

Complex decision-making: initial results of an empirical study

Pier Luigi Baldi

Professor of General Psychology, Catholic University, Milan*

ABSTRACT

A brief survey of key literature on emotions and decision-making introduces an empirical study of a group of university students exploring the effects of decision-making complexity on error risk.

The results clearly show that decision-making under stress in the experimental group produces significantly more errors than in the stress-free control group.

SINTESI

Dopo l'esame di alcuni lavori scientifici su emozioni e processi decisionali, vengono esposti i primi dati di una ricerca sperimentale, condotta su un gruppo di studenti universitari, avente per oggetto gli effetti della densità decisionale sul rischio d'errore. I risultati

mettono chiaramente in luce che le condizioni di carico decisionale, a cui è stato sottoposto il gruppo sperimentale, ne hanno determinato un numero di errori significativamente più elevato rispetto al gruppo di controllo.

Introduction

The incompleteness of exclusively rational explanations of various kinds of decision-making, and the need for an approach that takes account of emotion, have been evident in many psychological studies since Zajonc's early findings were published in the late 1960s¹.

A survey of the literature raises interesting issues. According to Bower & Cohen², emotions work as an attention filter: how stimuli are interpreted depends on the decision-maker's mood at the time. Thus, an angry person might make radical, even destructive choices, while an anxious person would tend to avoid choosing altogether, or at any rate, choose what seems likely to be the least risky option. More recently, however, Bensi & Giusberti³ have speculated that anxiety gives rise to the diametrical opposite of this: anxious people will make a hurried decision – any decision – rather than endure their state of insecurity any longer. This is in line with what Garety, Hemsley and Wessely⁴ call the *jumping to conclusions* decision-making style, where decisions receive little or no considered thought. However, Bower & Cohen and Bensi & Giusberti's conclusions need not be seen as mutually exclusive; they simply describe possible responses which vary according to the personalities of subjects and the situations they find themselves in.

As regards the influence of positive moods on decision-making, Isen⁵ notes that they promote flexible, productive thinking, and therefore appropriate, creative decision-making.

So Rumiati & Bonini⁶ seem fully justified in saying that "the belief that rational decision-making requires the elimination of emotional influence is an unwarranted limitation."

Neuroscientists have also stressed the importance of emotion in decision-making. One need only cite Antonio Damasio, among the most authoritative of neuroscientists concerned with decision-making, who proposes⁷ that somatic markers – automatic emotional associations responsible for identifying how acceptable decision choices are – play a fundamental role in decision-making. Adopting what seems to be a counter-intuitive approach, Damasio maintains that somatic markers precede rational thought, meaning that emotion, not reason, lies at the heart of decision-making.

The implications of all this on activities that involve complex decision-making – those that take place in hospital emergency rooms being a prime example – will be evident.

Rastelli, Cavazza & Cervellin⁸ speak of the "huge numbers of patients and massive, unmanageable overcrowding" in hospital emergency rooms that have long been a focus of study in the UK and USA. In recent decades, say the authors, the health services in the main European countries have gradually reduced not only the number of hospital beds per 1000 inhabitants but also the number

of hospitals, despite a gradual increase in demand for emergency treatment caused to a significant degree by increases in the numbers of immigrants and elderly people. All this, they say, is having a negative impact on emergency services as well as individual health workers⁸. Waiting times for treatment are getting longer and the system itself is increasingly unable to cope, while health workers often feel threatened by verbal and/or physical violence on the part of patients and their minders. In such circumstances, the greater likelihood of burn-out in health workers cannot be ignored.

The negative emotional impact of burn-out and feeling physically threatened, and therefore the increased likelihood of error in a profession prone decision-making stress (i.e., never-ending, obligatory, unavoidably hasty decision-making where pressure of time may be an appreciable stress factor, at least in subjective terms) will immediately be apparent.

What is certain, however, is that in order to make well-founded observations about this state of affairs, we need solid research data able to predict the likelihood or otherwise of error when making decisions in clearly defined stress conditions.

Aim and hypothesis

The research study, still very much of an exploratory nature, attempted to induce in the experimental group a degree of decision-making stress greater than that in the control group using multiple-choice tests based on logical series. Assuming my hypothesis to be correct, the experimental group would have significantly lower scores than the control group.

Method

Participants

Forty university students aged 19-25 years. Table 1 shows the composition of the sample.

Material and procedure

Fifteen multiple-choice alphanumeric logical series. In each series the correct answer was one of the three or four choices (see Table 2).

Group members performed the task individually and remained anonymous at all times. I tried to introduce an element of decision-making stress by asking the participants to do the test as quickly as possible and giving them a new one as soon as they had finished the previous one. Further stress was added for half of the experimental group (totalling 5 males and 5 females) by giving them four choices; the remaining 5 males and 5 females had three choices.

Table 1

Composition of sample (n = 40).

Group	Males		Females		Total
	Choices		Choices		
	Three	Four	Three	Four	
Experimental	5	5	5	5	20
Control	5	5	5	5	20
Total	10	10	10	10	40

Table 2

Example of alphanumeric logical series with three and four choices.

Logical series	Three choices	Four choices
VUZ20 RQS16 NMO12	BAD8 HGI8 GHI8	HGI10 BAD8 GHI8 HGI8

The control group was given the same test without being asked to do it as quickly as possible. Here, too, 5 males and 5 females did the test with four choices, while the other 5 males and 5 females had three choices.

