

IL SUICIDIO

Il suicidio, dagli anni '50, nelle regioni europee è cresciuto del 60%, soprattutto tra i giovani. E' tra le prime dieci cause di morte, ed i tentativi di suicidio risultano venti volte maggiori dei suicidi stessi. Pur colpendo in modo particolare gli anziani rappresenta, nei giovani, la seconda causa di decesso; si configura quindi come uno dei maggiori problemi di salute pubblica.

Il suicidio è determinato, come attesta la letteratura in merito, da una pluralità di fattori, biologici e sociali, che interagiscono tra loro

FATTORI CHE INCIDONO SUL SUICIDIO O SUL TENTATIVO DI SUICIDIO

La condotta suicidaria è associata a bassa autostima, a difficoltà interpersonali e intrapersonali, a mancanza di aspettative positive per il futuro e all'incapacità di trovare soluzioni alternative ai problemi.

I fattori che espongono un individuo ad un elevato rischio di suicidio, o tentato suicidio, sono complessi e connessi tra loro. La capacità di identificare questi elementi risulta fondamentale ai fini della prevenzione; esiste, infatti, una correlazione tra la frequenza cumulata di eventi avversi ed il rischio di suicidio.

Solitamente i fattori di rischio si suddividono in:

Fattori individuali, riguardano gli aspetti biologici (età, sesso) e la storia personale di ogni soggetto

-*Età*. In genere la percentuale di suicidi nelle persone sopra i 75 anni è di 3 volte maggiore di quella dei giovani. I parasuicidi risultano invece più comuni nella fascia giovanile, fenomeno che sembra spiegabile con una più forte impulsività nei giovani e, viceversa, con una maggiore pianificazione dell'atto nell'anziano.

-*Sesso*. Il suicidio è più frequente nel sesso maschile (di 3 volte maggiore rispetto alle donne), contrariamente, il numero di parasuicidi compiuti da sesso femminile è superiore di circa 4 volte quello maschile.

-*Storia familiare problematica*. Disturbi psichici, alcolismo, suicidio.

-*Storia familiare di perdita, abusi, abbandoni*.

-*Precedenti tentativi di suicidio*. Tale fattore aumenta il rischio di morte auto inflitta fino a 40 volte rispetto alla media, e si mantiene elevato per anni. Il 10-15% delle persone che hanno già tentato il suicidio riesce nel proprio intento.

-*Gravi e/o croniche patologie mediche*. Il 20-50% dei tentativi di suicidio (specialmente in età avanzata) è riconducibile a una grave e dolorosa malattia fisica, spesso con prognosi negativa.

-*Abuso di alcool e altre sostanze*. Il 15% delle persone con questo tipo di problema si suicida; ciò accade solitamente nelle fasi avanzate della malattia, in concomitanza al disgregarsi dei rapporti interpersonali, all'emarginazione sociale, all'indigenza e/o all'insorgere di problematiche fisiche.

-*Presenza di un disturbo mentale*. Le malattie psichiatriche, insieme ad un precedente tentativo di suicidio, costituiscono il principale fattore di rischio. Il 40-50% dei suicidi presentano uno stato di depressione grave, ed il 90% delle persone che si toglie la vita soffre di un disturbo psichico o sono affette da dipendenze.

Le patologie maggiormente associate al suicidio sono i disturbi maggiori dell'umore, con rischio maggiore soprattutto nelle prime fasi della malattia. I disturbi bipolari presentano un rischio particolarmente elevato nei momenti di viraggio; inoltre, i disturbi dell'umore con caratteristiche psicotiche sembrano comportare un rischio di suicidio 5 volte maggiore delle depressioni non psicotiche.

Per gli schizofrenici sembra esserci un rischio del 15% di suicidio, soprattutto per i soggetti maschi, giovani, con buon funzionamento prima dell'esordio. Il suicidio, negli schizofrenici, si verifica in prevalenza nelle fasi di remissione dei sintomi floridi della malattia, quando avviene un'elaborazione depressiva del disagio.

