

GIORNATA MONDIALE PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO: DATI E SINTESI

1. **IL SUICIDIO NEL MONDO**
2. **IL SUICIDIO IN ITALIA**
3. **I MEDIA E IL SUICIDIO**
4. **ALTRE INFORMAZIONI E MATERIALI DISPONIBILI, BIBLIOGRAFIA**

1. IL SUICIDIO NEL MONDO

I dati dell'OMS, Organizzazione Mondiale della Sanità, sono eloquenti: **nel mondo ogni anno circa un milione di persone muore per suicidio**. Il suicidio rappresenta circa il **3 per cento fra le cause di morte**.

Negli adolescenti **sotto i 15 anni il suicidio è la prima causa di morte in alcuni Paesi**: Cina, Svezia, Irlanda, Australia e Nuova Zelanda. Il suicidio è invece **la prima causa di morte per le persone dai 15 ai 24 anni in moltissimi Paesi** e lo è pressoché **in tutti i Paesi del mondo per gli adulti tra i 25 e i 55 anni**: per questa fascia di età il numero di morti per suicidio è superiore - in numeri assoluti - della somma dei morti per guerre e omicidi.

Il **SUPRE Project** (SUicide PREvention Project) è l'iniziativa globale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la prevenzione del suicidio. L'OMS valuta che **dal 1950 al 1995 la percentuale di morti per suicidio sia cresciuta globalmente del 60 per cento**. Nel 2000 il tasso globale era di 16 persone ogni 100.000 abitanti.

Una stima OMS-SUPRE, che tiene conto dell'invecchiamento della popolazione (le persone in età avanzata hanno un maggior tasso di suicidio) e di altri fattori afferma che, se non si interviene con politiche adeguate, **nel 2020 i morti per suicidio nel mondo potrebbero essere 1,53 milioni**.

La **Giornata Mondiale di Prevenzione del Suicidio**, evento annuale promosso dalla **Iasp, International Association for Suicide Prevention**, in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 2007 ha per tema "Suicide Prevention in Life Spam", "La prevenzione del suicidio nell'arco della vita". Infatti, nonostante si ponga maggior enfasi sul suicidio in età giovanile e sulla sua prevenzione, **il suicidio ricorre in tutto l'arco di vita**.

Il **suicidio nei bambini e nei giovani adolescenti** (meno di 15 anni) è raro e **rappresenta il 2 per cento** di tutti i suicidi. Ricorrono nelle loro storie violenze ed abusi fisici e psicologici, dipendenze da alcol o droghe in famiglia, depressione. Il suicidio tra gli **adolescenti e i giovani adulti** (dai 15 ai 24 anni) è invece un **grave problema** e una delle principali cause di morte fra i giovani in molti Paesi. In un terzo dei Paesi i giovani dai 15 ai 24 anni sono il gruppo a più alto rischio. **Il suicidio è invece -come detto - prima causa di morte tra gli adulti**, in particolare tra i maschi. In generale **le percentuali di suicidio crescono con l'età: in molti Paesi le percentuali di suicidio sono più alte fra le persone anziane**, in particolare oltre gli 85 anni.

In una prospettiva di genere, **gli uomini si tolgono la vita in misura tre volte maggiore delle donne** (fa eccezione la Cina, soprattutto nelle aree rurali), ma le donne - in particolare in giovani età - tentano il suicidio più degli uomini. Nel complesso **i tentati suicidi sono da 10 a 20 volte di più dei suicidi commessi**. Gli uomini di solito usano metodi con maggiore possibilità di esito fatale, sono meno propensi a cercare aiuto per i loro problemi emozionali e fanno maggiore uso di alcol e droghe.

I relativi **costi sociali** sono enormi, stimati in miliardi di dollari e corrispondono al potenziale economico delle vite perdute, ai trattamenti medici e psicologici dei tentati suicidi, alla sofferenza e al carico dei familiari e degli amici. Ogni suicidio colpisce in modo devastante altre **sei persone** in media.

I dati sul suicidio sono estremamente **difficili da valutare** e per certo **sottovalutati**, spesso a causa del tabù che tuttora rappresenta e della riluttanza a rendere pubblici i casi di suicidio, soprattutto fra gli anziani, oltre che per un "reporting" spesso sommario o inesistente.

