



## SORVEGLIANZE NAZIONALI

### CONFRONTO DI FONTI INFORMATIVE PER LA SORVEGLIANZA DEI SUICIDI E DEI TENTATI SUICIDI IN ITALIA

Marco Giustini<sup>1</sup>, Laura Settimi<sup>2</sup>, Pascal Vignally<sup>2,3</sup> e Franca Davanzo<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria, Istituto Superiore di Sanità, Roma

<sup>2</sup>Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

<sup>3</sup>Laboratoire de Santé Publique, Faculté de Médecine, Marsiglia

<sup>4</sup>Centro Antiveneni di Milano, Ospedale Niguarda Cà Granda, Milano

**S**i stima che nel mondo ogni anno oltre 800.000 persone perdano la vita per suicidio. Nella Regione Europea, dove nel 2002 si sono contate 164.000 vittime per autolesione, il suicidio rappresenta la prima causa di morte violenta. L'Italia è uno dei Paesi europei con il più basso tasso di mortalità per suicidio (1), tuttavia i decessi annuali attribuiti a questa causa sono circa 4.000 ed è stata recentemente stimata una prevalenza di tentati suicidi nella popolazione generale pari allo 0,5% (2). Il fenomeno, nel suo insieme, richiede, dunque, un'attenta sorveglianza in grado di orientare le strategie di prevenzione e di valutarne le ricadute (3, 4).

Le principali fonti informative attualmente disponibili in Italia per una sistematica rilevazione e analisi dei suicidi e dei tentati suicidi comprendono i dati ISTAT di mortalità e le schede di dimissione ospedaliera (SDO). Inoltre, per quanto riguarda gli avvelenamenti, risulta di particolare interesse la casistica presa in esame dai Centri Antiveneni (CAV).

In considerazione di questi aspetti, il presente contributo ha l'obiettivo di analizzare le informazioni che possono essere ricavate dalle diverse fonti di dati e confrontarle tra loro.

Per quanto riguarda i decessi, sono stati presi in esame i casi rilevati dall'ISTAT

nel periodo 1990-2003 per l'analisi dei trend temporali (ICD9 E950-E959 fino al 2002 e ICDX X60-X84 per il 2003), mentre è stato effettuato un approfondimento sulle caratteristiche del fenomeno utilizzando i soli dati del 2003 (n. 4.075). I ricoveri ospedalieri per tentati suicidi sono stati identificati estraendo dalle SDO riferite al 2003 tutti i casi di ricovero con diagnosi di trauma (ICD9-CM 800-999) e dinamica autolesiva (codice 5) (n. 26.664); la disamina dei tentati suicidi per avvelenamento si è basata su 7.038 casi presi in esame nel 2005 dal CAV di Milano, principale centro di riferimento nazionale, cui perviene circa il 60% delle richieste di consulenza tossicologica per casi di esposizione umana sia di tipo accidentale che volontario (5).

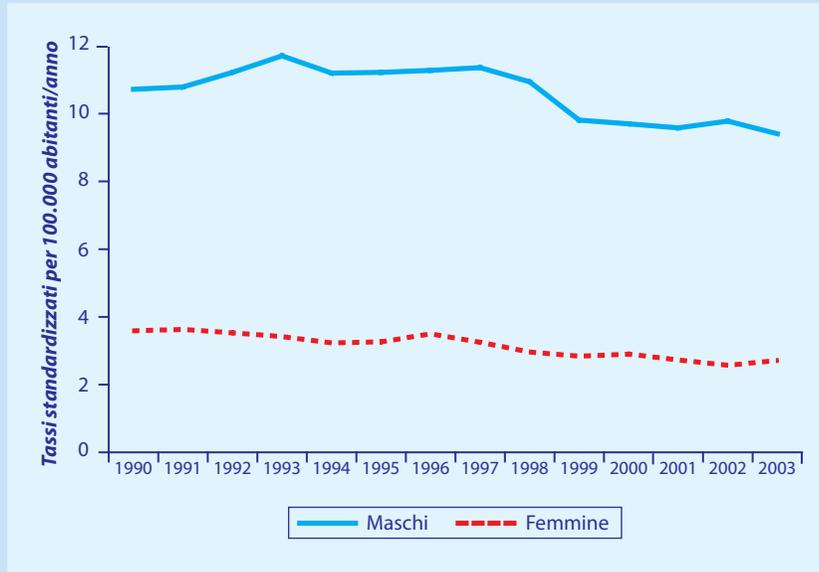
L'analisi del trend storico della mortalità per suicidio, effettuata su un periodo di 14 anni, ha evidenziato che in Italia il fenomeno è stabile, con tassi annuali - standardizzati usando la popolazione europea come riferimento (6) - che oscillano tra 9,6 e 11,7 decessi per 100.000 abitanti negli uomini, e tra 2,7 e 3,6 decessi per 100.000 abitanti nelle donne (Figura).

