

Suicidi

Significato. Il suicidio è, indubbiamente, un fenomeno connesso alla salute mentale della popolazione, ma può anche essere letto come un indicatore di “disagio” e di mancata coesione ed integrazione sociale.

I principali fattori di rischio documentati nell’ideazione suicidaria sono rappresentati dal genere maschile, dall’età anziana, dalla presenza di un disturbo psichiatrico e dall’abuso di sostanze (1). L’aver attuato un precedente tentativo di suicidio risulta fortemente associato

con il rischio di ripetizione dell’atto con esiti letali (2) e, quindi, anche l’offerta e l’efficienza dei servizi territoriali di assistenza possono contribuire a determinare i livelli di questo indicatore. I tassi di suicidio risultano essere più elevati tra i celibi e le nubili rispetto ai/alle coniugati/e per cui anche i fattori di tipo culturale, ambientale e socio-demografico giocano un ruolo nel determinare la variabilità dei tassi di suicidio (3-4).

Tasso di mortalità per suicidio*

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Morti per suicidio di età 15 anni ed oltre}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente di età 15 anni ed oltre}} \times 100.000$$

*La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo “Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati”.

Validità e limiti. Il tasso di mortalità per suicidio è costruito a partire dai dati sui decessi classificati secondo la *International Classification of Disease* (ICD-10) (5) e dai dati sulla popolazione residente raccolti dall’Istituto Nazionale di Statistica (Istat) (6). Il primo limite concerne la possibile sottostima dovuta all’eventuale errata attribuzione dei suicidi ad altre cause di morte, in particolare le “cause non determinate” e le “morti accidentali”. Il secondo limite attiene, invece, al fatto che l’indicatore qui presentato non tiene conto dei suicidi commessi nel nostro Paese da stranieri non residenti (sono, invece, inclusi gli stranieri regolarmente residenti). Infine, va menzionato che l’indicatore proposto non tiene conto del fenomeno del suicidio tra i bambini di età <15 anni che, seppure esiste, è estremamente raro (16 casi registrati nel biennio 2008-2009) e non inficia la validità dell’indicatore. L’utilizzo di una modalità di classificazione dei decessi standardizzata e comparabile a livello territoriale, sia nazionale che internazionale (ICD), fa sì che il tasso di mortalità per suicidio rappresenti un solido indicatore per i confronti interregionali, internazionali e per il monitoraggio dei trend temporali. Resta da sottolineare che il tasso standardizzato, se da un lato consente di effettuare confronti spaziali e temporali al netto della struttura demografica della popolazione, dall’altro non fornisce una misura della “reale” dimensione del fenomeno; per ovviare a questo limite vengono presentati anche il tasso grezzo ed i tassi specifici per età.

Valore di riferimento/Benchmark. Poiché il suicidio rientra tra le cause di morte classificabili come “evitabili” con opportuni interventi di prevenzione primaria (7), il valore auspicabile dovrebbe corrispondere a 0 decessi. Tuttavia, al fine di evidenziare aree

di più spiccata criticità è stato scelto come riferimento il valore nazionale (relativo al biennio 2008-2009, il più recente disponibile).

Descrizione dei risultati

Nel biennio 2008-2009, il tasso grezzo medio annuo di mortalità per suicidio è pari a 7,43 (per 100.000) residenti di 15 anni ed oltre, corrispondente ad un tasso standardizzato di 7,23 per 100.000 (Tabella 1). Nel 77% dei casi il suicida è un uomo. Il tasso standardizzato di mortalità è pari a 12,05 (per 100.000) per gli uomini ed a 3,12 per le donne (Tabella 2). La distribuzione dei tassi specifici per età (Tabella 1, Grafici 1 e 2) mostra che, per entrambi i generi, la mortalità per suicidio cresce all’aumentare dell’età. Per gli uomini vi è un aumento esponenziale dopo i 65 anni di età ed il tasso raggiunge il suo massimo nelle classi di età più anziane (passando da 14,20 suicidi per 100.000 abitanti nella classe di età 65-69 a 32,72 per 100.000 tra gli *over 84enni*). Per le donne, invece, la mortalità per suicidio raggiunge il suo massimo nella classe di età 65-69 anni (4,64 per 100.000), dopo di che tende a ridursi nelle classi di età più anziane (3,71 tra le donne di 85 anni ed oltre) (dati non presenti in tabella).

