

Suicidi nei residenti in provincia di Trento

Anni 2003-2007

Dipartimento di psichiatria

Servizio osservatorio epidemiologico

Direzione promozione ed educazione alla salute

Trento, aprile 2009

A cura di

Martina De Nisi

Silva Franchini

Silvano Piffer

Servizio osservatorio epidemiologico – APSS della Provincia autonoma di Trento

Angelo Mercurio – Responsabile progetto “Invito alla vita”

Anna Portolan – Coordinatrice operativa

Federica Soscia – Unità operativa 1 di psichiatria

Luana Di Gregorio – Unità operativa 1 di psichiatria

Wilma Di Napoli – Unità operativa 2 di psichiatria

Raffaella Sabetta – Unità operativa 3 di psichiatria

Daniela Delpero – Unità operativa 4 di psichiatria

Amanda Colaianni – Unità operativa 5 di psichiatria

Dipartimento di psichiatria – Gruppo di lavoro sul suicidio – APSS della Provincia autonoma di Trento

Il suicidio è una risposta individuale, non necessariamente o non esclusivamente patologica in sé e per sé, che può essere però considerata traduzione di una condizione patologica esistente, se non a livello individuale almeno a livello relazionale, o sociale o generalmente esistenziale.

Siciliani (1)

INDICE

Prefazione	pag. 7
Il suicidio - Significati e sfide	9
Il quadro internazionale	11
Modelli interpretativi e condizioni di rischio associati al suicidio	15
Fonti dei dati per lo studio del suicidio in provincia di Trento	21
Trend eventi suicidari nei residenti in provincia di Trento. Periodo 1990-2007	23
Confronto tra Trentino e dati nazionali	27
Analisi di dettaglio degli eventi suicidari nei residenti in provincia di Trento 2003-2007	31
Conclusioni	51
Bibliografia	53
Allegati	
Il contenuto informativo delle schede di morte ISTAT	
Il flusso delle schede ISTAT di morte in provincia di Trento	

PREFAZIONE

Come responsabile del progetto “Invito alla vita” ringrazio il Servizio osservatorio epidemiologico per la collaborazione offerta al progetto stesso, che si esprime anche attraverso questa pubblicazione, che rappresenta una ricognizione attenta del fenomeno suicidario.

Il contributo, dopo aver esplorato alcune caratteristiche del fenomeno, la complessità delle cause che lo determinano, offre un sintetico quadro epidemiologico del fenomeno stesso a livello mondiale, europeo e nazionale, per poi compiere un approfondimento nel contesto provinciale.

Il lavoro presentato con questa pubblicazione è importante e significativo, in quanto la conoscenza epidemiologica del fenomeno suicidario costituisce un elemento essenziale in un percorso di prevenzione, perché ce ne mostra i contorni reali e aiuta a evitare due atteggiamenti estremi ed entrambi erronei: da un lato la visione catastrofica ed enfatica che traspare talvolta dagli articoli di certa stampa pronta a cogliere il singolo caso per generalizzarlo, dall'altro l'atteggiamento teso a ignorare il fenomeno, quasi che il semplice non occuparsi di esso possa costituirne un fattore di contenimento e riduzione.

Il progetto “Invito alla vita” nasce, invece, dalla considerazione che, come è dimostrato dalle evidenze disponibili, la prevenzione del suicidio può avvenire utilizzando percorsi che la letteratura internazionale ha dimostrato di provata efficacia e con uno sforzo di adattamento allo specifico contesto in cui il progetto si attua. Il progetto trentino si articola su diverse azioni che sono iniziate, dopo un lungo periodo di preparazione, il 4 dicembre del 2008:

- campagna pubblicitaria rivolta alla popolazione generale, tesa a favorire il superamento di alcuni pregiudizi e a fornire informazioni sulle possibilità di aiuto che una persona in momenti di particolare difficoltà può ricevere
- coinvolgimento di una molteplicità di soggetti, dal mondo sanitario a quello sociale, dal mondo delle associazioni, a quello dei diversi ordini professionali, dalla chiesa alle forze dell'ordine, ecc.
- iniziative pubbliche in cui, a partire dalla problematica suicidaria, si possa concentrare l'attenzione sul valore del benessere e della salute mentale e sull'esigenza di superare lo stigma che grava sui disturbi psichici e che molto spesso inibisce il bisogno di chiedere aiuto, favorendo l'aggravarsi e il cronicizzarsi delle situazioni di disagio
- corsi di sensibilizzazione, informazione e formazione per i medici di medicina generale sul fenomeno suicidario, sul riconoscimento dei segnali di allarme e sulla gestione della crisi suicidaria
- la costruzione di momenti di informazione e sensibilizzazione rivolti a soggetti definiti “sensori”, che per il loro ruolo, più facilmente di altri, possono trovarsi nella condizione di entrare in contatto con persone in situazione di particolare disagio e quindi di ascoltare, supportare e accompagnare queste ultime verso le risposte più appropriate (insegnanti, parroci, forze dell'ordine, assistenti sociali, farmacisti, ecc.)
- linea telefonica dedicata, disponibile 24 ore su 24 per 365 giorni l'anno, gestita da volontari appositamente formati col compito di ascoltare le persone in momenti di crisi, di supportarle ed eventualmente indirizzarle ad altre risorse di aiuto sia formali che informali, a seconda del problema presentato
- gruppi AMA per “sopravvissuti” (familiari e amici di chi si è suicidato), quale aiuto in un clima di condivisione per elaborare un lutto così delicato e poter così riprendere una speranza nella vita