Statistical analysis

Pearson's *r* correlation coefficient (product-moment correlation coefficient) between time taken and number of correct answers was calculated for all the participants. Student's *t*-test revealed any significant differences between scores and time taken to complete the test, in terms of sex difference, test conditions and number of choices (Tables 3-5).

Results and comment

The *r* correlation coefficient between time taken and number of correct answers was highly significant ($n = 40$; $r = .43$; $p < .01$), showing that working in stress-free conditions enhanced performance. The fact that allowing more time to do the test resulted in higher scores is in line with expectations: successful completion of alphanumeric series as challenging as the ones used in this experiment is undoubtedly facilitated by being able to work without strict time limits.

T-test values were also as predicted, with significantly higher scores ($p < .001$) in the control group, which benefited from working in stress-free conditions. The lack of stress was reflected in the fact that they took significantly longer to do the test than the experimental group. Moreover, the added stress of having four rather than three choices resulted significantly higher scores for tests with only three choices.

Conclusions

In my view, the most important finding of the study is the difficulty of performing under stress: being asked to do the test as quickly as possible, doing the test in the presence of someone probably perceived as a judge of performance, and the impossibility of being able to review all or part of one's work before handing in the test to the examiner, may have jointly created a state of emotional unease. I don't think having been able to briefly review answers before handing in the test would have narrowed the gap between the experimental group and control group scores, given the highly significant differences between them.

The study certainly makes no claim to be a full simulation of

the decision-making problems met with in real life, especially in a hospital's emergency ward. However, it does clearly show that induced emotion and decision-making complexity have a far from negligible impact on error risk.

References

- Zajonc RB. Attitudinal effects of mere exposure. *J Pers Soc Psychol* 1968, 9(2), 1-27.
- Bower GH, Cohen PR. *Emotional influences in memory and thinking: Data and theory*. In: Clark MS, Fiske ST (eds). *Affect and cognition: The 17th Annual Carnegie Symposium on Cognition*. Erlbaum, Hillsdale (NJ), 1982.
- Bensi L, Giuberti F, L'ansia e lo stile "salto alle conclusioni". *Atti del congresso AIP, Sezione di Psicologia Sperimentale*. Cagliari, 18-20 settembre 2005.
- Garety PA, Hemsley DR, Wessely S. Reasoning in deluded schizophrenic and paranoid patients: Biases in performance on a probabilistic inference task. *J Nerv Ment Dis* 1991, 179, 194-201.
- Isen AM. *Positive affect and decision making*. In: Lewis M, Haviland JM (eds). *Handbook of Emotions*. Guilford, New York, 2000.
- Rumiati R, Bonini N. *Psicologia della decisione*. Il Mulino, Bologna, 2001.
- Damasio AR. *Descartes' Error: Emotion, Reason, and the Human Brain*. Avon, New York, 1994.
- Rastelli G, Cavazza M, Cervellin G. Sovraffollamento in Pronto Soccorso. *Analisi del fenomeno e proposte di gestione*. *Emerg Care J* 2010, 2, 25-35.

Table 3

Time taken (in seconds) to perform test in stressful and stress-free conditions.

Stressful conditions	m	422,5	$t = -4,75^{***}$
	s	239,5	
Stress-free conditions	m	701,95	
	s	108,3	
t-test on independent samples (n = 40). ***p < 0,001; g.di l.: 38.			

Table 4

Test score in stressful and stress-free conditions.

Stressful conditions	m	7,3	$t = -4,73^{***}$
	s	2,49	
Stress-free conditions	m	11,05	
	s	2,5	
t-test on independent samples (n = 40). ***p < 0,001; g.di l.: 38.			

Table 5

Score by number of choices.

Three choices	m	10,45	$t = 2,8^{**}$
	s	2,87	
Four choices	m	7,9	
	s	2,88	
t-test on independent samples (n = 40). **p < 0,01; g.di l.: 38.			

Il suicidio e il tentato suicidio: una sfida in emergenza-urgenza

Rassegna critica ed esperienza dei PS della Provincia di Parma

Gianni Rastelli^o, Marco Trevia^{*}, Giuseppe Lippi[^], Gianfranco Cervellin[§]

^oUO Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, Ospedale di Vaio (Fidenza) – AUSL di Parma

^{*}Centro Salute Mentale DAI-SMDP Fidenza – AUSL di Parma

[^]UO Diagnostica Ematochimica, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

[§]UO Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

SINTESI

Il suicidio è un fenomeno di vasta rilevanza sociale, la cui frequenza varia in epoche e culture diverse. Nel mondo occidentale il suicidio è tra le prime 10 cause di morte, e tra le prime 3 nella fascia di età 15-44 anni: si stima un milione di morti suicidi all'anno nel mondo (oltre 2700 al giorno). In Italia sono riportate circa 4000 morti all'anno per suicidio (di cui 3000 ascrivibili al sesso maschile), ma è noto che il dato è sottostimato per varie comprensibili ragioni: mancata diagnosi in caso di causale incerta, reticenza di parenti, accompagnatori, ecc., difficoltà diagnostiche intrinseche (ad es., avvelenamenti). Le stime più prudenti riportano che per ogni suicidio riuscito sono stati messi in atto almeno 10 tentati suicidi. Il Pronto Soccorso

(PS) rappresenta il luogo in cui afferisce l'80% dei casi di tentato suicidio, ed è quindi il luogo privilegiato per la loro intercettazione. Il PS è per molte persone il primo punto di contatto che può rappresentare una fonte di aiuto. Molte persone nei pochi giorni/settimane prima di commettere suicidio o di tentarlo seriamente hanno avuto contatti con il PS o con il medico di medicina generale (MMG). Dal momento che il rischio di ripetere il gesto è molto più elevato nelle settimane successive al tentativo precedente, è opportuna una rapida e solida presa in carico che parta proprio dal contatto con il PS o con il MMG. Il presente articolo si propone di esporre una sintesi delle indicazioni operative relative alla gestione del paziente suicidario.

