

Prevenzione del suicidio, intervento e post-intervento. Uno strumento per le scuole

Eva Dumon & Prof. Dr. Gwendolyn Portzky

Dipartimento di Ricerca sul Suicidio – Università di Gent



Cofinanziato dal Programma
di Salute Pubblica dell'Unione
Europea

Il Progetto Euregenas ha ottenuto i finanziamenti dell'Unione Europea per il Programma di Salute Pubblica 2008-20013. Gli autori sono gli unici responsabili di questa pubblicazione e l'Agenzia Esecutiva non è responsabile dell'uso che si farà delle informazioni contenute in questa ricerca.





PREVENZIONE DEL SUICIDIO, INTERVENTO E POST-INTERVENTO. UNO STRUMENTO PER LE SCUOLE

Eva Dumon & Prof. Gwendolyn Portzky, PhD
Dipartimento di Ricerca sul Suicidio, Università di Gent

Euregenas, 2014



Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata
Verona





Ringraziamenti

Questo documento è stato sviluppato dal Dipartimento di Ricerca sul Suicidio dell'Università di Gent, partner *leader* del Pacchetto di Lavoro 6 del progetto Euregenas, con il supporto del governo delle Fiandre e la preziosa collaborazione dei seguenti *partner* e attori chiave, invitati a dare i loro commenti:

- I Partner Associati Euregenas (vedere pagina 55 per una lista complete dei partner);
- Il Comitato Scientifico del progetto Euregenas;
- I partecipanti agli incontri della rete regionale Euregenas*; un grazie particolare a VIGeZ (*Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie* - Istituto Fiammingo per la promozione della Salute e la Prevenzione dei Disturbi) per il suo contributo a questo strumento.

**Tali reti sono state istituite in cinque regioni per sostenere lo sviluppo e l'applicazione dello strumento e hanno visto la partecipazione delle autorità responsabili, di esperti di Salute Pubblica, attori della comunità locale e attori chiave nell'ambito della prevenzione del suicidio.*

[Le immagini di questo documento sono state sviluppate da Freepik e IcoMoon]



INDICE

SOMMARIO	9
INTRODUZIONE	11
SEZIONE 1. STRATEGIE DI PREVENZIONE DEL SUICIDIO NELL'AMBITO DI UNA POLITICA DI PROMOZIONE DELLA SALUTE A SCUOLA	13
STRATEGIA 1 – Sviluppare una politica di promozione della salute a scuola	14
STRATEGIA 2 – Sviluppare programmi di prevenzione	19
1. Programmi psico-educativi	20
2. Programmi per lo sviluppo di competenze	25
3. Programmi per la formazione degli insegnanti e del personale scolastico	28
4. Programmi di <i>screening</i>	29
STRATEGIA 3 – Prestare particolare attenzione agli studenti e ai membri del personale scolastico più vulnerabili	31
STRATEGIA 4 – Limitare l'accesso ai mezzi letali	34
SEZIONE 2. STRUMENTI PRATICI	35
STRUMENTO 1 – Informazioni essenziali sul comportamento suicidario	36
STRUMENTO 2 - Come identificare e gestire studenti a rischio di suicidio	41
STRUMENTO 3 – Cosa fare in seguito a un (tentato) suicidio	45
STRUMENTO 4 – Linee guida per la discussione in classe in seguito a un (tentato) suicidio	52
LISTA DI CONTROLLO FINALE	53
INFORMAZIONI SUL PROGETTO EUREGENAS	55
BIBLIOGRAFIA	59



SOMMARIO

Il presente documento ha lo scopo di fornire delle linee guida per la prevenzione del suicidio, l'intervento e il post-intervento nelle scuole. Il documento è composto da due sezioni principali:

1. La prima sezione si rivolge alle autorità responsabili nell'ambito dell'istruzione. Fornisce un **QUADRO NORMATIVO** relativo ad ambienti scolastici sani e comprende una visione di insieme dei **programmi** e delle **strategie** per la promozione della salute mentale e della prevenzione del suicidio rivelatisi efficaci negli ambienti scolastici.

2. La seconda sezione offre una gamma di **STRUMENTI PRATICI** per il personale scolastico (preside, insegnanti e consulenti scolastici) che comprendono:

- **Alcuni aspetti chiave in riferimento al comportamento suicidario**
- **Strategie di intervento** su come identificare studenti a rischio di suicidio e come interagire con loro
- **Strategie di post-intervento**, da utilizzare in seguito al suicidio o al tentato suicidio da parte di uno studente (o di un membro del personale scolastico), che comprendano un piano di crisi
- **Linee guida per il dibattito in classe** in seguito a un suicidio o a un tentato suicidio da parte di uno studente (o di un membro del personale scolastico).
- **Una lista di controllo finale**, che sintetizza i punti principali affrontati in questo documento.

Oltre a questo strumento, si ritiene utile la lettura dei seguenti documenti:

- **Le Linee Guida per la Prevenzione del Suicidio**, sviluppate sempre nell'ambito del progetto Euregenas e disponibili sul sito www.euregenas.eu
- Specifici programmi e risorse nazionali e locali per le scuole, sulla promozione della salute mentale e sulla prevenzione del suicidio.

Questo strumento è disponibile in diverse lingue sul sito

www.euregenas.eu

INTRODUZIONE

Nel quadro del Pacchetto di Lavoro 6 del progetto Euregenas (per una descrizione del progetto si rimanda a pagina 55), sono state sviluppate delle Linee Guida per la Prevenzione del Suicidio e degli strumenti di prevenzione specifici per diversi contesti.

Il progetto Euregenas **ha avuto lo scopo di contribuire alla prevenzione dei pensieri e dei comportamenti suicidari in Europa** attraverso lo sviluppo e l'implementazione di strategie mirate, da realizzare a livello regionale, che potessero poi essere utilizzate dai Paesi dell'Unione Europea come esempi di buone pratiche. Il progetto ha riunito **15 partner europei**, in rappresentanza di 11 regioni europee che hanno maturato esperienze diverse in materia di prevenzione del suicidio. Per maggiori informazioni sul progetto si rimanda alla sezione finale di questo documento o al sito web www.euregenas.eu.

Sviluppo di questo strumento

Le linee guida contenute in questo documento sono state sviluppate a partire da:

- **un'analisi**, realizzata a livello regionale, **delle esigenze** dei principali attori chiave in ambito di prevenzione del suicidio;
- **una revisione esaustiva della letteratura e delle buone pratiche esistenti a livello internazionale**, effettuata nell'ambito del Pacchetto di Lavoro 4 del progetto Euregenas.

È stata condotta, inoltre, una ricerca bibliografica della letteratura internazionale in merito all'efficacia delle strategie e dei programmi di prevenzione del suicidio in ambito scolastico, attraverso l'utilizzo di 'Web of Science' (2000-2014).

Sono state istituite, infine, delle **reti regionali** in cinque delle regioni partecipanti al progetto Euregenas, con lo scopo di supportare lo sviluppo e l'implementazione di questo strumento. Tali reti coinvolgono autorità responsabili, esperti di salute pubblica, attori della comunità locale e attori chiave nell'ambito della prevenzione del suicidio.

Perché uno strumento per la prevenzione del suicidio nelle scuole?

- In Europa il suicidio è una delle **principali cause di morte** tra i giovani. L'incidenza sembra variare da Paese a Paese, ma i pensieri e i comportamenti suicidari sembrano essere problemi di salute mentale comuni tra i giovani (Madge et al., 2008). Uno studio condotto in 17 Paesi europei su un campione di studenti di età compresa tra i 15 e i 16 anni ha dimostrato una prevalenza media di pensieri auto-lesionisti del 7,4% (con un range di 2,1% – 15,3%) e una prevalenza del 10,5% dei tentativi di suicidio riferiti (con un range di 4,1% – 23,5%) (Kokkevi et al., 2012).
- Strategie per la prevenzione, l'intervento e il post-intervento rivolte alle scuole sono di fondamentale importanza dal momento che i giovani trascorrono gran parte del loro tempo negli ambienti scolastici. La prevenzione del suicidio richiede **un approccio multi-settoriale** in quanto può considerarsi una questione importante non solo nell'ambito della sanità, ma anche in settori non strettamente legati ad essa, come ad esempio quello dell'istruzione.

➔ Pertanto è stato realizzato uno strumento per le scuole, destinato da una parte alle **autorità responsabili** e dall'altra agli **insegnanti** e al **personale scolastico**, come ad esempio presidi e consulenti scolastici. Questo strumento ha lo scopo di offrire alle scuole informazioni di base sul comportamento suicidario, un esame delle strategie per la prevenzione del suicidio e per la promozione della salute mentale nelle scuole, esempi di buone pratiche e strumenti operativi. Questo documento delinea, quindi, i potenziali contributi alla prevenzione del suicidio in ambiente scolastico.

SEZIONE 1

STRATEGIE DI PREVENZIONE DEL SUICIDIO NELL'AMBITO DI UNA POLITICA DI PROMOZIONE DELLA SALUTE A SCUOLA

Per sviluppare una politica di prevenzione del suicidio che sia efficace ed esaustiva è importante che questa **venga inserita all'interno di una politica di promozione della salute a scuola e in un approccio che coinvolga l'intera struttura.**

Una politica di prevenzione del suicidio dovrebbe includere una vasta gamma di strategie di prevenzione che agiscano su vari livelli all'interno del contesto scolastico:

- Rivolgendosi agli **STUDENTI** (e in particolare a quelli più vulnerabili), e.g. attraverso programmi psico-educativi, programmi per lo sviluppo di competenze e attraverso il monitoraggio delle loro condizioni di salute.
- Rivolgendosi agli **INSEGNANTI e al PERSONALE SCOLASTICO**, e.g. attraverso la formazione e il sostegno ai docenti e favorendo un ambiente di lavoro sano e sicuro.
- Rivolgendosi all'**AMBIENTE SCOLASTICO** nel suo insieme, e.g. limitando l'accesso ai mezzi letali, rafforzando la cooperazione con i servizi di salute mentale, migliorando la cultura scolastica (e.g. coinvolgendo gli studenti e i genitori).

I prossimi paragrafi si focalizzeranno su quattro tipi di strategie di prevenzione del suicidio per l'ambiente scolastico: per garantire l'efficacia di una politica di prevenzione è bene adottare un mix di queste strategie.

1. Sviluppare una **politica di promozione della salute a scuola**;
2. Sviluppare **programmi di prevenzione** per le scuole;
3. Prestare particolare attenzione e cura **agli studenti e ai membri del personale scolastico più vulnerabili**;

4. Limitare l'accesso ai mezzi letali

Ulteriori informazioni sulle strategie di prevenzione del suicidio in generale possono essere reperite nella pubblicazione Euregenas intitolata "Linee Guida per la Prevenzione del Suicidio", disponibile alla pagina web www.euregenas.eu.

STRATEGIA 1 SVILUPPARE UNA POLITICA DI PROMOZIONE DELLA SALUTE A SCUOLA

Ogni scuola dovrebbe avere una politica di promozione della salute che comprenda strategie volte alla promozione della **salute mentale** e a prestare un'attenzione particolare agli studenti e agli insegnanti a rischio. Nonostante le scarse ricerche sull'efficacia della promozione della salute mentale nel prevenire il suicidio, si ritiene che una politica di promozione della salute in ambiente scolastico possa contribuire alla prevenzione del suicidio dal momento che questa ha lo scopo di migliorare aspetti come la capacità di affrontare i problemi, le capacità di coping (i.e., le modalità con cui si fronteggiano situazioni stressanti), l'inclusione sociale e la creazione di un ambiente scolastico sicuro, aspetti che potrebbero agire come fattori protettivi per il comportamento suicidario.

Di seguito quattro aspetti chiave di una politica di promozione della salute mentale a scuola, con alcuni esempi pratici.

1. Investire sulla salute mentale: cosa vuol dire?
2. Supportare la sicurezza scolastica e ridurre i fenomeni di bullismo
3. Offrire sostegno agli insegnanti
4. Coinvolgere i genitori e i servizi di salute mentale.

1 Investire sulla salute mentale

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (2013) **INVESTIRE SULLA SALUTE MENTALE SIGNIFICA:**

- 1. Aumentare la resilienza emotiva e ridurre la vulnerabilità** relativamente ai problemi di salute mentale attraverso lo sviluppo di abilità personali, dell'autostima, di strategie di *coping* , di capacità di risoluzione dei problemi e di auto-aiuto (e.g. attraverso programmi per lo sviluppo di competenze rivolti agli studenti), che portino la persona a gestire meglio i periodi di transizione e di stress;
- 2. Fornire maggiori informazioni, sensibilizzare ed educare** in merito alla salute e alle malattie mentali (e.g. attraverso la creazione di campagne di sensibilizzazione volte a migliorare l'atteggiamento nei confronti di queste tematiche e a facilitare la ricerca di aiuto; un punto di partenza potrebbe essere il 10 ottobre, Giornata Mondiale della Salute Mentale);
- 3. Aumentare l'inclusione e la coesione sociale.** Questo al fine di garantire un ambiente scolastico accogliente e sicuro, ad esempio sensibilizzando al problema e riducendo lo stigma e le discriminazioni (e.g. verso le minoranze), oppure promuovendo un ambiente di supporto (e.g. reti di auto-aiuto);
- 4. Fornire servizi migliori (e più numerosi) nell'ambito della salute e del sociale,** soprattutto rivolti a quei soggetti che attualmente non trovano risposta ai loro bisogni. Ad esempio, le scuole dovrebbero investire sull'accessibilità ai servizi (e.g. ai centri di salute mentale) e sui consulenti scolastici all'interno delle scuole stesse;
- 5. Fornire una migliore protezione e un miglior supporto sociale,** soprattutto per le persone a rischio o affette da disturbi mentali, in particolare per quei soggetti che appartengono a gruppi sociali svantaggiati (e.g., formando gli insegnanti e il personale scolastico su come identificare e affrontare gli studenti a rischio; garantendo un ulteriore supporto agli studenti a rischio).