L'**ingestione di pesticidi** è uno dei metodi più diffusi per il suicidio. Si stima che in tutto il mondo si verifichino 3 milioni di casi di avvelenamento volontario da pesticidi ogni anno, per un totale di circa 250 mila morti, prassi assai diffusa nelle aree rurali, soprattutto in alcuni Paesi asiatici, ma anche in America centrale e meridionale.

In generale la disponibilità di strumenti per togliersi la vita, come ad esempio le armi da fuoco in Paesi come gli Stati Uniti, influisce in modo rilevante sulla "prevalenza" del metodo utilizzato.

I tassi più alti di suicidio (dati Oms 2000) si riscontrano in Europa in particolare nell'**Europa dell'Est**, come in **Estonia, Lettonia, Lituania, Finlandia, Ungheria, Russia** e in **Paesi asiatici** come **Cina e Giappone**. Quelle **più basse** in **America Latina, Paesi Arabi** e in alcuni Paesi come **Argentina, Brasile, Kuwait e Thailandia**. I Paesi africani non forniscono dati sufficienti. In **numeri assoluti** il più alto numero di suicidi si trova in **Cina e India** che rappresentano da sole circa il 30 per cento dei casi.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità in generale i **fattori di rischio** variano per continenti e Paesi diversi, secondo variabili culturali, sociali ed economici. I disturbi psichici sono associati al 90 per cento dei suicidi. In particolare depressione, schizofrenia, disturbi della personalità. E poi abuso di sostanze, alcolismo (tra il 5-10 per cento di chi è dipendente si toglie la vita), malattie fisiche croniche e dolorose, cancro e Hiv in primis, ma anche disturbi neurologici. Tra i fattori ambientali problemi di relazione e familiari, violenze subite, lutti, divorzi e separazioni, altri eventi traumatici recenti, solitudine. Influiscono in modo rilevante le condizioni economiche, tracolli finanziari, povertà, disoccupazione, emigrazione. Sono fattori di rischio alcune occupazioni che mettono in contatto con sostanze letali (medici, farmacisti, agricoltori...), e in generale la disponibilità di mezzi a commettere suicidio, l'esposizione a comportamenti suicidi altrui, un precedente tentativo di suicidio: il 10-14% di chi ha tentato il suicidio si toglie la vita.

I **fattori di protezione** riconosciuti, d'altra parte, sono le buone relazioni familiari, una forte consapevolezza del proprio valore e la fiducia in se stessi, ma anche la capacità di chiedere aiuto, di confrontarsi con gli altri e di imparare. Altri fattori sono l'interiorizzazione di valori e tradizioni della propria cultura, una rete di buone relazioni con amici, vicini, compagni di lavoro o di scuola, l'integrazione nel lavoro, nelle attività culturali e di tempo libero, o anche fattori ambientali come l'assenza dell'uso di droghe o tabacco, mangiare e dormire in modo corretto, una buona attività fisica e la presenza della luce del sole.

Tutte le agenzie di prevenzione del suicidio, a partire dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, **reputano che le helpline siano utili nella prevenzione dei comportamenti suicidi**, anche quando non "salvano la vita" in senso letterale da un tentativo di suicidio, e includono il "telephone crisis intervention" nelle proprie linee guida. Brian Mishara, presidente di IASP, nel corso del congresso "Salute Emozionale: una nuova consapevolezza", organizzato da IFOTES, International Federation of Telephone Emergency Services e da Telefono Amico Italia, lo scorso luglio, ha detto: **"Le help-line possono davvero salvare delle vite, grazie all'ascolto basato su empatia e rispetto, alla capacità di dare supporto e di creare una buona relazione con la persona in crisi"** (informazioni sul congresso IFOTES a www.ifotescongress2007.org).

2. IL SUICIDIO IN ITALIA

In **Italia** si valutano ogni anno tra **3.500 e 4.000 i suicidi ogni anno**.

I dati epidemiologici sui suicidi e i tentativi di suicidio provengono dall'Autorità giudiziaria (verbali e rapporti di Polizia e Carabinieri) o da quella Sanitaria (secondo i dati elaborati dall'Istituto di statistica sanitaria tratti dai certificati di morte). Tali dati sono spesso non coerenti tra loro, sono, per parere unanime degli esperti, sottostimati (soprattutto quelli fornito dall'Autorità Giudiziaria) e vengono aggiornati con un ritardo di almeno 2-3 anni.