La mortalità per suicidio è risultata direttamente associata all'età, con tassi che nella classe 15-29 anni sono risultati pari a 7,6 decessi per 100.000 tra gli uomini e 1,7 decessi per 100.000 tra le

donne, mentre tra gli ultraottantenni hanno assunto valori pari a 38,4 decessi per 100.000 tra gli uomini e 6,2 decessi per 100.000 tra le donne. L'età mediana alla morte è risultata pari a 54 anni per gli uomini e 57 anni per le donne, con il primo e terzo quartile a 38 e 71 anni e a 41 e 72, rispettivamente.

La distribuzione geografica dei suicidi ha messo in evidenza come in alcune province del Nord Italia questo fenomeno sia particolarmente frequente. Le province individuate comprendono Aosta (16,4 decessi per 100.000 abitanti), Belluno (15,8 decessi per 100.000 abitanti), Sondrio (15,5 decessi per 100.000 abitanti), Verbania (14,2 decessi per 100.000 abitanti) e Cuneo (14,0 decessi per 100.000 abitanti). Inoltre, è stata osservata una differenza statisticamente significativa tra i comuni che hanno più di 500.000 abitanti (Torino, Genova, Milano, Roma, Napoli e Palermo), caratterizzati da una più bassa mortalità per suicidio, e i comuni con una popolazione compresa tra 250.000 e 500.000 (Verona, Venezia, Bologna, Firenze, Bari, Messina e Catania) (5,6 decessi per 100.000 vs 7,3 decessi per 100.000,  $p < 0,001$ ).

Per ambo i generi è emerso un andamento stagionale di tipo monotono, con un picco positivo nel mese di maggio, al quale si contrappone un minimo di osservazioni di casi nel mese di dicem- ▶



**Figura** - Andamento della mortalità per suicidio in Italia, per genere, anni 1990-2003

bre. Il differenziale tra questi due mesi, espresso in termini di valore mediano dei numeri indice (7), è risultato essere superiore al 35%. Le modalità di suicidio sono risultate differenziate tra uomini e donne. Infatti, tra gli uomini l'impiccagione è stata riportata per circa il 49% dei casi, seguita dal salto da luogo elevato (16%) e da lesioni da arma da fuoco (16%), mentre tra le donne la principale modalità di suicidio è risultata essere il salto da luogo elevato, riportato da circa il 38% dei casi, seguita dall'impiccagione (30%) e dall'avvelenamento (10%).

I ricoveri ospedalieri per tentato suicidio identificati tramite le SDO sono stati caratterizzati da una più elevata frequenza di pazienti di genere femminile (58%) rispetto a quelli di genere maschile (42%). Per entrambi i generi l'età mediana dei soggetti ricoverati è risultata pari a 60 anni (con il primo e terzo quartile a 36 e 75 anni per gli uomini e a 34 e 79 per le donne). La durata media del ricovero è risultata pari a 9 giorni. Per ambedue i generi le diagnosi più frequenti hanno riguardato fratture degli arti (38% tra le donne e 25% tra gli uomini). Le altre cause di ricovero ospedaliero di maggior rilievo sono state:

- avvelenamento (20% tra le donne e 13% tra gli uomini);
- trauma cranico e spinale (17% tra le donne e 21% tra gli uomini);
- ferite aperte (5% tra le donne e 13% tra gli uomini).

I casi di tentato suicidio gestiti dal CAV di Milano nel 2005 hanno rappresentato circa il 19% dell'insieme della casistica esaminata nel corso dello stesso anno (8). Circa il 70% di questi pazienti è risultato di genere femminile e il 30% di genere maschile. L'età mediana è risultata pari a 35 anni per le donne (primo e terzo quartile a 24 e 47 anni) e a 36 anni per gli uomini (primo e terzo quartile a 28 e 49 anni). La distribuzione per genere e classe di età ha evidenziato una più elevata presenza femminile nelle fasce di età più giovani (85% tra i soggetti con meno di 20 anni, 69% tra i soggetti con età compresa tra 20 e 50 anni, 65% per i soggetti con più di 50 anni).