Le ricerche hanno dimostrato l'efficacia di quei programmi di prevenzione scolastici che hanno adottato un approccio globale, che sono stati applicati costantemente per più di un anno e il cui scopo era promuovere la salute mentale piuttosto che prevenire le malattie mentali (Wells, 2003).

ESEMPIO**“PREVENTION COACHES”**

Nell’ambito del piano d’azione fiammingo volto alla prevenzione del suicidio, il governo, insieme alle reti regionali per la salute, ha sviluppato il progetto “*Prevention Coaches*” (“Istruttori di prevenzione”). In ciascuna provincia delle Fiandre, alcuni istruttori hanno assistito le scuole secondarie nella creazione di una politica di promozione della salute mentale integrata e di un piano d’azione rivolto ai consulenti scolastici, agli insegnanti, ai genitori e agli studenti.

La strategia prevedeva sei punti:

1. Promuovere la salute mentale e creare un clima positivo nelle scuole;
2. Migliorare la formazione volta allo sviluppo delle abilità sociali degli studenti e delle loro capacità di risoluzione dei problemi;
3. Riconoscere i segnali di allarme della presenza di pensieri e comportamenti suicidari e offrire consulenza agli studenti a rischio all’interno della scuola stessa;
4. Formare gli insegnanti, i consulenti e i presidi;
5. Sviluppare una prassi per l’invio a servizi di riferimento esterni alla scuola;
6. Impegnarsi per un coinvolgimento di tutte le parti.

Più di 200 scuole si sono impregnate nello sviluppo e nell’applicazione di un piano d’azione per la salute mentale, aiutate e monitorate da *coach* per la prevenzione. Oltre 200 consulenti scolastici sono stati formati per l’uso di questo approccio a supporto delle scuole.

② Favorire la sicurezza scolastica e ridurre i fenomeni di bullismo

Investire sulla salute mentale vuol dire anche supportare la sicurezza scolastica e creare un ambiente in cui temi quali la depressione, la paura e lo stress possano essere discussi e affrontati.

Ridurre i fenomeni di bullismo è di fondamentale importanza per assicurare un clima sicuro nelle scuole. Le ricerche hanno dimostrato che il bullismo (e il cyber-bullismo), le molestie sessuali e la vittimizzazione possono contribuire allo sviluppo di disturbi mentali e aumentare il rischio di suicidio tra gli studenti (Brunstein Klomek et al., 2007). E’ importante che le scuole abbiano chiare

politiche anti-bullismo e che si impegnino in programmi anti-bullismo (in aggiunta o da includere in una politica di promozione della salute a scuola) al fine di creare una cultura scolastica supportiva e maggiormente inclusiva.

ESEMPIO

“KiVa”



OBIETTIVI ED ELEMENTI COSTITUTIVI

KiVa è un programma anti-bullismo basato su evidenze scientifiche, sviluppato dall'Università di Turku, in Finlandia, e destinato alle scuole primarie. Il programma KiVa comprende azioni sia universali, sia indicate¹, per la prevenzione del bullismo e il contrasto di casi di bullismo già in atto. Le azioni universali sono destinate a tutti gli studenti della scuola e consistono negli sforzi fatti per costruire le regole del gruppo e per sviluppare in tutti i bambini la capacità di comportarsi in modo costruttivo, di non incoraggiare il fenomeno del bullismo e di offrire supporto alle vittime.

LE RICERCHE

KiVa è stato valutato da un ampio studio controllato randomizzato che ha coinvolto 117 scuole nelle quali è stato applicato questo intervento e 117 scuole di controllo. Il programma ha dimostrato la sua efficacia nel ridurre significativamente sia i fenomeni di bullismo riportati direttamente dalle vittime, sia quelli riportati dai compagni, così come nel ridurre significativamente la vittimizzazione (Kärnä et al., 2011a) agendo su diverse forme di vittimizzazione, incluse quelle verbali, fisiche e di cyber-bullismo (Salmivalli et al., 2011). Sono stati riportati, inoltre, effetti positivi sulla volontà di frequentare la scuola, sulla motivazione e i risultati accademici (Salmivalli et al., 2012). KiVa riduce anche l'ansia e la depressione e ha un impatto positivo sulla percezione che gli studenti hanno relativamente al clima con i pari (Williford et al., 2011). Infine, i dati raccolti in più di 1000 scuole finlandesi che hanno dato il via all'applicazione del programma KiVa nell'autunno del 2009, hanno dimostrato che dopo un anno dalla sua applicazione sia la vittimizzazione sia il bullismo sono stati ridotti significativamente (Kärnä et al., 2011b).

¹ Le strategie di prevenzione del suicidio possono essere classificate in base a tre livelli d'intervento, ciascuno mirato a una determinata fetta della popolazione. Il modello USI (Universale-Selettivo-Indicato) definisce tre livelli di prevenzione: prevenzione universale, rivolta a tutta la popolazione; prevenzione selettiva, rivolta a gruppi di popolazione a maggior rischio di suicidio; prevenzione indicata, rivolta a soggetti che sono già entrati nel processo suicidario (Gordon, 1983; Nordentoft, 2011).

APPLICAZIONE

Informazioni e materiali relativi all'implementazione locale e all'uso del programma KiVa sono reperibili per il Regno Unito, gli Stati Uniti, l'Estonia, il Belgio e i Paesi Bassi. Ulteriori informazioni sono disponibili sul sito web.

www.kivaprogram.net

③ Offrire sostegno agli insegnanti

Anche **le condizioni di salute mentale degli insegnanti e dei membri del personale scolastico** dovrebbero essere monitorate, in un'ottica di promozione della salute mentale. Il personale scolastico dovrebbe avere facile accesso a cure e sostegno. Iniziative per la prevenzione e la gestione del comportamento suicidario nell'ambiente di lavoro sono reperibili nel documento Euregenas "Prevenzione e gestione del comportamento suicidario. *Toolkit* per il luogo di lavoro", disponibile sul sito www.euregenas.eu.

ESEMPIO

"MIND MATTERS"



'*Mind Matters*' (il cui titolo ha il duplice significato di "Questioni di mente" e "La mente è importante") è un programma australiano, successivamente riadattato alla Germania, che ha lo scopo di sviluppare una cultura scolastica in cui tutti i membri si sentano al sicuro, valorizzati, coinvolti e utili. Il programma ha un duplice scopo e si focalizza sul migliorare:

- le condizioni di lavoro e la salute degli insegnanti attraverso un lavoro sulla qualità delle relazioni nella scuola e nella classe (e.g. lavorando sul rispetto e sulla tolleranza);
- la qualità dell'ambiente di apprendimento e la salute degli studenti attraverso un rafforzamento della resilienza e delle cosiddette *life skills* (i.e., "competenze per la vita", un insieme di capacità acquisite tramite insegnamento o esperienza diretta che vengono usate per gestire problemi e situazioni comuni nella vita quotidiana), e imparando a gestire stress e situazioni difficili.

www.mindmatters-schule.be

④ Coinvolgere i genitori e i servizi di salute mentale

È di fondamentale importanza, infine, che le scuole stabiliscano buoni rapporti con la comunità e gli attori chiave al di fuori dell'ambiente scolastico. Attraverso il coinvolgimento dei genitori, la scuola può lavorare sulla promozione della salute mentale e sulla prevenzione del suicidio anche al di fuori del contesto scolastico, sensibilizzando la società in generale sulle questioni relative alla salute mentale. Affinché le scuole possano costruire un ambiente sicuro e di supporto, sia per gli studenti, sia per il personale scolastico, è essenziale rafforzare i rapporti con i servizi di salute mentale: questo permette alle scuole di fare invii a servizi che conoscono e di cui si fidano e offre l'opportunità di lavorare insieme su progetti o programmi relativi alla salute mentale. È attraverso il coinvolgimento di tutti questi importanti attori che possono essere intraprese azioni collettive per contrastare il problema del suicidio.

STRATEGIA 2 SVILUPPARE PROGRAMMI DI PREVENZIONE PER LE SCUOLE

Una volta stabilita una politica di promozione della salute a scuola, le scuole possono utilizzare programmi di prevenzione già esistenti che mirano alla promozione della salute mentale e alla prevenzione del suicidio nelle scuole.

Qui di seguito sono presentati quattro tipi di programmi: programmi psico-educativi, programmi per lo sviluppo di competenze, programmi di formazione rivolti a insegnanti e personale scolastico e programmi di *screening*.

Questi tipi di programmi si trovano frequentemente nelle revisioni della letteratura scientifica (Cusimano et al., 2011; Katz et al., 2013; Miller et al., 2009; Robinson et al., 2013): gli interventi più promettenti rivolti alle scuole sembrano essere quelli di formazione per gli insegnanti e il personale scolastico e i programmi di *screening*, nonostante siano necessarie ulteriori ricerche (Robinson et al., 2013).

Tutti programmi che saranno citati di seguito sono illustrati con chiari esempi pratici. La maggior parte di questi arrivano dagli Stati Uniti e sono contenuti nel registro delle buone pratiche dell'American Suicide Prevention Resource Center (SPRC) (<http://www.sprc.org/bpr/section-i-evidence-based-programs>).

Questi programmi possono servire da ispirazione e punto di partenza per sviluppare programmi di prevenzione locali e regionali in tutta Europa. Una combinazione di questi programmi risulterà più efficace nella prevenzione del suicidio. E' bene tenere a mente che è essenziale inserire sempre tali programmi in una politica più ampia e all'interno di un approccio globale nelle scuole.

Informazioni di base sul comportamento suicidario sono incluse nella SEZIONE 1 di questo documento. Si raccomanda di leggere questa parte e di apprendere le informazioni di base prima di iniziare con lo sviluppo di programmi di prevenzione (del suicidio).

1 Programmi psico-educativi

I programmi psico-educativi si propongono di **aumentare le conoscenze e modificare l'atteggiamento degli studenti in relazione ai problemi di salute mentale e al comportamento suicidario**. Possono includere anche la promozione di servizi di salute mentale e linee telefoniche di supporto, dal momento che queste ultime sembrano essere un buon canale per raggiungere gli adolescenti a rischio di suicidio.

AVVERTENZE!

I programmi che si concentrano esclusivamente sul comportamento suicidario (e.g. formazione in merito all'epidemiologia, ai luoghi comuni e alla complessità del comportamento suicidario) offrono **risultati contrastanti** nel modificare atteggiamenti, conoscenze e comportamenti, rivelando alcuni effetti positivi ma anche effetti negativi quali una riduzione degli atteggiamenti desiderabili, una diminuzione della probabilità che venga consigliata una valutazione mentale ad uno studente con condotte suicidarie, un aumento della disperazione e di risposte maladattive tra i ragazzi, nonché reazioni negative tra gli studenti con comportamenti suicidari pregressi (come riportato in Gould et al., 2003).

Uno studio condotto nelle Fiandre ha dimostrato che questi programmi hanno migliorato il livello di conoscenza sul suicidio e l'atteggiamento nei confronti di persone a rischio, mentre non hanno avuto alcun effetto sullo stile di *coping* o nel grado di disperazione (Portzky & van Heeringen, 2006).

Pertanto, a scopo preventivo, potrebbe essere più sicuro e più efficace concentrarsi sul migliorare le conoscenze e gli atteggiamenti degli studenti in merito a depressione e altri problemi di salute mentale in generale, così come sull'informare in merito ai servizi di salute mentale disponibili sul territorio, invece di concentrarsi solo sulla psico-educazione relativa al comportamento suicidario!

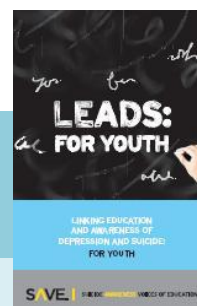
Di seguito vengono descritti, come buone pratiche, due esempi di programmi psico-educativi che si concentrano sia sulla depressione sia sul suicidio.

- **“Linking Education and Awareness of Depression and Suicide – LEADS” (“Unire formazione e consapevolezza su depressione e suicidio”)**, un programma volto a migliorare le conoscenze su depressione e suicidio e gli atteggiamenti verso tali problemi;
- **“Signs Of Suicide – SOS” (“Segnali di suicidio”)**, un programma che si concentra sul miglioramento delle capacità di identificare i segnali d'allarme di depressione e suicidio.

Sebbene si siano rivelati efficaci, si raccomanda vivamente di integrare questi tipi di programmi in un quadro più ampio e generale.