- migliore conoscenza e intervento sul tentato suicidio attraverso una rilevazione del fenomeno presso i pronto soccorso attraverso una scheda elaborata insieme ad altre realtà italiane e una ridefinizione, ove necessario, dei percorsi di intervento
- monitoraggio del fenomeno suicidario per seguirne nel tempo il trend, valutando oltre che i tassi globali anche quelli specifici per i diversi gruppi di popolazione anche per individuare quelli maggiormente a rischio su cui via via indirizzare specifici interventi.

Lo sforzo di conoscenza del fenomeno suicidario si pone, quindi, nel rapido elenco di interventi tracciato come un elemento cardine del progetto “Invito alla vita”. È mia convinzione, infatti, che se la semplice raccolta ed elaborazione dei dati non possa sortire alcun effetto se non si accompagna alla ricerca di azioni appropriate per cercare di prevenire il fenomeno, l'azione migliorativa da sola, priva del supporto dei dati che possono illuminare lo sforzo che si compie, rischia di essere cieca e non adeguatamente calibrata alle reali necessità.

Per questo, come responsabile del progetto, ringrazio il Servizio osservatorio epidemiologico della nostra azienda per il lavoro effettuato e per la collaborazione che ha saputo e voluto mettere in campo. Nell'augurio che la collaborazione dell'osservatorio, così come quella di tanti altri soggetti coinvolti, possa contribuire a ridurre alcune sofferenze della nostra popolazione, accrescere l'attenzione all'altro che ci sta vicino, ridurre lo stigma verso la sofferenza psichica, migliorare la qualità delle nostre relazioni.

Se tutto ciò potrà anche in piccola parte accadere, questo sarà il risultato di uno sforzo convergente in cui ogni soggetto si assume la sua quota di responsabilità e impegno.

Angelo Mercurio

Responsabile del progetto “Invito alla vita”

IL SUICIDIO – SIGNIFICATI E SFIDE

Il suicidio è un fenomeno che attraversa tutta la storia dell'uomo, assumendo vari significati in relazione alle diversità storico culturali, socio economiche, filosofiche ed etico religiose (2). È un evento che, nella sua drammaticità, si pone essenzialmente come un *atto personale*, che attiene, cioè, alla facoltà dell'individuo che, nelle contingenze di una sofferenza non superabile, decide di porre termine alla propria vita (3). Al tempo stesso, il suicidio è anche un *evento sociale*, in quanto:

- è condizionato dalle caratteristiche socio anagrafiche personali e, da un punto di vista più generale, dal contesto sociale o comunitario in cui l'evento si manifesta (4)
- comporta rilevanti conseguenze sulla rete familiare e amicale, cioè sui sopravvissuti che possono vivere l'evento, specie in assenza di un efficace supporto psicosociale, come un senso di colpa insopportabile, che li porta a interrogarsi insistentemente su quello che si poteva fare per evitare l'evento stesso
- dal punto di vista comunitario, può anche essere percepito come una sorta di ferita inferta al corpo sociale nel suo complesso, stimolando tutti noi ad analizzarne i presupposti strutturali o funzionali (5)
- in epoca contemporanea l'evento suicidio tende anche a essere utilizzato come una sorta di indicatore, in questo caso "negativo", del benessere mentale psichico della comunità e, per converso, un possibile indicatore di "funzionamento" dei servizi di salute mentale, pur considerando che il benessere mentale psicologico di una comunità non può essere semplicemente o prevalentemente il risultato dell'attività diretta dei servizi sanitari che si occupano di salute mentale (6); il suicidio in questo senso non è più una manifestazione precipua della "pazzia", ma una manifestazione umana e per questo sociale (1) (7)
- oggi si parla del suicidio anche come di un "evento sentinella", che merita, cioè, un monitoraggio attento e che può essere potenzialmente, anche se non completamente, prevenibile, intervenendo sui fattori di rischio di carattere psichico o fisico (8) (9). In questo senso il Ministero della salute del nostro paese, con la raccomandazione n. 4 del marzo 2008, ha incluso il suicidio in ambito ospedaliero, tra le condizioni sentinella da monitorare e nei cui confronti vanno sviluppate azioni di prevenzione efficaci (10)
- il suicidio è purtroppo anche un fenomeno mediatico: gli organi di informazione tendono spesso ad alterarne le connotazioni, enfatizzando i casi della cronaca in modo sensazionalistico (11).

