

Suicidi in Italia: comportamenti e credenze

Oswaldo Santos Edideco, Editores para a Defesa do Consumidor (Portugal)

Marco Anelli Euroconsumers (Luxemburg)

Guy Sermeus Association des Consommateurs Test-Achats / Verbruikersunie Test-Aankoop (Belgium)

Riassunto

I comportamenti suicidi sono un'importante argomento di salute pubblica dei paesi sviluppati. Una prevenzione efficace si basa sulla conoscenza dei comportamenti e dei pensieri suicidi su base nazionale. Questo studio descrittivo, realizzato dall'associazione di consumatori Altroconsumo, raccoglie dati sulle credenze relative al suicidio e sulla prevalenza di ideazione suicida e di tentativi di suicidio riferite ed è basato su un questionario postale, distribuito a un campione probabilistico rappresentativo della popolazione nazionale. I dati raccolti sono stati pesati per massimizzare la rappresentatività del campione. Hanno risposto al questionario 3.370 italiani adulti (più di 18 anni). Il 35 per cento del campione conosceva qualcuno che aveva tentato il suicidio (il 49 per cento conosceva un morto suicida). Il 13 per cento dei rispondenti ha avuto idee suicide

negli ultimi dodici mesi (8 per cento un'ideazione persistente) ma solo il 13 per cento di questi ha cercato un aiuto professionale. Il 25 per cento ha dato un giudizio piuttosto negativo dell'assistenza ricevuta. I dati dichiarati sui tentativi di suicidio, negli ultimi dodici mesi, danno una prevalenza di 430/100.000.

I tentativi di suicidio auto denunciati sono più frequenti di quelli delle statistiche ufficiali. Ridurre l'ideazione suicida e i tentativi di suicidio richiede azioni di prevenzione e ricerca a livello di popolazione.

Occhio Clinico 2004; 9: 21

Parole chiave Suicidio, Tentato suicidio, Credenze

Abstract

Suicidal behavior is a serious public health matter within developed countries. An effective prevention must be based on knowledge of suicidal thoughts and behaviors at national basis. This descriptive study, done by consumers association Altroconsumo, collects data on beliefs about suicide and on prevalence of self-reported suicide ideation and suicide attempts; it is based on a postal self-administered questionnaire, sent to a probabilistic representative sample of the national population. Collected data were adjusted for maximizing the sample representativeness.

3.370 Italian (18 years old and over) answered the questionnaire. 35 per cent of the sample reported to know someone who attempted suicide (49 per cent knew someone who died from suicide). 13

per cent of respondents had suicidal thoughts (8 per cent persistent ideation) within the last 12 months but only 13 per cent of them looked for professional help. 25 per cent evaluated the received assistance as rather negative. Self-reported data on suicide attempts, in the last 12 months, show a 430/100.000 prevalence. Self-reported suicide attempts are more frequent than those in official statistics. Reducing suicidal ideation and suicide attempts requires population-based research and prevention actions.

Occhio Clinico 2004; 9: 21

Key words Suicide, Attempted suicide, Beliefs

Introduzione

In Italia, il tasso globale di suicidi è in crescita dal 1965 (Levi 2003), e piuttosto stabile a partire dal 1986 (Guaiana 2002). Il tasso di suicidi fra i giovani (15-24 anni) è in crescita, ma la mortalità per suicidio è più elevata nella popolazione da 65 anni in su (Guaiana 2002). Nel 1999, il tasso globale di suicidi era dell'11,1 su 100.000 per i maschi e il 3,4 su 100.000 per le femmine, con una grande variabilità regionale (Torre 2002, Tatarelli 1999, Crepet 1991). I dati epidemiologici sui suicidi sono però notoriamente distorti: alcuni suicidi vengono registrati come decessi accidentali per vergogna dei sopravvissuti o per evitare il mancato pagamento di assicurazioni sulla vita. Inoltre, decessi avvenuti a distanza dal tentativo di suicidio possono essere attribuiti alla causa finale e non al suicidio (Beck 1975). Un altro aspetto collegato è l'inadeguatezza della raccolta dei dati e della loro standardizzazione (Williams 1987).

I dati sui parasuicidi sono ancora meno attendibili a causa della mancanza di registrazioni nazionali affidabili e di eterogeneità nelle classificazioni. Per l'Italia, è stato stimato (Crepet 1991) un tasso di parasuicidi di 55,9 su 100.000 per le femmine e di 38,1 su 100.000 per i maschi.