ABSTRACT

Suicide is a public health problem with important social consequences. Its prevalence is highly variable across different ages and cultures. In western countries suicide accounts for several deaths, representing one among the ten leading causes, one among the three in the age group between 15 and 44 years. There are nearly one million suicidal deaths per year worldwide, i.e., more than 2700 per day. In Italy, ~4000 suicidal deaths (three fourth in males) are recorded each year, but – rather understandingly – the data are underestimated due to uncertainty in causal events, reticence of victim's relatives and friends, occult poisoning. Moreover, at least ten attempted suicides are reported for each one accomplished. The

Emergency Department (ED) represents the facility where more than 80% attempted suicides are referred and it is therefore the privileged location for their evaluation and prevention. ED represents for many people the first and often the only chance for asking and gathering help. Several persons had contact with ED or with their General Practitioner (GP) during the few days/weeks before suicide attempting. As such, since the risk of reiteration is much higher in the few weeks after a first attempt, a rapid and structured care of the patient is advisable, starting from ED or GP. The aim of this article is the description and the synthesis of the current indications for the care of suicidal patient.

“L'animo mio, per disdegnoso gusto,
credendo con morir fuggir disdegno,
ingiusto fece contra me giusto”

Dante. Inferno, XIII
Suicidio di Pier delle Vigne

Introduzione

Parlare di suicidio e di comportamenti suicidari in ambito medico evoca, da sempre, vissuti personali intimi, dolorosi, esperienze professionali angoscianti e lacerazioni, talvolta insanabili, tra deontologia professionale, etica, ruolo sanitario e sensibilità individuale; non secondario è inoltre il sottile disagio che, anche in ambito medico, parlare di tali argomenti genera in chi li affronta o in chi viene posto a confrontarsi con essi.

Il medico è, o dovrebbe essere – posto che ciò possa essere possibile – preparato ad affrontare la morte, la perdita del proprio paziente, l'obiettivo principale contro cui viene formato a combattere ma che, inevitabilmente, diventa compagna quasi quoti-

diana del proprio operare, soprattutto in alcune discipline. Tra tutte le cause di morte il suicidio presenta certamente diverse peculiarità: l'intenzione di morte e le conseguenti implicazioni emozionali, coinvolgenti anche parenti e amici della vittima. Il medico di Pronto Soccorso valuta in prima battuta oltre l'80% dei casi di *tentato suicidio*, ed è quindi lo specialista che maggiormente dovrebbe essere formato ad affrontare tale complessa problematica. Ciononostante, anche il recente *Trattato di Medicina d'Emergenza-Urgenza* della SIMEU dedica al suicidio e ai comportamenti autolesivi meno di una pagina. Lo psichiatra, rispetto al clinico, si confronta con meno frequenza con l'evento “perdita del paziente”, con l'unica eccezione del suicidio che, spesso, può anche venirgli imputato quale conseguenza di un errore diagnostico/terapeutico.

Affrontare questi temi dunque è anche un modo per riflettere sulla nostra professione, sulla ricaduta che eventi dolorosi, talora esito di disperazione esistenziale senza pari, hanno sul professionista che, uomo tra gli uomini, ha però il dovere morale e deontologico (per chi attende il suo prossimo intervento) di superare, auspicabilmente rinforzandosi e arricchendosi.



Fig. 1 - Tasso di suicidio nel mondo. Fonte WHO, 2002.

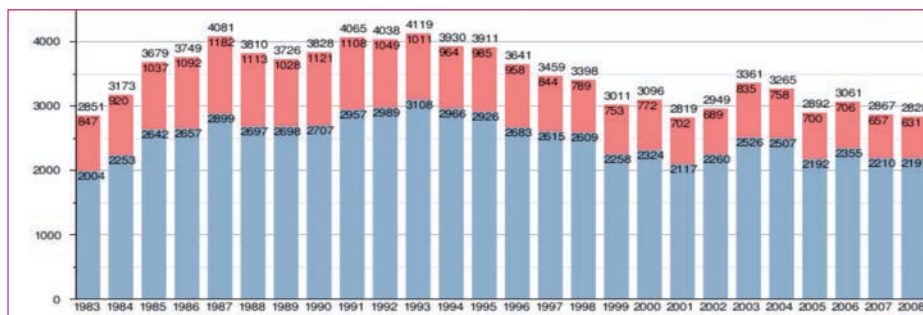


Fig. 2 - Tasso di suicidio in Italia. Fonte ISTAT.