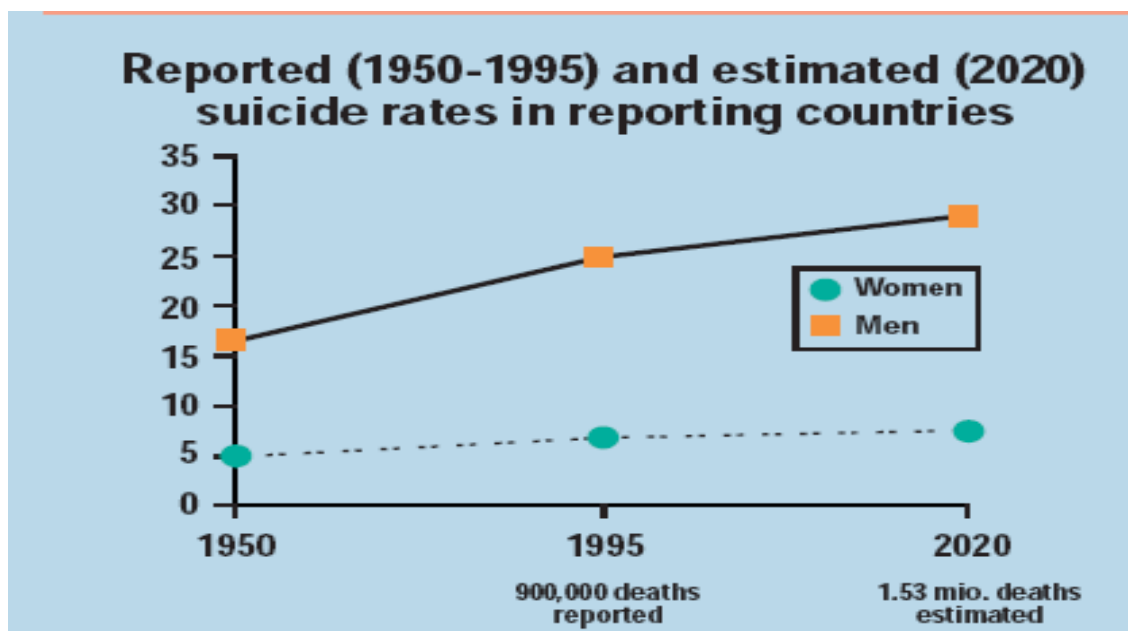
Al di là delle diverse considerazioni, il suicidio si configura come uno dei maggiori problemi di salute pubblica, tenuto conto che in molti paesi industrializzati rappresenta la seconda/terza causa di morte tra gli adolescenti e i giovani adulti e la tredicesima causa a livello mondiale per tutte le classi di età. Questa rilevanza viene enfatizzata dall'affermazione, nel novembre 2008, di Brian Mishara, presidente della IASP (Associazione internazionale per la prevenzione del suicidio) che dichiara: "*È tragico che in un mondo dove ogni anno muoiono per suicidio più persone di quante ne muoiano in tutte le guerre, attacchi terroristici e omicidi, si dedichi così poca attenzione alla prevenzione del suicidio, e solo dodici paesi abbiano una strategia nazionale per la prevenzione del suicidio*" (*9) (12) (13).

Le idee suicidarie sono diffuse nella popolazione come riportato dall'ESMED Study, che ha interessato un campione di oltre 20.000 persone di età di 18 anni e oltre in 6 paesi europei e ha fornito una *life time prevalence* per le idee suicidarie pari al 7,8% e un tasso di tentati suicidi pari all'1,3% (14).

IL QUADRO INTERNAZIONALE

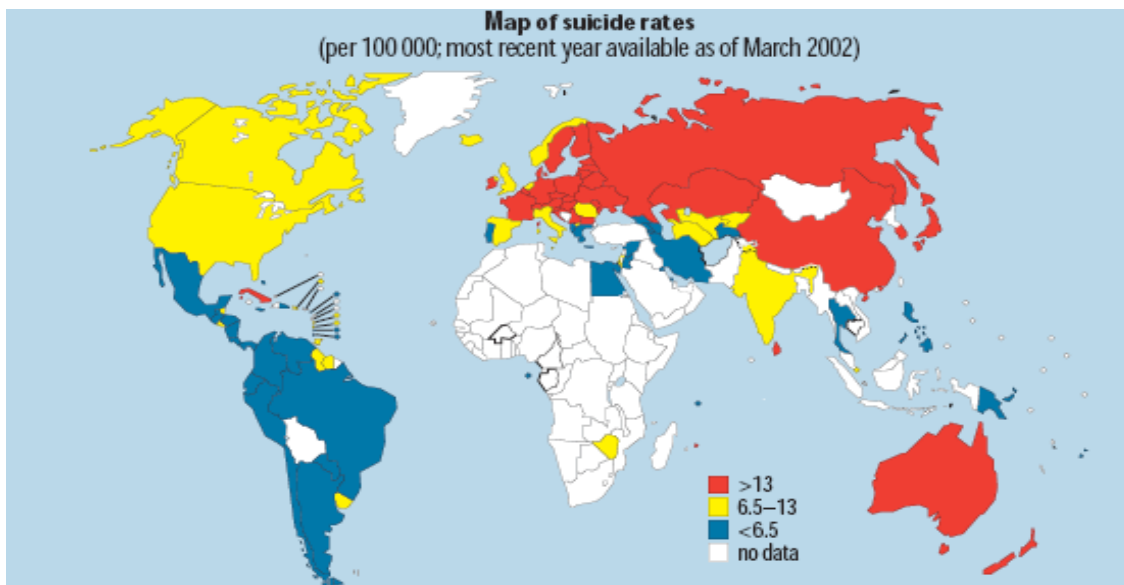
L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) stima che nell'anno 2000 approssimativamente 1 milione di persone abbia commesso suicidio nel mondo, ponendo questo evento, con un tasso di mortalità pari a 14,5 su 100.000 abitanti, tra le prime 10 cause di morte in molti paesi. A fronte di ciò, va registrato anche che, per ogni suicidio, dovrebbero aver luogo da 10 a 20 casi di tentato suicidio. Per diverse ragioni, e tra queste la qualità delle statistiche sanitarie di riferimento, il reale impatto degli eventi suicidari (e ancor più dei tentati suicidi) nella popolazione soffre comunque di una certa sottostima, con peso diverso nei differenti paesi.

