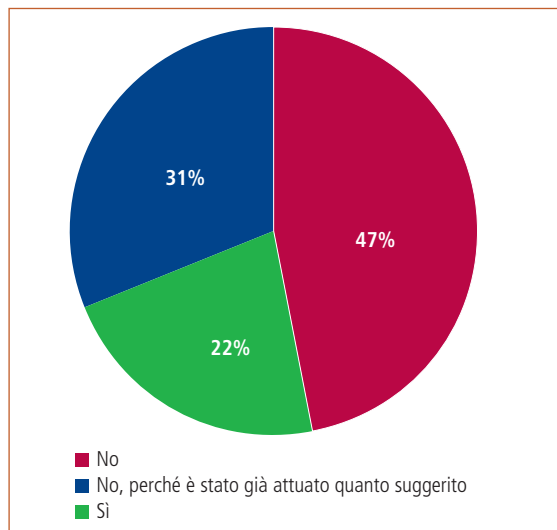


Figura 3.2. Sistema PASSI 2012. Efficacia delle informazioni. Persone che dichiarano di aver reso la propria abitazione più sicura a seguito delle informazioni ricevute (negli ultimi 12 mesi).



na l'adozione di strategie informative mirate a target specifici in funzione del contesto abitativo strutturale, territoriale e socioeconomico. Nell'ultimo decennio controllo e prevenzione del fenomeno sono aumentati. Rimangono fondamentali il miglioramento delle politiche di salute pubblica, il monitoraggio degli effetti dell'evoluzione tecnologica edilizia e abitativa, oltre al controllo dei fattori di rischio legati all'invecchiamento della popolazione e delle strutture abitative, in funzione anche dei problemi manutentivi.

Sulla base delle evidenze disponibili, le iniziative per la prevenzione degli incidenti domestici saranno mirate a incidere simultaneamente su più fattori di rischio attraverso azioni orientate a: messa in sicurezza e miglioramento dell'ambiente abitativo; formazione e informazione dei genitori e delle figure con ruolo di assistenza familiare (es. badanti, baby sitter, educatrici dell'infanzia, educatrici scolastiche), anche mediante associazioni di categoria e personale del

ServiSSN in rapporto fiduciario con la popolazione target; implementazione e promozione dell'attività fisica moderata, in particolare per il mantenimento della capacità di equilibrio e coordinamento motorio; controllo delle prescrizioni terapeutiche associabili a rischio di caduta (in particolare multiterapie e assunzione di farmaci psicotropi o antiaritmici); prevenzione dell'abuso di alcol e sostanze psicotrope; miglioramento dei servizi di assistenza sociale e sanitaria territoriale e domiciliare (anche a distanza) degli anziani, in particolare per quelli soli o in località remota; miglioramento del sistema di emergenza-urgenza del trauma (riduzione dei tempi di accesso e dei decessi extraospedalieri in fase acuta).

Per quanto riguarda le attività di sorveglianza, le attività previste comprendono: miglioramento dei flussi informativi basati sul pronto soccorso e loro integrazione europea; miglioramento dei flussi informativi dei CAV e approfondimenti sugli incidenti domestici causati da prodotti di uso domestico basati sui dati rilevati con procedura standard dal SIN-SEPI.

Bibliografia essenziale

- EuroSafe, Injuries in the European Union, Summary of injury statistics for the years 2008-2010, Amsterdam, 2013
- Ferrante P, Massari S, Buresti G, et al. Inail ed. 2012. Infortuni Domestici: Epidemiologia del fenomeno e approfondimenti sulla popolazione infortunata
- Longo E, Pitidis A. SINIACA: una risposta di sistema per la sorveglianza nazionale degli incidenti domestici. Not Ist Super Sanità 2010; 23: 3-7
- Settimi L, Davanzo F, Urbani E, et al. Istituto superiore di sanità ed. 2012. Sistema Informativo nazionale sulle esposizioni pericolose e le intossicazioni: casi rilevati nel 2009. Rapporti ISTISAN 12/13. Quarto rapporto annuale
- WHO. La prévention des traumatismes et de la violence - Guide à l'intention des Ministères de la Santé. World report on child injury prevention-2007