Il suicidio è un fenomeno di vasta rilevanza sociale, multideterminato, la cui frequenza varia in epoche e culture diverse. Nel mondo occidentale il suicidio è tra le prime 10 cause di morte, e tra le prime 3 nella fascia di età 15-44 anni: si stima un milione di morti suicidi all'anno nel mondo (oltre 2700 al giorno)¹. In Italia, secondo dati ISTAT, sono riportate circa 4000 morti all'anno per suicidio (di cui 3000 ascrivibili al sesso maschile)². I dati epidemiologici sui suicidi e i tentativi di suicidio provengono dall'autorità giudiziaria (verbali e rapporti di polizia e carabinieri) o da quella sanitaria (secondo i dati elaborati dall'Istituto di statistica sanitaria tratti dai certificati di morte). Tali dati, spesso non coerenti tra loro, sono (per parere unanime degli esperti) sottostimati per varie comprensibili ragioni: mancata diagnosi in caso di causale incerta, reticenza di parenti, accompagnatori, ecc., difficoltà diagnostiche intrinseche (ad es., avvelenamenti). Su base regionale il triste primato spetta al Friuli-Venezia Giulia con un tasso di 9,8 suicidi per 100.000 abitanti, mentre il dato più basso è riportato per la Campania con un tasso di 2,6 suicidi per 100.000 abitanti (CNEL)³. Le stime più prudenti riportano che per ogni suicidio riuscito sono stati messi in atto almeno 10 tentati suicidi. Le Figure 1 e 2 illustrano l'epidemiologia del suicidio a livello planetario e a livello nazionale.

Il suicidio, pur essendo un gesto compiuto contro se stessi, esercita un violento impatto sugli altri, sia sui famigliari sia sulla società. La posizione della società nei confronti di tale comportamento è profondamente cambiata nel tempo in funzione delle epoche storiche, delle culture, delle sensibilità religiose e politico/sociali che nei secoli si sono succedute. Si è infatti assistito all'evoluzione della percezione del suicidio che, mentre in tempi molto lontani venne ritenuto gesto accettato e/o degno di ammirazione, diventò poi peccato o grave crimine, fino ad arrivare, in tempi più recenti, a essere ritenuto reazione estrema a eventi avversi o a condizioni psicopatologiche. Per avere un'idea delle ripercussioni sociali basti pensare che

nel XV secolo per chi si uccideva – reato contro Dio e contro il Re – la legge inglese proibiva la sepoltura in terra consacrata, il corpo veniva profanato, al suicida venivano confiscati i beni e i parenti dovevano lasciare la città, umiliati, e ricominciare una nuova vita, sempre che vi potessero riuscire. Nel XVII secolo la crudeltà di tale castigo portò gradualmente alla patologizzazione del suicidio: si costituì una corte apposita per distinguere chi si suicidava in stato di “insania” da chi compiva un crimine e era dunque soggetto a profanazione del corpo e confisca dei beni. Il secolo XIX vide l'accentuazione di una prospettiva di valutazione medico-scientifica: vennero effettuate ricerche sull'ereditarietà e si cercarono ragioni biologiche al comportamento autosoppressivo. All'inizio del XX secolo, poi, il suicidio sembrò quasi sparire dai documenti ufficiali come causa di morte; nei regimi fascisti, comunisti e nazista il suicidio era considerato segno di inattività di razza o di infelicità della società e dunque non ammissibile⁴.

Il suicidio può essere l'espressione, il sintomo, di uno specifico disturbo psicopatologico, ma ciò non avviene nella maggioranza dei casi: solo in poco più di un terzo di tutti i suicidi è ricostruibile una chiara storia psicopatologica. La maggior parte dei suicidi è meglio comprensibile, e descrivibile, in termini umani, esistenziali, filosofici che non puramente psichiatrici. Tristezza, depressione, sconforto, disperazione, angoscia e rassegnazione sono, prima di tutto, esperienze umane, vissute e sentimenti individuali, intimi. Due sono i principali modelli utilizzati dall'uomo per tentare di comprendere il fenomeno:

1. *Modello personalistico* (di estrazione psicoanalitica e antropofenomenica). Il suicidio può essere visto come espressione sintomatologica di depressione maggiore grave, di alcolismo, di schizofrenia e di altri quadri psicotici, così come di gravi disturbi di personalità. In termini psicoanalitici, il suicidio è stato considerato come omicidio mancato, come

espiazione della colpa, o metacomunicazione dell'autoaggressione.

2. **Modello sociologico.** Raggruppa le diverse ragioni sociali, economiche, storiche e culturali che sono state riconosciute alla base di molti suicidi; si comprende in quest'ambito anche il controverso rapporto collettività/individuo che spesso si riscontra nelle diverse posizioni della società verso gli atti suicidari.

Forse l'esempio più noto di suicidio "sociologico" è rappresentato dal *seppuku* (più comunemente noto come *harakiri*, anche se tra i due termini esiste una differenza, in quanto il primo descrive un atto rituale, mentre il secondo un atto privato) del samurai, spesso rappresentante il compimento, l'apice, di un percorso di disciplina (il *Bushido* o via del samurai) o come reazione alla perdita del ruolo o del proprio onore. Nel *seppuku* il guerriero (*bushi*) si apre il ventre con la sua spada, poi viene finito dal suo migliore amico o dal suo discepolo prediletto con un colpo netto di spada che gli recide la testa (*kaishaku*), gesto che richiede una grande abilità e viene per questo affidato a persona accuratamente prescelta (il *kaishakunin*)⁵.