Negli ultimi 50 anni i dati disponibili mostrano un aumento del 60% del tasso di suicidio nel mondo, con un incremento particolarmente marcato nei paesi industrializzati. Le stime al 2020, forniscono un trend ancora in crescita sia nei maschi che nelle femmine, sebbene il tasso/tempo di crescita sia stimabile inferiore a quanto registrato nel periodo 1950-95.



Fonte: WWW.Who.int/Suicide

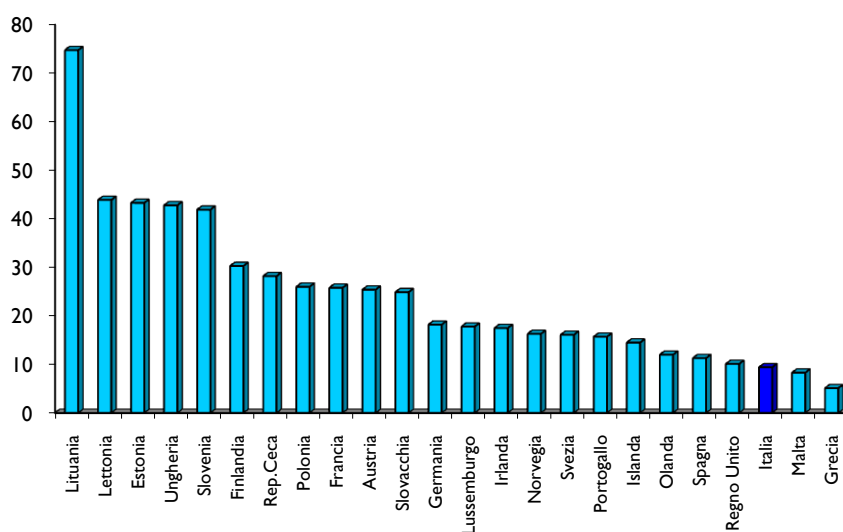
Gli ultimi dati mondiali disponibili, forniscono una rilevante differenziazione tra i paesi, come rappresentato nella mappa seguente.



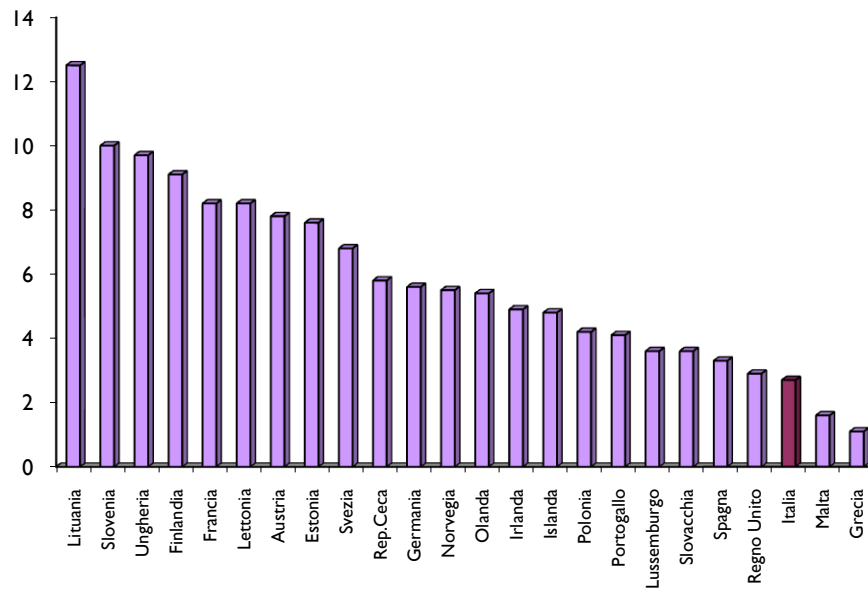
Fonte: WWW.Who.int/Suicide. accesso gennaio 2009

Focalizzando l'attenzione a livello europeo, emerge, per gli ultimi dati disponibili del 2003 (*European Health for All database-mortality indicators. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004; www.euro.who.int/InformationSources/data*), un tasso medio di mortalità di 17,5/100.000 (27,2 nei maschi e 5,1 nelle femmine) con un ampio spettro tra i singoli paesi, rispettivamente nei maschi e nelle femmine.