L’indicatore presenta una marcata variabilità geografica con tassi, in generale, più elevati nelle regioni del Nord, ma con alcune eccezioni. Tra le regioni con i livelli più elevati del tasso standardizzato di suicidio troviamo, infatti, la PA di Bolzano (12,00 per 100.000), la Valle d’Aosta (10,53 per 100.000), il Piemonte (9,84 per 100.000), l’Emilia-Romagna (9,25 per 100.000) ed anche la Sardegna (11,99 per 100.000); all’estremo opposto, con i tassi più bassi (che sono circa la metà se comparati a quelli che si osservano nelle regioni sopramenzionate) troviamo la

Campania (4,98 per 100.000), il Lazio (5,32 per 100.000), la Puglia (5,51 per 100.000), la Sicilia (6,28 per 100.000) ed, al Nord, la Liguria (4,82 per 100.000) (Tabella 1). Per gli uomini le regioni con i tassi di suicidio più elevati al Nord sono la PA di Bolzano (19,89 per 100.000), la Valle d'Aosta (19,02 per 100.000), il Piemonte (16,49 per 100.000), l'Emilia-Romagna (15,18 per 100.000) ed, al Sud, la Sardegna (20,41 per 100.000) ed il Molise (15,06 per 100.000). Per le donne i livelli di mortalità per suicidio più elevati si riscontrano nelle PA di Bolzano e Trento (rispettivamente, 5,52 e 4,23 per 100.000), in Piemonte (4,13 per 100.000), in Emilia-Romagna (4,35 per 100.000) ed in Sardegna (4,53 per 100.000) (Tabella 2).

Il trend storico dell'indicatore a livello nazionale (Grafico 3), mostra una riduzione del tasso a partire dal-

la metà degli anni Ottanta che si accentua, soprattutto per gli uomini, a partire dal 1997; tuttavia, dopo il minimo storico raggiunto nel 2006 (quando sono stati registrati 3.607 suicidi) si evidenzia una nuova tendenza all'aumento negli ultimi anni di osservazione (con 3.870 suicidi nel 2009). L'incremento registrato osservato negli anni più recenti è stato dovuto, pressoché esclusivamente, ad un aumento dei suicidi tra gli uomini per i quali il tasso standardizzato è passato da 11,70 (per 100.000) nel 2006 e nel 2007 ad un valore di 11,90 (per 100.000) nel 2008 e di 12,20 (per 100.000) nel 2009 (Grafico 3). Dal confronto dei tassi specifici per età negli ultimi due bienni di disponibilità del dato si evince che l'aumento della mortalità per suicidio ha riguardato soprattutto gli uomini nella fascia di età 25-69 anni (Grafico 4).

Tabella 1 - Tasso grezzo e standardizzato (per 100.000) di mortalità per suicidio, classe di età e regione - Anni 2008-2009

Regioni	Tassi grezzi				Totale	Tassi std
	15-18	19-64	65-74	75+		
Piemonte	3,04	9,15	14,07	16,19	10,46	9,84
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	-	8,23	10,97	31,66	10,95	10,53
Lombardia	2,05	7,03	8,06	9,93	7,27	7,05
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>4,52</i>	<i>11,28</i>	<i>14,99</i>	<i>19,63</i>	<i>12,16</i>	<i>12,00</i>
<i>Trento</i>	<i>4,87</i>	<i>7,82</i>	<i>8,99</i>	<i>15,16</i>	<i>8,64</i>	<i>8,40</i>
Veneto	2,26	7,48	8,09	10,67	7,69	7,49
Friuli Venezia Giulia	-	6,91	12,96	8,29	7,66	7,16
Liguria	-	4,64	5,92	9,03	5,35	4,82
Emilia-Romagna	1,44	8,10	12,17	20,76	10,04	9,25
Toscana	1,65	6,44	11,90	18,74	8,64	7,81
Umbria	3,24	7,01	11,52	16,34	8,72	8,08
Marche	1,76	7,18	9,78	17,87	8,70	8,17
Lazio	1,16	4,92	6,77	9,17	5,43	5,32
Abruzzo	1,88	6,57	11,31	12,30	7,64	7,45
Molise	11,12	7,14	9,10	14,78	8,58	8,45
Campania	1,82	4,39	6,07	9,64	4,87	4,98
Puglia	1,82	4,57	7,94	11,40	5,48	5,51
Basilicata	5,56	6,60	14,63	9,93	7,85	7,65
Calabria	1,03	5,70	11,23	9,62	6,46	6,61
Sicilia	2,00	5,74	9,17	8,92	6,24	6,28
Sardegna	5,29	11,16	15,81	17,94	12,10	11,99
Italia	2,05	6,58	9,60	12,73	7,43	7,23

- = non disponibile.