3.4. Suicidi

Secondo le stime dell'OMS, ogni anno circa un milione di persone muore per suicidio nel

mondo. Il fenomeno è però caratterizzato da un'ampia variabilità geografica e l'Italia si col-

loca tra i Paesi del mondo a più basso rischio di suicidio. Con riferimento specifico al continente europeo, il tasso grezzo registrato nel nostro Paese (4,9 suicidi per 100.000 abitanti) è inferiore a quello di Spagna e Regno Unito (6,4) e superiore solo a quelli che si osservano a Cipro (3,1) e in Grecia che, con 2,9 suicidi ogni 100.000 abitanti, presenta i livelli di mortalità in assoluto più bassi (Eures, 2012).

Il genere maschile, l'età anziana, la presenza di un disturbo psichiatrico e l'abuso di sostanze rappresentano i principali fattori di rischio nell'ideazione suicidaria. L'aver attuato un precedente tentativo di suicidio, specie mediante impiccagione o annegamento, risulta fortemente associato con il rischio della ripetizione dell'atto con esiti letali. Tuttavia, anche fattori di tipo culturale, ambientale e socio-demografico giocano un ruolo nel determinare la variabilità geografica dei tassi di suicidio. Infine, in termini di sanità pubblica occorre considerare che il suicidio, oltre a causare la perdita di vite umane, è un atto che si ripercuote pesantemente sulla rete familiare e sociale del soggetto, con inevitabili conseguenze e costi sociali.

3.4.1. Rappresentazione e valutazione dei dati

I dati di seguito presentati sono stati elaborati dall'ISS a partire dai dati ufficiali dell'Istat su mortalità e popolazione residente. Quando non diversamente specificato, i dati sono relativi ai soli cittadini italiani e agli stranieri regolarmente residenti deceduti nel nostro Paese.

I valori medi sono riferiti al biennio 2009-2010, con il trend temporale stimato per interpolazione laddove il dato non è disponibile. Infine, poiché il suicidio nell'infanzia e nella primissima adolescenza è un fenomeno piuttosto raro, sono stati considerati, per il calcolo dei tassi, solo i suicidi commessi da persone di età maggiore ai 14 anni.

Distribuzione dei suicidi per genere e per età.

Nel biennio 2009-2010 si sono verificati in Italia 7.964 suicidi (3.975 nel 2009 e 3.989 nel 2010). Di tutti i suicidi verificatisi, il 2,6% (210 persone) è stato escluso dalle analisi che seguono in quanto commessi da persone non

residenti in Italia o con residenza sconosciuta; sono stati anche esclusi 16 casi di suicidi di bambini tra i 9 e i 14 anni.

I dati riportati di seguito si riferiscono quindi ai 7.738 casi di suicidio di residenti in Italia con età maggiore di 14 anni.