Ricerche sui giovani, che hanno commesso o tentato il suicidio, hanno evidenziato, nel 20-50% dei casi, la presenza di disturbi di personalità; i più frequenti sono il disturbo borderline, (circa il 10% si suicida, mentre un numero maggiore ricorre al comportamento parasuicidario senza intento letale), ed il disturbo antisociale (associabile ad un rischio inferiore, 5%, ma a condotte

parasuicidarie di tipo manipolativo superiore, circa il 50%), e anche il disturbo istrionico e narcisistico. Queste disturbi sono connotati da tratti di impulsività e aggressività¹.

Fattori ambientali, riguardano il contesto sociale, che può determinare instabilità, ansia, insicurezza, frustrazione.

-*Problemi socioeconomici*. Il suicidio è più frequente in soggetti disoccupati e/o in stato di indigenza.

-*Stato civile*. La condotta suicidaria sembra maggiormente presente rispettivamente per i vedovi, divorziati, single (soprattutto uomini). Il matrimonio, e la presenza di figli piccoli, sembrerebbe un fattore di protezione.

-*Scarse relazioni sociali*, mancanza di supporto

-*Famiglia problematica*.

-*Problemi scolastici o lavorativi*.

Fattori precipitanti, situazioni di crisi che accrescono lo stato di ansia ed insicurezza.

-*Rottura di una relazione importante*.

-*Perdita del lavoro*. Il periodo immediatamente successivo alla perdita del lavoro si delinea come il momento più critico.

-*Suicidio di una persona cara*, per il ruolo svolto dall'emulazione o identificazione

-*Eventi traumatici*.

SEGNALI DI ALLARME.

Particolare attenzione deve essere posta a quei segnali che potrebbero indicare un potenziale comportamento suicidario.

- Segnali verbali. La persona parla di morte, afferma che a nessuno importerebbe della sua scomparsa.
- Segnali comportamentali. Isolamento, stanchezza, agitazione, cambiamento delle abitudini legate al sonno e/o all'alimentazione
- Malessere psichico. Umore depresso irritabile, ansia e attacchi di panico, perdita di interesse e piacere, sentimenti di colpa, scarsa autostima.
- Comportamenti o idee auto lesive.
- Abuso di sostanze.
- Somatizzazione. Numerose richieste di visite mediche per disturbi fisici.

Per una persona in crisi è rilevante poter parlare con qualcuno che dimostri partecipazione ed interesse. Spesso chi pensa al suicidio è alla ricerca di aiuto e sollievo; affrontare apertamente l'argomento può portare la persona a sentirsi sollevata, a riflettere sulla gravità della scelta e a desistere.

MA TE LA SEI BEVUTA?! SUICIDIO TRA MITO E REALTÀ...

Mito: Se uno pensa al suicidio è fuori di testa

Realtà: Moltissimi ragazzi e ragazze, uomini e donne, in momenti duri della loro vita pensano al suicidio come una delle possibilità per uscire dalla sofferenza, non vuol dire né che sono malate né che sono pazze, ma che forse hanno bisogno di una mano...

Mito: Quando uno ha deciso di suicidarsi lo fa e basta, non ne parla e non si può fare niente...

Realtà: Prima di suicidarsi 2 persone su 3 avevano detto a qualcuno che volevano farlo. Non è necessario chiamare i marines... ascoltare e prendere sul serio gli amici o i familiari che parlano di questo è il primo passo verso la possibilità di aiutarli...

Mito: Chi si vuole suicidare vuole morire

Realtà: Spesso chi pensa a togliersi la vita non vuole che finisca tutto, ma vuole che cessino la sua sofferenza e la sua fatica, solo che è in un momento dove la sua situazione gli pare irrisolvibile e senza alternative.