Secondo uno studio recente (Miotto 2003) sui giovani fra 15 e 19 anni, il 30,8 per cento delle femmine e il 25,3 per cento dei maschi riferisce di aver pensato al suicidio (il 5 per cento con ideazione molto intensa). Un altro studio (Scocco 2001), svolto nell'area di Padova, ha stimato che il 17 per cento degli anziani oltre i 65 anni ha gravi ideazioni suicide. Tentando un approccio metodologico diverso alla ricerca di dati epidemiologici sul suicidio, rispetto al ricorso ai registri di ospedali o forze dell'ordine, lo studio di Altroconsumo qui descritto fornisce dati di un campione rappresentativo della popolazione su credenze, attitudini e comportamenti sul suicidio. ▶▶▶

Materiali e metodi

Lo scopo dello studio era di raccogliere informazioni rilevanti su:

- rappresentazione sociale del suicidio e credenze sulle cause dei comportamenti suicidi;
- prevalenza di ideazione suicida e dei tentativi di suicidio (stime basate su questionari auto compilati);
- metodi più frequenti per i tentativi di suicidio;
- esperienza e soddisfazione dei pazienti che hanno cercato un aiuto professionale a causa di idee suicide o tentativo di suicidio.

Lo studio è osservazionale, cross sezionale e cross nazionale randomizzato. E' stato condotto in Belgio, Italia, Portogallo e Spagna. In questo articolo vengono riportati i dati italiani.

Raccolta dati

I dati sono stati raccolti dall'inizio di settembre alla fine di ottobre 2002. In ogni paese sono stati inviati 25.000 questionari a un campione rappresentativo della popolazione adulta (18-70 anni), stratificato per sesso, età e area di residenza. Ogni potenziale rispondente ha ricevuto, oltre al questionario, una lettera introduttiva e una busta preaffrancata per il ritorno. Il questionario era anonimo, quindi nessun sollecito è stato inviato ai non rispondenti.

Successivamente è stata effettuata una ponderazione a posteriori (standardizzazione diretta) per correggere gli scostamenti del campione dalla distribuzione dell'universo (per sesso, età e area di residenza). In questo modo è stato possibile ricavare stime rappresentative per la popolazione generale.

Strumento

Nel questionario auto somministrato erano incluse alcune scale, sviluppate in precedenza, per misurare:

- rappresentazione sociale del suicidio: è stata usata una versione modificata dello strumento sviluppato da Sampao (2000), la cui versione originale era specifica per i gruppi di adolescenti;
- ideazione suicida: è stato scelto il Suicidal Ideation Questionnaire sviluppato da William M Reynolds nel 1988, che misura la gravità dei pensieri suicidi in adolescenti e adulti.

Il questionario inoltre includeva domande sulle esperienze dei rispondenti di comportamenti suicidi e domande relative alla soddisfazione su servizi specifici di assistenza e supporto. Le variabili socio demografiche includevano sesso, età, livello d'istruzione, stato civile, professione, tipo di area di residenza (rurale o urbana). Le domande sono state verificate per comprensibilità e coerenza in un test che ha coinvolto 108 persone. La versione inglese del questionario è stata tradotta e adattata in ogni paese in cui è stato svolto lo studio.

Le analisi statistiche sono state effettuate con SPSS per Windows (versione 11.0). Il livello di significatività dei test statistici è stato fissato ad $\alpha = 0,01$.

Risultati

In Italia sono stati restituiti 3.370 questionari correttamente compilati (tasso di risposta: 13,5 per cento). Nella tabella 1 è descritta la distribuzione del campione rispetto alle principali variabili socio demografiche.

Caratteristiche del campione

TABELLA 1

		maschi (1.459)	femmine (1.911)	totale (3.370)
età (anni)	18-24	11,6	24,9	18,9
	25-34	18,9	23,1	21,3
	35-44	19,4	17,6	18,5
	45-54	17,0	15,0	18,1
	55-64	22,4	15,0	18,1
	≥65	10,8	4,4	7,2
	media	44,89	38,09	41,07
	mediana	45,00	36,00	40,00
	dev. standard	15,40	15,03	15,53
livello istruzione (1)	basso	21,0	20,6	20,8
	medio	57,3	59,8	58,7
	alto	21,7	19,7	20,5
area di residenza	Nord est	18,7	19,0	18,8
	Nord ovest	23,4	25,3	24,6
	Centro	16,4	14,2	15,1
	Sud e isole	41,4	41,6	41,5

(1) basso = nessun titolo, licenza elementare, licenza di scuola media inferiore (o licenza di avviamento professionale);
medio = licenza di scuola media superiore;
alto = diploma universitario, laurea.

