



OSSERVATORIO
MEDICINA DI GENERE

Il suicidio in Italia

***Epidemiologia, fattori di rischio e strategie di prevenzione con un
approccio sex and gender based***

Documento approvato in seduta plenaria dall'Osservatorio dedicato alla Medicina di Genere in data: 6 settembre 2022

Gruppo di Lavoro "Percorsi clinici"

Coordinamento:

- *Prof.ssa Fulvia Signani, Rappresentante del Consiglio Nazionale Ordini Psicologi (CNOP)*

Esperti/e nominati/e dall'Osservatorio dedicato alla Medicina di Genere:

- *Dott. Matteo Lancini, Università di Milano "Bicocca" e Università Cattolica, Milano*
- *Prof. Maurizio Pompili, "Sapienza" Università degli Studi di Roma, Roma*
- *Dott.ssa Monica Vichi, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Indice

1. QUADRO GENERALE SUL SUICIDIO IN ITALIA.....	3
2. IL FENOMENO SUICIDIO È ANALIZZATO CON APPROCCIO SEX AND GENDER BASED?	4
3. IL SUICIDIO TRA I GIOVANI IN ITALIA	4
4. EFFETTI DELLA PANDEMIA COVID SUL RISCHIO SUICIDARIO	5
5. CONSIDERAZIONI SULLA PREVENZIONE DEL SUICIDIO	6
BIBLIOGRAFIA.....	6

1. QUADRO GENERALE SUL SUICIDIO IN ITALIA

Ogni anno si tolgono la vita circa 800mila persone nel mondo. L'Italia, che viene comunemente valutato come uno tra i Paesi a medio/basso rischio di suicidio registra il dato costante di circa 4000 morti l'anno [1,2,3]. Poiché il suicidio è un evento estremamente raro nell'infanzia, i tassi vengono calcolati prendendo come riferimento la popolazione di oltre 15 anni. In Italia dal 2011 l'informazione sui suicidi, coerentemente con gli indirizzi internazionali, si basa sui dati provenienti dalla raccolta sistematica nazionale denominata "Indagine sui decessi e le cause di morte". Tale fonte, sottoposta al Regolamento Europeo per le Statistiche sulla salute pubblica, è esaustiva, accurata e armonizzata. Per i decessi da cause violente, sempre dal 2011, è disponibile anche la morbosità associata, ovvero l'informazione derivante dalla certificazione da parte del medico della presenza di malattie o stati morbosi che si ritiene abbiano avuto un ruolo nel determinare l'evento fatale [4].

Secondo i dati ISTAT della "Indagine sulle cause di morte", nel 2018 (ultimo anno disponibile al momento della stesura del presente rapporto) si sono tolte la vita 3699 persone residenti in Italia (sono esclusi gli stranieri temporaneamente presenti e i non residenti per i quali non si hanno dati per il calcolo dei tassi). In generale in Italia il 76,8% delle morti per suicidio è di **uomini**. Il rapporto di genere (**uomini/donne**) è andato aumentando nel tempo, passando da 2,1 nel 1980 a 3 nel 2018. Il tasso (grezzo) di mortalità per suicidio per gli **uomini** è stato, nell'ultimo conteggio, pari a 11,21 su 100.000 abitanti mentre per le **donne** del 3,15 su 100.000. Negli anni successivi la crisi economico-finanziaria del 2008, considerata la più severa recessione che ha colpito l'Europa dopo la seconda guerra mondiale, in Italia si è verificato un aumento dei suicidi tra gli **uomini** nelle classi di età centrali (tra i 25-30 anni e i 65-69 anni), aumento che è proseguito fino al 2012. Per le **donne** gli anni successivi alla crisi economica del 2008 hanno visto variazioni del tasso molto contenute. La minor resilienza degli uomini di fronte ad "eventi critici" è anche rilevabile dal fatto che si osserva un aumento esponenziale a partire dai 65 anni di età in corrispondenza con l'età al pensionamento. L'analisi dei tassi età-specifici riferita all'anno 2016 mostra che per gli **uomini** il tasso aumenta costantemente raggiungendo un valore di quasi 20 casi ogni 100.000 abitanti tra gli anziani di età superiore ai 70 anni. Anche per le **donne** i tassi aumentano con l'età e il tasso raggiunge un massimo di oltre 4 casi ogni 100.000 tra le ultra70enni. [1- 3,5].