¹ De leo D., Pavan L., *Comportamenti suicidari*, in Cassano GB e al., *Trattato italiano di psichiatria*, Masson, Milano, 2002

Mito: Parlare di suicidio può far precipitare la situazione e convincere la persona a uccidersi

Realtà: Parlare della propria sofferenza spesso dà un sollievo immediato e la sensazione di essere meno soli, fa vedere altri punti di vista e sentire che “a qualcuno importa”...tutte cose che scongiurano il rischio del suicidio.

Mito: Chi tenta di uccidersi lo fa solo per attirare l'attenzione

Realtà: Il tentato suicidio può essere un grido d'aiuto, ma decisamente per attirare l'attenzione ci sono metodi molto meno rischiosi del cercare di uccidersi! Chi sceglie questo gesto per chiedere aiuto vive una sofferenza che non va né banalizzata né giudicata.

Mito: Se uno cerca di uccidersi poi è a rischio per tutta la vita

Realtà: Sarebbe come dire che se una volta hai fatto una cavolata per amore potresti rifarla da un momento all'altro... se è vero che alcune persone possono provare a uccidersi più volte è anche vero che molto dipende da quello che è successo dopo il tentativo, se la persona ritrova il proprio equilibrio non c'è motivo di pensare che sia a rischio per tutta la vita.

Mito: Quelli che si ammazzano di solito sono poveri e anche un po' disagiati

Realtà: il suicidio è molto democratico, non colpisce una classe economica più di un'altra... ricchi e poveri si ammazzano in ugual misura.

Mito: Quando uno si ammazza poi è meglio parlarne il meno possibile

Realtà: Parlarne aiuta a riflettere sull'accaduto e a stare accanto ai familiari e agli amici della persona che si troverebbero altrimenti immerse in un mare di solitudine e abbandono. Non è questione di parlarne poco, ma di parlarne BENE, con grande rispetto e senza giudizio.

I MEDIA E L'IMITAZIONE.

La tendenza del suicidio a stimolare l'imitazione, soprattutto se la morte è molto pubblicizzata o romanticizzata, provoca un forte impatto, principalmente sugli adolescenti ed i giovani. Per questo i media devono essere coscienti che un'informazione non adeguata può condurre ad accentuare localmente il fenomeno². Per prevenire l'insorgere del contagio e dell'emulazione (“effetto Werther”) andrebbero evitati alcuni atteggiamenti nel modo di presentare le notizie relative ai suicidi:

- Spiegare l'evento in modo semplicistico; chiarire che l'evento finale ha precipitato il gesto, ma non è la sua unica causa.
- Riportare notizie di suicidi in modo ripetitivo, continuo o eccessivo; si tende in questo modo a promuovere l'attenzione sul suicidio, specie fra le persone a rischio.
- Trattare il suicidio in modo sensazionalistico; si tratta di evitare dettagli morbosi e foto drammatiche.
- Riportare descrizioni che possono fungere da istruzioni; molti individui a rischio attendono solo di individuare il metodo che gli procuri una morte certa con il minore dolore possibile.
- Presentare il suicidio come strumento per ottenere determinati fini; diviene sconsigliabile l'impiego del termine “suicidi riusciti” per distinguerli dai tentati, conferendo così un alone di positività al gesto suicidario.
- Glorificare il suicidio o le persone che vi ricorrono; il rischio di contagio è minore se si riduce al minimo la descrizione delle manifestazioni di dolore; potrebbero infatti, suggerire che si stia in realtà rendendo onore alla persona che si è suicidata.
- Concentrarsi esclusivamente sulle caratteristiche positive dell'individuo suicida; accanto alle lodi è importante riconoscere anche i problemi di quest'ultimo.³

² Coleman L., Beyond Bergenfield: Making sense of suicide clusters, *The Network News*, vol.7 p.1-5, 1987.

³ Phillips D., Carstensen L., The effects of suicide stories on various demographic groups, 1968-1985, in *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1988, vol.18, p.100-112.

