomeni di contagio.

1.2.3 Fattori di rischio socioculturali

- Mancanza di sostegno sociale e senso di isolamento;
- Stigma associato con necessità di aiuto;
- Ostacoli nell'accedere alle cure mediche, soprattutto relative alla salute mentale e all'abuso di sostanze;
- Alcune credenze culturali e religiose (ad esempio il credere che il suicidio è una soluzione a dubbi personali);
- L'essere esposti ad atti di suicidio, anche attraverso i mass media.

1.2.4. Valutazione del rischio di suicidio

- Identificare i vari fattori che contribuiscono alla crisi suicidaria;
- Chiedere direttamente sul suicidio;
- Determinare il livello di rischio: basso, medio, alto;
- Determinare il luogo e il piano terapeutico;
- Indagare l'ideazione suicidaria presente e passata così pure intenti, gesti o comportamenti suicidari; indagare sui metodi usati; determinare il livello di hopelessness, anedonia, sintomi ansiosi, motivi per vivere, abuso di sostanze, ideazione omicida.

1.2.5. Segnali d'allarme

- Esprimere sentimenti suicidi o riferirsi al tema del suicidio;
- Disfarsi di cose di valore;
- Sviluppare un piano specifico per il suicidio.

È ben documentato che la metà delle persone che muoiono per suicidio sono sofferenti di patologie mentali e per prime la Depressione Maggiore e il Disturbo Bipolare.

Sembra, invece, che la correlazione fra suicidio e altri determinanti (determinanti sociali) non sia altrettanto studiata, anche se la metà dei suicidi è correlata a tali determinanti.

1.3. Depressione maggiore come fattore di rischio

Depressione e suicidio non hanno una relazione di causa-effetto. Se è vero che nelle patologie organiche (AIDS, Sclerosi Multipla, ecc.) la depressione è parte integrante della scelta suicidaria, è vero spesso che un paziente che tenta o commetta un suicidio non è depresso.

Sintomi della depressione <i>versus</i> sintomi della crisi suicidaria (Schneidman, '93)	
Depressione	Suicidio
<ul style="list-style-type: none"> • Tristezza 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolore psicologico
<ul style="list-style-type: none"> • Apatia 	<ul style="list-style-type: none"> • Scarsa tolleranza al dolore
<ul style="list-style-type: none"> • Insonnia o ipersonnia 	<ul style="list-style-type: none"> • Vede la fine della vita come soluzione
<ul style="list-style-type: none"> • Perdita o aumento dell'appetito 	<ul style="list-style-type: none"> • Non vede altra possibilità a parte la morte (costrizione)
<ul style="list-style-type: none"> • Agitazione o rallentamento psicomotorio 	<ul style="list-style-type: none"> • Può avere o meno sintomi di depressione (suicidio come stato mentale)
<ul style="list-style-type: none"> • Fatica o mancanza di energia 	
<ul style="list-style-type: none"> • Inabilità a concentrarsi 	
<ul style="list-style-type: none"> • Sentimenti di svalutazione e colpa 	

1.4. L'efficacia della formazione del personale sanitario di assistenza primaria nella prevenzione del suicidio

La figura del MMG o medico di famiglia o medico di base è stata istituita in Italia nel 1987, con l'introduzione del Servizio Sanitario Nazionale. Ogni cittadino può liberamente scegliere il proprio MMG, per potere ricevere una prima forma di assistenza al di fuori dell'ospedale (assistenza primaria). Il MMG beneficia di una conoscenza del paziente più approfondita e di lunga durata rispetto agli altri medici e, pertanto, si occupa di prevenzione primaria e della correzione dei fattori di rischio. Anche per questa ragione i MMG sono più esposti alle ricadute negative di un eventuale suicidio di un proprio assistito, ma, allo stesso tempo, sono anche coloro che si trovano nella posizione adatta a potere cogliere i segnali di un rischio di suicidio.

Numerosi studi rilevano che il 45 % delle vittime di suicidio si sia recato presso lo studio del proprio medico di medicina generale nei 30 giorni precedenti la messa in atto dell'atto anticonservativo (Luoma et al., 2002) descrivendo al medico sintomi fisici, senza riuscire a esplicitare il proprio malessere psichico (Pompili et al., 2009). Altri studi indicano che tra il 25 e il 75% dei pazienti che commettono un suicidio hanno un contatto con la medicina generale dai 30 ai 60 giorni prima (Bartels et al., 2022). Se il tempo di osservazione viene portato a 180 giorni, risulta che l'82% di coloro che muoiono per overdose ha ricevuto una visita medica (Murphy, 1975).