Nel questionario (visibile sul sito di *Occhio Clinico*) comparivano domande relative ai seguenti gruppi di credenze:

- rappresentazione sociale dei comportamenti suicidi;
- credenze sulle ragioni che portano a tentare/commettere il suicidio.

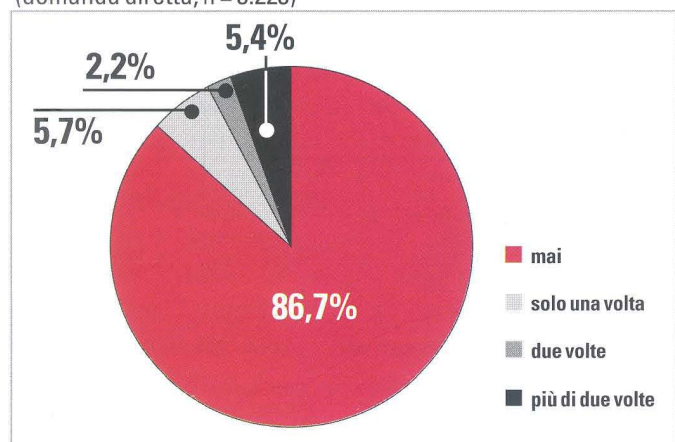
Si dimostra così, per esempio, che un terzo circa degli intervistati ritiene che chi tenta di togliersi la vita voglia solo ottenere attenzione, mentre la maggioranza è convinta che chi annuncia il suicidio raramente lo perpetra e che una società senza valori incrementi il rischio di suicidio. Togliersi la vita è, in un'uguale percentuale di risposte, atto degno di comprensione e di riprovazione sociale e viene solitamente riferito all'imbattersi dell'individuo in situazioni esistenziali senza soluzione (malattie incu-

rabili o difficoltà sentimentali) oppure alla presenza di disturbi della personalità o malattie mentali.

Erano poi indagate le esperienze personali relative a comportamenti suicidi:

- conoscenza di persone che hanno tentato o commesso suicidio: il 34,5 per cento dei rispondenti riferisce di conoscere personalmente qualcuno che ha tentato il suicidio e il 48,5 per cento ha conosciuto qualcuno che si è suicidato;
- ideazione suicida: la tabella 2 riporta le risposte del campione alla domanda diretta: «Negli ultimi 12 mesi quante volte ha avuto pensieri suicidi?». Oltre che rispondere alla domanda diretta, i rispondenti hanno compilato il Suici-

Prevalenza dei pensieri suicidi negli ultimi 12 mesi (domanda diretta, n = 3.223) **TABELLA 2**



dal Ideation Questionnaire (SIQ) che permette di calcolare un punteggio totale di ideazione suicida variabile da 0 a 180.

Gli autori dello strumento non hanno proposto cut off quindi la distribuzione dei punteggi SIQ è stata divisa in sei intervalli attraverso un'analisi dei cluster permettendo di distinguere (matematicamente) sei gruppi di rispondenti in base alla loro frequenza dell'ideazione suicida (tabella 3).

Distribuzione del campione secondo il livello di ideazione suicida **TABELLA 3**

nessuna ideazione (da 0 a 18 punti)	15,2 %
ideazione molto bassa (da 19 a 41 punti)	49,2 %
ideazione bassa (da 42 a 57 punti)	24 %
ideazione modesta (da 58 a 79 punti)	7,2 %
ideazione elevata (da 80 a 107 punti)	3,3 %
ideazione molto elevata (da 108 a 180 punti)	1,1 %

Le femmine mostrano uno score medio di ideazione suicida ($M = 39,83$) significativamente più alto di quello dei maschi ($M = 36,70$; $t = 4,09$; $p < 0,0001$) (tabella 4).