EPIDEMIOLOGIA DEL SUICIDIO

In Europa il fenomeno del suicidio varia notevolmente da uno stato all'altro, le zone più colpite sono quelle del nord-est, mentre gli stati meno esposti risultano quelli del mediterraneo.

Anche in Italia il tasso di suicidi è in netta maggioranza nelle regioni del nord-est, e come a livello internazionale, c'è una netta maggioranza di suicidi per quanto riguarda il sesso maschile.

Il fenomeno tende ad aumentare con l'età, dopo i 45 anni si assiste ad un incremento costante. Sotto ai 14 anni, il suicidio, risulta statisticamente poco significativo, mentre si delinea in crescita, negli ultimi anni, la classe d'età tra i 15 ed i 24.

A livello locale, mentre il tasso medio per la popolazione femminile si attesta sulla media nazionale con una preminenza nella fascia d'età dai 45 ai 74, ed in particolare tra i 55 ed i 64 anni; per gli uomini si delinea al di sopra, con una forte incidenza in Alto Adige che si presenta tra i più alti in Italia.

Analizzando i dati per comprensorio, il tasso medio in Val di Sole risulta superiore sia al tasso medio di suicidio italiano sia a quello trentino. In questo contesto l'autosoppressione è più diffusa tra i lavoratori autonomi che tra i dipendenti, ha un'incidenza maggiore tra le persone che vivono sole e la classe d'età tra i 45 e 64 anni risulta la più colpita. L'impiccagione/soffocamento prevale come modalità di suicidio fino ai 65 anni, mentre dopo i 75 sono maggiori i suicidi per precipitazione.

PROGRAMMI DI PREVENZIONE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sostiene che i programmi di prevenzione per il suicidio devono rispecchiare le caratteristiche dei singoli Paesi, tenendo conto delle diverse realtà sociali, culturali e sanitarie.

Costatando un progressivo aumento del disagio psichico, l'OMS, propone una strategia d'intervento incentrata sullo sviluppo della salute mentale, che accresca la consapevolezza della frequenza dei disturbi psichici e della loro possibilità di guarigione. L'obiettivo è ridurre le barriere verso il trattamento e la cura, per migliorare la qualità della vita mediante l'inclusione sociale e la tutela della dignità delle persone che ne sono affette; e, per attuare degli interventi efficaci, incrementare la ricerca inerente gli aspetti biologici e psicosociali.

I percorsi di prevenzione attuati, benché perseguano lo stesso obiettivo, si dimostrano, infatti, dissimili; variano i target e forti differenze si osservano anche riguardo al coinvolgimento, più o meno marcato, della popolazione e delle associazioni dei familiari nello sviluppo e nell'attuazione delle diverse strategie adottate.

L'Irlanda, che dagli anni novanta ha visto quadruplicarsi il tasso di suicidio tra gli adolescenti, ha sviluppato un programma di prevenzione finalizzato, oltre che al miglioramento delle offerte di cura per le fasce a rischio, alla sensibilizzazione della popolazione al problema del suicidio; intervenendo sull'atteggiamento e sui preconcetti e introducendo nelle scuole e negli istituti di formazione per adulti programmi tesi al miglioramento delle capacità di superare crisi e conflitti. (www.ias.ie).

In Finlandia e Scozia una delle priorità dei programmi è la formazione destinata al personale medico; la Scozia ha elaborato un programma che si chiama "Choose Life. A National Strategy and Action Plan to Prevent Suicide In Scotland" con l'obiettivo di ridurre il suicidio attraverso il miglioramento degli interventi in situazione di crisi; con speciali programmi di formazione destinati sia al personale medico, sia agli agenti di polizia, ai conducenti di ambulanze e al personale dei penitenziari. (www.scotland.gov.uk/library5/health/clss-00.asp).