Secondo altri studi (Pompili et al., 2004) spesso i medici di famiglia hanno difficoltà a trovare il tempo necessario per potere valutare adeguatamente il rischio di suicidio e, spesso, non se ne sentono in grado.

Per questa ragione nel presente studio si prende in considerazione il costrutto psicologico di autoefficacia, che corrisponde alla "consapevolezza di essere capace di dominare specifiche attività, situazioni o aspetti del proprio funzionamento psicologico o sociale" (Bandura A., Autoefficacia: teoria e applicazioni 1997, ed.

it.2000b). In altre parole, è la percezione che abbiamo di noi stessi di sapere di essere in grado di fare, sentire, esprimere o essere qualcosa (Bandura A., Autoefficacia: teoria e applicazioni 1997, ed. it.2000b).

A questo proposito si è visto da numerosi studi che i programmi di formazione rivolti a i medici di famiglia riguardanti il riconoscimento della depressione e del rischio di suicidio sono molto efficaci. Uno studio condotto nel 1983-1984 in Svezia ha evidenziato che un programma di istruzione rivolto ai medici di famiglia dell'isola di *Gotland* (Svezia) era stato seguito da un'ingente riduzione dei tassi di suicidio. Non appena però la nuova generazione di medici che non aveva ricevuto questo programma di formazione aveva preso il posto della vecchia, questi effetti erano scomparsi. Gli effetti positivi ricomparvero però quanto questi nuovi giovani medici seguirono un percorso di formazione (Rutz et al., 1997).

METODI

A partire dalle le scale validate R-DAQ (allegato 1) (*Revised Depression Attitude Questionnaire*) (Botega et al., 1992; Haddad et al., 2015), ASPS (allegato 2) (*Attitude toward Suicide Prevention Scale*) (Herron et al., 2001) e MCS (allegato 3) (*Moriss Confidence Scale*) (Morris et al., 1999) sono state formulate 14 domande in forma di scala Likert (vedi pagg. 30 e 31) allo scopo di valutare le attitudini, le credenze stigmatizzanti e l'autoefficacia percepita dai medici nei confronti del fenomeno suicidario. Sono stati creati inoltre dei questionari tradotti nelle lingue italiana e tedesca con l'obiettivo di analizzare 10 caratteristiche dei partecipanti allo studio (sesso, età, sede di ambulatorio in periferia o in città, madrelingua, numero di casi di suicidio nella vita lavorativa, numero di casi di suicidio nella vita privata, avere svolto formazione specifica in medicina generale, avere svolto formazione specifica sul suicidio).

Si è inviato per e-mail il questionario online composto di 24 items a 363 medici di medicina generale operanti in Alto Adige. A un mese dall'invio dei questionari si è inviato un *reminder* al fine di migliorare l'adesione dei partecipanti.

I dati ricevuti sono stati raccolti in una matrice di casi (righe) per variabili (colonne).

I punteggi ottenuti nella scala Likert sono stati sommati e divisi in 3 categorie - *scoring* (credenze altamente stigmatizzanti, moderatamente stigmatizzanti e non stigmatizzanti/ sensazione di autoefficacia bassa, moderata e alta).

Tutti i punteggi grezzi sono stati successivamente standardizzati in punti Z.

I dati sono stati poi analizzati con il *software* IBM SPSS (SPSS 28.0 for Windows; IBM-SPSS Software Armonk, NY).

È stata svolta un'analisi descrittiva delle frequenze e, successivamente, uno studio di correlazione bivariata. Le variabili che hanno mostrato correlazione lineare statisticamente significativa sono state infine studiate con un modello di regressione lineare semplice.

RISULTATI

I questionari online sono stati inviati per e-mail a 363 dei medici di medicina generale operanti nella provincia di Bolzano. Si sono ottenute in totale **70 risposte su 363, ovvero il 19,3 %** dei medici intervistati ha risposto al questionario. Si deve tenere in considerazione un possibile *bias* da maggiore sensibilità alla tematica da parte dei partecipanti rispetto ai non partecipanti.

3.1. Analisi descrittiva delle variabili

	N	Media	DS	Asimmetria		Curtosi	
					Errore st.		Errore st.
SESSO	70	1,3571	,482	,609	,287	-1,6	,566
ETA'	70	46,3714	14,89	1,411	,287	2,5	,566
SEDE AMBULATORIO	68	1,5588	,5002	-,242	,291	2,0	,574
MADRELINGUA	69	1,5797	,673	1,041	,289	1,2	,570
NUM CASI VITA LAV.	70	1,7286	1,214	-,205	,287	1,5	,566
NUM CASI VITA PRIVATA	70	1,2143	1,249	,451	,287	1,4	,566
RELIGIONE	67	1,6716	,4731	-,748	,293	1,4	,578
FORM. MED. GEN.	69	1,9130	,2838	-2,997	,289	7,1	,570
FORMSUICIDIO	70	1,1714	,3796	1,782	,287	1,2	,566
CREDENZE STIGM.	70	10,17	2,180	,681	,287	,61	,566
AUTOEFFICACIA	70	8,5000	2,477	-,138	,287	1,0	,566
Numero di casi validi	63						

Il 64,3% dei partecipanti al test sono di sesso femminile; il 35,7 % di sesso maschile.