Merita particolare attenzione la diversità che presentano le varie regioni geografiche italiane. I tassi di mortalità per suicidio, per esempio, sono più elevati nel Nord Italia e, in particolare per gli **uomini**, nelle regioni del Nord-Est [1-3]. I tassi di suicidio tra gli **uomini** sono inoltre inversamente proporzionali alla densità di popolazione, verosimilmente in quanto gli **uomini** sono più vulnerabili a fattori sociali ed economici avversi, associati a una minore densità di popolazione [6-8].

Il Report 2017 di ISTAT [9] presenta per la prima volta anche un'analisi descrittiva della comorbidità associata al suicidio. Obiettivo dell'approfondimento è quello di fornire una misura quantitativa dei decessi per suicidio, con presenza di una malattia importante, nota al soggetto. La fonte informativa delle analisi presentate è rappresentata dalle certificazioni di morte raccolte annualmente dall'ISTAT.

I risultati documentano, in una parte non trascurabile di casi, un cattivo stato fisico o psichico che potrebbe aver influenzato la scelta di suicidarsi, tuttavia, le associazioni riscontrate non possono essere tout-court interpretate come una misura diretta della relazione causale tra presenza della malattia e gesto del suicidio. Il Report 2017 di ISTAT presenta anche un'indagine specifica prendendo in esame tutti i casi di suicidio nel triennio 2011-2013. Per ciascun certificato di morte vengono individuate le entità morbose che forniscono indicazione della presenza di una malattia importante (fisica o mentale). Nel periodo considerato si sono registrati 12.877 suicidi (2.812 **donne** e 10.065 **uomini**). Circa 1 caso di suicidio su 5 presenta una morbosità associata rilevante (2.401 decessi). La frequenza di stati morbosi rilevanti è più alta al crescere dell'età e nelle donne (la proporzione di suicidi con morbosità associata è del 27% nelle **donne** e del 16% negli **uomini**). In 737 suicidi è certificata la presenza di malattie fisiche rilevanti. Tra questi, 288 presentano anche una malattia mentale certificata (principalmente depressione). In 1.664 casi si segnala la presenza di sole malattie mentali (principalmente depressione e ansia). Circa la metà dei suicidi avviene in casa. Tale quota risulta più elevata (57%) nel caso di suicidio associato ad una malattia mentale. Il 30% dei suicidi in presenza di malattie fisiche avviene in istituti di cura.

2. IL FENOMENO SUICIDIO È ANALIZZATO CON APPROCCIO SEX AND GENDER BASED?

Nonostante i dati statistico/epidemiologici testimonino un gap di suicidi tra **uomini** e **donne**, che nel nostro Paese risulta di tre volte e mezzo degli **uomini** più delle **donne** [1-6,10], si riscontra l'assenza di:

- sistematicità dei dati stratificati per sesso
- dati sulle ideazioni suicidarie e i tentativi di suicidio
- analisi quali/quantitative delle cause del suicidio, che solo empiricamente si suppongono diverse in uomini e donne
- analisi delle cause del suicidio nelle persone LGBTQIA+, necessaria in quanto i dati di letteratura scientifica identificano la popolazione *transgender* e *gender non conforming* come una popolazione a rischio

3. IL SUICIDIO TRA I GIOVANI IN ITALIA

I tassi di mortalità per suicidio sono più elevati tra gli anziani, ma è tra i giovani che il suicidio rappresenta, analogamente a quanto si registra a livello mondiale, una delle prime cause di morte con una grande differenza nei livelli di mortalità tra **ragazzi** e **ragazze** [11-13]. Per entrambi i generi, il suicidio rappresenta la terza causa di morte più frequente tra i giovani di 15-29 anni dopo gli incidenti stradali e i tumori. Tra i **maschi** i metodi più frequentemente utilizzati per attuare il suicidio sono l'impiccagione (52,2%), la precipitazione da luoghi elevati (15,8%) e l'uso di armi da fuoco (13,7%). L'impiccagione è il metodo più frequentemente utilizzato per attuare il suicidio a tutte le età, ma tra i **maschi** di 15-29 anni (per i quali le impiccagioni rappresentano il 42.7% dei suicidi) il secondo

metodo più frequente è la precipitazione da un luogo elevato (24,8%), il terzo è farsi travolgere da un mezzo in movimento (13,8%) seguito dai suicidi mediante l'uso di armi da fuoco (8,5%). Anche per le **femmine** l'impiccagione (34,8%) e la precipitazione da luoghi elevati (31,9%) sono i due metodi più frequentemente utilizzati per attuare il suicidio ma al terzo posto troviamo l'annegamento (8,0%) mentre l'uso di armi da fuoco è raro (2,1%). Tra **femmine**, come per i **maschi**, si osservano differenze per età nella scelta del metodo: tra **le giovani** di 15-29 anni dopo l'impiccagione (49,1%) e la precipitazione da luoghi elevati (31,6%), il terzo metodo più frequente è farsi travolgere da un mezzo in movimento (5,3%), dato che troviamo simile anche per i **ragazzi** [11].