Nel 2004 i suicidi "ufficiali" sono stati per l'Istat 3.265 (758 donne e 2.507 uomini), con **un tasso di 5,6 su 100.000 persone**, con prevalenza del Nord Est e valori molto più bassi nell'Italia Meridionale. La regione che appare con il più alto tasso è il Friuli Venezia Giulia, con il 9,8 e la più bassa la Campania con il 2,6.

Nel 2004 meno del 1 per cento dei suicidi aveva meno di 18 anni, poco meno di due terzi erano in età lavorativa (dai 18 ai 64 anni) e oltre un terzo aveva superato i 65 anni. **La tendenza al suicidio aumenta in percentuale all'aumentare dell'età**. Tra i principali "moventi", così definiti dai verbali delle forze dell'ordine, si rileva la malattia psichica, presente in circa metà dei casi, motivi affettivi, economici, malattie fisiche e un obsoleto "motivi d'onore".

Dal 1950 a oggi, secondo l'OMS il tasso di suicidi in Italia ha toccato il punto più basso a metà degli anni '60, con il 5,4 su 100.000 abitanti e quello più alto intorno al 1985, con l'8,3 per %000.

Dal 1983 al 2004, secondo i dati Istat, l'andamento è stato altalenante. Nel 1983 si sono contati 2.851 suicidi, cresciuti fino a essere 4.081 nel 1987 e poi rimasti nei successivi 10 anni abbastanza costanti (tra i 3.800 e i 4.100 con un "picco" di 4.119 nel 1993). Dal 1996 il numero cala invece fino ai 2.819 del 2001 per poi risalire fino ai 3.265 del 2004. Questa la serie storica più recente secondo l'Istat (dati di Polizia di Stato e Carabinieri):

Anno	2000	2001	2002	2003	2004
N. suicidi	3.096	2.819	2.949	3.361	3.265

Negli anni più recenti in Italia, quindi, il fenomeno del suicidio appare ancora stabile o in crescita, mentre, grazie a campagne ad hoc, è in calo nei Paesi del Nord Europa, dove i tassi erano molto più alti.

Sono in ogni caso dati da trattare con cautela, come prova il fatto che l'OMS per il 2002 accredita l'Italia di 4.069 casi di suicidio (fonti sanitarie), il 25 per cento in più rispetto ai dati forniti dall'Istat stesso (2.949, fonti giudiziarie).

L' **"undereporting"**, la sottostima dei suicidi deriva da fattori diversi: la vergogna dei sopravvissuti, il voler celare il suicidio per motivi assicurativi, la negligenza di chi stila i rapporti. Spesso le morti che vengono rubricate come "morte improvvisa" o "causa sconosciuta", in realtà sono suicidi: soprattutto in caso di anziani soli, in casa di riposo e ospedale. Mancano alle statistiche le persone morte, magari dopo giorni, "in conseguenza" di un tentativo di suicidio. Non sono contemplati molti casi di incidenti stradali inspiegabili, episodi di suicidio in carcere, di overdose volontaria di tossicodipendenti, di anziani che si lasciano morire o si avvelenano.

Una **ricerca** della rivista **Altroconsumo**, datata 2004, **sui comportamenti e le credenze relative al suicidio** (su un campione significativo di 3.370 persone adulte) fa emergere che il 35 per cento del campione conosceva qualcuno che aveva tentato il suicidio e il 49 per cento una persona morta per suicidio. Il 13 per cento del campione aveva avuto nell'ultimo anno idee suicide, l'8 per cento in modo persistente.

Lo 0,43 per cento ha dichiarato di aver tentato il suicidio nell'ultimo anno. Questo corrisponde a 430 su 100.000 persone, 10 volte di più dei tassi ufficiali. Anche questo dà la misura della difficoltà di raccogliere e interpretare i dati su questo tema. Tra le molte affermazioni con cui veniva chiesto di concordare o meno: per il 72 per cento del campione chi tenta il suicidio è una persona che non ha nessuno con cui condividere i propri problemi.