SESSO

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
Valido	FEMMINA	45	64,3	64,3	64,3
	MASCHIO	25	35,7	35,7	100,0
	Totale	70	100,0	100,0	

L'età media dei partecipanti è di 46 anni.

SEDE AMBULATORIO

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
Valido	città	30	42,9	44,1	44,1
	periferia	38	54,3	55,9	100,0
	Totale	68	97,1	100,0	
Mancante	Sistema	2	2,9		
Totale		70	100,0		

Il 55,9% dei partecipanti allo studio svolge la sua attività in periferia versus il 44,1% che lavora invece in città.

MADRELINGUA

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
Valido	tedesca	35	50,0	50,7	50,7
	italiana	29	41,4	42,0	92,8
	ladina	4	5,7	5,8	98,6
	altro	1	1,4	1,4	100,0
	Totale	69	98,6	100,0	
Mancante	Sistema	1	1,4		
Totale		70	100,0		

Il 51 % dei medici intervistati è di madrelingua tedesca, il 42 % di madrelingua italiana. Un 6 % sono ladini e nel 1,4 % dei casi si trattava di colleghi di madrelingua araba.

NUMERO DI CASI NELLA VITA LAVORATIVA

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
Valido	,00	15	21,4	21,4	21,4
	1,00	18	25,7	25,7	47,1
	2,00	8	11,4	11,4	58,6
	3,00	29	41,4	41,4	100,0
	Totale	70	100,0	100,0	

Il 41% degli intervistati dichiarava di contare più di 2 casi di suicidio e depressione nella propria vita lavorativa, il 26% degli intervistati almeno 1 caso e il 21% nessun caso nella propria vita lavorativa.

NUMERO DI CASI VITA PRIVATA

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
Valido	,00	29	41,4	41,4	41,4
	1,00	16	22,9	22,9	64,3
	2,00	6	8,6	8,6	72,9
	3,00	19	27,1	27,1	100,0
	Totale	70	100,0	100,0	

Degli intervistati, il 27% dichiarava di avere avuto nella propria sfera di vita privata almeno 3 eventi di suicidio e depressione; il 41% invece non ha mai avuto eventi simili nella propria sfera di vita privata.

RELIGIONE

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Perc. Cum.
Valido	NO	22	31,4	32,8	32,8
	SI	45	64,3	67,2	100,0
	Totale	67	95,7	100,0	
Mancante	Sistema	3	4,3		
Totale		70	100,0		

Per quanto riguarda l'aspetto di fede religiosa personale, il 67% degli intervistati si dichiara credente versus il 32,8 % dei medici che si dichiara agnostica o atea.

FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
Valido	NO	6	8,6	8,7	8,7
	SI	63	90,0	91,3	100,0
	Totale	69	98,6	100,0	
Mancante	Sistema	1	1,4		
Totale		70	100,0		

Il 91% degli intervistati ha inoltre svolto il corso di formazione specifica in medicina generale versus il 9% che non lo ha svolto.

FORMAZIONE SUICIDIO

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
Valido	NO	58	82,9	82,9	82,9
	SI	12	17,1	17,1	100,0
	Totale	70	100,0	100,0	

Infine, soltanto il 17,1 % della popolazione intervistata dichiara di avere svolto una formazione specifica volta a identificare i casi a rischio di commettere suicidio.

CREDENZE STIGMATIZZANTI

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
Valido	8	24	34,3	34,3	34,3
	9	10	14,3	14,3	48,6
	10	9	12,9	12,9	61,4
	11	5	7,1	7,1	68,6
	12	10	14,3	14,3	82,9
	13	6	8,6	8,6	91,4
	14	4	5,7	5,7	97,1
	15	1	1,4	1,4	98,6
	16	1	1,4	1,4	100,0
	Totale	70	100,0	100,0	

Dal calcolo delle frequenze emerge che i nostri partecipanti mostrano nel 8,5 % dei casi (6 su 70) credenze altamente antiscientifiche e stigmatizzanti il suicidio, nel 30 % dei casi (21 su 70) moderatamente antiscientifiche e stigmatizzanti e, nel restante 61 % dei casi (43 su 70) non mostrano credenze antiscientifiche né stigmatizzanti nei confronti del fenomeno.