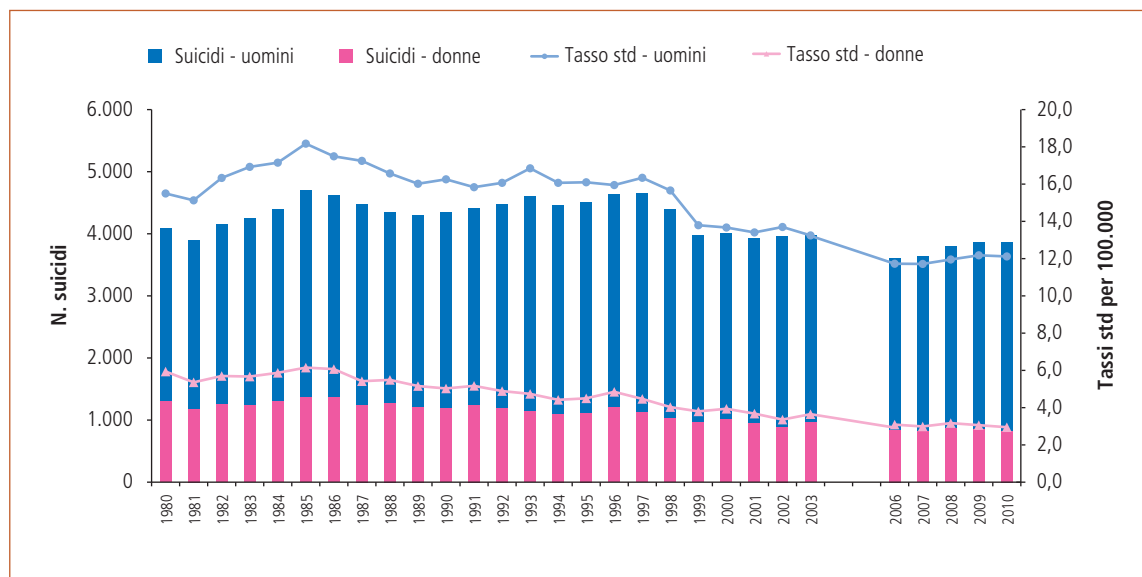
Il tasso grezzo di mortalità medio annuo relativo alla popolazione considerata è pari a 7,5 per 100.000 residenti. Nel 78% dei casi il suicida è un uomo. Il tasso grezzo di mortalità è pari a 12,1 per gli uomini e a 3,2 per le donne, con un rapporto maschi/femmine di 3,8. Per entrambi i generi, la mortalità per suicidio cresce all'aumentare dell'età ma, mentre per le donne questo aumento è piuttosto costante, per gli uomini si evidenzia un incremento esponenziale dopo i 65 anni di età. Il tasso raggiunge il suo massimo nelle classi di età più anziane (passando da 14,9 suicidi nella classe di età 65-69 a 36,2 tra gli over 84). Per le donne, invece, la mortalità per suicidio raggiunge il suo massimo nella classe di età 70-74 anni (4,9), dopo di che tende a ridursi nelle classi di età più anziane (4,3 tra le donne di 85 anni e oltre). Probabilmente la fuoriuscita dal mercato del lavoro, che a sua volta spesso coincide con una riduzione dei ruoli sociali e un restringimento delle reti di relazione, contestualmente al peggioramento dello stato di salute generale, gioca un ruolo nel determinare il forte aumento del tasso di mortalità per suicidio che si registra dopo i 65 anni di età tra gli uomini.

Sebbene il fenomeno del suicidio, in termini assoluti, assuma dimensioni più rilevanti in età anziana, è nei giovani che esso rappresenta una delle più frequenti cause di morte. Nelle fasce di età 15-24 e 25-44 anni il suicidio è stato, nel biennio 2009-2010, la quarta più frequente causa di morte (circa il 9% di tutti i decessi). Tra i minori (10-17 anni) i decessi per suicidio rappresentano il 5% del totale.

Metodi utilizzati per attuare il suicidio. Rispetto al metodo utilizzato per mettere in atto il suicidio si evidenziano forti differenze sia per genere sia per età.

Il metodo più frequentemente utilizzato dagli uomini è stato l'impiccagione (52% dei suicidi maschili) seguito da precipitazione (16%), annegamento (9%) e dalle armi da fuoco (8%). Anche per le donne impiccagione (33%), an-

Figura 3.3. Decessi (valori assoluti) e tasso standardizzato (std) [per 100.000 abitanti] di mortalità per suicidio nella popolazione di 15 anni e più – Uomini e donne di 15 anni e oltre per genere – Italia (Anni 1980-2010).



gamento (22%) e precipitazione (19%) sono i tre metodi più frequenti, seguiti però dall'avvelenamento da farmaci (6%).