Circa l'83% dei casi è stata esposta a farmaci, il 14% a non farmaci e l'8% a farmaci e non farmaci. Gli agenti più frequentemente riportati sono stati: psicolettici (43%); antidepressivi (23%); analgesici (13%); anticonvulsivanti (11%); farmaci cardiovascolari (7%); alcolici (7%).

Gli antiparassitari di uso agricolo, cui è stato attribuito l'1% dei tentati suicidi, hanno rappresentato l'unica categoria di esposizione con una percentuale più elevata negli uomini (65%). Circa il 45% dei casi ha assunto più di un agente, per un totale di 10.931 esposizioni rilevate. Le combinazioni più frequenti sono state psicolettici con altri farmaci (30%), principalmente antidepressivi (12%) e anticonvul-

sivanti (5%). L'assunzione di alcol in combinazione con farmaci è stata riportata per il 6% dei casi, di cui il 3% esposto a psicolettici.

La disamina dei dati disponibili ha permesso una prima caratterizzazione del fenomeno dei suicidi e tentati suicidi nelle sue diverse articolazioni in Italia. Inoltre, ha evidenziato come nei piani di sorveglianza dedicati a questo fenomeno risulti importante prendere in esame le diverse fonti informative disponibili e integrarle tra di loro.

Di particolare interesse per la caratterizzazione e la prevenzione dei tentati suicidi per avvelenamento sono risultati i dati dei CAV, il cui dettaglio informativo permette di evidenziare gli agenti verso cui indirizzare, in via prioritaria, interventi di prevenzione mirati. ■

### Riferimenti bibliografici

1. Sethi D, Racioppi F, Baumgarten I, Vida P. (Ed). *Injuries and violence in Europe, why they matter and what can be done*. WHO; 2006.
2. Scocco P, de Girolamo G, Vilagut G, et al. Prevalence of suicide ideation, plans, and attempts and related risk factors in Italy: results from the European study on the epidemiology of mental-disorders-world mental health study. *Comprehensive Psychiatry* 2008;49:13-21.
3. Nordentoft M, Quin P, Helweg-Larsen K, et al. Restrictions in means for suicide: an effective tool in preventing suicide: the Danish experience. *Suicide Life Threat Behav* 2007;37:688-97.
4. Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, et al. Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bull World Health Org* 2008;86:726-32.
5. Mucci N, Alessi M, Binetti R, et al. Profilo delle intossicazioni acute in Italia. Analisi dei dati registrati dai Centri Antiveleni. *Ann Ist Super Sanità* 2006;42(3):268-76.
6. WHO. European health for all database (HFA-DB). Disponibile all'indirizzo: <http://data.euro.who.int/hfad/>
7. Spiegel M.R. *Statistica*. Milano: Etas Kompass Libri; 1973.
8. Davanzo F, Settini L, Sesana F, et al. Sorveglianza delle esposizioni pericolose: la casistica rilevata dal Centro Antiveleni di Milano nel 2005. *Not Ist Super Sanità - Inserto BEN* 2008;2(3): ii-iv.

## STUDI DAL TERRITORIO

## FATTORI DI RISCHIO COMPORTAMENTALI DEI LAVORATORI APPARTENENTI A FASCE DEBOLI DI POPOLAZIONE IN PROVINCIA DI TRENTO, 2005-07

Confronto con i dati PASSI e implicazioni  
per l'attività infermieristica  
nell'ambito della visita pre-assuntiva

Dario Uber<sup>1</sup>, Pirous Fateh-Moghadam<sup>2</sup> e Abina Valzolgher<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UO Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro, APSS Trento

<sup>2</sup>Servizio Educazione alla salute e di riferimento per le attività alcolologiche, APSS Trento

**T**ra le attività sanitarie svolte dall'Unità Operativa di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (UOPSAL) dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) di Trento rientra anche la visita pre-assuntiva richiesta dal datore di lavoro alla struttura pubblica per verificare l'idoneità dei lavoratori. Un gruppo particolare di lavoratori visitati è rappresentato da coloro che vengono assunti dal Servizio Ripristino e Valorizzazione Ambientale nell'ambito di un progetto di sostegno occupazionale per i lavoratori appartenenti alle fasce deboli (persone oltre 45 anni di età, indigenti e disoccupate).

L'attività dell'assistente sanitario in tale contesto è limitata all'accoglienza ed al rilievo dei dati anamnestici su apposita scheda. Tuttavia, l'ambito della visita medica pre-assuntiva potrebbe costituire anche una preziosa occasione per interventi di promozione della salute relativi a stili di vita sani.