Statistiche descrittive dello score totale SIQ **TABELLA 4**

numero	3.223
media	38,2
mediana	38,0
moda	0
deviazione standard	21,6

Il 56,1 per cento di coloro che hanno avuto idee suicide negli ultimi 12 mesi, non ne ha parlato con nessuno dei propri cari (e il 46,4 per cento non ne ha neppure parlato con un professionista). Anche nel gruppo di persone che hanno avuto ideazione suicida elevata o molto elevata, questi dati non si discostano di molto: rispettivamente il 47,5 e 41,5 per cento. Fra coloro che hanno avuto idee suicide negli ultimi 12 mesi e che hanno cercato supporto, il 12 per cento afferma di non averne ottenuto. Il 14,9 per cento afferma di non aver ricevuto nessun supporto dai partner.

Infine il questionario indaga i tentativi di suicidio: nella tabella 5 è riportata la loro prevalenza nel corso di tutta la vita e nel corso degli ultimi 12 mesi.

Prevalenza dei tentativi di suicidio **TABELLA 5**

	Rispondenti al questionario		Rispondenti che hanno tentato il suicidio nel corso della vita		Rispondenti che hanno tentato il suicidio negli ultimi 12 mesi	
	femmine n	maschi n	femmine %	maschi %	femmine %	maschi %
18-19 anni	33	26	6,9	0,1	3	0,1
20-24 anni	239	231	6,5	4,2	2,1	1,3
25-34 anni	359	251	5,6	1,6	0,6	1,6
35-44 anni	263	259	4,8	4	3,8	3,5
45-54 anni	231	233	7,9	2,4	7,4	1,7
55-65 anni	226	306	3	1,2	2,2	1
Più di 65 anni	235	270	2,6	2,8	2,6	0,7
tutte le età	1.596	1.582	5,2	2,7	0,56	0,31
globale	3.178		3,9		0,43	

I più frequenti metodi riportati per tentare il suicidio sono stati:

- 56,3 per cento: overdose di farmaci (62,8 per cento per le femmine e 46,2 per cento per i maschi);
- 18,2 per cento: taglio delle vene (22,4 per cento fra le femmine e 8,6 per cento fra i maschi);
- 11,5 per cento: salto da grande altezza (10,7 per cento fra le femmine e 13,5 per cento fra i maschi).

Quasi la metà di coloro che hanno tentato il suicidio negli ultimi 3 anni aveva contattato un professionista sanitario (per un qualsiasi motivo) nei tre mesi precedenti il tentativo. Il 16,1 per cento aveva contattato il professionista il giorno stesso del tentato suicidio. Fra tutti costoro, il 66,8 ha riferito che aveva già idee suicide quando ha avu- ►►

to il contatto, ma, il 23 per cento non ne ha parlato con il professionista. Solo il 12,6 per cento dei rispondenti con idee suicide negli ultimi 12 mesi ha cercato un aiuto professionale (psicologo privato il 35,9 per cento, psichiatra privato il 21,6 per cento, medico di famiglia il 16,7 per cento, centro di salute mentale il 13,8 per cento). Un quarto degli aspiranti suicidi che sono ricorsi a un aiuto professionale ne hanno dato un giudizio negativo. In base ai giudizi dei rispondenti, non sono emerse differenze significative fra medici di base, psichiatri e psicologi. Fra coloro che hanno tentato il suicidio negli ultimi tre anni, il 30,7 per cento riferisce di non aver ricevuto nessun tipo di cure mediche specializzate immediatamente dopo il tentativo.

Discussione

Questo studio è basato su un questionario postale auto-compilato. Le indagini statistiche sono solitamente considerate una metodologia debole per ottenere dati epidemiologici come le stime di prevalenza. Nel caso dei comportamenti suicidi però è risaputo, per ragioni di maggiore serenità nel rispondere a casa propria e in anonimato, che questo metodo di raccolta è più esente da distorsioni importanti rispetto a metodi più oggettivi. Il campione di questo studio è ampio a sufficienza per fornire stime ragionevolmente stabili per le variabili considerate e la randomizzazione del campione e il buon tasso di risposta forniscono stime ragionevolmente affidabili su aspetti del fenomeno meno conosciuti. Le deviazioni del campione dalla distribuzione della popolazione (per sesso, età e area di residenza) sono state corrette attraverso una standardizzazione dei dati, ma sono possibili distorsioni residue: non è quantificabile quella rappresentata dalla sovra rappresentazione nel campione di persone con alto livello di istruzione e dal disegno stesso dello studio.