Trend temporale dei tassi di mortalità per suicidio. Il trend storico del tasso standardizzato di mortalità per suicidio mostra una riduzione a partire dalla metà degli anni Ottanta che si accentua, soprattutto per gli uomini, a partire dal 1997; tuttavia, dopo il minimo storico raggiunto nel 2006, questa tendenza alla riduzione subisce un arresto. Un'analisi più di dettaglio ha messo in luce un aumento della mortalità per suicidio nel periodo 2006-2010 che ha riguardato esclusivamente gli uomini nella fascia di età lavorativa (25-69 anni), forse collegato anche alla crisi economica iniziata in Europa nel 2008 (*Figura 3.3*).

Differenze regionali nella mortalità per suicidio. Il suicidio è più frequente nelle Regioni del Nord Italia che non in quelle del Sud, fatta eccezione per la Sardegna, dove si riscontrano tassi particolarmente elevati, soprattutto tra gli uomini.

Nel Nord Italia i livelli di mortalità per suicidio sono di circa il 35-40% più elevati rispetto a Sud e Sicilia, sia per gli uomini sia per le donne. Nelle Regioni del Centro Italia, sem-

pre rispetto al Sud, si è registrato un rischio aggiuntivo del +18% per gli uomini, mentre le donne presentano tassi comparabili nelle due aree. La Sardegna rappresenta un'eccezione con un livello complessivo di mortalità per suicidio, nel biennio considerato, dell'86% superiore rispetto alle altre Regioni del Sud. Come evidenziato nella *Tabella 3.8*, tra le Regioni con i valori più elevati del tasso standardizzato per 100.000 (popolazione di riferimento: Italia 2001) vi sono il Piemonte (9,6), la Provincia Autonoma di Bolzano (10,9), l'Emilia Romagna (9,2) e la Sardegna (11,0). All'estremo opposto, con livelli di suicidalità che sono circa la metà rispetto a quelli che si osservano nelle Regioni sopramenzionate, vi sono la Campania (4,8), la Puglia (5,2), il Lazio (5,5), la Sicilia (6,3) e la Calabria (6,8) e, al Nord, la Liguria (4,1).

Il suicidio nella popolazione straniera. Se si considera in particolare l'insieme delle persone di cittadinanza non italiana (compresi quindi sia gli stranieri temporaneamente presenti sia quelli regolarmente residenti in Italia), i suicidi nel biennio 2009-2010 sono stati 457 (334 uomini e 123 donne). I dati forniti dall'Istat per il 2011 rilevano una popolazione straniera residente (sia UE sia ex-

Tabella 3.8. Tasso standardizzato di mortalità (per 100.000 abitanti) per suicidio nella popolazione di 15 anni e oltre per genere e Regione (Anni 2009-2010)

Regione	Uomini	Donne	Totale
Piemonte	16,1	4,1	9,6
Valle d'Aosta	15,7	2,6	8,8
Lombardia	12,6	3,2	7,6
Bolzano-Bozen	18,7	3,9	10,9
Trento	13,6	2,8	7,8
Veneto	12,9	3,1	7,7
Friuli Venezia Giulia	13,1	3,8	8,1
Liguria	6,4	2,1	4,1
Emilia Romagna	15,6	3,9	9,2
Toscana	13,1	3,1	7,6
Umbria	13,9	3,8	8,4
Marche	12,6	3,2	7,6
Lazio	9,4	2,2	5,5
Abruzzo	11,8	3,8	7,6
Molise	12,7	3,4	7,8
Campania	7,9	2,2	4,8
Puglia	8,9	2,1	5,2
Basilicata	14,4	2,9	8,3
Calabria	11,3	2,8	6,8
Sicilia	10,5	2,6	6,3
Sardegna	18,8	3,8	11,0
Italia	12,1	3,0	7,2

tra-UE) di poco più di 4 milioni, certamente sottostimata rispetto a quella effettivamente presente sul territorio italiano. Una stima dei tassi di suicidio può quindi ragionevolmente aggirarsi su un valore vicino agli 11 per 100.000 residenti (17,8 per gli uomini e 5,7 per le donne). I suicidi di persone straniere, dunque, presentano un tasso quasi doppio rispetto a quello degli italiani e sembrano dunque avere una dimensione non trascurabile (soprattutto tra gli uomini) che merita di essere monitorata.