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati Istat dell' "Indagine sulle cause di morte" e della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile". Anno 2012.

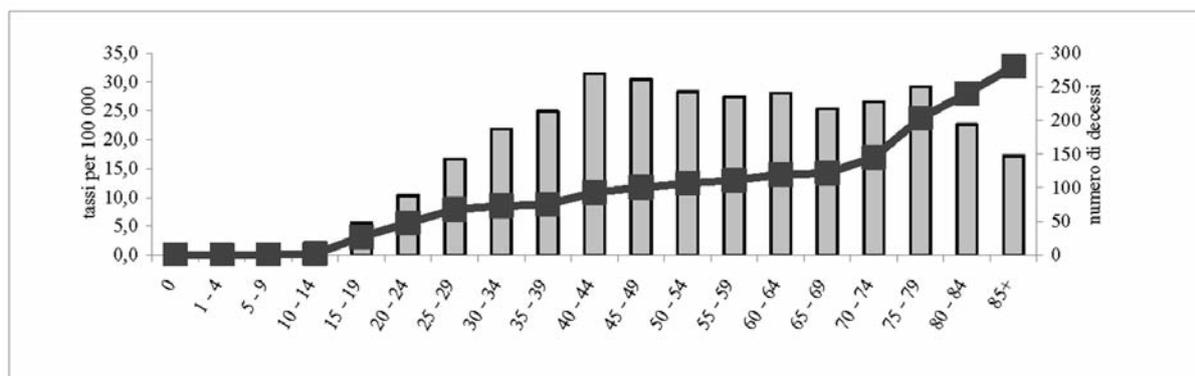
Tabella 2 - Tasso standardizzato (per 100.000) di mortalità per suicidio nella popolazione della classe di età 15 anni ed oltre per genere e regione - Anni 2008-2009

Regioni	Maschi	Femmine
Piemonte	16,49	4,13
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	19,02	2,73
Lombardia	11,69	3,06
Bolzano-Bozen	19,89	5,52
Trento	13,86	4,23
Veneto	12,30	3,26
Friuli Venezia Giulia	11,21	3,50
Liguria	8,10	2,21
Emilia-Romagna	15,18	4,35
Toscana	13,40	3,24
Umbria	14,36	2,69
Marche	14,16	2,99
Lazio	8,81	2,45
Abruzzo	11,42	3,90
Molise	15,06	2,48
Campania	8,05	2,35
Puglia	9,18	2,36
Basilicata	12,41	3,31
Calabria	11,20	2,51
Sicilia	10,49	2,63
Sardegna	20,41	4,53
Italia	12,05	3,12

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

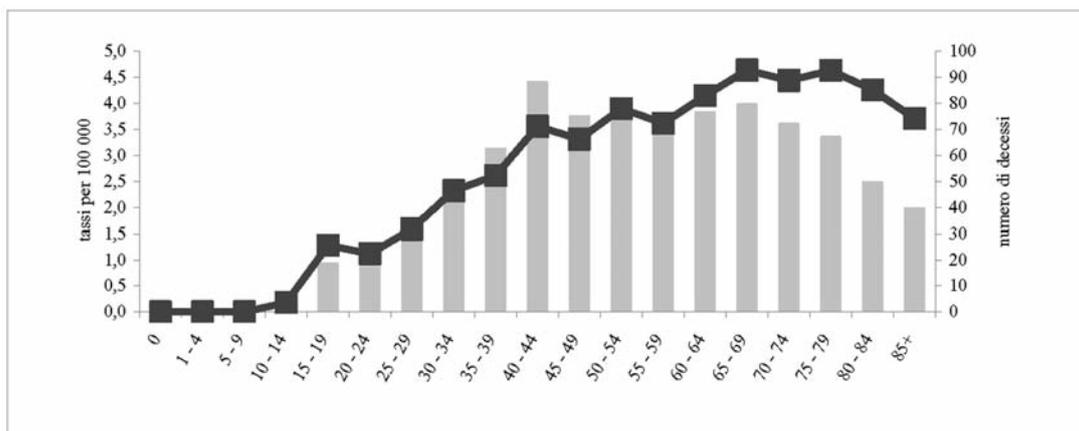
Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati Istat dell' "Indagine sulle cause di morte" e della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile". Anno 2012.