Uno studio recente [11], ha mostrato che dal 1981 al 2016 si sono verificati 1752 suicidi tra i 10-17 anni (con un **rapporto M:F** = 5.8 nel 2016) e 9897 suicidi tra i 18-25 anni (**rapporto M:F** = 3.97 nel 2016). Nei 35 anni di osservazione (dal 1981 al 2016) dello studio, il tasso di mortalità per suicidio è rimasto stabile per i **maschi** e ha subito un lieve decremento per le **femmine**. Il suicidio anche tra i giovani è più comune nelle aree rurali per i **maschi** e, al contrario, nelle aree urbane per le **femmine**. Un altro studio [5], ha esaminato le relazioni tra caratteristiche familiari e il rischio di suicidio in una coorte di giovani di 10-19 anni identificata al censimento della popolazione del 2011 e osservato per i 5 anni seguenti (fino al 2016), includendo circa 8,3 milioni di adolescenti (51% maschi, 49% femmine). I dati hanno dimostrato alcune caratteristiche della famiglia associate ad un elevato rischio di suicidio, con forti differenze tra **maschi** e **femmine**. Per i **ragazzi** il rischio di suicidio è risultato più elevato se vivevano in famiglie monogenitoriali. Per **le ragazze** un aumento del rischio è risultato associato all'avere una differenza di età con la madre molto elevata (>40 anni). Un fattore di rischio sia per i **maschi** che per le **femmine** è risultato quello di vivere in famiglie con almeno un genitore con titolo di studio elevato e con una differenza di età elevata (>5 anni) tra i genitori [12].

4. EFFETTI DELLA PANDEMIA COVID SUL RISCHIO SUICIDARIO

Durante la fase iniziale della pandemia l'attenzione è stata rivolta principalmente all'associazione tra rischio di suicidio e Covid-19 nel personale sanitario che operava in prima linea, nei soggetti che risultavano positivi al virus e in quanti temevano di contrarlo o di infettare i propri famigliari. La condivisione forzata degli spazi per un tempo prolungato, senza interruzioni, inoltre aumentava la possibilità di inasprire relazioni conflittuali pre-esistenti. Accanto a questi eventi di forte impatto, si aggiungeva l'esperienza della perdita dei propri cari, unita da un lato alla paura di essere infettati e dall'altro all'impossibilità di celebrare i riti funebri [14].

La letteratura parlava della "tempesta perfetta" temendo un'escalation di morti per suicidio a livello globale, invece si è riscontrata una diminuzione dei suicidi su scala mondiale nel primo periodo della pandemia. L'attenzione è stata successivamente focalizzata soprattutto su tentativi di suicidio e autolesionismo tra i giovani. Sebbene dati italiani in tal senso su scala nazionale siano ancora da definire, vi sono tuttavia indicazioni che il fenomeno sia allarmante. Attualmente disponiamo di dati internazionali; secondo le statistiche del *Centers for Disease Control and Prevention* degli Stati Uniti si sta assistendo ad un aumento notevole dei tentativi di suicidio soprattutto tra **le ragazze** dai 12 ai

17 anni, pari al 51% in più rispetto al periodo pre-pandemico; molto più modesto è stato invece l'aumento di questo fenomeno tra gli adolescenti **maschi** [15-18].

5. CONSIDERAZIONI SULLA PREVENZIONE DEL SUICIDIO

Il suicidio è la risultante di molti fattori (genetici, biologici, individuali e ambientali) e, come indicato anche dall'OMS, i disturbi psichiatrici non sono gli l'unici fattori di rischio, pertanto le politiche di prevenzione del suicidio non possono essere confinate al solo ambito sanitario, ma devono tener conto anche dei potenziali fattori di rischio di contesto sociale, economico e relazionale del soggetto. Inoltre non vanno trascurati gli effetti destabilizzanti sulle persone con le quali il/la suicida era in relazione, i *survivor*, cioè coloro che sono stati colpiti da un lutto in seguito ad un suicidio, persone che presentano più frequentemente sensi di colpa, sentimenti di rifiuto e abbandono rispetto a chi ha perso una persona cara, morta per cause naturali [3].