Tentati suicidi nella rilevazione dei CAV. Il SIN-SEPI, basato sulle informazioni rilevate con procedura standard dai CAV, rileva ogni anno circa 7.000 casi di tentato suicidio. Negli anni 2009-2010 i casi di tentato suicidio acquisiti dal SIN-SEPI sono stati 13.743;

circa il 70% di questi pazienti è risultato di genere femminile, con una età mediana pari a 35 anni. La distribuzione dei casi per genere e classe di età ha evidenziato come la percentuale di donne sia particolarmente elevata nelle fasce di età più giovani (< 20 anni), dove costituisce l'85% dei casi, mentre tende a diminuire nelle successive classi di età.

Circa l'83% dei casi è risultato esposto a farmaci, il 14% a non farmaci e l'8% a entrambi. Le categorie di agente più frequentemente rilevate comprendono psicolettici (43%), antidepressivi (23%), analgesici (13%), anti-convulsivanti (11%), cardiovascolari e alcolici (7%). Circa il 45% dei casi ha assunto più di un agente.

3.4.2. Indicazioni per la programmazione

In questo ambito restano prioritarie le azioni di prevenzione.

Ferme restando le indicazioni già fornite dal *Mental Health Gap Action Programme* (mhGAP) dell'OMS (rilevanza del supporto sociale, riduzione dell'accesso ai mezzi per compiere suicidio, ruolo responsabile non sensazionalistico dei media), nel 2012 l'OMS ha inoltre elaborato un documento che fornisce un quadro di riferimento per supportare i governi nella definizione di strategie nazionali di prevenzione del suicidio.

Tra le azioni preventive di maggiore efficacia si annoverano l'individuazione e l'invio tempestivo del paziente a rischio, come emerge anche dai risultati del progetto triennale europeo Euregenas, co-finanziato dalla Commissione Europea e coordinato dalla Regione Veneto. Una delle indicazioni programmatiche che ne derivano è relativa alla formazione dei medici di medicina generale, nonché di tutti gli altri attori coinvolti nella catena assistenziale (personale infermieristico, operatori sanitari e sociosanitari, forze dell'ordine) e dei professionisti della comunicazione.

Un esempio di risposta concreta ai bisogni di una popolazione ad alto rischio quale quella carceraria è rappresentato dal documento "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidiario dei detenuti, degli internati e dei minori sottoposti a provvedi-

mento penale”, approvato dalla Conferenza Unificata nel gennaio 2012 e formulato congiuntamente dai Ministeri della salute e della giustizia in collaborazione con le Regioni, le quali stanno dando attuazione concreta alla realizzazione dei programmi preventivi negli istituti penitenziari che insistono sul loro territorio.

Altri gruppi di popolazione esposti a rischio (es. adolescenti, soggetti con tentativi di suicidio ricorrenti, pazienti in terapia con alcune tipologie di farmaci) meritano particolare attenzione con riferimento al fenomeno dei tentati suicidi e suicidi effettuati tramite l’ingestione di sostanze chimiche (farmaci e non farmaci). La sorveglianza di questa tipologia di eventi, sinora scarsamente investigata in Italia, potrebbe infatti contribuire a indirizzare interventi di prevenzione e a migliorare la sicurezza dei prodotti in commercio più

frequentemente utilizzati a scopo autolesivo, riducendone così la pericolosità.

Bibliografia essenziale

- Accordo Conferenza Unificata del 19 gennaio 2012
“Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidiario dei detenuti, degli internati e dei minori sottoposti a provvedimento penale”
- Istat. La popolazione straniera residente in Italia – Anno 2011
- Pompili M, Vichi M, De Leo D, et al. A Longitudinal Epidemiological Comparison of Suicide and Other Causes of Death in Italian Children and Adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2012; 21: 111-21
- Rapporto Eures 2012 “Il suicidio in Italia al tempo della crisi: caratteristiche, evoluzione, tendenze”
- WHO. “Public health action for the prevention of suicide: a framework”. Ginevra: WHO Document Production Services 2012