AUTOEFFICACIA

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
Valido	4,00	5	7,1	7,1	7,1
	5,00	3	4,3	4,3	11,4
	6,00	10	14,3	14,3	25,7
	7,00	7	10,0	10,0	35,7
	8,00	12	17,1	17,1	52,9
	9,00	3	4,3	4,3	57,1
	10,00	14	20,0	20,0	77,1
	11,00	4	5,7	5,7	82,9
	12,00	12	17,1	17,1	100,0
	Totale	70	100,0	100,0	

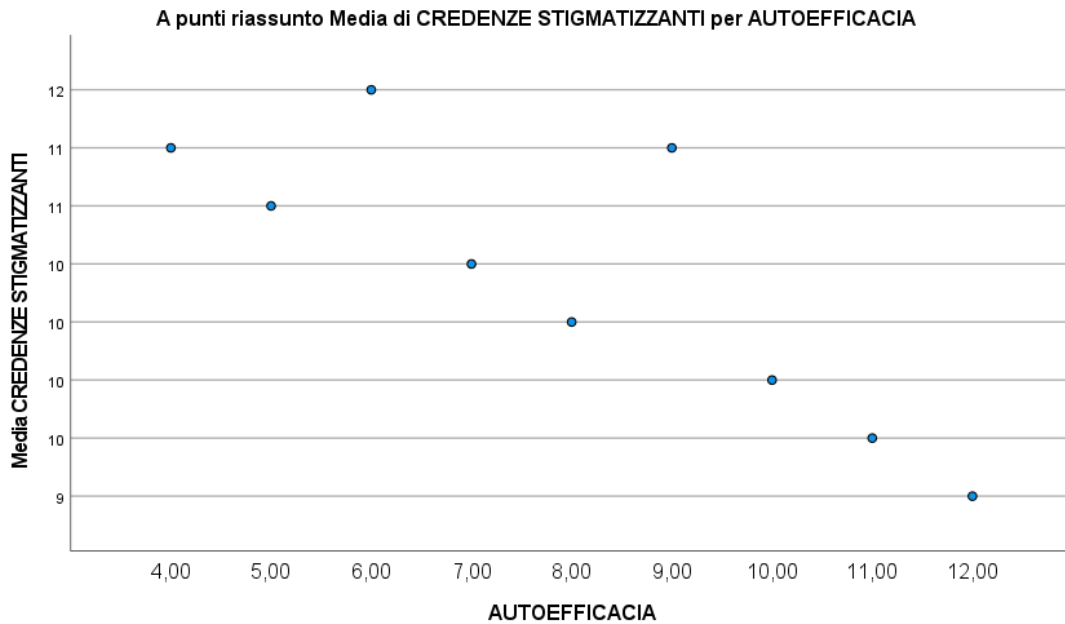
Per quanto riguarda il costrutto autoefficacia, il 26% (18 su 70) dei colleghi intervistati dichiara di non sentirsi capace di gestire un episodio depressivo e di valutare un paziente a rischio di suicidio; il 31% (22 su 70) mostra livelli intermedi di autoefficacia e il 43% (30 su 70) dei colleghi dichiara di sentirsi pienamente capace nella gestione di tali situazioni cliniche.

3.2. Analisi di correlazione

		CREDENZE STIGMATIZZANTI	AUTOEFFICACIA
CREDENZE STIGMATIZZANTI	Correlazione di Pearson	1	-,314**
	Sign. (a due code)		,008
	N	70	70
AUTOEFFICACIA	Correlazione di Pearson	-,314**	1
	Sign. (a due code)	,008	
	N	70	70

** . La correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code).

Dallo studio di correlazione tra le variabili è emersa una correlazione inversa statisticamente significativa (sign. 0,008) tra la variabile credenze stigmatizzanti e la sensazione di autoefficacia nella gestione di episodi depressivi e nella valutazione/presa in carico di pazienti con rischio suicidario alto.



3.3. Modello di regressione lineare bivariata

Successivamente si è applicato a queste variabili correlate un modello di regressione lineare semplice, inserendo le “credenze stigmatizzanti” come variabile dipendente e “l’autoefficacia” come variabile indipendente.

Ne risulta che la variabile indipendente “autoefficacia” rende conto del 9,9 % della varianza della variabile “credenze stigmatizzanti” in modo altamente significativo (sign = 0,08). I coefficienti standardizzati Beta appaiono infatti inversamente correlati (beta = -,314), in maniera statisticamente significativa (sign = 0,008).