ESEMPIO 1

“LEADS For Youth”



OBIETTIVI ED ELEMENTI COSTITUTIVI

LEADS For Youth - Linking Education and Awareness of Depression and Suicide (“Unire formazione e consapevolezza su depressione e suicidio”) è un programma per gli studenti della scuola secondaria pensato per aumentare le conoscenze e per modificare gli atteggiamenti verso la depressione e il suicidio, migliorare la conoscenza in merito alle risorse per la prevenzione del suicidio e promuovere la ricerca di aiuto. Il programma affronta argomenti come la depressione e i suoi sintomi, la correlazione tra depressione e suicidio, i fattori di rischio e i fattori protettivi e i segnali d'allarme associati al suicidio, la richiesta di aiuto e il superamento degli ostacoli a tale richiesta, le



risorse di prevenzione del suicidio offerte dalle scuole e dalla comunità. Formando in merito alla ricerca di aiuto e informando sulle risorse disponibili a livello locale, l'intervento ha lo scopo di incoraggiare gli studenti a chiedere aiuto per sé stessi o per gli altri.

Il programma viene proposto dagli insegnanti 1 ora al giorno per 3 giorni. Ogni sessione prevede letture in classe, attività individuali e di gruppo, e discussioni in piccoli gruppi, cui fanno seguito attività e compiti per casa. Il programma comprende attività che prevedono l'uso di tecnologie, come la simulazione di blog, l'uso di e-mail o messaggistica istantanea, e progetti innovativi di sensibilizzazione. L'applicazione del programma LEADS è pensata per essere inserita all'interno di un piano di crisi per la gestione del suicidio nelle scuole.

LE RICERCHE

Le ricerche hanno dimostrato che il programma è stato efficace nel migliorare le conoscenze e l'atteggiamento in merito a depressione e comportamento suicidario, e nell'ampliare le conoscenze sulle risorse disponibili (Leite et al., 2011).

APPLICAZIONE

Applicato per la prima volta nel 2008, questo programma è stato utilizzato in più di 855 scuole e ha raggiunto circa 21.000 studenti. E' stato applicato in più di 15 stati, tra i quali Canada e Svizzera. Ulteriori informazioni sono disponibili sul sito web

www.save.org

ESEMPIO 2



"Signs Of Suicide (SOS)"

OBIETTIVI ED ELEMENTI COSTITUTIVI

Il programma di prevenzione SOS - *Signs Of Suicide* ("Segnali di Suicidio"), cui è stato riconosciuto anche un premio, è rivolto agli studenti della scuola secondaria. Questo programma insegna agli studenti come identificare i sintomi della depressione e della suicidalità, in loro stessi o nei loro amici, e incoraggia la ricerca di aiuto attraverso l'uso della tecnica ACT: *A*knowledge, riconoscere la presenza di un problema; *C*are, mostrare interesse verso il problema; *T*ell, riferire il problema ad un adulto di fiducia. Il programma è pensato per migliorare la conoscenza sul suicidio e monitorare gli studenti per contrastare la depressione. Lo strumento usato per il monitoraggio è la *Columbia Depression Scale* (CDS).



LE RICERCHE

E' stata dimostrata l'efficacia di questo programma nel ridurre i casi di tentato suicidio, nel migliorare le conoscenze e modificare l'atteggiamento verso il problema del suicidio, della depressione, e verso la ricerca di aiuto (Aseltine et al., 2004; Aseltine et al., 2007; Schilling et al., 2014).

APPLICAZIONE

Il programma è disponibile in lingua inglese. Per maggiori informazioni consultare il sito web

<http://www.mentalhealthscreening.org/programs/>



ATTENZIONE

NEL LAVORARE CON STORIE FILM E OPERE TEATRALI!

Storie, film o opera teatrali vengono spesso usate per sensibilizzare e informare gli studenti in merito a questioni delicate come quella del suicidio. Tuttavia bisogna fare attenzione quando ci si avvale di questo tipo di strumenti. Le ricerche hanno dimostrato che storie e notizie (e.g. nei quotidiani) riguardanti il suicidio possono indurre all'imitazione e aumentare le probabilità di sviluppare comportamenti suicidari (Pirkis and Blood, 2001; Sisask and Värnik, 2012; Stack, 2000; Stack, 2005). Sembra che i giovani siano i più inclini all'imitazione (Huh et al., 2009). Si sa ancora poco su quanto storie e personaggi di finzione portino all'imitazione ma si raccomanda di evitare l'uso di questi strumenti o di usare le seguenti accortezze:

- Leggere attentamente in anticipo la storia e guardare attentamente e in anticipo il film o l'opera teatrale. Soprattutto si consiglia di non lavorare con la storia/il film/ l'opera se il suicidio viene dipinto come un atto romantico o eroico o come la soluzione ideale al problema. Inoltre, non utilizzare questi strumenti se descrivono il metodo di suicidio nel dettaglio
- E' importante sapere che il rischio di comportamenti imitativi è ugualmente alto sia che il suicidio venga mostrato, sia che venga solo "suggerito"
- Organizzare un dibattito in classe, in seguito alla visione del film o dell'opera teatrale, in cui venga sottolineata la complessità del comportamento suicidario e in cui vengano discusse le strategie per gestire il problema. Assicurarsi di menzionare (e promuovere) i servizi di aiuto disponibili (e.g. i consulenti all'interno del contesto scolastico, le linee telefoniche di supporto e i centri locali appositi)

2 Programmi per lo sviluppo di competenze

I programmi per lo sviluppo di competenze hanno lo scopo di **umentare le capacità** degli studenti, e.g. potenziare i fattori protettivi come l'autostima, la capacità di *coping*, le capacità di risoluzione di problemi, le capacità decisionali e l'aprirsi agli altri. Può essere utile anche per familiarizzare con i segnali e i sintomi del comportamento suicidario in modo che gli studenti possano riconoscere il problema nei compagni.

Di seguito viene presentato *'The Good Behaviour Game'* ("Il Gioco del Buon Comportamento") come buona pratica di programmi per lo sviluppo di competenze nelle scuole primarie unica nel suo genere.

Altri tipi di programmi per lo sviluppo di competenze si concentrano su quello che viene definito "**peer leadership training**" ("Programma di *leadership* tra pari"). Questi programmi sono simili ai precedenti ma si avvalgono di alcuni studenti *leader* per raggiungere il proprio scopo. Dal momento che i giovani spesso cercano aiuto all'interno di reti sociali generalmente costituite da pari, formare alcuni studenti per aiutarne altri (a rischio di suicidio) può essere una strategia efficace (Michelmores & Hindley, 2012). Il *peer leadership training* si propone di mettere alcuni studenti (definiti *leader*) nella posizione di poter aiutare i compagni in difficoltà, formandoli a rispondere in maniera appropriata e a cercare l'aiuto di un adulto di fiducia. Questo programma promuove, inoltre, l'adozione nell'ambiente scolastico di stili di *coping* positivi (Gould et al., 2003). La selezione degli studenti *leader*, tuttavia, dovrebbe essere effettuata con molta cautela e i ragazzi dovrebbero sempre essere supportati e monitorati da adulti di riferimento.

'Sources of Strength' ("Fonti di forza") è il primo programma di questo tipo e viene presentato di seguito come esempio di buona pratica.

**ESEMPIO****“The Good Behavior Game” (GBG)****OBIETTIVI ED ELEMENTI COSTITUTIVI**

Il *Good Behavior Game* (“Il Gioco del Buon Comportamento”) è un intervento universale destinato alle classi di studenti tra i 5 e gli 11 anni. E’ un approccio basato sulla classe e sul lavoro di gruppo ed è volto ad aiutare i bambini a sviluppare un certo autocontrollo attraverso l’uso di premi per le squadre che rispettano i comportamenti standard stabiliti dai singoli insegnanti. L’obiettivo è quello di creare un’atmosfera di classe dove i bambini vengano supportati dagli altri studenti e dove possano imparare in assenza di comportamenti aggressivi o elementi di disturbo. Gli studenti sono divisi in squadre, ciascuna con un’equa distribuzione di studenti con storie pregresse di comportamenti aggressivi o di disturbo. L’insegnante stabilisce le regole del gioco, riguardanti il comportamento che devono tenere gli studenti, e vengono premiate le squadre che accumulano un numero pari o inferiore a quattro infrazioni.

LE RICERCHE

Le ricerche hanno dimostrato risultati positivi del programma GBG, sia nel breve sia nel lungo periodo. Riducendo i comportamenti aggressivi o di disturbo, il GBG aiuta a ridurre i fattori di rischio associati al comportamento suicidario così come altri problemi comportamentali quali i problemi di gestione dell’impulsività, i disturbi legati all’uso di sostanze e all’alcol e i comportamenti anti-sociali. Rispetto ad un gruppo di controllo, gli studenti che hanno partecipato a questo intervento vedono dimezzata la probabilità di sperimentare pensieri suicidari e di tentare il suicidio. Il programma GBG ha portato, inoltre, a ritardare la comparsa di comportamenti suicidari nelle femmine e ad una riduzione del 30% delle stime di rischio di tentati suicidi (Wilcox et al., 2008).

APPLICAZIONE

Il programma è stato testato e applicato negli Stati Uniti e in Belgio. Maggiori informazioni sono reperibili nel database:

<http://www.blueprintsprograms.com/>

ESEMPIO**“Sources of Strength”****OBIETTIVI ED ELEMENTI COSTITUTIVI**

Sources of Strength (“Fonti di Forza”) è una buona pratica per la prevenzione del suicidio nei giovani che utilizza la forza delle reti sociali tra pari per prevenire il suicidio, il bullismo e l’uso di sostanze stupefacenti. E’ rivolto a studenti dai 13 ai 25 anni. Gli studenti *leader*, selezionati dal personale scolastico, vengono formati per incoraggiare i propri compagni sia ad identificare che a rivolgersi ad un adulto di fiducia, e ad usare validi modelli di *coping*. *Sources of Strength* è un programma universale creato per:

- promuovere i legami tra giovani e adulti, promuovere la ricerca di aiuto in adulti di fiducia così come le segnalazioni di studenti in difficoltà a figure adulte di supporto;
- promuovere le capacità di *coping* e la salute mentale;
- aumentare le conoscenze degli studenti *leader* in merito alla prevenzione del suicidio e alle possibilità di supporto ai propri compagni.

Allo stesso tempo il programma ha come obiettivo quello di diminuire lo stigma associato al suicidio e alle malattie mentali, l’isolamento e la carenza di fiducia negli adulti, l’uso di sostanze stupefacenti e il ricorso alla violenza. *Sources of Strength* assume un approccio diverso nella prevenzione del suicidio giovanile, non limitandosi a trattare esclusivamente i fattori di rischio ma costruendo fonti di supporto multiple intorno ai giovani, in modo tale che questi possano avere dei punti di riferimento su cui fare affidamento nelle situazioni difficili.

LE RICERCHE

Le ricerche hanno dimostrato che, rispetto ad un gruppo di controllo, gli studenti *leader* formati sono 4 volte più propensi a rivolgersi ad un adulto nel caso in cui un amico manifesti pensieri suicidari, probabilmente grazie alla percezione di un maggior sostegno da parte degli adulti e al fatto che considerano accettabile il chiedere aiuto (Wyman et al., 2010). *Sources of Strength* dà agli studenti l’opportunità di influenzare positivamente i compagni a rischio, consentendo, inoltre, di aumentare il numero di studenti che percepiscono l’adulto come fonte di aiuto.

APPLICAZIONE

Ulteriori informazioni sono disponibili sul sito:

<http://sourcesofstrength.org/>

3 Programmi per la formazione degli insegnanti e del personale scolastico

Gli insegnanti e il personale scolastico possono svolgere un ruolo importante nell'individuare le persone a rischio e nell'inviarle ai servizi di riferimento. La formazione degli insegnanti e del personale scolastico in merito al riconoscimento dei fattori di rischio e dei segnali di allarme del comportamento suicidario e alle modalità di intervento e di invio ai servizi competenti in caso di situazione di crisi, è stata riconosciuta come una strategia di prevenzione del suicidio efficace (Chagnon et al., 2007, Cimini et al., 2014).

Inoltre, gli insegnanti possono rivestire un ruolo chiave nel potenziamento dei fattori protettivi attraverso la creazione di un ambiente di supporto.

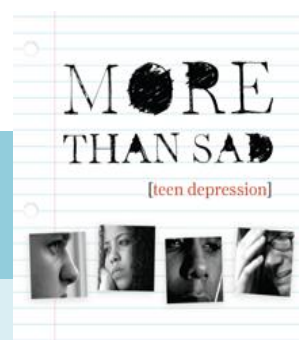
Per questo, i programmi di prevenzione del suicidio destinati dovrebbero essere integrati nel percorso formativo dei futuri insegnanti.

Un primo esempio di programma di formazione destinato agli insegnanti e al personale scolastico è "More than Sad" ("Più che triste"), descritto qui di seguito. Un altro esempio è il "Trevor Project", presentato più avanti all'interno di questo stesso documento (pagina 33).

Nonostante l'efficacia di questi programmi non sia stata ancora valutata, si tratta di interventi molto promettenti.

ESEMPIO

"More Than Sad"



OBIETTIVI ED ELEMENTI COSTITUTIVI

'More Than Sad: Suicide Prevention Education for Teachers and Other School Personnel' ("Più che triste: formazione alla prevenzione del suicidio rivolta a insegnanti e personale scolastico") è stato sviluppato dalla *American Foundation for Suicide Prevention* (i.e., la Fondazione Americana per la Prevenzione del Suicidio) con lo scopo di aiutare gli educatori a comprendere meglio il comportamento suicidario negli adolescenti, le sue cause, i possibili trattamenti e le strategie di prevenzione. Il programma è composto da due DVD della durata di 25 minuti ciascuno ("More Than

Sad: Come prevenire il suicidio negli adolescenti”, e “*More Than Sad: La depressione nell’adolescenza*”), dvd che mostrano come anche negli adolescenti possa essere presente un disturbo mentale che può portare ad mettere a rischio la vita. Con i due dvd è compreso anche un manuale di 42 pagine destinato ai partecipanti e delle diapositive destinate agli insegnanti. Lo sviluppo dei materiali è stato guidato da un gruppo di esperti. Il programma è adatto anche ai genitori e a tutti quegli adulti che si prendono cura o lavorano con i giovani.