Tasso di mortalità per suicidio/100.000 in paesi europei selezionati – Maschi. Anno 2003



Tasso di mortalità per suicidio/100.000 in paesi europei selezionati – Femmine. Anno 2003



L'Italia si colloca nelle ultime posizioni, sia nei maschi che nelle femmine, mentre in entrambi i sessi i paesi dell'Est manifestano i valori più elevati.

MODELLI INTERPRETATIVI E CONDIZIONI DI RISCHIO ASSOCIATI AL SUICIDIO

L'evento suicidio rappresenta il risultato di una complessa interazione di fattori genetici, biologici, psicologici, sociali, culturali e ambientali (15). Esso s'inserisce in un complesso modello di diatesi allo stress, secondo il quale su diversi fattori di rischio agiscono – con intensità differente a seconda della predisposizione individuale – diversi fattori precipitanti, e in cui elevati livelli di impulsività consentono il passaggio all'atto, al di là della presenza di un disturbo psichiatrico. Le condizioni di rischio individuate e riportate dalla letteratura non sono però di per sé specifiche per il suicidio, nel senso che sono associate o associabili anche ad altri esiti indesiderati.

Il suicidio, inoltre, non è quasi mai una decisione improvvisa: poche persone, se non sono affette da qualche disturbo psichiatrico grave comportante alti livelli di impulsività o non si trovano a vivere in circostanze estreme, si suicidano in preda a un "raptus" di disperazione. In genere, il suicidio è il punto di arrivo di un itinerario mentale lungo, costellato da tortuosità e sofferenza nella ricerca di una soluzione, con fasi di indecisione e ambivalenza rispetto all'intenzionalità suicidaria (16).

In psicoanalisi ci si è accostati al fenomeno del suicidio considerando soprattutto la psicopatologia della depressione, pur potendo questo essere presente in numerosi stati psicopatologici. Secondo Freud (17) il suicidio è un omicidio mancato. Nello schema interpretativo freudiano con il suicidio si raggiunge un duplice vantaggio inconscio: il vantaggio primario, relativo all'espiazione delle colpe, nonché alla punizione dell'oggetto d'amore interiorizzato, e quello secondario, relativo alla colpevolizzazione delle persone significative contro cui e per le quali ci si suicida. Karl Menninger (18) ritiene che debbano esistere tre componenti psichiche, perché possa realizzarsi il suicidio:

1. il desiderio di uccidere tratti indesiderati del proprio io
2. il desiderio di essere ucciso come impulso di espiazione
3. il desiderio di morire per ricongiungersi a Dio o alla persona perduta.

Herbert Hendin (19) ritiene che la psicopatologia depressiva, da sola, non sia sufficiente a determinare la condotta suicidaria e ipotizza che altre concause possano essere implicate nel suicidio:

1. la morte come ritorsione verso l'altro
2. la riunione con la persona amata
3. il suicidio come fantasia di rinascita
4. il suicidio come espiazione di colpe e autopunizione.

Sin dalla prima metà dell'800 ha iniziato a prendere forma la convinzione che il suicidio non fosse un atto commesso solo da "insani"; ed è proprio in questo periodo che le cause del suicidio iniziano a essere ricercate fuori dall'individuo e nella società. Se la psicoanalisi e le interpretazioni di ordine psicodinamico hanno contribuito dunque a chiarire il significato e le cause intrapsichiche del comportamento suicidario, la ricerca sociologica ha particolarmente cercato di evidenziare le cause sociali del suicidio. Durkheim (3) descrive tre "modalità sociali" di suicidio, che sono:

1. il suicidio egoistico
2. il suicidio altruistico
3. il suicidio anomico.

Il suicidio *egoistico* è tipico dell'individuo che si è estraniato dal gruppo sociale al quale appartiene, entrando in uno stato di isolamento e dualizzazione. Il suicidio *altruistico*, al contrario, è determinato da un'eccessiva socializzazione, da un'eccessiva integrazione, che rende l'individuo depersonalizzato. Questa tipologia assumerebbe un ruolo preminente nei suicidi collettivi. Nella terza forma di suicidio, quella *anomica*, l'influsso degli squilibri (o della mancanza di riferimenti) sociali è particolarmente evidente. Mentre il suicidio egoistico e quello altruistico possono avere una gradualità di atteggiamento, quello anomico potrebbe anche essere compiuto senza alcun elemento precursore riconoscibile e, pur essendo premeditato, più difficilmente può essere prevenuto/evitato rispetto agli altri tipi.

Affrontando la problematica del suicidio, uno degli aspetti più importanti è rappresentato dalla possibilità di poterne correttamente valutare, caso per caso, il rischio. Tale valutazione implica un'analisi a più livelli: un primo livello, definito *sovrastrutturale* (1) (15), riguarda aspetti ideologici o religiosi del gruppo di appartenenza del soggetto potenziale suicida; un secondo livello, definito *strutturale*, concerne gli aspetti economici e sociali; infine un terzo livello, definito *sottostrutturale* (o *individuale* o *intrapsichico*), che riguarda più da vicino le dinamiche relazionali e le tensioni psichiche del soggetto in esame. Schematicamente andrebbero tenuti in considerazione i seguenti fattori.