Riepilogo del modello^b

Modello	R	R-quadrato	R-quadrato adattato	Errore std. della stima
1	,314 ^a	,099	,085	2,085

a. Predittori: (costante), AUTOEFFICACIA; b. Variabile dipendente: CREDENZE STIGMATIZZANTI

Statistiche dei residui^a

	Minimo	Massimo	Media	Deviazione std.	N
Valore previsto	9,20	11,41	10,17	,684	70
Residuo	-3,138	5,138	,000	2,070	70
Valore previsto std.	-1,413	1,816	,000	1,000	70
Residuo standard	-1,505	2,464	,000	,993	70

a. Variabile dipendente: CREDENZE STIGMATIZZANTI

ANOVA^a

Modello		Somma dei quadrati	Gl	Media quadratica	F	Sign.
1	Regressione	32,323	1	32,323	7,435	,008^b
	Residuo	295,619	68	4,347		
	Totale	327,943	69			

a. Variabile dipendente: CREDENZE STIGMATIZZANTI; b. Predittori: (costante), AUTOEFFICACIA

Coefficienti^a

Modello		Coefficienti non standardizzati		Coefficienti standardizzati	t	Sign.
		B	Errore standard	Beta		
1	(Costante)	12,520	,897		13,965	<,001
	AUTOEFFICACIA	-,276	,101	-,314	-2,727	,008

a. Variabile dipendente: CREDENZE STIGMATIZZANTI

3.4. Analisi di correlazione

		SESSO	FORMSUICIDIO
SESSO	Correlazione di Pearson	1	-,339**
	Sign. (a due code)		,004
	N	70	70
FORMSUICIDIO	Correlazione di Pearson	-,339**	1
	Sign. (a due code)	,004	
	N	70	70

** . La correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code).

Emerge inoltre che anche la variabile sesso femminile correla positivamente con la formazione specifica al suicidio; è emersa infatti tra le due variabili una correlazione statisticamente significativa (sign.: 0,004).

3.5. Modello di regressione lineare bivariata

Riepilogo del modello

Modello	R	R-quadrato	R-quadrato adattato	Errore std. della stima
1	,339 ^a	,115	,102	,35974

a. Predittori: (costante), SESSO

ANOVA^a

Modello		Somma dei quadrati	gl	Media quadratica	F	Sign.
1	Regressione	1,143	1	1,143	8,831	,004 ^b
	Residuo	8,800	68	,129		
	Totale	9,943	69			

a. Variabile dipendente: FORMSUICIDIO

b. Predittori: (costante), SESSO

Coefficienti^a

Modello		Coefficienti non standardizzati		Coefficienti stani		Sign.
		B	Errore standard	Beta	t	
1	(Costante)	1,533	,129		11,872	<,001
	SESSO	-,267	,090	-,339	-2,972	,004

a. Variabile dipendente: FORMSUICIDIO

Applicando un modello di regressione lineare bivariata osserviamo che il coefficiente di determinazione (R-quadrato) è pari a 0,102; possiamo quindi affermare che il 10,2% di varianza della variabile “avere svolto formazione sulla prevenzione del suicidio” è spiegata dalla variabile indipendente “sesso femminile”.

DISCUSSIONE

Nel presente studio non si evidenziano correlazioni statisticamente significative tra la variabile “credenze antiscientifiche e stigmatizzanti il suicidio” e sesso, età, sede di ambulatorio (periferia o città), madrelingua, numero di casi nella vita lavorativa o privata, credo religioso e avere svolto formazione specifica in medicina generale o formazione specifica sul suicidio. Emerge quindi che le convinzioni che il medico ha circa l’evento suicidario e la depressione sono indipendenti da queste variabili.

Non si evidenziano neppure correlazioni statisticamente significative tra il costrutto “autoefficacia percepita dal medico” e sesso, età, sede di ambulatorio (periferia o città), madrelingua, numero di casi nella vita lavorativa o privata, credo religioso e avere svolto formazione specifica in medicina generale o formazione specifica sul suicidio. Anche in questo caso la sensazione di autoefficacia percepita dal medico non correla con questi fattori.

Dallo studio dei dati emerge però una correlazione inversa statisticamente significativa (sign: 0,008) tra il costrutto di autoefficacia e il grado di credenze antiscientifiche e stigmatizzanti che riguardano il fenomeno suicidario (indice di correlazione di Pearson: - 0,314).

In altri termini, gli intervistati che hanno la sensazione di essere in grado di gestire gli eventi clinici in questione (ovvero coloro che ottengono punteggi maggiori alla scala che valuta l’autoefficacia), ottengono anche punteggi minori nelle scale che misurano

il numero e l'entità delle credenze antiscientifiche e stigmatizzanti.