Esistono anche associazioni di carattere internazionale il cui scopo è di condividere lo scambio di informazioni e di buone pratiche per la prevenzione, organizzando convegni e mettendo in rete pubblicazioni. IASP (International Association for Suicide Prevention) è un'organizzazione non governativa fondata in Austria nel 1960, ed è in collaborazione ufficiale con l'Organizzazione Mondiale della Sanità per quanto riguarda la prevenzione del suicidio (www.med.uio.no/iasp/index.html).

Esistono poi altri network, in questo caso di tipo europeo, che hanno tra le altre priorità quella di diminuire il numero di suicidi. È il caso dell'IMHPA (Implementing Mental Health Promotion Action) al quale aderiscono partners da 28 paesi europei con lo scopo di promuovere la salute mentale. L'IMHPA ha ricevuto finanziamenti dalla Commissione Europea, dal Ministero della Sanità

olandese e dal Ministero degli Affari Sociali e della Sanità finlandese (www.imhpa.net/). Un altro importante network è l'European Alliance Against Depression (EAAD), progetto che nasce dalle ricerche del network tedesco sulla depressione e sul fenomeno del suicidio (fondato nel 2003 dal Ministero tedesco dell'Educazione e della Ricerca) e promosso dalla Direzione Generale della Salute della Commissione Europea. Il programma, articolato su quattro livelli, sembra ben strutturato: dopo un anno di sperimentazione del progetto a Norimberga si è verificata una diminuzione del trend suicidario del 20%. Il partner leader è l'Università di Monaco e il programma è ora attivo in 18 paesi dell'Unione, con lo scopo di combattere la depressione e diminuire il numero dei suicidi; la Provincia di Bolzano è partner di questo progetto (www.eaad.net/).

Sebbene siano ampiamente presenti ed attivi centri di ascolto, gruppi di auto mutuo aiuto e linee telefoniche di sostegno, l'Italia risulta più povera, rispetto ad altri paesi, di iniziative specifiche inerenti la prevenzione al suicidio. Tra le esperienze maturate si può ricordare "progetto Amalia e Telefono Speciale", un progetto inedito effettuato a Trieste dal 1996, che è riuscito ad integrare pubblico e privato. Sono stati istituiti due servizi distinti ma integrati, con due numeri verdi attivi 24 ore su 24; il progetto Amalia è finalizzato a ricercare ed aiutare attivamente gli anziani, Telefono Speciale è invece una linea telefonica rivolta alle persone sole e in difficoltà. Questo progetto è finalizzato ad interrompere l'isolamento delle persone in difficoltà, a favorire l'istituirsi di gruppi di auto mutuo aiuto e a migliorare le conoscenze inerenti il disagio psichico. Amalia e Telefono Speciale sono riusciti a svolgere un'azione di monitoraggio sistematica sul fenomeno dei suicidi, una mappatura degli anziani a rischio di morte solitaria ed una riduzione del tasso di suicidi. (www.triestesalutementale.it/guida/programmi/prgm_frame.htm).

La Provincia di Bolzano è partner del progetto di prevenzione per la depressione e il suicidio promosso dalla Direzione Generale alla Salute della Commissione Europea. Il progetto è partito nell'aprile del 2004 in 18 regioni europee, ed ha una durata di 4 anni. È finanziato per la maggior parte dai fondi dell'Unione Europea e in parte dalla Provincia di Bolzano. Antecedente al progetto dell'European Alliance Against Depression era già in vigore la pratica dell'Autopsia Psicologica promossa dalla provincia, ma praticata in modo diverso dai quattro distretti sanitari del territorio; ciò rileva che da anni nell'Alto Adige esiste una particolare attenzione al tema.

Il progetto è articolato su quattro livelli:

- Training per i medici di base sulla depressione (sostenendo che una diagnosi precoce può permettere un intervento immediato evitando che la malattia degeneri in forme più gravi)
- Campagna pubblicitaria per promuovere la conoscenza della depressione e ridurre lo stigma verso chi ne è affetto;
- Training per gruppi di sensori (insegnanti, operatori sociali, forze dell'ordine, preti, media).