Il programma risponde ai seguenti quesiti:

- Quanto è grave il problema del suicidio giovanile? Cosa pone un adolescente a rischio di suicidio? Quali trattamenti sono disponibili?
- In che modo gli insegnanti possono aiutare a prevenire il suicidio? In che modo gli insegnanti possono identificare gli studenti a rischio? In quali altri modi le scuole possono diminuire la percentuale di rischio?

LE RICERCHE

Non sono ancora state condotte delle ricerche su questo programma ma si tratta di uno strumento promettente che è già stato incluso nel registro delle buone pratiche del *Suicide Prevention Resource Center* (“Centro di Prevenzione del Suicidio”).

APPLICAZIONE

Questo strumento è disponibile in lingua inglese e può essere acquistato sul sito web della *American Foundation for Suicide Prevention*.

www.morethansad.org

www.afsp.org

④ Programmi di *screening*

Insegnanti e consulenti dovrebbero essere spinti a monitorare le condizioni di salute degli studenti attraverso un attento controllo dell’isolamento sociale, delle difficoltà relazionali e della *performance* scolastica annuale degli studenti, al fine di identificare possibili anomalie che possano essere interpretate come indicatori dello stato di salute mentale dello studente.

In questo quadro è possibile avvalersi di programmi di *screening* validati. Tali programmi prevedono principalmente l'uso di questionari e/o colloqui individuali volti a identificare gli individui a rischio di comportamenti suicidari, in modo tale, se necessario, da poterli inviare ai servizi specializzati.

Attenzione! Prima di avviare un programma di *screening* è importante avvalersi di un sistema di presa in carico efficace sia da parte della scuola (nella quale deve essere disponibile un *team* di consulenti scolastici) sia al di fuori della scuola (e.g., una buona cooperazione con i servizi di salute mentale). In questo modo gli studenti a rischio possono ricevere l'aiuto immediato di cui hanno bisogno.

ESEMPIO

"Teenscreen®"



OBIETTIVI ED ELEMENTI COSTITUTIVI

Il *TeenScreen®*, sviluppato dalla Columbia University, consiste in uno strumento universale di autovalutazione volto ad identificare i fattori di rischio suicidario. Si tratta di uno strumento mirato allo *screening* nelle le scuole ma utilizzato anche nelle cure primarie e in altri contesti.

Con il consenso dei genitori, a tutti i ragazzi della scuola viene somministrato un questionario validato che ha lo scopo di mettere in luce eventuali disturbi mentali e/o un eventuale rischio suicidario. Il questionario, che richiede circa 10 minuti per la compilazione, comprende domande su depressione, pensieri suicidari e tentati suicidi, ansia e uso di sostanze stupefacenti. Dopo l'analisi dei dati, gli studenti che vengono identificati come a rischio di suicidio, o per i quali emergono altri problemi di salute mentale, vengono ulteriormente valutati da professionisti nel campo della salute mentale. Il risultato di quest'analisi determina se per l'adolescente sia utile essere indirizzato ai servizi di salute mentale, nel qual caso vengono coinvolti i genitori a cui viene offerto un aiuto nell'individuare il tipo di servizio di salute mentale più appropriato.

Il programma *TeenScreen®* offre consulenza, materiali per lo *screening*, *software*, formazione e assistenza tecnica per le scuole e le comunità. Coloro che si avvalgono del programma, a loro volta, devono procedere allo *screening* di almeno 200 giovani all'anno e assicurare la disponibilità sul posto di un esperto di salute mentale qualificato per offrire una consulenza immediata e un corretto invio ai servizi di riferimento per i giovani ad alto rischio.

LE RICERCHE

Il *TeenScreen*[®] si è dimostrato un efficace strumento predittivo nell'identificazione degli studenti a rischio (Shaffer et al., 2004). Uno studio di Gould et al. (2005) ha dimostrato che non esiste alcuna prova di effetti contrari dello *screening* e che, quindi, può essere considerato uno strumento sicuro per la prevenzione del suicidio giovanile. Uno studio successivo ha riscontrato, inoltre, che lo *screening* aumenta le probabilità per gli studenti a rischio di disturbi mentali o a rischio di suicidio di ricevere una cura (Gould et al., 2009).

APPLICAZIONE

Questo strumento, sviluppato ed gestito dalla *Columbia University*, non è disponibile in Europa ma può fungere da ispirazione come esempio di buona pratica.

STRATEGIA 3

PRESTARE PARTICOLARE ATTENZIONE AGLI STUDENTI E AI MEMBRI DEL PERSONALE SCOLASTICO PIÙ VULNERABILI

Alcuni studenti sono più a rischio di altri di sviluppare pensieri e comportamenti suicidari. Pertanto, quando si ha a che fare con la promozione della salute mentale nelle scuole, è importante essere consapevoli della presenza di questi gruppi più vulnerabili. E' altrettanto importante monitorare la loro salute mentale e offrire maggiori cure attraverso lo sviluppo di interventi mirati e su misura. Queste iniziative potrebbero rivolgersi non soltanto agli studenti, ma anche agli insegnanti e gli altri membri del personale scolastico.

Chi ha un maggior rischio?

- I gruppi che sono maggiormente a rischio di sviluppare pensieri suicidari includono gli **studenti che in passato hanno già tentato il suicidio** e le **persone affette da un disturbo**

psichiatrico (e.g. disturbo depressivo, uso di sostanze stupefacenti e alcol, schizofrenia, disturbo bipolare, disturbo del comportamento alimentare, ansia ecc.).

- Anche le persone che hanno perso una persona cara per suicidio (chiamati **“sopravvissuti”**) hanno un più alto rischio di sviluppare malattie fisiche o mentali e di manifestare comportamenti suicidari (Beautrais, 2004; Qin et al., 2002). E' importante offrire un'attenzione particolare agli studenti e ai membri del personale scolastico che stanno affrontando questo tipo di perdita. All'interno del progetto Euregenas è stato creato un Catalogo di Risorse per i Sopravvissuti dal quale è stata estratta una brochure (*“Devi sapere che non sei solo”*) con le risorse presenti a livello locale, disponibile sul sito web www.euregenas.eu
- Gli **studenti appartenenti a minoranze sociali o etniche** sono stati identificati come gruppi vulnerabili. Ad esempio, **lesbiche, gay o bisessuali** sembrano avere un rischio maggiore rispetto agli eterosessuali di sviluppare disturbi mentali, pensieri suicidari, comportamenti autolesionisti e di fare uso di stupefacenti. Le ricerche hanno rivelato un tasso molto alto di tentativi di suicidio che varia tra il 20% e il 53% (Haas et al., 2011; McDaniel et al., 2001; Savin-Williams, 2001; van Heeringen and Vincke, 2000). La stessa cosa vale anche per gli studenti **transessuali**, per i quali gli studi indicano un'alta percentuale di tentativi di suicidio. (Dhejne et al., 2011; Mathy, 2002).

Quali tipi di intervento possono essere sviluppati?

- Si raccomanda innanzitutto che le scuole facciano un **inventario delle iniziative già esistenti** (come gruppi di sostegno, centri di aiuto, linee telefoniche di supporto o siti web) destinate ai gruppi vulnerabili identificati, per poter garantire un invio appropriato ai servizi. L'inventario può essere sviluppato insieme ai consulenti scolastici e ai servizi di salute mentale presenti nella regione.
- E' bene **sensibilizzare** (e in alcuni casi combattere lo stigma) in merito all'esistenza di gruppi vulnerabili attraverso una formazione degli studenti, degli insegnanti e dei professionisti nell'ambito della salute mentale.
- **Occuparsi e offrire supporto specifico** agli studenti vulnerabili attraverso la creazione di gruppi di supporto, la promozione di linee telefoniche dedicate al supporto e la formazione degli insegnanti e del personale scolastico.

- **Creare programmi psico-educativi** diretti specificatamente agli studenti vulnerabili, in modo tale da aumentare la loro resilienza e migliorare le loro capacità di *coping*.

ESEMPIO

“The Trevor Project”



Il *Trevor Project* è un’organizzazione americana che offre interventi in caso di crisi e servizi di prevenzione del suicidio per giovani lesbiche, gay, bisessuali, transessuali e *questioning* (i.e., coloro che stanno ancora cercando una propria identità sessuale) di età compresa tra 13-24 anni. Di recente il progetto ha sviluppato un programma di formazione interattivo *on-line*, della durata di 30 minuti, chiamato “*LGBTQ on Campus for Faculty & Staff*”, che ha lo scopo di assistere le università nella creazione di un clima sicuro e supportivo attraverso la sensibilizzazione e una maggiore empatia per le sfide affrontate dagli studenti appartenenti all’LGBTQ. Il progetto mira inoltre a promuovere nel personale universitario e nei docenti lo sviluppo di competenze (e.g., gestire discussioni all’interno delle classi, affrontare le tematiche legate all’LGBTQ) che possano portare tali figure a fungere da modello di comportamenti rispettosi. I membri del personale universitario che completano la formazione saranno molto più sensibili alle sfide affrontate dagli studenti LGBTQ e sapranno come:

- rispondere quando qualcuno si dimostra prevenuto o esprime un pregiudizio;
- offrire sostegno quando si scopre che uno studente appartiene all’LGBTQ;
- riconoscere i segnali d’allarme dello stress psicologico e dei pensieri suicidari;
- mettere in contatto gli studenti che potrebbero essere sotto stress con i servizi di supporto presenti nel *campus*.

Durante la formazione, coloro che stanno utilizzando il programma si troveranno a svolgere virtualmente le funzioni del personale universitario e saranno coinvolti in conversazioni interattive con studenti virtuali animati e capaci di interagire a livello emotivo. Attraverso queste conversazioni, gli utenti impareranno come creare un ambiente inclusivo e di supporto per gli studenti appartenenti all’LGBTQ.

www.thetrevorproject.org

STRATEGIA 4

LIMITARE L'ACCESSO AI MEZZI LETALI

Le strategie volte a limitare l'accesso ai mezzi letali sono uno dei metodi di prevenzione del suicidio con i risultati più evidenti nel ridurre il tasso di suicidi (Mann et al., 2005; Sarchiapone et al., 2011). Queste strategie possono essere messe in atto piuttosto velocemente rispetto ad altre strategie di prevenzione del suicidio.

All'interno del contesto scolastico è importante garantire un buon ambiente attraverso la limitazione dei mezzi disponibili con cui gli studenti potrebbero compiere il suicidio:

- limitando l'accesso ai tetti e/o installando barriere di sicurezza sui tetti;
- rendendo gli atri e le scale più sicure possibili;
- facendo attenzione alle finestre (limitandone l'apertura o installando chiusure efficaci);
- riducendo le possibilità di accesso non sorvegliato a sostanze chimiche e medicinali (e.g. nei laboratori e nelle farmacie del campus).

SEZIONE 2

STRUMENTI PRATICI



STRUMENTO 1

p. 36

Informazioni essenziali sul comportamento suicidario



STRUMENTO 2

p. 41

Come identificare e gestire studenti a rischio di suicidio



STRUMENTO 3

p. 45

Cosa fare in seguito a un (tentato) suicidio



STRUMENTO 4

p. 52

Linee guida per la discussione in classe dopo un (tentato) suicidio



STRUMENTO 1

Informazioni essenziali sul comportamento suicidario

I **pensieri e i comportamenti suicidari** possono definirsi come un processo complesso che spazia dall'ideazione suicidaria, passando per la pianificazione del suicidio e terminando con l'atto suicidario. Il comportamento suicidario è la conseguenza di fattori biologici, genetici, psicologici, sociali, ambientali e situazionali (Hawton e van Heeringen, 2009).

Questo documento presenta l'epidemiologia, i luoghi comuni e i modelli esplicativi sul comportamento suicidario.

1. Epidemiologia

Il **suicidio** è un problema importante per la salute pubblica in Europa, con un tasso di prevalenza medio di 11,8 per 100.000 di abitanti (Eurostat, 2010). Colpisce persone di ogni età, cultura e gruppi di popolazione diversi. Il più basso tasso di suicidio si rileva tra le persone sotto i 15 anni e il più alto tra le persone con età pari o superiore ai 70 anni, sia negli uomini che nelle donne in tutte le regioni del mondo, sebbene l'effetto delle variabili età e genere sul tasso di suicidio di persone di età compresa tra i 15 e 70 anni vari in base alle regioni (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2014).

I **tentativi di suicidio** sono molto più frequenti dei suicidi. In base agli studi in materia, gli atti suicidari con esito non fatale sono, infatti, almeno 10 volte più frequenti dei suicidi con esito fatale. A differenza di questi ultimi, i comportamenti suicidari con esito non fatale sono più comuni fra gli adolescenti e diminuiscono con l'età (Nock et al., 2008).