Gli obiettivi di questo studio sono di: descrivere le principali caratteristiche dei lavoratori appartenenti a fasce deboli; stimare la prevalenza di fattori di rischio comportamentali dei lavoratori confrontandola con quella della popolazione generale trentina; valutare l'opportunità di inserire una componente di educazione sanitaria (counselling) a cura dell'assistente sanitario nella visita pre-assuntiva.

È stata condotta un'analisi descrittiva dell'archivio delle cartelle delle visite pre-assuntive della coorte di lavoratori appartenenti alle fasce deboli di popolazione di età compresa tra 45 e 65 anni degli anni 2005-07. Nell'analisi sono state prese in considerazione le seguenti variabili: età, sesso, istruzione, consumo di alcol, numero di unità di bevanda alcolica consumato in media giornalmente, fumo di tabacco, peso e altezza (riferito), sedentarietà, ipertensione, indice di massa corporea (IMC).

Per confrontare la diffusione dei comportamenti a rischio con la popolazione generale sono stati utilizzati i dati raccolti in Trentino dal sistema di monitoraggio PASSI (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia) relativi all'anno 2007. Il sistema PASSI ([www.epicentro.iss.it/passi](http://www.epicentro.iss.it/passi)) ha l'obiettivo di stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, oltre alla diffusione delle misure di prevenzione. Tutte le 21 Regioni o Province autonome hanno aderito al sistema che si basa su interviste ad un campione di residenti di età compresa tra 18 e 69 anni che viene estratto con metodo casuale (stratificato per età e sesso) dagli elenchi delle anagrafi sanitarie. Personale delle Asl, specificamente formato, effettua interviste telefoniche (in Trentino circa 70 al mese) con un questionario standar-

dizzato. I dati vengono poi trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale. Per una maggiore confrontabilità con i dati UOPSAL dal dataset PASSI è stata selezionata la fascia di età da 45 a 65 anni.

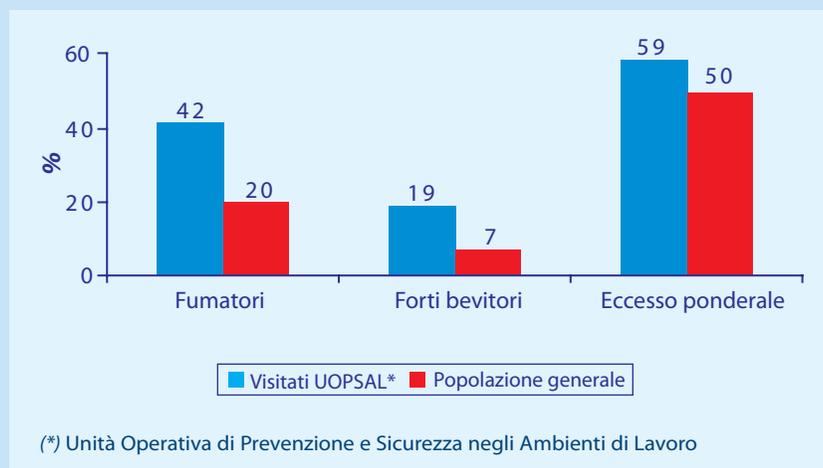
L'analisi è stata effettuata con il software Epi-info versione 3.3.

Nel periodo considerato sono state visitate complessivamente 180 persone di cui 135 uomini (75%) e 45 donne (25%). L'età media era di 53 anni, la moda era di 50 anni e la mediana di 53 anni.

Tra le persone visitate i fumatori erano pari al 42% (45% tra gli uomini e 33% tra le donne). La prevalenza di fumatori nella popolazione generale trentina della fascia di età tra 45 e 65 anni risultava del 20% (14% tra le donne e 24% tra gli uomini).

Tra le persone visitate il 60% beveva abitualmente bevande alcoliche e il 19% poteva essere definito un forte bevitore (più di 3 unità di bevanda alcolica per gli uomini e più di 2 unità per le donne). Il consumo forte era più diffuso tra gli uomini e aumentava con l'età. La prevalenza di bevitori nella popolazione generale trentina della fascia di età tra 45 e 65 anni era del 68%, mentre la percentuale di forti bevitori era del 7% (il 2% tra le donne e l'11% tra gli uomini).