L'autoefficacia è un costrutto psicologico usato in ricerca secondo due accezioni: “da una parte come riferita all'abilità percepita di effettuare un particolare comportamento; dall'altra come autoefficacia riferita all'abilità percepita di controllare, prevenire o gestire le potenziali difficoltà” (Kirsh, 1995; Maddux e Gosselin, 2003).

L'autoefficacia è dovuta anche ad attribuzioni causali, ovvero alle ragioni con cui ci si spiega un avvenimento. Weiner (1994) ha affermato che le attribuzioni possono essere distinte in base a tre dimensioni:

- Locus of control: che può essere definito “interno” se la causa di un successo (o di un fallimento) viene attribuita a cause interne alla persona; “esterno”, qualora le cause siano considerate esterne alla persona;
- Stabilità: per cui le cause possono essere considerate “stabili o instabili” nel tempo (per esempio la facilità del compito è stabile, al contrario la fortuna è instabile);
- Controllabilità: esprime il grado di controllo che si ha sui fattori in gioco. Infatti non tutti i fattori causali possono essere controllati dal soggetto.

Si può quindi affermare che le credenze antiscientifiche e stigmatizzanti, relegando l'evento suicidario alla sfera degli eventi incontrollabili e indipendenti da un eventuale intervento medico (*locus of control* esterno) non permettono al personale sanitario di potersi sentire in grado di fronteggiare tali eventi perché li catalogano come eventi indipendenti dalle azioni, dai comportamenti e dalle parole del medico nella propria pratica clinica.

La letteratura sottolinea d'altra parte il grande beneficio che l'intervento medico, ad esempio il dialogo aperto avviato dall'MMG nei confronti del paziente possa indurre la persona che pensi al suicidio - o che lo abbia già programmato - a considerare l'assunzione di terapie farmacologiche o ad attendere prima di mettere in atto il

proprio progetto anticonservativo. Tra i fattori di rischio psicosociali vi è infatti lo stigma percepito dal paziente circa l'esprimere apertamente il proprio dolore psichico, il quale potrebbe ridursi qualora il paziente incontrasse un medico informato e aperto al dialogo sull'argomento "dolore psichico".

Nel presente studio non emerge però una correlazione statisticamente significativa tra la formazione specifica al suicidio e l'autoefficacia percepita o il numero di casi di suicidio nella vita lavorativa o privata. Questo dato potrebbe essere spiegato con la limitazione dovuta all'esiguità nella numerosità della popolazione. Inoltre nel nostro caso si tratta di uno studio trasversale: per analizzare quali potrebbero essere gli effetti di una formazione specifica sull'argomento, sarebbe adeguato eseguire uno studio longitudinale, analizzando il numero di suicidi in una data popolazione prima e dopo la formazione specifica.

CONCLUSIONI

Agire sulle credenze antiscientifiche e stigmatizzanti, modificandole in favore di idee basate sulla letteratura scientifica mediante, ad esempio, percorsi brevi di formazione alla prevenzione del suicidio, aumenterebbe l'autoefficacia percepita da parte dei medici di medicina generale (Coppens et al., 2018).

Contrariamente a quanto emerso nel nostro studio, la letteratura riporta come la formazione specifica sul suicidio riduca di conseguenza anche il numero di eventi suicidari (Henriksson, 2006).

QUESTIONARIO PROPOSTO AI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Suizidprävention: spielen Hausärzte eine Rolle?

Prevenzione del suicidio: quale è il ruolo dei medici di medicina generale?

1. *Sesso/Geschlecht*

- Maschio/Männlich
- Femmina/Weiblich
- Preferisco non specificarlo
- Altro:

2. *Età/Alter*

3. *Anzianità lavorativa/Dienstalter*

4. *Sede ambulatorio/Standort der Praxis*

- Città/Stadt
- Periferia/Stadtrand

5. *Madrelingua/Muttersprache*

- Italiana/italienisch
- Tedesca/deutsch
- Ladina/ladinisch
- Altro:

6. *Num. pazienti con suicidio o tentato suicidio durante carriera lavorativa/Num. Patienten mit Suizid oder Suizidversuch während der beruflichen Laufbahn*

- Nessuno/Niemand
- 1
- 2
- più di 2/mehr als 2

7. *Eventi suicidio/depressione nella tua sfera privata/Suizid-/Depressionsereignisse in Ihrem privaten Bereich*

- nessuno/niemand
- 1
- 2
- più di 2/mehr als 2

8. Credo religioso/Religiöser Glaube

- Si/Ja
- No/Nein

9. Corso di formazione in medicina generale/Ausbildung in Allgemeinmedizin

- Si/Ja
- No/Nein

10. Formazione specifica nella prevenzione del suicidio/Spezifische Ausbildung in Suizidprävention

- Si/Ja
- No/Nein

Breve questionario su suicidio e depressione/

Kurzer Fragebogen zu Suizid und Depression:

1. *Mi infastidisce che mi venga richiesto di fare di più riguardo al suicidio/Es ärgert mich, dass ich gebeten werde, mehr gegen Selbstmord zu tun **

- Si/Ja
- No/Nein
- Non mi interessa/Ist nicht mein Problem

2. *La prevenzione del suicidio non è una mia responsabilità/Suizidprävention liegt nicht in meiner Verantwortung*

- Vero/Richtig
- Falso/Falsch
- Non lo so/Ich weiß es nicht

3. *Mancanza di forza di volontà e autodisciplina sono cause di depressione/Mangelnde Willenskraft und Selbstdisziplin sind Ursachen für Depressionen*

- Vero/Richtig
- Falso/Falsch
- Non lo so/Ich weiß es nicht

4. *I trattamenti per la depressione medicalizzano l'infelicità/Behandlungen für Depressionen medikalisieren Unglück*

- Vero
- Falso
- Non lo so

5. *Mi sento capace di riconoscere e gestire una depressione/Ich fühle mich in der Lage, eine Depression zu erkennen und zu bewältigen*
- Si/Ja
 - No/Nein
 - Non lo so/Ich weiss es nicht
6. *Una volta che una persona ha deciso di togliersi la vita, nessuno può fermarlo/Sobald ein Mensch beschlossen hat, sich das Leben zu nehmen, kann ihn niemand aufhalten*
- Vero/Richtig
 - Falso/Falsch
 - Non lo so/Ich weiss es nicht
7. *Se veramente un paziente vuole suicidarsi non lo dice a nessuno/Wenn ein Patient wirklich Selbstmord begehen will, erzählt er es niemandem.*
- Vero/Richtig
 - Falso/Falsch
 - Non lo so/Ich weiss es nicht
8. *Se una persona sopravvive a un tentativo di suicidio, lo ha fatto soltanto per attirare l'attenzione/Wenn eine Person einen Selbstmordversuch überlebt, tut sie dies nur, um Aufmerksamkeit zu erregen.*
- Vero/Richtig
 - Falso/Falsch
 - Non lo so/Ich weiss es nicht

9. *Non mi sento a mio agio a fare valutazioni del rischio di suicidio/Ich fühle mich nicht wohl dabei, Suizidrisikobewertungen durchzuführen*

- Vero/Richtig
- Falso/Falsch
- Non lo so/Ich weiss es nicht

10. *Non c'è modo di sapere se una persona sta per suicidarsi/Es gibt keine Möglichkeit zu wissen, ob eine Person Selbstmord begehen wird*

- Vero/Richtig
- Falso/Falsch
- Non lo so/Ich weiss es nicht

11. *Una percentuale dei suicidi è prevenibile/Ein Prozentsatz der Suizide ist vermeidbar*

- Vero/Richtig
- Falso/Falsch
- Non lo so/Ich weiss es nicht

12. *Mi sento capace di valutare il rischio di suicidio in pazienti depressi/Ich fühle mich in der Lage, das Suizidrisiko bei depressiven Patienten einzuschätzen*

- Si/Ja
- No/Nein
- Non lo so/Ich weiss es nicht

13. Mi sento capace di gestire i bisogni di un paziente depresso/Ich fühle mich in der Lage, das Suizidrisiko bei depressiven Patienten einzuschätzen

- Si/Ja
- No/Nein
- Non lo so/Ich weiss es nicht

14. La depressione è una malattia (come asma, diabete...)/Depression ist eine Krankheit (wie Asthma, Diabetes...)

- Vero/Richtig
- Falso/Falsch
- Non lo so/Ich weiss es nicht

R-DAQ items (ALLEGATO 1)

It is difficult to differentiate whether patients are presenting with unhappiness or a clinical depressive disorder that needs treatment.

Becoming depressed is a way that people with poor stamina deal with life difficulties.

The practice nurse could be a useful person to support depressed patients.

There is little to be offered to those depressed patients who do not respond to what GPs do.

It is rewarding to spend time looking after depressed patients.

Psychotherapy tends to be unsuccessful with depressed patients.