Tutti i suicidi e i tentativi di suicidio colpiscono direttamente o indirettamente anche altre persone. Il fenomeno produce un impatto molto forte, sia nell'immediato che nel lungo periodo, sui **sopravvissuti**, ovvero il coniuge, i genitori, i figli, i familiari, gli amici, i colleghi di lavoro e i coetanei della persona che si è suicidata/ha tentato il suicidio. Si stima che ogni suicidio colpisca

direttamente all'incirca fra 6 e 14 familiari e amici (Clark & Goldney, 2000; Jordan & McIntosh, 2011).

Esistono diverse concezioni erranee sul comportamento suicidario. Di seguito si descrivono i luoghi comuni più diffusi.

2. Luoghi comuni

Non si può prevenire un suicidio

Uno dei luoghi comuni più diffuso è quello secondo cui il comportamento suicidario non è prevenibile. La maggior parte delle persone a rischio di suicidio, però, nutre sentimenti contrastanti riguardo alla morte. Perfino coloro che sono affetti da grave depressione dubitano, fino all'ultimo, se continuare a vivere o mettere fine al loro dolore. Inoltre, esistono evidenze scientifiche che dimostrano un effetto preventivo di un nutrito numero di interventi.

Il suicidio è una reazione normale a una situazione anormale

Il suicidio non è una reazione normale e adeguata a quelli che possono essere, ad esempio, eventi o situazioni di vita estremamente stressanti. Il suicidio è una reazione inusuale e inadeguata a una situazione abbastanza normale. Nella vita tutti dobbiamo affrontare situazioni di stress o eventi negativi che si verificano spesso, ma non tutti sviluppiamo pensieri o piani suicidari.

Parlare di suicidio con qualcuno aumenta il rischio di comportamento suicidario

Quando una persona esprime pensieri suicidari, essi non vanno considerati come un semplice grido d'aiuto, bensì come un grido di dolore che indica, per l'appunto, che quella persona è disperata e avverte un profondo dolore emotivo. Parlare di pensieri e piani suicidari non accentua l'intento suicidario né la mancanza di speranza. Al contrario, discutere apertamente dell'ideazione suicidaria in un ambiente familiare può costituire un efficace metodo preventivo. Inoltre, parlare di suicidio può salvare una vita poiché incoraggia a cercare aiuto. Tuttavia, bisogna essere cauti quando si affronta questo tema in pubblico, e.g. nei media. In questo contesto, si raccomanda di leggere quanto riportato nel documento Euregenas *"Strumenti di Prevenzione del Suicidio per professionisti della Comunicazione"* disponibile sul sito web www.euregenas.eu.



Le persone che parlano di suicidio non tenteranno di commetterlo né si suicideranno

La maggior parte delle vittime di suicidio e di coloro che lo hanno tentato aveva comunicato i propri pensieri suicidari prima di compiere questo gesto. È quindi molto importante non sottovalutare alcuna manifestazione di pensieri suicidari e incoraggiare la persona a cercare aiuto.

3. Comprendere il comportamento suicidario

È stato chiaramente dimostrato che il comportamento suicidario costituisce un problema multi fattoriale complesso. Non vi è mai una singola causa e si sviluppa sempre come conseguenza di un'interazione tra fattori di rischio, associati alla mancanza di fattori protettivi.

I **fattori di rischio** hanno caratteristiche tali da aumentare la probabilità che un individuo consideri l'idea del suicidio, tenti il suicidio o lo compia. Essi includono: malattie psichiatriche (e.g. disturbi depressivi, disturbi dovuti all'uso di sostanze stupefacenti), malattie somatiche (e.g. condizioni mediche che causano dolore cronico), esperienze negative precoci (e.g. la perdita di un familiare in giovane età, abusi ecc.) caratteristiche personali (e.g. mancanza di speranza, impulsività ecc.) e precedenti comportamenti suicidari. I fattori di rischio non sono statici e possono mutare durante l'arco della vita e da Paese a Paese.

I **fattori protettivi** hanno caratteristiche tali da diminuire la possibilità che un individuo consideri l'idea del suicidio, tenti il suicidio o lo compia. Esempi di fattori potenzialmente protettivi sono: un'idea di sé positiva, adeguate abilità di risoluzione dei problemi, adeguata tendenza a cercare aiuto e sostegno a livello sociale.

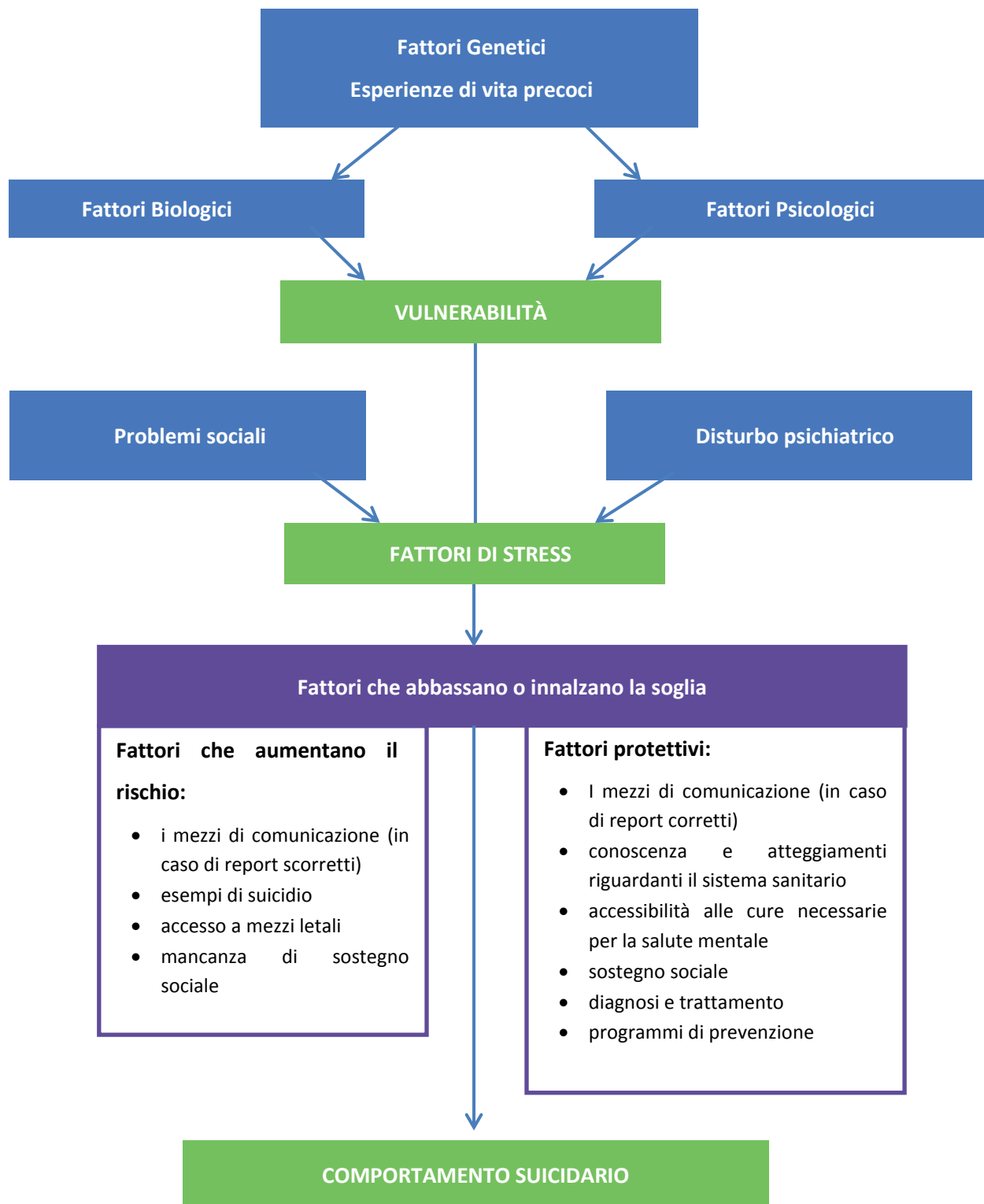
La **figura 1** descrive un modello bio-psico-sociale integrato, basato sull'impatto che fattori di rischio biologici, psicologici, psichiatrici e sociali possono avere sullo sviluppo di comportamenti suicidari. Il modello si focalizza su tre fattori:

- **fattori legati ai tratti della personalità**, quali i fattori genetici, biologici e psicologici (e.g. disfunzioni della serotonina, della personalità e psico-cognitive);



- **caratteristiche legate allo stato emotivo**, quali la depressione e la mancanza di speranza, influenzate dagli agenti stressanti della vita (e.g. crisi economiche, problemi sociali, violenza domestica), dall'abilità a gestire tali fattori di stress o da disturbi psichiatrici;
- **fattori di soglia**, che possono avere l'effetto di abbassare o innalzare la soglia di rischio. Ad esempio le notizie sul suicidio divulgate dai mezzi di informazione possono influire negativamente sui comportamenti suicidari, mentre un sistema sanitario accessibile può avere un effetto protettivo ed evitare che le persone sviluppino comportamenti suicidari.

Figura 1: Un modello esplicativo del comportamento suicidario (adattamento da van Heeringen, 2001)





STRUMENTO 2

Come identificare e gestire studenti a rischio di suicidio

Nell'ambito della prevenzione del suicidio è importante che gli insegnanti e gli altri membri del personale scolastico siano a conoscenza di strategie per individuare gli studenti a rischio e per intervenire in questi casi. Di seguito, i segnali di allarme relativi al comportamento suicidario e alcuni suggerimenti di intervento.

1. Quali sono i segnali di allarme?

Nella sezione "Strumento 1" sono stati evidenziati i fattori di rischio che, nel lungo periodo, possono aumentare il rischio che un individuo sviluppi comportamenti suicidari, come disturbi mentali o tentativi di suicidio pregressi.

Oltre a questi fattori di rischio, gli esperti nella prevenzione del suicidio hanno cercato di definire i segnali di allarme diretti e indiretti che possono indicare il rischio di comportamenti suicidari nel breve periodo. **I segnali di allarme più chiari e diretti sono comportamenti che indicano che la persona stia pensando di programmare un suicidio o sia angosciata dalla morte.**

- Riferire (o scrivere) di voler morire, volersi ferire o volersi uccidere.
- Riferire (o scrivere) di sentirsi senza speranza o di non avere motivi per continuare a vivere.
- Riferire (o scrivere) di sentirsi intrappolato o di provare un dolore insopportabile.
- Riferire (o scrivere) di sentirsi un peso per gli altri.
- Cercare modi per uccidersi, ad esempio ricercare su internet i metodi di suicidio o reperire armi da fuoco, pastiglie o altri mezzi per compiere un suicidio.

Segnali diretti



I segnali di allarme possono essere espressi a voce o negli scritti dello studente, e.g. saggi, testi pubblicati sui social media, o essere riportati da altri studenti o dagli insegnanti.

Altri segnali di allarme includono **cambiamenti del comportamento più indiretti, tali da indicare che la persona abbia un problema**

di salute mentale che può includere pensieri o piani suicidari.

Il rischio è più elevato quando si tratta di un comportamento nuovo o la cui frequenza o intensità è aumentata recentemente e sembra legato a eventi dolorosi, perdite o cambiamenti. In sintesi, è bene ricordare che è meglio avere una reazione che si riveli poi eccessiva anziché inadeguata quando si pensa che un giovane possa essere a rischio.

- Ritirarsi dalla famiglia, dagli amici e dalla società o sentirsi isolati.
- Peggioramento nel funzionamento lavorativo o sociale.
- Aumento nell'uso di alcool e droghe.
- Cambiamenti della personalità, dell'umore, del comportamento, come ad esempio drastiche oscillazioni dell'umore, agire in modo ansioso o agitato, o comportarsi in modo stressante. Questi segnali possono includere anche cambiamenti nell'alimentazione o nei ritmi del sonno.
- Mostrare rabbia incontrollata o riferire di cercare vendetta

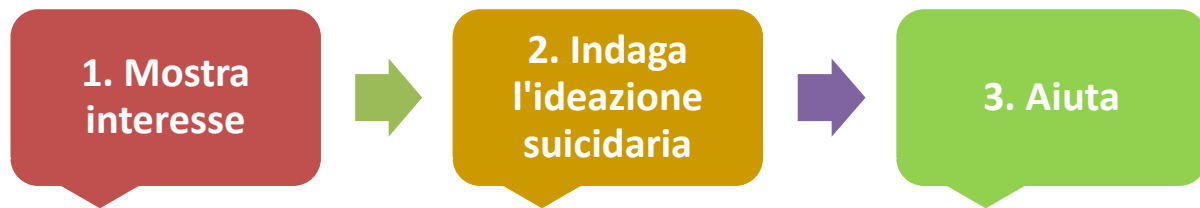
Segnali indiretti



Immagini da foto76 / FreeDigitalPhotos.net

2. Come rispondere ai segnali di allarme?

Qualora si notino segnali di allarme, è importante contattare colleghi, consulenti scolastici o i dirigenti scolastici (a seconda del protocollo della scuola), dal momento che non è responsabilità dell'insegnante offrire una consulenza agli studenti. Tuttavia, in alcuni casi gli insegnanti possono avviare una prima conversazione con lo studente e indirizzarlo verso le risorse disponibili. Durante un primo colloquio con lo studente, sono tre i punti chiave che dovrebbero essere toccati, come indicato dalla figura in basso. Prima di iniziare il colloquio, è fondamentale disporre delle informazioni per contattare i servizi di assistenza per la salute mentale, locali o nazionali, cui lo studente potrà rivolgersi.