In altri casi la primaria ragione appare la rabbia, la protesta sociale e/o politica. Paradigmatico e universalmente noto il caso di Jan Palach, lo studente ceco che il 19 gennaio 1969 si immolò nella piazza San Venceslao a Praga per protestare contro l'invasione sovietica della Cecoslovacchia. Con il suo atto estremo e il suo sacrificio egli dette vita alla ribellione di piazza che venne definita "Primavera di Praga". È evidente che atti di tal genere non possono certo essere classificati, né tantomeno compresi, in termini di psicopatologia.

Una delle classificazioni più importanti dei comportamenti suicidari, in termini sociologici, è quella che ci proviene dallo studio di Emile Durkheim che, pur essendo datato 1897, è ancora oggi considerato un riferimento per gli studi di suicidologia e per le ricerche sociologiche moderne sul suicidio⁶. Durkheim distingue tre forme principali di suicidi con rilevante componente sociale nel loro determinismo: suicidio egoistico, suicidio altruistico, suicidio anomico. Per Durkheim il suicidio egoistico è quello proprio di individui che si sono troppo distanziati dalla società, entrando in uno stato di isolamento ed estrema individualizzazione; il suicidio è definito altruistico quando la persona è troppo inserita nel tessuto sociale, tanto da essere depersonalizzata al punto da suicidarsi per soddisfare l'imperativo sociale (per Durkheim è la società che crea gli individui, e non viceversa) come la vedova indiana che accetta di esser posta sul rogo che brucerà il corpo del defunto marito, o il comandante di una nave che sta per affondare che decide di non salvarsi e morire insieme alla nave che si inabissa. L'ultima delle tre principali categorie è il suicidio anomico; per Durkheim l'anomia è una condizione di mancanza (o di grave perturbazione) dei sistemi di norme e valori che regolano la vita collettiva. Il suicidio anomico, tipico delle società moderne, sembra collegare il tasso dei suicidi con il ciclo economico: il numero dei suicidi aumenta sia nei periodi di sovrabbondanza sia in quelli di depressione economica. Pur se oggetto di varie confutazioni Durkheim ha segnato una tappa fondamentale all'interno del panorama della sociologia contemporanea.

Psicopatologia e clinica

Valutazione del rischio suicidario

Sotto il profilo nosografico si distinguono: suicidio riuscito, tentato suicidio, velleità suicidaria, comportamenti autolesivi, suicidiosi, equivalenti suicidari. Il *suicidio riuscito*, che può essere razionale o impulsivo, lascia solo il tempo ai familiari per elaborare il lutto, darsi pace e superare la perdita nonché, a chi studia l'argomento, per effettuare la cosiddetta autopsia psicologica e cioè la raccolta anamnesticca, dai parenti o da altri conoscenti del suicida, di elementi psicopatologici pregressi di rilievo che possano essere utili nello studio, nella prevenzione e riduzione del rischio della condotte suicidarie. Il *tentato suicidio* (o suicidio

mancato) è, di fatto, un suicidio vero e proprio che non è giunto a compimento solo per cause fortuite, casuali e non dipendenti dalla volontà del soggetto, che invece intendeva porre a compimento il suo intento. È certamente quest'ultimo il caso più impegnativo, sia dal punto di vista clinico, psicopatologico, sia da quello psicoterapico e relazionale. La *velleità suicidaria*, invece, costituisce un tentativo appena abbozzato di suicidio, che spesso si traduce in tagli superficiali, assunzione di piccole quantità di farmaci e/o tentativi compiuti in presenza di familiari o altre persone, che sottende più la voglia di dormire, allontanarsi dai problemi o richiamare l'attenzione degli altri su di questi o su di sé. Non va tuttavia sottovalutata perché potrebbe avere il significato di prova generale. Quanto ai *comportamenti autolesivi* propriamente detti (o suicidio focale), si tratta di severi attacchi all'integrità del proprio corpo con intento non primariamente suicidario, quanto per constatare che si è vivi e sensibili (o il contrario) al dolore, manipolare l'ambiente, gli altri, in modo da farsi accudire, oppure in modo da trasformare un dolore psichico in dolore fisico; sono questi sintomi e comportamenti (algofilia) assai caratteristici di pazienti affetti da gravi disturbi di personalità. Si parla invece di *suicidiosi* (o di stile suicidario) per riferirsi a quei tentativi ripetuti nel tempo, talvolta stereotipati, tanto da configurare quasi uno stile di vita, o quantomeno di comunicazione, del soggetto. In ultimo gli *equivalenti suicidari* (suicidi subintenzionali), ovvero condotte che espongono in maniera volontaria o meno a rischio di morte (sport estremi, guida ad alta velocità, ecc.)⁷.

I principali *fattori di rischio*⁸ rientrano nelle seguenti categorie:

- **anamnestici:** familiarità per suicidio, pregressi TS;
- **generali:** età > 45 anni, sesso: maschi > femmine;
- **presenza di malattie croniche invalidanti:** ictus cerebrali, IMA, neoplasie, lesioni cerebrali/spinali traumatiche;
- **socioeconomici e relazionali:** stress economico-sociali, disoccupazione, migrazione, perdite, rottura equilibri;
- **psicopatologici:** disturbi dell'umore: depressione maggiore, fase depressiva del disturbo bipolare, schizofrenia, disturbi di personalità con impulsività, dipendenza da sostanze, disturbi del comportamento alimentare, altri;
- **soggettivi:** sentimenti di *taedium vitae*, colpa, autoaccusa, inguaribilità, solitudine, anedonia.