Grafico 1 - Decessi (valori assoluti) e tasso specifico (per 100.000) di mortalità per suicidio e classe di età. Maschi - Anni 2008-2009



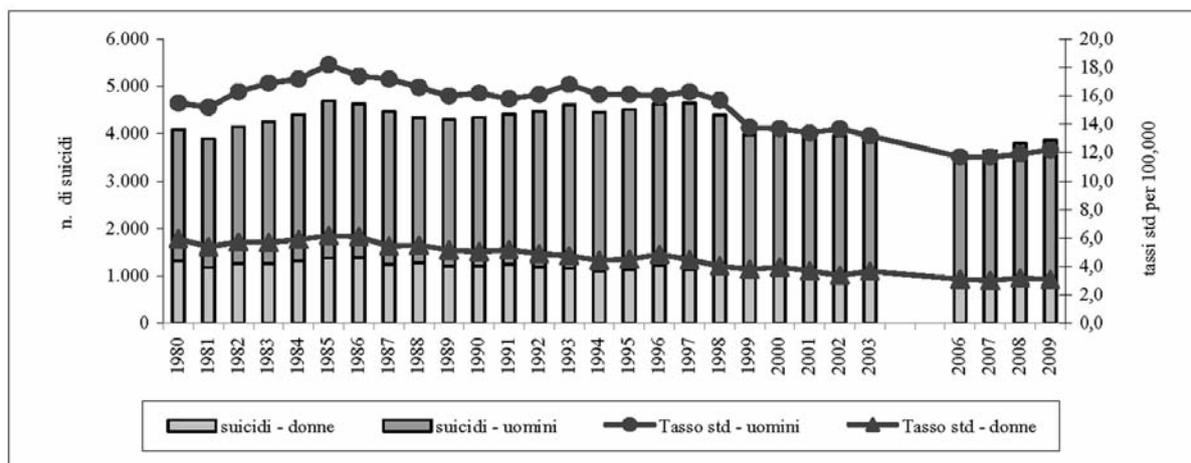
Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati Istat dell' "Indagine sulle cause di morte" e della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile". Anno 2012.

Grafico 2 - Decessi (valori assoluti) e tasso specifico (per 100.000) di mortalità per suicidio e classe di età. Femmine - Anni 2008-2009



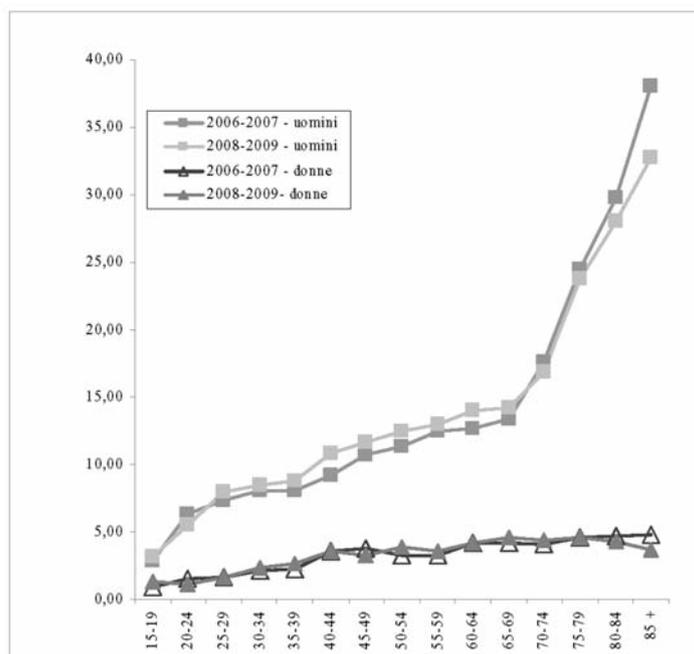
Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati Istat dell' "Indagine sulle cause di morte" e della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile". Anno 2012.