ASPS items (ALLEGATO 2)

% disagree % neutral % agree

1. I recent being asked to do more about suicide
2. Suicide prevention is not my responsibility
3. Making more funds available to the appropriate health services would make no difference to the suicide rate
4. Working with suicidal patients is rewarding
5. If people are serious about taking their own lives they do not tell anyone
6. I feel defensive about suicide prevention
7. It is easy for people not involved in clinical practice to make judgements about suicide prevention
8. If a person survives a suicide attempt then this is a ploy for attention
9. People have the right to take their own lives
10. Since unemployment and poverty are the main cause of suicide there is little that an individual can do to prevent it
11. I do not feel comfortable assessing someone for suicide risk
12. Suicide prevention measures are a drain on resources which would be more useful elsewhere
13. There is no way of knowing who is going to take his/her own life
14. What proportion of suicides do you consider preventable (% most - all)

MCS (Moriss Confidence Scale) (ALLEGATO 3)

1. I feel confident that I could relate and install help seeking behavior to someone suffering from depression or suicide
2. After seeing a person once, I would be confident that I could recognise potential suicidal risk
3. I feel confident that I could differentiate a mild depression from a suicide risk
4. After seeing a person once, I would be confident that I could recognise a person with depression

BIBLIOGRAFIA

- Botega, N., J., Silveira, G., M., 1996. General Practitioners Attitudes Towards Depression: A Study in Primary Care Setting in Brazil, *Int J Soc Psychiatry* Autumn 1996;42(3):230-7.
- Coppens, E., Van Audenhovea, C., Gusmão, R., et al., 2018. Effectiveness of General Practitioner training to improve suicide awareness and knowledge and skills towards depression, *Journal of Affective Disorders* 227 (2018) 17-23
- Davenport TA, Hickie IB, Naismith SL, Hadzi-Pavlovic D, Scott EM. Variability and predictors of mental disorder rates and medical practitioner responses across Australian general practices. *Medical Journal of Australia* 2001; 175:S37–S41.
- Fleischmann et al., Suicide worldwide in 2019, *Global Health Estimates*, WHO, 2021.
- Haddad, M., Menchetti, M., Mckeown, E., Tylee, A., Mann, A., 2015. The development and psychometric properties of a measure of clinicians' attitude to depression: the revised Depression Attitude Questionnaire (R-DAQ), *BMC Psychiatry* (2015) 15:7
- Hawgood, J.L.Krysinska, K.E., Ide, N., De Leo, D., 2008. Is suicide prevention properly taught in medical schools? *Med. Teach.* 30, 287–295.
- Herron, J., Ticehurst, H., Appleby, L., Perry, A., Cordingley, L., 2001. Attitudes towards suicide prevention in front-line health staff. *Suicide Life Threat. Behav.* 31, 342–347.
- Henriksson, S., Isacson, G. 2006 Increased antidepressant use and fewer suicides in Jämtland county, Sweden, after a primary care educational programme on the treatment of depression. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 114: 159–167.
- Houston, K., Haw, C., Townsend, E., Hawton, K., 2003. General practitioner contacts with patients before and after deliberate self harm. *British Journal of General Practice*, May 2003 (365-370).
- Isometsä et al. 2006 The last appointment before suicide: is suicide intent communicated? *The American Journal of Psychiatry*, 2006

- Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2002;159:909-16.
- Morriss, R., Gask, L., Battersby, L., Francheschini, A., Robson, M., 1999. Teaching frontline health and voluntary workers to assess and manage suicidal patients. *J. Affect. Disord.* 52, 77–83.
- Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev* 2008;30:133–54.
- Palmieri, G., Forghieri, M., Ferrari, S., Pingani, L., Coppola, P., Colombini, N., Rigatelli, M., Neimeyer, R., 2008. Suicide Intervention Skills in Health Professionals: A Multidisciplinary Comparison. *Archives of Suicide Research*, Volume 12,2008.
- Pia Solin, Nina Tamminen and Timo Partonen. Suicide prevention training: self-perceived competence among primary healthcare professionals. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2021, Vol. 39, No. 3, 332–338
- Pirkis J, Burgess P. Suicide and recency of health care contacts. A systematic review. *Br J Psychiatry* 1998;173:462-74.
- Pompili, M., Innamorati, M., Del Casale, A., Serafini, G., Tatarelli, R., 2009. La prevenzione del suicidio e il ruolo strategico dei Medici di famiglia. *Rivista della Società Italiana di Medicina Generale*.
- Pompili, M., Girardi, P., 2012. Suicidio e tentativo di suicidio come evento sentinella per il medico di medicina generale, *Rivista Società italiana Medicina Generale*, Agosto 2012.
- Richards, J., Ryan, P., McCabe, M., Groom, G., Hickie, I., 2004. Barriers to the effective management of depression in general practice. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 38, 795–803.
- Rutz W, Wallinder J, Von Knorring L, et al., 1997. Prevention of depression and suicide by education and medication: impact on male suicidality. An update from the Gotland study. *Int J Psychiatr Clin Pract* 1997;1:39-46.
- Vichi M, Ghirini S, Pompili M, Erbuto D, Siliquini R. Suicidi. In *Rapporto Osservasalute 2018: stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*. Milano: Prex S.p.a, 2019.