Per quanto non sufficientemente esaustive, e non sempre utili nel determinare o condizionare le valutazioni diagnostico-terapeutiche, possono essere utile implementazione alla valutazione clinica alcune scale psicometriche, che mirano a rilevare e quantificare la gravità del rischio di suicidio⁹. Tra le più note ricordiamo:

- Hopelessness Scale di A.T. Beck (1974), scala di 20 item per valutare la visione pessimistica della vita del soggetto;
- Scale of a Suicidal Ideation (SSI) di A.T. Beck (1979), una *rating scale* di 19 item strutturata per valutare l'ideazione suicidaria;
- Reasons for Living Inventory di M. Linehan (1983), composta da 48 item, che analizza le motivazioni che hanno i soggetti per prevenire i gesti autolesivi;
- Suicide Assessment Scale (SAS) di B. Stanley (1986).

Nell'ambito della psicopatologia diverse sono le condizioni cliniche in cui risulta elevato il rischio suicidario¹⁰. Innanzitutto i disturbi dell'umore: la depressione maggiore e il disturbo bipolare sono frequenti in casi di suicidio e tentato suicidio. L'ideazione suicidaria è più grave al primo episodio, se l'età è più giovane e se sono presenti anedonia, ansia e insonnia. Fortemente implicati anche gli stati misti, depressione atipica e depressione psicotica, la fase depressiva del disturbo bipolare, specie se vi è comorbidità con disturbo borderline di personalità e con l'uso di alcol e sostanze. Anche alcuni disturbi d'ansia, specie se associati ad abuso di alcolici e tratti impulsivi di personalità, sono correlati all'emergere di ideazione e comportamenti suicidari: disturbo da attacchi di panico, disturbo ossessivo-compulsivo, ansia generalizzata, fobia sociale e disturbo post-traumatico da



Fig. 3 - Numero totale e percentuale di accessi per autolesione ai PS di Parma e Fidenza, anno 2009.

stress. Nell'ambito dei disturbi psicotici poi, è noto come il 10% di pazienti affetti da schizofrenia muoia suicida, percentuale paragonabile a quella nei pazienti con disturbo dell'umore. Il rischio inoltre è più elevato nei soggetti maschi, giovani, soli e disoccupati, di istruzione più elevata, esposti a frequenti ricadute, con sintomi affettivi sovrapposti. È importante altresì considerare come la gravità dei sintomi depressivi e positivi (deliri e allucinazioni, comportamento e ideazione disorganizzata) sia associata ad aumento del rischio, quella dei sintomi negativi (apatia, avolizione, impoverimento affettivo e della personalità) a diminuzione dello stesso. Anche alcuni tra i disturbi di personalità (disturbi borderline e antisociale di personalità e, in misura minore, il disturbo dipendente di personalità) sono considerati quadri psicopatologici associati ad aumento del rischio suicidario. Nei disturbi di personalità si registra soprattutto però una suicidalità cronica (stile suicidario), quindi si tratta più di tentativi che di comportamenti suicidari veri e propri. In questi casi il metodo tradizionalmente adottato è l'assunzione incongrua di farmaci.

Il tentato suicidio in Pronto Soccorso

Accoglienza e presa in carico nel Dipartimento d'Emergenza-Urgenza

Il Pronto Soccorso dell'ospedale rappresenta il luogo in cui afferrisce l'80% dei casi di tentato suicidio, ed è quindi il luogo privilegiato per la loro intercettazione. È stato stimato che per ogni suicidio completo, vi sono 8-22 visite in PS per comportamenti suicidi¹¹. Nella Figura 3 vengono rappresentate le quantità assolute e le percentuali sulla casistica totale di suicidi e tentati suicidi afferiti nell'anno 2009 presso i PS di Parma e di Fidenza-Vaio, cioè presso i due PS della Provincia di Parma. I dati sono stati estratti dalla causale di triage, e risultano pertanto fortemente sottostimati. Molti atti autolesivi emergono solo dopo un'approfondita valutazione medica, ma le diagnosi formulate possono essere molto varie, e pertanto si incontrano notevoli difficoltà nell'estrazione *ex post* di tutte le patologie (psichiatriche, traumatiche, tossicologiche) correlate a comportamenti suicidari. Il PS è per molte persone il primo punto di contatto che può rappresentare una fonte di aiuto. Molte persone nei pochi giorni/settimane prima di commettere suicidio o di tentarlo seriamente hanno avuto contatti con il PS o con il MMG. Dal momento che il rischio di ripetere il gesto è molto più elevato nelle settimane successive al tentativo precedente, è opportuna una rapida e solida presa in carico che parta proprio dal contatto con il PS o con il MMG. Sfortunatamente, si osserva spesso un impressionante

equilibrio tra l'assistenza fornita ai pazienti con potenziali intenzioni suicide e l'assistenza garantita ai pazienti con diagnosi "mediche", malgrado il fatto che il suicidio rappresenti una così comune e spesso prevenibile causa di morte. Per molti pazienti, una visita in PS può essere l'unica opportunità di intervento prima di un suicidio compiuto¹².