Le persone che hanno tentato il suicidio ricevono una tessera d'emergenza (emergency card) che garantisce loro un accesso diretto e immediato ai centri di crisi con l'aiuto e il supporto di professionisti. Sono stati creati inoltre dei servizi specifici per i gruppi considerati a rischio, come una hot line operativa 24 ore su 24 e dei gruppi di auto mutuo aiuto. Il progetto sostiene anche il continuo monitoraggio dell'incidenza della depressione e dei tentati suicidi.

Sul territorio siciliano è operativa da circa dieci anni l'Associazione Famiglie Italiane per la Prevenzione del suicidio Marco Saura che, in collaborazione con i Servizi Sanitari e la Regione, organizza incontri e convegni finalizzati alla consapevolezza rispetto al ruolo dello stigma sulla salute mentale e sui conseguenti risvolti nei confronti della prevenzione al suicidio.

Anche se non si tratta di uno specifico progetto di prevenzione per il suicidio si può citare l'esperienza della Valle di Sole, dove nel 2004, dalla collaborazione del Dottor Mercurio, del Dottor Facchinelli, il responsabile del Servizio Sociale, e della dottoressa Leonardi, sono stati organizzati degli incontri di sensibilizzazione con i gruppi che si riteneva potessero cogliere il malessere e il disagio (medici di base, di operatori sociali, psicologi, associazioni di volontariato e sacerdoti).

È stato formato un gruppo di coordinamento con persone appartenenti alle diverse categorie che ha ragionato su come promuovere la salute e prevenire il disagio, sui fattori di rischio e di protezione. Una particolare attenzione è stata rivolta al ruolo dei medici di base, al riconoscimento tempestivo della depressione e al ruolo della famiglia nell'intervento alle persone che hanno tentato il suicidio e per la post-assistenza ai suicidi. Nel novembre 2004 è stata organizzata una giornata che riassume tutti i contributi riflessivi che erano emersi dai vari gruppi fino a quel momento e nuovi input per iniziative future. Nel corso del 2005 sono proseguiti gli incontri di formazione con i medici di base ed è stato elaborato il questionario per il monitoraggio dei tentati

suicidi all'ospedale di Cles con la collaborazione del Pronto Soccorso, della Psicologia Clinica e delle Neuropsichiatria Infantile.

Per quanto riguarda la ricerca, a livello italiano, va citata l'Associazione Italiana per lo Studio e la Prevenzione del Suicidio (AISPS), affiliata alla Società Italiana di Psichiatria (SIP), sorta per riunire gli studiosi delle problematiche riguardanti il suicidio e la sua prevenzione, per promuovere la conoscenza e la diffusione di questi argomenti in campo sia clinico sia sociale, contribuire alla formazione di operatori e alla creazione di strutture e iniziative per l'assistenza ai pazienti suicidari e per favorire il superamento della crisi e il reinserimento sociale. L'associazione ha la propria sede a Firenze, presso il reparto di neuropsichiatria dell'Ospedale Careggi.

Affiliato all'AISPS c'è l'organizzazione Agressuicide che pubblica una rivista semestrale fondata e diretta da Luigi Pavan, "Studi su aggressività e suicidio" (www.agressuicide.org). In ogni numero sono presenti degli articoli su ricerche inerenti il fenomeno suicidario, per comprenderlo, gestirlo e prevenirlo. Gli interventi seguono un'ottica clinica di inquadramento del fenomeno e di prevenzione, con riferimento al precoce riconoscimento e all'intervento sul disagio psichico; sono esplorate le risorse psicosociali, psicoterapiche e farmacologiche in termini di efficacia negli interventi preventivi e l'accento è posto più volte sulla necessità di ridurre lo stigma verso la malattia mentale e verso il suicidio nello specifico, al fine di favorire le persone che avvertono un malessere psichico a chiedere aiuto.