1. *Fattori anamnestici* suicidi in ascendenti e collaterali o, generalmente, nell'ambiente relazionale prossimo al paziente; pregressi tentativi personali di suicidio
2. *Fattori generali*: età (in particolare adolescenza ed età avanzata), eventuale presenza di malattie croniche invalidanti di tipo cerebrale o extracerebrale
3. *Fattori psicopatologici*: disturbi depressivi, disturbi schizofrenici, disturbi di personalità, disturbi bipolari; inoltre, presenza di alcolismo e tossicomanie
4. *Fattori socio economici e relazionali*: eventi stressanti di vita, perdita del ruolo sociale in senso lato, rotture di equilibri affettivi, economici e sociali in generale
5. *Fattori soggettivi*: espressione di sentimenti di "taedium vitae", sentimenti di colpa, autoaccusa, senso di solitudine e isolamento sociale
6. *Fattori aspecifici* (sovrastrutturali): epoche di transizione sociale, perdita di valori e periodi di crisi ideologiche.

La rappresentazione e l'analisi epidemiologica del suicidio fa riferimento in generale alle statistiche di mortalità, le quali, pur nella variabilità della completezza e della qualità, evidenziano una certa costanza nella ricorrenza – tra i diversi paesi – dei principali fattori di rischio (20) (21) (22) (23).

Una rappresentazione schematica dei principali *fattori di rischio* è riportata di seguito (24) (25):

<i>Socio demografici</i>	Sesso maschile Vedovanza, divorziato, single Età avanzata Bassi livelli di istruzione, basse condizioni socio economiche
<i>Psicosociali</i>	Mancanza di supporto sociale, disoccupazione, caduta dello status socio economico, accesso a mezzi e strumenti di autolesione
<i>Eventi di vita stressanti</i>	Lutto o perdita recente, conflitti familiari
<i>Psicopatologici</i>	Diagnosi psichiatrica: depressione maggiore, schizofrenia, disturbi da abuso di sostanze, disturbi di personalità, condizioni d'ansia Abuso di alcool e droghe Comorbilità
<i>Storia personale di pregressi tentativi suicidari</i>	
<i>Patologia fisica cronica e/o invalidante</i>	Tumori maligni, HIV/AIDS, ulcera peptica, emodialisi, lupus eritematoso sistemico, sindromi dolorose, limitazioni funzionali, patologie del sistema nervoso
<i>Dimensioni psicologiche</i>	Disperazione, dolore mentale/ansia, bassa autostima, narcisismo, perfezionismo
<i>Dimensioni comportamentali</i>	Impulsività, aggressività, agitazione, ansia grave Isolamento sociale
<i>Dimensioni cognitive</i>	Rigidità di pensiero (dicotomico), scarse capacità di adattamento e di risoluzione dei problemi
<i>Traumi infantili</i>	Abuso fisico/sexuale, trascuratezza, perdita genitoriale
<i>Genetica e familiarità</i>	Storia familiare di suicidio, patologia mentale o abuso

Rispetto al fattore demografico sesso, il rapporto degli eventi suicidari tra maschi e femmine si aggira mediamente su 3-6:1; le donne, tuttavia, hanno una probabilità quattro volte superiore agli uomini di tentare il suicidio.

I divorziati, i celibi e i vedovi presentano il rischio maggiore rispetto agli sposati/conviventi.

L'incidenza del suicidio aumenta con l'età. Tra gli uomini un picco di rilievo si riscontra dopo i 45 anni, mentre per le donne dopo i 55 anni. Se nel passato il suicidio era più frequente negli anziani, le recenti statistiche indicano un peso proporzionale maggiore nelle classi di età fino ai 34 anni, dove il suicidio rappresenta la seconda causa di morte dopo gli incidenti stradali.

La *disoccupazione* è un fattore di rischio per il suicidio (26); tuttavia, anche coloro che godono di *un'occupazione stabile e di alto rilievo* risultano a rischio di suicidio. In particolare, i medici (psichiatri, anestesisti, oculisti, dentisti) e altre figure professionali come i musicisti, i magistrati, gli avvocati e gli assicuratori.

“Il suicidio di per sé non è una malattia, né è necessariamente la manifestazione di una malattia, ma i disturbi mentali sono i fattori più frequentemente associati al suicidio” (WHO 2000).

Nello specifico, *il disturbo mentale*, e in particolar modo le forme depressive, resta il più importante fattore di rischio per il comportamento suicidario nei paesi ad alto reddito (documentabile fino al 90% dei casi), mentre nei paesi a basso reddito uno dei fattori di rischio principali è costituito da un disturbo associato al discontrollo degli impulsi.

La dipendenza e l'abuso di alcol e di sostanze incrementano il rischio di suicidio, spesso associandosi ai disturbi psichici, aggravandone il decorso e compromettendone la risposta alla terapia.