3. I MEDIA E IL SUICIDIO

Il SUPRE (Suicide Prevention) del Dipartimento di Salute Mentale dell'OMS, ha pubblicato nel 2000 le **linee guida dedicate ai media in tema di suicidio**. Le ricerche dimostrano infatti che i media giocano un ruolo attivo nel suicidio: sia nel rischio di emulazione (copycat suicides), sia nella possibile prevenzione. Ecco un breve riassunto delle "raccomandazioni" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ai giornalisti che trattano un caso di suicidio.

COSA FARE

- Utilizzare fonti affidabili e riconosciute, lavorare in collaborazione con le autorità sanitarie
- Presentare solo i dati essenziali, possibilmente riportandoli nelle pagine interne
- Parlare di un suicidio sempre come "commesso" e non come "riuscito"
- Descrivere l'impatto dell'evento sui familiari in termini di stigma e di sofferenza psicologica
- Descrivere le conseguenze fisiche di tentati suicidi dall'esito non fatale
- Evidenziare le alternative al suicidio: fornire indicazioni sulle helpline, sui numeri di telefono da chiamare e le altre risorse per la salute mentale
- Rendere pubblici i fattori di rischio e i segni premonitori, in particolare la depressione, precisando che è una condizione curabile, solidarizzare con i "survivors", le persone sopravvissute
- Usare particolare cautela nel diffondere e interpretare i dati e le statistiche sul suicidio

COSA NON FARE

- Utilizzare titoli a grande impatto e in prima pagina
- Pubblicare foto della scena del suicidio o descrizioni dettagliate del metodo scelto e del luogo dove si è svolto
- Trattare in modo sensazionale il suicidio, soprattutto quando si tratta di una celebrità
- Dipingere le persone suicide degli eroi o dei martiri
- Utilizzare generalizzazioni o stereotipi culturali e religiosi, descrivere il suicidio in modo semplicistico o inesplicabile, invece che come combinazione complessa di diversi fattori
- Descrivere il suicidio come una possibile via di fuga da problemi personali come il fallimento scolastico o lavorativo, i tracolli finanziari, gli abusi sessuali
- Usare espressioni come "epidemia di suicidi". Fare comparazioni tra Paesi e luoghi dove i sistemi di rilevazione sono diversi. Bollare un luogo come "Paese o Regione dei suicidi"

Una guida completa "Reporting on Suicide" si trova su www.afsp.org, il sito della American Foundation for Suicide Prevention. In Italia l'Ordine dei Giornalisti ha collaborato con la sanità pubblica (anche qui ricorre il caso di Trieste) nel progettare un "giornalismo di prevenzione" e in generale attenuare il tono nelle notizie che riguardano i suicidi.

4. ALTRE INFORMAZIONI E MATERIALI DISPONIBILI, BIBLIOGRAFIA

Materiali e dati

Ulteriori dati sull'attività di Telefono Amico Italia possono essere estrapolati dai "report", a cura della Commissione Dati di Telefono Amico Italia (responsabile Harald Moser, harald.moser@alice.it).

Gli esperti di cui nel file allegato, oltre che rilasciare interviste, potranno mettere a disposizione le proprie ricerche o indicare altri materiali scientifici utili. Possiamo inoltre inviare su richiesta:

- Documento di IASP, International Association for Suicide Prevention pubblicato in previsione del "World Suicide Prevention Day" (pdf, inglese)
- Articolo del presidente di Iasp Brian Mishara sulla ricerca "Comparing Models of Helper Behavior to Actual Practice in Telephone Crisis Intervention" che analizza i diversi modelli di helpline e la loro efficacia (pdf, inglese)

Siti web principali

Organizzazione Mondiale della sanità

http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html

Iasp, International association for suicide prevention

www.iasp2007.org, www.iasp.info (il XXIV congresso mondiale IASP, che anticipa e prepara la Giornata del 10 settembre, si tiene dal 28 agosto al 1 settembre a Killarney, in Irlanda).

Riviste

"Studi su aggressività e suicidio", sito web: <http://www.aggressuicide.org>, e mail: aggressuicide@unipd.it
Qui si trovano recenti studi scientifici e pubblicazioni sul tema.