1. Mostra interesse

- Parla allo studente in privato e in maniera confidenziale. Esprimi le tue preoccupazioni e specifica perché sei preoccupato, dicendogli ciò che hai notato (e.g. segnali di allarme specifici o cambiamenti nel comportamento o nella sua concentrazione).

2. Trova le parole giuste e indaga l'ideazione suicidaria

- Credere che parlare di suicidio possa mettere questa idea in testa alle persone è un luogo comune. Chiedi allo studente cosa stia pensando, quali siano i suoi sentimenti. Se lo studente riconosce di essere alle prese con un problema (in termini di salute mentale), poni domande per gradi, iniziando con domande generiche per poi passare a domande più specifiche, fino ad arrivare a domande esplicite sul suicidio:
- **DOMANDE GENERICHE** sullo stato mentale, le speranze, il futuro, la vita (e il suo significato). Ecco alcuni esempi:
 - “Come ti senti in questo momento?”
 - “Come vedi il futuro?” “Quali sono i tuoi piani per il futuro?”
 - “La vita ti sembra troppo difficile?”
 - “Credi che non valga la pena vivere?”
 - “Speri che la situazione migliori?”
- **DOMANDE SPECIFICHE** sui pensieri o piani suicidari. Ecco alcuni esempi:
 - “Pensi mai alla morte o provi mai il desiderio di porre fine alla tua vita?”
 - “Hai mai pensato di farti del male o di ucciderti?”
 - “In questo momento stai pensando di porre fine alla tua vita?” “Stai considerando il suicidio?”
 - “Quali sono i tuoi pensieri?”
 - “Da quando hai questi pensieri?” “Hai avuto spesso questi pensieri nelle scorse settimane?” “Quante volte ci pensi durante il giorno?”

- “Cosa ti spinge a pensare al suicidio?”
- “Hai un piano specifico in mente?” “Qual è?” “Quali sono i metodi a cui hai pensato?” “Che preparativi hai fatto?”
- “Hai mai provato questi sentimenti o fatto questi pensieri prima? per quale motivo? Come li hai gestiti?” “Hai mai cercato di toglierti la vita?”

3. Aiuta

- Innanzitutto, prendi sul serio tutte le minacce di suicidio.
- Mantieni la calma, ascolta attentamente (senza giudicare), esprimi il tuo interesse e offri il tuo aiuto.
- Non menzionare il “valore della vita” o suscitare sensi di colpa. Non è di aiuto allo studente.
- Sottolinea l’opportunità e la disponibilità di aiuto da parte di professionisti (in termini di risorse) e offri il tuo aiuto. Potresti offrirti di cercare i numeri delle linee telefoniche di supporto o i siti web, o ancora un medico o un professionista nell’ambito della salute mentale.
- Assicurati che la persona sia al sicuro (finché non riceve aiuto). Chiedi a chi possa rivolgersi o su chi possa contare. Se la situazione è troppo critica, chiedi aiuto (e.g. chiama un servizio di assistenza nazionale o un servizio di emergenza). Non promettere di tenere segreta la conversazione. Quando una persona è ad alto rischio bisogna cercare aiuto immediatamente. Se la crisi è grave, trattala come un’emergenza e richiedi l’intervento di un servizio di pronto intervento, un numero dedicato alla prevenzione del suicidio, del medico di base oppure porta la persona al pronto soccorso dell’ospedale più vicino.

Maggiori informazioni rispetto a cosa fare e non fare sono disponibili (in inglese e in spagnolo) all’indirizzo: www.suicideispreventable.org



STRUMENTO 3

Cosa fare in seguito ad un (tentato) suicidio

La necessità di un piano di crisi

Quando una scuola si trova ad affrontare un evento tragico come il suicidio o un tentativo di suicidio da parte di uno studente, il personale scolastico deve sapere come agire integrando l'aspetto professionale e quello emotivo. Per superare la situazione di crisi, mantenere il controllo e agire al meglio, è essenziale avere a disposizione un piano di crisi, che includa delle linee guida per comunicare con tutte le parti coinvolte: genitori, studenti, membri del personale scolastico, mezzi di comunicazione. Un piano di crisi può essere sviluppato dalle scuole con la collaborazione di esperti o consulenti nel campo della salute mentale/ o con i servizi di salute mentale presenti nella regione.

Sviluppare un piano di crisi

Ogni scuola avrà uno specifico piano di crisi, a seconda della struttura, dei servizi di salute mentale disponibili e delle risorse degli insegnanti. Il modo migliore per elaborare un piano di crisi è creare una *team* in cui sono presenti i principali attori chiave, quali presidi, insegnanti, consulenti scolastici, membri del personale amministrativo, ecc. Se possibile, può essere utile ricevere aiuto da un esperto di prevenzione del suicidio esterno e/o un professionista nel campo della salute mentale. È di fondamentale importanza ricercare l'aiuto di professionisti quando si vuole creare un piano di crisi e creare rapporti stabili con i professionisti della salute mentale che operano esternamente alla scuola. Qui di seguito sono presentati gli elementi chiave e i passaggi fondamentali che possono essere facilmente adattati al contesto locale per rispondere alle singole esigenze di ogni scuola.

I piani di crisi dovrebbero essere frequentemente aggiornati per essere utili ed efficaci nel lungo periodo!



1. COSA FARE DOPO UN TENTATO SUICIDIO



Consultare i genitori e lo studente

- Esprimere le proprie preoccupazioni e offrire aiuto.
- Chiedere quali informazioni possano essere divulgate agli altri insegnanti e agli altri studenti della scuola. Allo stesso modo, in caso vi siano molte voci in giro, informare genitori e lo studente sulle informazioni in possesso degli altri insegnanti e studenti.
- Chiedere se abbiano assistito recentemente a comportamenti o situazioni particolari. Domandare se vi siano aspetti all'interno del contesto scolastico che abbiano causato problemi e dovrebbero essere modificati (e.g. aspetti relativi al bullismo, pressioni, sostegno a scuola ecc.).
- Chiedere se sia disponibile per lo studente un aiuto (professionale).
- Pensare a chi possa fungere da consulente (e quindi seguire) lo studente all'interno della scuola. Approfondire cosa genitori e studenti si aspettino dalla scuola e definire chiaramente ciò che è possibile fare e ciò che non è possibile fare all'interno della struttura.



Organizzare un incontro con il personale scolastico

- Dare la notizia al personale scolastico e indicare dove sia possibile ricevere supporto.



Organizzare un dibattito in classe (opzionale)

- Se autorizzati dallo studente e dai suoi genitori, è possibile parlare con l'intera classe dell'episodio (se non dovesse esserci l'autorizzazione, chiarire ancora agli studenti a chi rivolgersi per ricevere aiuto, in caso di bisogno).
- Non fornire mai dettagli sul tentativo di suicidio (e.g. sul metodo o sul luogo).
- Fornire informazioni di base sul comportamento suicidario (vedi Strumento 1) e attenersi alle linee guida per il dibattito in classe (vedi Strumento 4).
- Tenere nella giusta considerazione la prospettiva degli studenti, per poter prendere le mosse dalle loro convinzioni ed esigenze.
- Chiedere agli studenti se preferiscano o meno assistere al dibattito in classe.

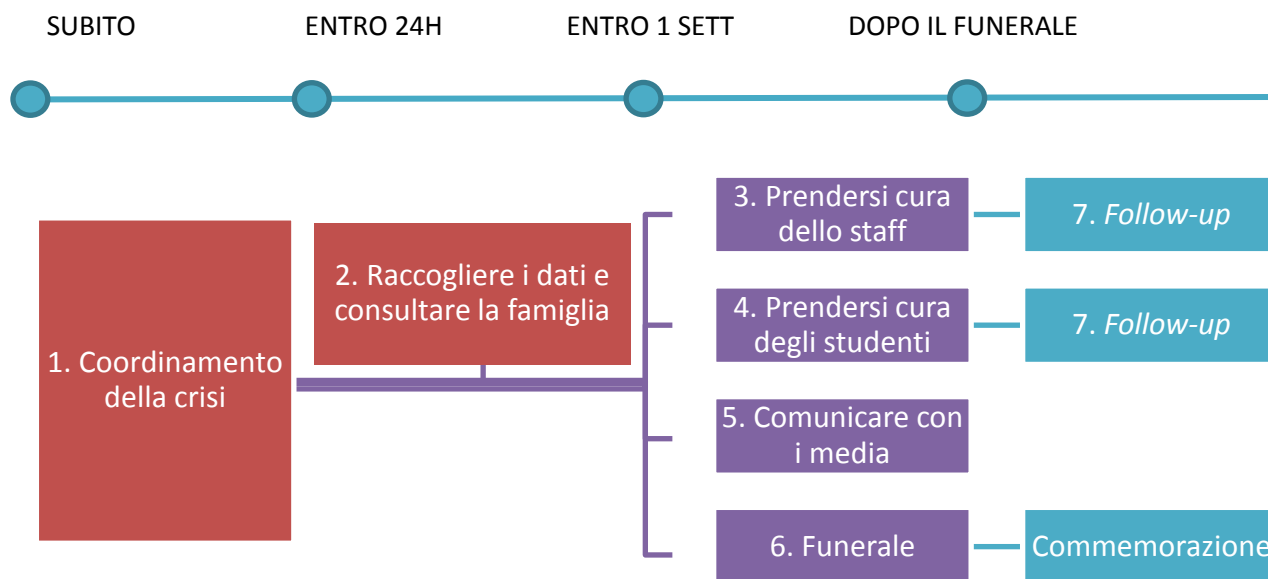
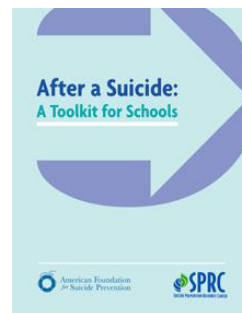


Preparare il ritorno a scuola

- Il ritorno a scuola deve essere discusso con i genitori, i consulenti scolastici, l'insegnante/gli insegnanti e lo studente.

2. COSA FARE IN SEGUITO AD UN SUICIDIO

Di seguito vengono descritti 7 passaggi di fondamentale importanza per facilitare una risposta alla crisi dovuta ad una morte per suicidio. I passaggi che presentano un asterisco '*' sono stati tratti da "After a suicide. A toolkit for schools" ("Dopo un suicidio: uno strumento per le scuole"), sviluppato dal Centro della Fondazione Americana per la Prevenzione del Suicidio, disponibile in inglese all'indirizzo www.sprc.org



STEP 1: COORDINAMENTO DELLA CRISI

Il preside della scuola o la coordinatrice dovrebbero agire immediatamente per coordinare la crisi e stabilire un primo incontro con la **squadra di crisi**. Bisogna assicurarsi che la squadra comprenda preside, insegnanti, consulente/i e personale amministrativo. E' bene essere consapevoli limiti delle competenze e capacità proprie e degli insegnanti. Si potrebbe considerare la possibilità di rivolgersi a un consulente o a un esperto sulla prevenzione del suicidio per farsi assistere nella gestione della crisi. E' anche utile contattare i centri per la salute mentale locali, chiedere consiglio e organizzare il lavoro da svolgere insieme durante la crisi. Se non sono disponibili esperti o servizi di salute mentale, è di fondamentale importanza che il personale scolastico riceva la giusta formazione su come gestire una situazione di crisi.

STEP 2: RACCOGLIERE I DATI E CONSULTARE LA FAMIGLIA*

RACCOGLIERE INFORMAZIONI

Il preside della scuola dovrebbe innanzitutto controllare le informazioni e assicurarsi in merito a quale sia la causa ufficiale della morte (consultando i genitori o i medici, la polizia, il medico legale a seconda della legislazione nazionale).

Se i fatti non sono chiari, le scuole dovrebbero comunicare che si stanno facendo accertamenti e che verrà comunicato il risultato non appena possibile. Bisogna essere consapevoli della presenza di voci di corridoio (che spesso sono inaccurate) e ricordare agli studenti che queste possono essere molto dannose e ingiuste nei confronti della persona deceduta, della sua famiglia e dei suoi amici.

CONSULTARE LA FAMIGLIA

Le informazioni sulla causa della morte non dovrebbero essere rivelate agli studenti prima di aver consultato la famiglia della vittima. Parlare della morte e del suicidio con i genitori della vittima può essere un compito difficile dal momento che spesso il personale scolastico non è stato formato e dal momento che la morte e il suicidio potrebbero essere argomenti tabù, soprattutto per alcune culture e religioni. In tal caso bisogna considerare la possibilità di rivolgersi a professionisti nel campo. Se è stato stabilito che la causa della morte è il suicidio ma la famiglia non vuole renderlo pubblico, dovrebbe essere designato un membro del personale che ha buoni rapporti con la famiglia per contattarla e per spiegare ai genitori che gli studenti stanno già affrontando argomenti come il suicidio e che avere a disposizione degli adulti che

possono parlare del suicidio e delle sue cause può contribuire a creare un ambiente più sicuro per gli studenti. E' bene offrire alla famiglia l'aiuto da parte della scuola.

Nel breve periodo, bisogna interessarsi a questioni amministrative come ad esempio assicurarsi che la famiglia della vittima non riceva più comunicazioni dalla scuola (e.g. comunicazioni relative alle gite, o ancora peggio, bollettini scolastici).