La preoccupazione immediata in PS è quella di assicurare la rianimazione e la stabilizzazione appropriate adatte al singolo paziente. Tutti i pazienti che hanno effettuato un tentativo anticonservativo o si pensa abbiano tendenze suicide sono un potenziale continuo pericolo per sé stessi. Tali pazienti quindi necessitano di un ambiente sicuro e monitorato, e possono necessitare anche di un'osservazione a vista e di mezzi di restrizione fisici o chimici per poterli valutare. Così come nella cura pre-ospedaliera, si raccomanda di utilizzare il quantitativo minimo sufficiente di mezzi di restrizione fisici e/o chimici. È utile, spesso indispensabile, somministrare già in PS una benzodiazepina (diazepam o lorazepam) e un farmaco antipsicotico (aloperidolo, clotiapina o clorpromazina) per ridurre l'agitazione e il pericolo potenziale per il paziente e per il personale¹³. Il medico d'urgenza ha un ruolo importante nel "prosciogliere dal punto di vista medico" il paziente, nel determinare cioè se i sintomi psichiatrici del paziente possano essere secondari a una patologia medica che richieda un trattamento medico piuttosto che psichiatrico. Lo scopo primario dell'anamnesi è di stabilire il grado di rischio imminente per il paziente. Il rischio di suicidio viene stabilito lungo un *continuum* che va dall'ideazione suicida da sola (relativamente meno grave) all'ideazione suicida con un piano (più grave). Non vi sono tuttavia evidenze che provino come gli screening per il rischio di suicidio riducano i tentativi di suicidio o la mortalità e non vi è nessuna prova definitiva che suggerisca la superiorità di uno strumento di screening rispetto a qualsiasi altro, specialmente nello scenario dell'emergenza-urgenza¹⁴.

Una elevata percentuale dei suicidi portati a termine è associata con l'abuso di sostanze o con la depressione non trattati. Tutti i pazienti che non hanno tentato il suicidio ma che si presentano con una storia di depressione, abuso di sostanze, ansia o altri disturbi psichiatrici dovrebbero pertanto essere valutati di routine per l'ideazione suicida.

Kapur *et al.*¹⁵ hanno riportato che, su 7612 persone arrivate in Pronto Soccorso per un atto di autolesionismo, la capacità di prevedere la ripetizione dell'atto era più bassa nei medici di PS che negli psichiatri e, rispetto agli psichiatri, era più sensibile ma meno specifica. Gli autori riportano che "in entrambi i gruppi, la maggioranza delle ripetizioni del tentativo di suicidio avveniva tra le persone giudicate a rischio basso o moderato", e che "un approccio preventivo e di trattamento limitato alle persone ritenute ad alto rischio non è utile. Se ci si limitasse ad offrire un intervento alle sole persone giudicate ad alto rischio di ripetizione, verrebbe evitato meno di un quinto degli episodi di ripetizione del tentativo".

In assoluto, un precedente tentativo di suicidio è considerato il migliore predittore di un futuro suicidio portato a termine. È importante ricordare che circa il 30% delle persone che tenta

Tabella 1.

Algoritmo di Hirschfeld e Russel (da 16, modificato).

Fattori di rischio sociodemografici:

Sesso maschile, età > 60 aa, vedovo o divorziato, vive solo, problemi economici, recente storia di difficoltà esistenziali.

Fattori di rischio clinici:

Sindrome depressiva o schizofrenia, abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti, anamnesi + per precedenti tentativi o idee di suicidio, sentimenti di disperazione, grave stato ansioso, manifestazioni di attacco di panico, grave prostrazione.

il suicidio ripeterà il tentativo entro un anno e circa il 10% di coloro che minacciano o tentano il suicidio alla fine si ucciderà davvero. L'algoritmo di Hirschfeld e Russel¹⁶, riportato nella Tabella 1, rappresenta un semplice strumento valutativo di facile applicazione anche per il non specialista.

Dopo la raccolta dell'anamnesi e la valutazione dell'evento, al medico di PS rimane l'esame obiettivo (valutazione dei segni vitali, presenza di febbre, valutazione pupille e addome, quali segni indiretti di intossicazione, ricerca segni di traumatismi, valutazione dello stato mentale) e l'effettuazione dei necessari esami ematochimici e strumentali. È fondamentale ricordare e rapidamente escludere le più comuni cause metaboliche di alterazione comportamentale acuta. Tra queste particolare attenzione andrà posta a: ipoglicemia, iper- o ipotiroidismo, scompenso diabetico, iper- o iponatremia, ipercalcemia. Compito immediato del medico di PS è stabilire se sia indicata una rapida decontaminazione e/o trattamento antidotico (quando disponibile) in caso di ingestione extraterapeutica di farmaci. Il paziente suicidario può comportarsi in modo ostile e talora violento in PS. In tali casi è importante manifestare rispetto per la persona, non svalutare e non minacciare, creare un gruppo organizzato e non un assembramento confondente, creare un rapporto e un piano di condivisione, offrire un contatto fisico (mano), valutare l'ambiente e il rischio correlato, mettere in atto movimenti lenti e tono della voce basso e chiaro. L'esame psichico comporta la valutazione dell'attenzione, del linguaggio, dell'orientamento, di memoria, capacità visuo-spaziale e capacità concettuale, nonché della capacità introspettiva e di giudizio.