Grafico 3 - Decessi (valori assoluti) e tasso standardizzato (per 100.000) per suicidio nella popolazione della classe di età 15 anni ed oltre per genere - Anni 1980-2009



Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati Istat dell' "Indagine sulle cause di morte" e della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile". Anno 2012.

Grafico 4 - Tasso specifico (per 100.000) di mortalità per suicidio nella popolazione della classe di età 15 anni ed oltre per genere - Anni 2006-2007 e 2008-2009



Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati Istat dell' "Indagine sulle cause di morte" e della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile". Anno 2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

La Commissione Europea ha inserito la "Prevenzione della depressione e dei suicidi" fra le cinque aree di azione prioritarie individuate dallo *European pact for mental health and well-being*. Anche il "Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012" ha ripreso questo tema tra le aree d'intervento (6, 7). Il nostro Paese si colloca ancora tra quelli europei a più basso rischio di suicidio, ma l'incremento della mortalità che si sta osservando negli ultimi anni, sebbene meno marcato rispetto a quello che si è registrato in altri Paesi europei, necessita di essere attentamente monitorato (8).

Inoltre, nonostante un tasso medio nazionale tra i più bassi d'Europa, il territorio italiano è caratterizzato da livelli allarmanti di mortalità per suicidio in alcune realtà regionali sulle quali appare opportuno concentrare gli interventi ed implementare i programmi di prevenzione.

In particolare, l'Organizzazione Mondiale della Sanità e la Commissione Europea (6) indicano, tra le azioni efficaci per ridurre i tassi di suicidio, anche la riduzione della disponibilità ed accesso ai mezzi utilizzati per attuare il suicidio (come le armi da fuoco e le sostanze tossiche), la prevenzione ed il trattamento della depressione e dell'abuso di alcol e droghe, nonché il monitoraggio e la presa in carico delle persone che hanno tentato il suicidio. Nell'ambito della programmazione di politiche d'intervento, occorre poi tener conto che il decesso per suicidio si ripercuote

con effetti destabilizzanti sulle persone con le quali il soggetto era in relazione e che, quindi, attenzione andrebbe posta anche alle azioni di supporto dirette alla rete familiare ed affettiva delle persone decedute per suicidio.

L'integrazione di fonti di dati, quali le Schede di Dimissione Ospedaliera raccolte dal Ministero della Salute ed i Centri Antiveneni presenti in alcune regioni, potrebbe fornire in futuro ulteriori e fondamentali informazioni sul fenomeno suicidario per il quale la mortalità rappresenta solo la punta dell'iceberg.

Il suicidio resta, comunque, un fenomeno complesso condizionato da fattori psico-sociali, culturali ed ambientali, la cui prevenzione necessita di politiche d'indirizzo a livello nazionale basate anche sull'individuazione dei principali fattori di rischio a livello locale.

Riferimenti bibliografici

- (1) Bernal M, Haro JM, Bernert S, et al. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *J Affect Disord*. 2007 Aug; 101 (1-3): 27-34. Epub 2006 Oct 30.
- (2) Runeson B, Tidemalm D, Dahlin M, et al. Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: national long term cohort study. *BMJ*. 2010 Jul 13; 341: c3222. doi: 10.1136/bmj.c3222.
- (3) Vichi M, Masocco M, Pompili M, et al. "Suicide mortality in Italy from 1980 to 2002". *Psychiatry Research* 2010; 175: 89-97.
- (4) Pompili M, Vichi M, Masocco M, et al. Il suicidio in Italia. Aspetti epidemiologici e socio demografici (Suicide in Italy. Epidemiologic and demographic features). *Quaderni Italiani di Psichiatria* 2010, 29 (2).

- (5) Organizzazione mondiale della sanità. Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati. Decima revisione. 3 voll. Traduzione della prima edizione a cura del Ministero della Sanità, Roma: Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato; 2001.
- (6) Istat. GeoDemo, Demografia in cifre. Disponibile sul sito: <http://demo.istat.it/>.
- (7) ERA - Epidemiologia e Ricerca Applicata. Atlante 2007. Mortalità evitabile per genere e ASL.
- (8) European Union, Directorate general for Health and Consumers “European Pact for Mental health and Well-being”, 2008. Disponibile sul sito: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf.
- (9) Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1384_allegato.pdf.
- (10) Stucker D., Basu S., Suhrcke M. et al. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet* 2011, 378 (9).