STEP 3: PRENDERSI CURA DEL PERSONALE SCOLASTICO: COMUNICAZIONE e SOSTEGNO

Bisognerebbe, appena possibile, tenere un incontro con i membri del personale scolastico in cui comunicare chiaramente i fatti, i passaggi da compiere e dove trovare maggiori informazioni. Le informazioni di base sul comportamento suicidario sono presenti nella sezione STRUMENTO 1 di questo documento. E' inoltre importante informare il personale su dove ricevere sostegno psicologico, in caso di necessità. Se non è disponibile alcun supporto all'interno della scuola, è bene collaborare con servizi di assistenza esterni.

STEP 4: PRENDERSI CURA DEGLI STUDENTI: COMUNICAZIONE e SOSTEGNO

Le scuole dovrebbero offrire agli studenti adeguate opportunità di esprimere le proprie emozioni e identificare le strategie per la loro gestione in modo tale che la scuola possa tornare ad occuparsi del suo compito principale, ovvero dell'istruzione. Gli studenti devono essere informati su dove ricevere aiuto e supporto sia all'interno della scuola, sia all'esterno (servizi di salute mentale).

Il prima possibile, dopo l'incontro con il personale scolastico, gli insegnanti dovrebbero aprire un dibattito in classe. Le linee guida per dibattito sono contenute nella sezione STRUMENTO 4 di questo documento.

Prendersi cura degli studenti è un importante aspetto della prevenzione che facilita il processo di elaborazione del lutto e riduce i rischi di comportamenti imitativi sbagliati. Inoltre, permette al personale scolastico di capire come gli studenti stanno reagendo e quali studenti possono essere a rischio. Gli insegnanti dovrebbero essere a conoscenza dell'eventuale presenza di comportamenti suicidari in altri studenti. I segnali di allarme sono presentati nella sezione

STRUMENTO 2 di questo documento. In particolare, gli insegnanti dovrebbero essere consapevoli di quali siano gli studenti più vulnerabili, come gli amici più stretti di colui che si è suicidato ma anche i compagni con i quali egli potrebbe aver avuto conflitti.

Dal momento che i **genitori** degli studenti sono figure chiave, bisognerebbe inviare una lettera informativa a tutti i genitori per comunicare l'incidente e per far conoscere i possibili rischi e le varie modalità di aiuto disponibili.

STEP 5: LA COMUNICAZIONE CON I MEDIA*

Il suicidio da parte di uno studente può attirare l'attenzione dei mezzi di comunicazione. Pertanto è importante che la scuola prepari una comunicazione destinata ai mezzi di comunicazione e che designi un portavoce all'interno della scuola per assolvere tale compito. Bisogna avvisare il personale che solo il portavoce designato è autorizzato a parlare con i media e bisogna chiedere agli studenti di evitare di rilasciare interviste. Il portavoce dovrebbe essere consapevole degli effetti dannosi che una notizia di suicidio potrebbe avere e quindi dovrebbe seguire attentamente le linee guida sulla prevenzione del suicidio per i media (come l'evitare di dipingere drammaticamente l'atto suicidario, non menzionare il mezzo e il luogo in cui è avvenuto il suicidio ma offrire speranze e fare riferimento alle linee telefoniche di supporto). Uno strumento completo su come riferire un caso di suicidio è disponibile al sito web www.euregenas.eu

STEP 6: FUNERALE E CCOMMEMORAZIONE*

A seconda della volontà dei familiari, aiutarli ad informare gli studenti, gli altri genitori e il personale scolastico in merito alla cerimonia funebre (luogo, ora e come permettere agli studenti di presenziare durante l'orario scolastico).

Lavorare con i consulenti e i professionisti nell'ambito della salute mentale, per permettere ai consulenti di presenziare al funerale e invitare i genitori ad accompagnare i figli.

Le comunità scolastiche spesso desiderano poter **COMMEMORARE** lo studente vittima del suicidio come si fa con altre perdite. Può essere difficile per le scuole trovare un equilibrio che permetta di rispettare il dolore degli studenti e allo stesso tempo portare avanti il proprio

scopo educativo. Nel caso di un suicidio, le scuole dovrebbero anche considerare il modo corretto di commemorare lo studente deceduto senza rischiare un “contagio” del suicidio tra quei giovani che sono a rischio. E’ molto importante che le scuole cerchino di trattare tutte le morti nello stesso modo. Cerimonie commemorative posso essere organizzate anche nel lungo periodo, e.g. un anno dopo l’incidente. Piccole accortezze nei confronti della famiglia, come l’invio di una lettera ai genitori un anno dopo l’incidente, possono significare molto.

SOCIAL MEDIA come *chat*, Facebook e Twitter stanno diventando rapidamente i principali mezzi di comunicazione per persone di tutte le età, in particolare per i giovani. Anche se tutti questi mezzi di comunicazione vengono utilizzati principalmente al di fuori dell’ambiente scolastico, potrebbero essere utilizzati anche in classe. Lavorando insieme agli studenti per identificare e monitorare i *social network* più rilevanti, le scuole possono avvalersi strategicamente dei *social media* per condividere *chat* sicure e basate sulla prevenzione, per offrire supporto agli studenti che potrebbero avere difficoltà a gestire la situazione e per identificare e rispondere agli studenti a rischio. E’ importante che la scuola stabilisca delle regole e delle linee guida su cosa gli studenti possono (o non possono) comunicare nei *social network* rispetto al caso di suicidio avvenuto.

STEP 7: CONTINUARE A SEGUIRE IL CASO E FARE VALUTAZIONI

La squadra di crisi è importante che valuti la risposta della scuola alla crisi, impari dagli ostacoli per adattare di conseguenza le procedure.



STRUMENTO 4

Linee guida per la discussione in classe dopo un (tentato) suicidio

A seguito di un tentativo di suicidio da parte di uno studente o di un membro del personale scolastico è importante avviare il prima possibile un dibattito in classe, non prima, però, di aver consultato la famiglia della vittima. Il dibattito dovrebbe essere preparato e monitorato da un insegnante noto agli studenti e di cui gli studenti si fidano, assistito, se possibile, da un consulente scolastico o un professionista nell'ambito della salute mentale. Di seguito vengono menzionati quattro aspetti essenziali da considerare quando si deve condurre un dibattito in classe.

Disperdere le voci di corridoio

- I pettegolezzi ci saranno quindi è bene chiedere agli studenti quali siano e di disperderli. Se possibile, e se la famiglia (e lo studente e l'insegnante) è d'accordo, fornire informazioni sull'incidente. Ad ogni modo, sottolineare che i pettegolezzi possono ferire l'interessato.

Fornire un quadro sul comportamento suicidario

- Sottolineare che il suicidio è un tema complesso e non è causato da un solo fattore.
- Sottolineare che il suicidio non è "una scelta" e nemmeno un atto eroico o romantico.
- Sottolineare la comorbidità con problemi psicologici (come la depressione, l'abuso di sostanze stupefacenti e alcol) senza creare uno stigma.
- Sottolineare che il suicidio può essere prevenuto e si può ottenere aiuto.

Interagire con gli studenti

- Garantire un ambiente sicuro: sottolineare l'importanza della confidenzialità e dell'onestà.
- Lasciare che gli studenti esprimano i propri sentimenti. Sottolineare che sentimenti di rabbia e colpevolezza sono normali e comuni.
- Lasciare spazio alle domande.

Avviare un dialogo









- Parlare con gli studenti di cosa si possa fare quando ci si sente tristi, depressi o senza speranza, oppure di come reagire quando un amico si sente triste, depresso, senza speranza.
- Fare riferimento ai servizi di salute mentale e chiedere agli studenti se abbiano voglia di rivolgersi a tali servizi.



LISTA DI CONTROLLO FINALE

Congratulazioni, sei arrivato alla fine di questo strumento. Adesso dovresti avere più chiarezza su come le scuole possano essere migliorate e diventare luoghi salutarie e sicuri, attraverso l'impiego di strategie di prevenzione del suicidio.

Di seguito sono sintetizzati i punti principali di questo strumento, in una pratica lista di controllo che ti permetterà di intraprendere la giusta direzione. La tua scuola potrebbe diventare un esempio di buone pratiche quando:

- ① Dispone di una chiara ed esaustiva politica di promozione della salute che preveda la promozione della salute mentale e strategie di prevenzione del suicidio. 
- ② Sono messe in atto politiche e programmi anti-bullismo. 
- ③ Vengono prese iniziative per sviluppare programmi di promozione della salute mentale e di prevenzione del suicidio, come ad esempio programmi psico-educativi e programmi per lo sviluppo di competenze. 
- ④ È disponibile un supporto psicologico per gli studenti e i membri del personale scolastico, che includa programmi di *screening* (opzionali) e una buona cooperazione con i servizi di salute mentale. 
- ⑤ Agli insegnanti e al personale scolastico viene offerta una formazione in merito alla prevenzione del suicidio che permetta loro di riconoscere i segnali di allarme, interagire con gli studenti o i colleghi che presentano comportamenti suicidari e indirizzarli verso servizi di salute mentale appropriati. 
- ⑥ Si presta particolare attenzione agli studenti e ai membri del personale scolastico più vulnerabili. 
- ⑦ La scuola è un ambiente sicuro in cui l'accesso ai mezzi letali è limitato. 
- ⑧ E pronto un piano di crisi nel caso di un tentativo di suicidio da parte di uno studente o di un membro del personale scolastico. 

INFORMAZIONI SUL PROGETTO EUREGENAS

Il progetto Euregenas ha avuto lo scopo di contribuire alla prevenzione dei pensieri e dei comportamenti suicidari in Europa attraverso lo sviluppo e l'implementazione di strategie mirate in tal senso, da realizzare a livello regionale, per l'individuazione di buone pratiche che possano essere prese ad esempio nei Paesi dell'UE. Il progetto ha riunito **15 partner europei**, in rappresentanza di 11 regioni europee che hanno maturato esperienze diverse in materia di prevenzione del suicidio (vedi Figura 2).

Figura 2 – Partner del progetto Euregenas

Azienda Ospedaliera Integrata (**AOUI-VR**) – Italia

Agenzia Fiamminga per la Salute e il Benessere (**VAZG**) – Belgio

Regione Västra Götaland (**VGR**) - Svezia

Fondazione Romtens (**ROMTENS**) - Romania

Istituto Nazionale per la Salute e il Welfare (**THL**) - Finlandia

Dipartimento di Ricerca sul suicidio, Università di Gent (**UGENT**) – Belgio

Fondazione Intras (**INTRAS**) – Spagna

Servizio Andaluso di Salute (**SAS**) – Spagna

Euregha (**EUREGHA**) – Belgio

Università di scienze applicate di Mikkeli (**MAMK**) - Finlandia

Università Tecnica di Dresda (**TUD**) – Germania

Istituto Nazionale di Salute Pubblica (**NIJZ MB**)– Slovenia

De Leo Fund (**DELEOFUND**) – Italia

Fondazione Pubblica Andalusina per il Progresso e la Salute (**FPS**) - Spagna

Consiglio di Contea di Cumbria (**CCC**) – Regno Unito



In linea con il '*Secondo programma d'azione comunitaria in materia di salute pubblica*' (Commissione Europea, 2008-2013, vedi <http://ec.europa.eu/health/programme/policy/2008-2013/>), il progetto ha promosso l'utilizzo della gestione del cluster regionale, in quanto metodo innovativo volto a migliorare i servizi già esistenti.

Incoraggiando le campagne e gli interventi regionali dedicati sia ai gruppi *target*, sia agli attori chiave che non rientrano nel comparto sanitario, **il progetto si è proposto di attuare il Patto per la Salute e il Benessere Mentale** in relazione a quanto segue:

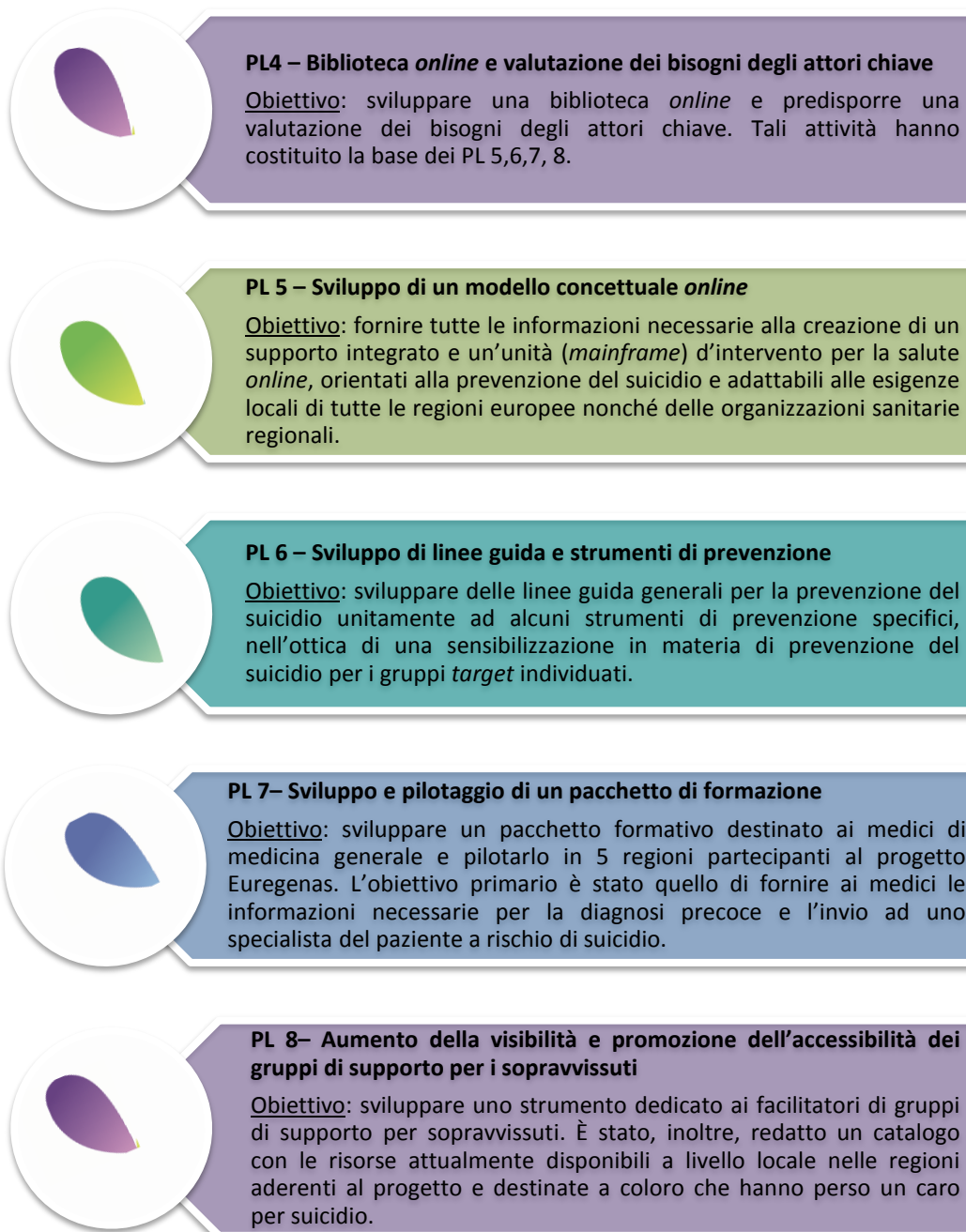
- 1) prevenzione del suicidio
- 2) destigmatizzazione dei disturbi mentali
- 3) promozione della salute fra i giovani