I dati di letteratura (16) indicano inoltre che il *periodo in ospedale* è a maggior rischio suicidario e che il ricovero non pare, nonostante cure scrupolose, intaccare il rischio (vedi tabella).

Tab. 2 - Fattori di rischio per il suicidio in pazienti schizofrenici ricoverati
(modificata da Pompili *et al*, 2005)

Autolesionismo
Tentativi di suicidio pre-ricovero e durante il ricovero
Ideazione suicidaria fluttuante
Prescrizione di maggiori dosi di neurolettici ed antidepressivi
Aumento del periodo di permanenza oppure cambi di reparto
Periodi di dimissioni protette
Miglioramento apparente
Depressione pregressa e attuale
Frequenti esacerbazioni e ricoveri
Periodi di ricovero più lunghi rispetto ad altri pazienti psichiatrici ricoverati
Attitudini negative verso i farmaci
Ridotta compliance nei confronti della terapia
Vivere soli prima del ricovero attuale
Organizzazione delle dimissioni
Angoscia circa la malattia e il ricovero in ospedale
Segni precoci di difficoltà psicosociali
Dipendenza e incapacità di lavorare
Età sotto i trenta anni
Ricoveri frequenti
Recenti dimissioni da ambiente di ricovero psichiatrico
Problemi relazionali con lo staff e difficoltà ad ambientarsi nell'ambiente del reparto
Buon funzionamento premorboso
Ospedale situato vicino a grandi strade, stazioni, fiumi, ecc.

Il periodo immediatamente seguente le dimissioni è poi quello in cui si verifica il maggior numero di suicidi (27).

Vari studi hanno cercato di valutare l'esistenza di una correlazione tra *l'assunzione di psicofarmaci* (antidepressivi in particolare) e l'aumentato rischio di suicidio (28, 29, 30), senza giungere per altro a conclusioni sicure. D'altro canto, a livello di popolazione, ogni suicidio indotto dall'assunzione di antidepressivi può essere controbilanciato dagli effetti benefici degli antidepressivi sulla depressione e il rischio di suicidio a lungo termine associato a una depressione non curata (30).

Alcuni fattori di rischio variano con età, sesso e sottogruppo etnico sociale. I gruppi marginalizzati, come per esempio le minoranze, i rifugiati, i disoccupati o i carcerati, la cui prevalenza di patologia psichiatrica è tra l'altro maggiore che nella popolazione generale, sono da considerare particolarmente a rischio.

È dimostrabile un collegamento con il *credo religioso*, in quanto nelle popolazioni cattoliche il suicidio è sempre stato minore rispetto ai protestanti e agli ebrei. Nei paesi islamici i suicidi sono sostanzialmente minori rispetto a quelli buddisti (16).

Il clima non sembra assumere il ruolo di rilievo come fattore di rischio, anche se un lieve aumento si registra in *primavera e autunno*.

Esiste inoltre una relazione e tra salute fisica e suicidio: una storia di precedenti trattamenti medici sembra correlarsi con un rischio di suicidio; un elevato rischio è per esempio stato riconosciuto tra soggetti affetti da *HIV/AIDS, cancro cerebrale e sclerosi multipla*, ma anche da *problemi neurologici, deperimento visivo e tumori maligni* in genere (31).

Anche nei *bambini e negli adolescenti* il ruolo della patologia mentale e l'abuso di sostanze non è irrilevante, anche se tendono ad assumere maggiore importanza, rispetto all'adulto: gli stati di disintegrazione familiare/sociale, le problematiche relazionali familiari ed ambientali, pregresse storie di abusi familiari ed ambientali, sia a livello fisico che sessuale. Inoltre, possono agire, come fattori scatenanti, situazioni conflittuali "contingenti", ossia il vivere in maniera traumatica e come una grave, intollerabile mortificazione ed umiliazione, eventi che in realtà non sarebbero poi così drammatici se venissero gestiti in modo "non patologico" come "un necessario tributo" alla crescita. Situazioni contingenti, come un brutto voto, un lutto amoroso, un rimprovero dei genitori o la paura di una punizione (con un connesso desiderio/bisogno di autopunizione), sono situazioni del tutto normali nel processo di crescita di una persona ma che in un giovane "narcisisticamente" fragile, che ha molto bisogno di approvazione e consenso (e che la famiglia ha magari messo al riparo dai conflitti), possono diventare fonte di rabbia o di umiliazione intollerabile per l'individuo al punto da portarlo alla decisione estrema. Anche la perdita di una persona di riferimento, sia essa "pubblica" che appartenente alla rete di vita della persona, può rappresentare una sorta di *interruttore* (32) (33) (34) (35).

Il *tentato suicidio* (o *parasuicidio*), rappresenta un frequente precursore e un rilevante predittore del suicidio effettivo e il rischio persiste senza diminuire per una ventina d'anni. Aver tentato il suicidio nella propria vita aumenta il rischio di suicidio di 40 volte rispetto al resto della popolazione (36) (37).