Nonostante la prevenzione del suicidio sia stata individuata come obiettivo prioritario dai maggiori organismi internazionali, solo pochi Paesi nel mondo hanno sviluppato una strategia nazionale per la prevenzione del suicidio e l'Italia non è ancora tra questi, anche per l'interpretazione non rispondente alla configurazione nazionale effettiva, di presentare un rischio medio/basso.

Con il presente testo l'Osservatorio dedicato alla Medicina di Genere intende sottolineare la necessità di porre attenzione al fenomeno suicidario in generale, nonché l'importanza di prevedere l'analisi delle ideazioni, dei tentativi e delle cause di suicidio, secondo un approccio *sex and gender based*.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Monica Vichi, Silvia Ghirini. Il fenomeno suicidario in Italia. Aspetti epidemiologici e fattori di rischio. [<https://www.epicentro.iss.it/mentale/giornata-suicidi-2020-fenomeno-suicidario-italia>]
- 2) Ghirini S, Vichi M. Caratteristiche e andamento temporale della mortalità per suicidio in Italia: uno studio descrittivo sugli ultimi 30 anni. Boll Epidemiol 2020;1(2):1-8.
- 3) Monica Vichi, Silvia Ghirini, Maurizio Pompili, Denise Erbuto, Roberta Siliquini. Suicidi. In Rapporto Osservasalute 2021: stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex S.p.a, 2022.
- 4) Istat. Indagine sui decessi e le cause di morte. [https://www.istat.it/it/archivio/4216#:~:text=Come%20vengono%20raccolti%20i%20dati,il%20pri mo%20anno%20di%20vita)]
- 5) Istat. "I.Stat. Il tuo accesso alla statistica italiana. [<http://dati.istat.it/>]; http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_SUICIDI]
- 6) Vichi M, Vitiello B, Ghirini S, Pompili M. Does population density moderate suicide risk? An Italian population study over the last 30 years. European Psychiatry, Vol 63, Issue 1.

- 7) Chang SS, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ*. 2013 Sep 17;347: f5239.
- 8) Pompili M, Vichi M, Innamorati M, Lester D, Yang B, De Leo D, Girardi P. Suicide in Italy during a time of economic recession: some recent data related to age and gender based on a nationwide register study. *Health Soc Care Community*. 2014 Jul;22(4):361-7. 2.
- 9) ISTAT Malattie fisiche e mentali associate al suicidio: un'analisi delle cause multiple di morte-periodo di riferimento: anni 2011-2013. Data di pubblicazione 15 febbraio 2017 <https://www.istat.it/it/archivio/196880>
- 10) Bernal M, Haro JM, et al; ESEMED/MHEDEA Investigators. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *J Affect Disord*. 2007 Aug;101(1- 3):27-34
- 11) Forte A, Vichi M, Orri M, Ghirini S, Pompili M Trends in Suicide. Among Youth Aged 10 to 25 Years in Italy from 1980 to 2016; findings from a nationwide register study. *Journal of Affective Disorders* 282 (2021) 165–172.
- 12) Grande E, Vichi M, Alicandro G, Simeoni S, Murianni L, Marchetti S, Pappagallo M, Zengarini N, Frova L and Pompili M Suicide among adolescents in Italy: A nationwide cohort study of the role of family characteristics. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2020 Jul 2.
- 13) De Leo D, Vichi M, Kolves K, Pompili M. Late life suicide in Italy, 1980-2015. *Aging Clin Exp Res*. 2019 Dec 2.
- 14) EpiCentro Il fenomeno suicidario in Italia. Aspetti epidemiologici e fattori di rischio [<https://www.epicentro.iss.it/mentale/giornata-suicidi-2020-fenomeno-suicidario-italia>]
- 15) Gunnell D, Appleby L., Arensman E et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry* April 2020.
- 16) Pirkis J, John A, Shin S, et al. Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *Lancet Psychiatry*. 2021 Nov;8(11):e21
- 17) Thakur V, Jain A COVID 2019-suicides: A global psychological pandemic. *Brain Behav Immun*. 2020 Apr 23. pii: S0889-1591(20)30643-7.
- 18) Yard E, Radhakrishnan L et al. Emergency Department Visits for Suspected Suicide Attempts Among Persons Aged 12-25 Years Before and During the COVID-19 Pandemic - United States, January 2019- May 2021. *CDC Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) Weekly* / June 18, 2021 / 70(24);888–894