Le credenze sono sempre più considerate come variabile fondamentale per la salute e per la decisione di quando rivolgersi ai professionisti sanitari. In questo studio emerge che i tentativi di suicidio sono per lo più percepiti come comportamenti di ricerca di attenzione sbagliati o socialmente condannati, predeterminati e in qualche modo inevitabili. Le principali cause riconosciute sono la bassa autostima, la reazione a una perdita, le pressioni sociali, la solitudine, la dipendenza da sostanze e i disturbi psicotologici. I comportamenti suicidi sono più diffusi dei suicidi tentati o attuati. La percentuale di persone che conoscono qualcuno che si è suicidato (indicatore importante dell'impatto sociale dei comportamenti suicidi) è superiore a quella di chi conosce qualcuno che ha tentato, forse perché le morti rendono il suicidio pubblico (mancano, però, dati di confronto da altri studi a supporto di questa ipotesi). La prevalenza del 13,3 per cento del campione di ideazioni suicide nell'anno precedente la compilazione del questionario è in linea con altre stime che vanno dal 6

al 14 per cento nella popolazione generale (Kessler 1999, Crosby 1994). Il tasso dei tentativi di suicidio negli ultimi 12 mesi è, invece, circa 10 volte più elevato di quello riportato basato sulle statistiche ufficiali (Crepet 1991), mentre è quasi identico a quello trovato fra gli adulti danesi (Kjoller (2000). Anche in Danimarca la prevalenza differisce dai dati ufficiali (Chishti 2003, Crepet 1991). I dati di questo studio mostrano anche le difficoltà di parlare delle proprie idee suicide con i professionisti sanitari e suggeriscono la necessità di migliorare la capacità di questi (specialmente i medici di base, Frierson 2003) di stabilire un buon livello di comunicazione con i loro pazienti e di individuare le persone a rischio di suicidio.

Emerge, infine, la necessità di raccogliere dati sui comportamenti suicidi non letali, a complemento di quelli ufficiali, al fine di poter meglio valutare le conseguenze sociali, sanitarie ed economiche dei comportamenti suicidi. ■

Bibliografia

- Beck AT et al. Classification of suicidal behaviours: quantifying intent and medical lethality. *Am J Psychiatry* 1975; 132: 285.
- Chishti P et al. EUROSAVE Working Group. Suicide mortality in the European Union. *Eur J Public Health* 2003; 13: 108.
- Crepet P et al. Suicidal behavior in Italy: data, trends and guidelines for a suicide intervention/prevention policy. *Suicide Life Threat Behav* 1991; 21: 263.
- Crosby AE et al. Incidence of suicidal ideation and behaviour in the US, 1994. *Suicide Life Threat Behav* 1999; 29: 131.
- Frierson RL et al. Principles of suicide risk assessment. How to interview depressed patients and tailor treatment. *Postgrad Med* 2002; 112: 65.
- Guaiana G et al. Update of suicide trends in Italy from 1986 to 1996. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37: 267.
- Holmes TH et al. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res* 1967; 11: 213.
- Kessler RC et al. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey Arch Gen Psychiatry 1999; 56: 617.
- Kjoller M et al. Suicidal ideation and suicide attempts among adult Danes. *Scand J Public Health* 2000; 28: 54.
- Levi F et al. Trends in mortality from suicide, 1965-99. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108: 341.
- Mancinelli I et al. Suicide and attempted suicide in the army in Italy 1986 to 1998. *Aust N Z J Psychiatry* 2001; 35: 392.
- Miotto P et al. Suicidal ideation and aggressiveness in school-aged youths. *Psychiatry Res* 2003; 120: 247.
- Reynolds W. *Suicidal Ideation Questionnaire: Professional manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources, 1988.
- Sampaio D et al. Representações Sociais do Suicídio em Estudantes do Ensino Secundário. *Análise Psicológica* 2000; 2: 139.
- Scocco P et al. Hostility as a feature of elderly suicidal ideators. *Psychol Rep* 2001; 88: 863.
- Torre E et al. Suicidal behaviour in young people. An epidemiological study in the Verbano Cusio Ossola Province (years 1988-2000). *Minerva Pediatr* 2003; 55: 157.
- Williams P et al. Suicide and the Italian psychiatric reform: an appraisal of two data collection systems. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 1987; 236: 237.