Il 59% delle persone visitate si trovava in uno stato di eccesso pondera- ►



**Figura** - Confronti tra le prevalenze di fumatori, forti bevitori e persone in eccesso ponderale tra le persone visitate nell'ambito della visita pre-assuntiva per le fasce deboli e la popolazione generale (Sistema PASSI)

le: 41% sovrappeso (IMC 25-29,9), 18% obeso (IMC  $\geq$  30). Nella popolazione generale tra 45 e 65 anni risultava un 50% di persone in eccesso ponderale (39% sovrappeso, 11% obeso).

Tra le persone visitate il 56% dichiarava di non effettuare nessuna attività sportiva, un'abitudine più diffusa tra gli uomini (59% vs 49% delle donne) che aumentava con l'aumentare dell'età. Date le modalità di indagine dell'attività fisica molto diversa nel sistema PASSI, non è stato possibile fare confronti con la popolazione generale (l'UOPSAL indagava l'attività sportiva organizzata, mentre il PASSI indaga l'attività fisica in generale, compresa quella lavorativa).

Tra le persone visitate quasi la metà (49%) risultava ipertesa (dopo misurazione strumentale di una pressione arteriosa  $\geq$  140/90 mmHg). Risultavano ipertesi soprattutto gli uomini (56% vs 28%) ed era importante notare che tra loro, il 40% risultava anche fumatore, il 26% consumava alcol in forti quantità, il 56% non praticava alcuno sport e il 64% risultava in eccesso ponderale. Dal momento che nel sistema PASSI non è stata misurata direttamente la pressione arteriosa ai partecipanti e non tutti hanno la consapevolezza di essere ipertesi, non è stato possibile fare confronti con la popolazione generale.

Dall'analisi dei dati rilevati in occasione delle visite pre-assuntive risulta-

va che tutti i fattori comportamentali rischiosi per la salute indagati (fumo, alcol, sovrappeso e obesità, scarsa attività sportiva) erano molto diffusi nella popolazione in studio.

Dal confronto con un campione della popolazione generale della stessa fascia di età (45-65 anni) risultava inoltre che la prevalenza dei fattori di rischio fumo e alcol era molto più elevata nei lavoratori visitati. Anche la prevalenza dell'eccesso ponderale risultava più elevata, sebbene la differenza con la popolazione generale fosse meno pronunciata (Figura). Inoltre, più della metà dei lavoratori visitati riferiva di non praticare nessuna attività sportiva e la metà risultava ipertesa.

I confronti con i dati PASSI hanno tuttavia alcuni limiti:

- il sistema PASSI si basa su interviste telefoniche e quindi su dati riferiti e non misurati oggettivamente;
- la situazione di rilevazione *vis-à-vis* è diversa rispetto alla telefonata anonima e quindi le risposte possono esserne influenzate;
- le definizioni non coincidono sempre esattamente tra le due rilevazioni;
- le due popolazioni a confronto differiscono per composizione di genere (più uomini tra i lavoratori) e per istruzione (livello medio di istruzione più basso tra i lavoratori).

Le differenze registrate per fumo e alcol sono comunque di tale entità da rimanere degne di nota nonostante i suddetti limiti, che peraltro, in parte tenderebbero a ridurre le differenze (sesso e istruzione), in parte ad aumentare il divario (la sottostima del consumo di alcol è maggiore nell'intervista *vis-à-vis*).

In ogni caso le persone appartenenti alle fasce deboli che accedono all'ambulatorio UOPSAL per la visita pre-assuntiva risultavano avere un particolare bisogno di ricevere consigli sugli stili di vita salutari e questo a conferma dell'importanza dei determinanti socio-economici della salute.

Interventi brevi di counselling su fumo (1) e alcol (2) si sono dimostrati efficaci nella promozione della salute - quelli sull'attività fisica (3) e dieta sana (4) sono promettenti. Tali interventi dovrebbero quindi rientrare tra le attività dell'assistente sanitario/infermiere anche nell'ambito della visita pre-assuntiva. ■

#### Riferimenti bibliografici

1. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 18(2):CD001292.
2. Kaner EF, Beyer F, Dickinson HO, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;18(2): CD004148.
3. Eden KB, Orleans CT, Mulrow CD, et al. Does counseling by clinicians improve physical activity? A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002;6;137(3):208-15.
4. Pignone MP, Ammerman A, Fernandez L, et al. Counseling to promote a healthy diet in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Am J Prev Med* 2003;24(1):75-92.

#### Comitato editoriale BEN

Nancy Binkin, Paola De Castro,  
Carla Faralli, Marina Maggini,  
Stefania Salmaso  
e-mail: [profea@iss.it](mailto:profea@iss.it)