Gli **obiettivi specifici** del progetto Euregenas sono stati i seguenti:

- individuazione e classificazione delle buone pratiche, con riferimento alle azioni e alle strategie già esistenti a livello locale e regionale nell'ambito della prevenzione del suicidio;
- svolgimento di un'analisi dei bisogni degli attori chiave;
- sviluppo e diffusione di linee guida e strumenti in materia di prevenzione del suicidio nonché sulle strategie di sensibilizzazione;
- sviluppo delle specifiche tecniche per un modello integrato di salute mentale online, orientato alla prevenzione del suicidio;
- miglioramento delle conoscenze e delle capacità dei professionisti a livello locale e regionale (i.e., psicologi, psichiatri, medici di base).

Il progetto ha raggiunto i suoi obiettivi specifici attraverso **una serie di "Pacchetti di lavoro" (PL)**. Si tratta di otto pacchetti: 3 orizzontali, dedicati rispettivamente alle attività di coordinamento, divulgazione e valutazione e 5 pacchetti principali (vedi Figura 3).

Figura 3: I pacchetti di lavoro principali del progetto Euregenas







BIBLIOGRAFIA

American Foundation for Suicide Prevention (2009). *More than sad. Suicide prevention education for teachers and other school personnel*. www.morethansad.org

American Foundation for Suicide Prevention/Suicide Prevention Resource Center (2011). *After a Suicide: a Toolkit for Schools*. Newton, MA: Education Development Center, Inc.

Aseltine, R.H.Jr., DeMartino, R. (2004). An outcome evaluation of the SOS Suicide Prevention Program. *AmJ Public Health*, 94(3), 446–451.

Aseltine, R.H.Jr., James, A., Schilling, E.A., Glanovsky, J. (2007). Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension. *BMC Public Health*, 7, 161.

Beautrais, A. L. (2004). Suicide postvention. *Support for families, whanau and significant others after a suicide. A literature review and synthesis of evidence*. Wellington, New Zealand: Ministry of Youth Affairs.

Brunstein Klomek, A., Marrocco, F., Kleinman, M., Schonfeld, I.S., & Gould, M.S. (2007). Bullying, depression and suicidality in adolescents. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 40-49.

Chagnon, F., Houle, J., Marcoux, I., & Renaud, J. (2007). Control-group study of an intervention training program for youth suicide prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37 (2), 135-144.

Cimini, M.D., Rivero, E.M., Bernier, J.E., Stanly, J.A., Murray, A.D., Anderson, D.A., Wright, H.R., Bapat, M. (2014). Implementing an Audience-Specific Small-Group Gatekeeper Training Program to Respond to Suicide Risk Among College Students: A Case Study. *Journal of American College Health*, 62 (2), 92-100.

Clark, S. E., & Goldney, R. D. (2000). The impact of suicide on relatives and friends. In K. Hawton & K. van Heeringen (Eds.), *International handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 467–484). Chichester, UK: Wiley & Sons.

Cusimano, M.D., & Sameem, M. (2011). The effectiveness of middle and high school-based suicide prevention programmes for adolescents: a systematic review. *Inj Prevent*, 17(1):43–9.

Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A.L.V., Langstrom, N., & Landen, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PLoS ONE*, 6, ArtID: e16885.

Eurostat, statistics 'death due to suicide'. Available on: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/> Accessed February 2014.

Gordon, R.S. (1983). *An operational classification of disease prevention*. Geneva: WHO.

Gould, M.S., Greenberg, T., Velting, D.M., & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(4), 386–405.

Gould, M.S., Marrocco, F.A., Hoagwood, K., Kleinman, M., Amakawa, L., & Altschuler, E. (2009). Service use by at-risk youths after school-based suicide screening. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48 (12), 1193–201.

Gould, M.S., Marrocco, F.A., Kleinman, M., Thomas, J.G., Mostkoff, K., Cote, J., & Davies, M. (2005). Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. *The journal of the American Medical Association*, 293(13), 1635-43.

Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Augelli, A. R, et al. (2011). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *Journal of Homosexuality*, 58, 10–51.

Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373, 1372-1381.

Huh, G.Y., Jo, G.R., Kim, K.H., Ahn, Y.W., & Lee, S.Y. (2009). Imitative suicide by burning charcoal in the southeastern region of Korea: The influence of mass media reporting. *Leg. Med. (Tokyo)*, 11(Suppl 1), S563-S564.

Jordan, J. R., & McIntosh, J. L. (2011). Suicide bereavement: Why study survivors of suicide loss? In J. R. Jordan & J. L. McIntosh (Eds.), *Grief after suicide. Understanding the consequences and caring for the survivors* (pp. 3–17). New York, NY: Taylor and Francis.

Kärnä, A., Voeten, M., Little, T., Alanen, E., Poskiparta, E., & Salmivalli, C. (2011b). Going to Scale: A nonrandomized nationwide trial of the KiVa antibullying program for comprehensive schools. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. doi: 10.1037/a0025740.

Kärnä, A., Voeten, M., Little, T., Poskiparta, E., Kaljonen, A., & Salmivalli, C. (2011a). A large-scale evaluation of the KiVa anti-bullying program; Grades 4-6. *Child Development*, 82, 311-330.

Katz, C., Bolton, S. Katz, L.Y., Isaak, C., Tilston-Jones, T., Sareen, J. & Swampy Cree Suicide Prevention Team (2013). A systematic review of school-based suicide prevention programs. *Depression and Anxiety*, 30, 1030 – 1045.

Kokkevi, A., Rotsika, V., Arapaki, A., & Richardson, C. (2012). Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across 17 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(4), 381-389.

Leite, A., Idzelis, M., Reidenberg, D., Roggenbaum, S., & LeBlanc, A. (2011). *Linking Education and Awareness of Depression and Suicide (LEADS): An evaluation of a school-based suicide prevention curriculum for high school youth*. St. Paul, MN: Wilder Research.

Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., de Wilde, E.J., Corcoran, P., Fekete, S, van Heeringen, K., De Leo, D., & Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: Comparative findings from the Child and Adolescent Self-Harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 667–677.

Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., Wasserman, D., Yip, P., & Hendin, H. (2005). Suicide Prevention Strategies, A systematic review. *The Journal of the American Medical Association*, 294 (16), 2064-74.

Mathy, R.M. (2002). Transgender identity and suicidality in a nonclinical sample: Sexual orientation, psychiatric history, and compulsive behaviors. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 14, 47–65.

McDaniel, J. S., Purcell, D., & D’Augelli, A.R. (2001). The relationship between sexual orientation and risk for suicide: Research findings and future directions for research and prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 84–105.

Michelmore, L., & Hindley, P. (2012). Help-Seeking for Suicidal Thoughts and Self-Harm in Young People: A Systematic Review . *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(5), 507-524.

Miller, D.N., Eckert, T.L., & Mazza, J.J. (2009). Suicide prevention programs in the schools: a review and public health perspective. *School Psychol Rev*, 38(2), 168–188.

Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Chiu, W.T., de Girolamo, G., Gluzman, S., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J.M., Huang, Y., Karam, E., Kessler, R.C., Lepine, J.P., Levinson, D., Medina-Mora, M.E., Ono, Y., Posada-Villa, J., Williams, D., et al. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry*, 192 (2), 98-105.

Nordentoft, M. (2011). Crucial elements in suicide prevention strategies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 35, 848-853.

Pirkis, J., & Blood, R.W. (2001). Suicide and the media: (1) Reportage in nonfictional media. *Crisis*, 22(4), 146-154.

Portzky, G., & van Heeringen, K. (2006). Suicide prevention in adolescents: a controlled study of the effectiveness of a school-based psycho-educational program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47 (9), 910–918.

Qin, P., Agerbo, E., & Mortensen, P.B. (2002). Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: A nested case-control study based on longitudinal registers. *The Lancet*, 360 (9340), 1126–1130.

Robinson, J., Cox, G., Malone, A., Williamson, M., Baldwin, G., Fletcher, K., O'Brien, M. (2013). A Systematic Review of School-Based Interventions Aimed at Preventing, Treating, and Responding to Suicide-Related Behavior in Young People. *Crisis*, 34(3), 164–182.

Salmivalli, C., Garandeau, C., & Veenstra, R. (2012). KiVa Anti-Bullying Program: Implications for School Adjustment. To be published in G. Ladd & A. Ryan (Eds.), *Peer Relationships and Adjustment at School*. Charlotte, NC: Information Age Publishing.

Salmivalli, C., Kärnä, A., & Poskiparta, E. (2011) Counteracting bullying in Finland: The KiVa program and its effects on different forms of being bullied. *International Journal of Behavioral Development*, 35, 405-411.

Sarchiapone, M., Mandelli, L., Iosue, M., Andrisano, C., & Roy, A. (2011). Controlling Access to Suicide Means. *International Journal of Environmental Res. Public Health*, 8, 4550-4562.

Savin-Williams, R. C. (2001). Suicide attempts among sexual minority youths: Population and measurement issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 983–991.

Schilling, E.A., Lawless, M., Buchanan, L., Aseltine, R.H.Jr. (2014). “Signs of Suicide” shows promise as a Middle School Suicide Prevention Program. *Suicide Life Threat Behav*, 2014 May 2 [Epub ahead of print].

Shaffer, D., Scott, M., Wilcox, H., et al. (2004). The Columbia Suicide Screen: validity and reliability of a screen for youth suicide and depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43(1), 71–79.

Sisask, M., & Värnik, A. (2012). Media roles in suicide prevention: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9, 123-138.

Stack, S. (2000). Media impacts on suicide: A quantitative review of 293 findings. *Social Science Quarterly*, 81(4), 957-972.

Stack, S. (2005). Suicide in the media: a quantitative review of studies based on non-fictional stories. *Suicide and Life Threatening Behaviour*, 35(2), 121-33.

Suicidepreventiewerking van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg Vlaanderen. Draaiboek(en) suicidepreventie voor secundaire scholen.

van Heeringen, C. (2001). Suicide in adolescents. *International Clinical Psychopharmacology*, 16 (2), S1-S6.

van Heeringen, C., & Vincke, J. (2000). Suicidal acts and ideation in homosexual and bisexual young people: a study of prevalence and risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35 (11), 494-499.

Wells, J., Barlow, J., & Stewart-Brown, S. (2003). A systematic review of universal approaches to mental health promotion in schools. *Health Education*, 103 (4), 197 -220.

Wilcox, H.C., Kellam, S.G., Brown C.H., Poduska, J., Jalongo, N.S., Wang, W., & Anthony, J.C. (2008). The impact of two universal randomized first- and second-grade classroom interventions on young adult suicide ideation and attempts. *Drug Alcohol Depend*, 95(Suppl 1), S60–S73.

Williford, A., Noland, B., Little, T., Kärnä, A., & Salmivalli, C. (2011). Effects of the KiVa anti-bullying program on adolescents' perception of peers, depression, and anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*. doi: 10.1007/s10802-011-9551-1.

World Health Organization (2013). Investing in mental health: evidence for action. Retrieved December 2013 from

http://www.who.int/mental_health/publications/financing/investing_in_mh_2013/en/

World Health Organization (2014). *Preventing suicide. A global imperative*. Retrieved September 2014 from http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/

Wyman, P.A., Brown, C.H., LoMurray, M., Schmeelk-Cone, K., Petrova, M., Yu, Q., Walsh, E., Tu, X., Wang, W. (2010). An outcome evaluation of the Sources of Strength suicide prevention program delivered by adolescent peer leaders in high schools. *Am J Public Health*, 100(9), 1653–1661.