Valutazione sinergica tra medico di Pronto Soccorso e psichiatra

Completato l'iter di accoglienza e la visita medica di Pronto Soccorso, una volta stabilizzate le condizioni fisiche del paziente, dipendenti dal tipo di lesioni autoinfertesi (intossicazione, ferite, traumi da precipitazione, ecc.) prosegue il percorso con la consulenza psichiatrica che dovrà poi portare alla decisione congiunta medico di PS-psichiatra. Anche quando il paziente rimane in carico al medico di PS le decisioni operative dovranno essere condivise tra lo stesso e il consulente psichiatra. Allo psichiatra pertanto viene richiesta una valutazione diagnostica più approfondita, che includa anche una stima del rischio di reiterazione; il consulente psichiatra ha il compito di definire un indirizzo diagnostico e un appropriato trattamento terapeutico che, nel caso del tentato suicidio, si configura nella scelta – concordata con il medico di PS – della più opportuna destinazione del paziente, una volta che sia stata completata la sopraccitata "clearance medica".

È importante verificare in ogni paziente le ideazioni suicide, i propositi e i piani, prima di prendere delle decisioni: fondamentale argomentare e documentare bene la decisione dal momento che il suicidio ha pesanti implicazioni medico-legali. Lo standard professionale attuale è ricoverare, al limite anche coattivamente, ogni paziente che abbia compiuto un reale TS (necessità di un periodo protetto per l'elaborazione dell'accaduto) e/o che mantenga ideazioni, piani o propositi anticonservativi nel DEA dopo la visita medica e la consulenza psichiatrica. Il luogo più adatto per seguire un paziente in imminente pericolo di suicidio è il reparto ospedaliero di Psichiatria con un personale addestrato ad assistere questi pazienti. In alcuni casi i pazienti con ideazioni suicide, ma senza propositi e/o progetti, possono essere dimessi dopo approfondita valutazione. La decisione di dimettere deve essere presa con prudenza, condivisa tra lo psichiatra e il medico di Pronto Soccorso. Nel caso si decida per la dimissione deve essere soddisfacente il sistema di sostegno sociofamiliare e si devono dare informazioni, riferimenti

telefonici del CSM/ospedale e istruzioni adeguate al paziente e ai familiari. Il follow-up è particolarmente importante per ogni paziente dimesso.

Conclusioni

L'importanza epidemiologica del suicidio, anche come causa di morte, e le sue pesanti implicazioni cliniche, assistenziali e medico-legali, comportano la necessità di una formazione specifica per il medico d'urgenza, che deve saper gestire non solo gli aspetti medici – conseguenti al trauma o all'intossicazione autoprocuratisi dal paziente, ma altresì gli aspetti psicologici e psicopatologici fondamentali. Ciò al fine di poter interagire sinergicamente nel modo più appropriato con lo specialista psichiatra che, inevitabilmente, verrà chiamato a collaborare alla gestione del caso almeno in una qualche fase del trattamento.

Bibliografia

1. World Health Organization. *World Report on Violence and Health*. Chapter 7. *Self-Directed Violence*. WHO, Geneva, 2002, pp. 191-198. WHO Suicidal PREvention (SUPRE project): Suicidal prevention and special programmes. Disponibile sul sito: www.who.int/mental_health/prevention/suicide/information/en/index.html.
2. Istituto Statistico Italiano (ISTAT). Disponibile sul sito: www.istat.it/dati/dataset/2009_0703_00/.
3. Consiglio Nazionale Economia e Lavoro (CNEL). Disponibile sul sito: www.cnel.it/cnel/browser/wizard.
4. Pietropoli Charmet G. *Uccidersi. Il tentativo di suicidio in adolescenza*. Raffaello Cortina, Milano, 2009, pp. 291-297.
5. Pinguet M. *La morte volontaria in Giappone*. Luni, Milano, 2007.
6. Durkheim E. *Il suicidio. Studio di sociologia*. BUR, Milano, 2007, pp. 211-268.
7. Anzallo C, Tesolin F, Lo Perfido A et al. I disturbi di personalità e la condotta suicidaria. *Noos* 2004; 10(4): 282-283.
8. Gliatto MF, Rai AK. Evaluation and treatment of patients with suicidal ideation. *Am Fam Physician*. 1999; 59(6): 1500-1506.
9. National Guideline Clearinghouse (NGC). *Guideline summary: Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. In: National Guideline Clearinghouse (NGC) [Web site], 2003. Disponibile sul sito: <http://www.guideline.gov>.
10. De Leo D, Pavan L, Baconcini C. *Suicidio. Trattato Italiano di Psichiatria*. Masson, Milano 1999, pp. 2402-2403.
11. Drug Abuse Warning Network, 2008: National Estimates of Drug-Related Emergency Department Visits. Drug-related suicide attempts: ED visits involving drug-related suicide attempts, 2008. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Behavioral Health Statistics and Quality. DAWN Report. Disponibile sul sito: www.dawninfo.samhsa.gov/.
12. Russinoff I, Clark M. I pazienti suicidi: valutazione e trattamento dei pazienti che si presentano per tentativi o ideazioni suicide. *Emerg Med Pract* (Edizione italiana) 2004; 5(11): 1-20.
13. Battaglia J, Moss S, Rush J et al. Haloperidol, lorazepam, or both for psychotic agitation? A multicenter, prospective, double-blind, emergency department study. *Am J Emerg Med* 1997; 15(4): 335-340.
14. No authors listed. Screening for suicide risk: recommendation and rationale. *Ann Intern Med* 2004;140(10): 820-821.
15. Kapur N, Cooper J, Rodway C et al. Predicting the risk of repetition after self harm: cohort study. *BMJ* 2005; 330: 394-395.
16. Hirschfeld RM, Russell JM. Assessment and treatment of suicidal patients. *N Engl J Med* 1997; 337(13): 910-915.