In particolare uno studio di *follow up* su oltre 11000 persone (38) che avevano tentato il suicidio ha mostrato che il 23% in 11 anni avevano ripetuto il tentativo e in più:

- il rischio aumentava all'aumentare del numero di precedenti tentativi
- un precedente tentativo aumentava il rischio di suicidio più negli uomini che nelle donne (tassi di suicidio più alti nei *repeater* maschi)
- più tentativi aumentano il rischio di suicidio rispetto a un solo tentativo più nelle donne che negli uomini (un solo tentativo non è associato a grande rischio nelle donne)
- il rischio di suicidio dopo più tentativi cresce nel tempo, mentre si stabilizza se vi è un solo tentativo
- dopo più tentativi il tempo tra l'ultimo tentativo e il suicidio diminuisce, e l'effetto è più marcato nelle donne.

Un altro studio durato per 4 anni mostra come il rischio di suicidio sia più alto nei sei mesi successivi a un precedente tentativo (39).

I dati disponibili consentono di tratteggiare per suicidio e tentato suicidio le seguenti condizioni comuni (14) (16) (37) (38) (39) (40).

- **Fattori di rischio comuni per il suicidio e il comportamento suicidario**
 - Abuso di sostanze
 - Depressione
 - Precedenti contatti psichiatrici
 - Isolamento sociale
 - Lutti o perdite recenti
 - Problemi relazionali
 - Familiarità per psicopatologia e suicidio

- ***Fattori di rischio di suicidio in chi ha compiuto almeno un tentativo di suicidio***
 - Precedente tentativo (con qualunque modalità)
 - Metodo: lanciarsi da un luogo alto
 - Avere più di 60 anni
 - Sesso maschile
- ***Fattori di rischio di ripetizione in chi ha compiuto almeno un tentativo di suicidio***
 - Precedente tentativo con gas, arma da taglio
 - Sesso femminile
 - Precedenti ricoveri per un disturbo mentale o per abuso alcolico
 - Età sotto i 60 anni
 - Utilizzo di benzodiazepine e di antidepressivi.

Pur restando la depressione la condizione di riferimento più rilevante (41), il tentato suicidio deve costituire per i servizi sanitari un obiettivo particolare di “presa in carico”.

FONTI DEI DATI PER LO STUDIO DEL SUICIDIO IN PROVINCIA DI TRENTO

I dati rappresentati per la provincia di Trento fanno riferimento alle statistiche sanitarie, in particolare al flusso informativo ISTAT sulle cause di morte.

I dati relativi alla provincia di Trento scaturiscono dalla gestione “locale” del flusso informativo della mortalità, frutto dell’opera congiunta, per le rispettive parti di competenza, del Servizio statistica della Provincia autonoma di Trento e del Servizio osservatorio epidemiologico dell’APSS.

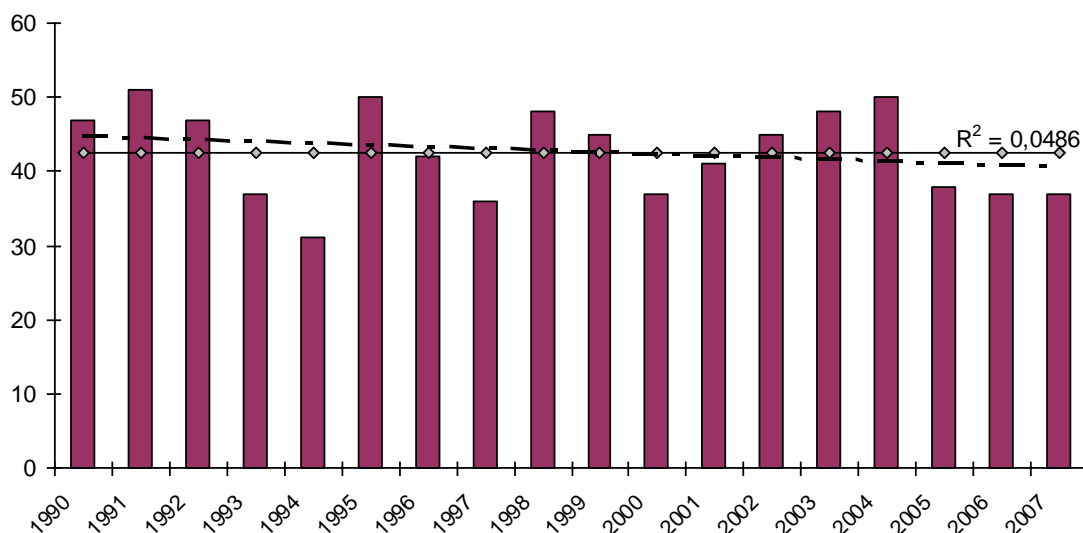
I dati nazionali con cui sono confrontati i dati locali, sono sempre riferiti al flusso ISTAT delle cause di morte e sono tratti dal database *Health for ALL – Italia*, gestito, per l’Italia, dallo stesso ISTAT.

La possibilità di gestione “in locale” delle statistiche di mortalità consente da una parte un potenziale maggiore controllo sulla qualità dei dati veicolati dalle schede ISTAT, dall’altra la possibilità di disporre dei dati entro pochi mesi dal tempo di accadimento degli eventi e infine la possibilità di poter utilizzare i dati informatizzati in studi di approfondimento e/o di *record linkage* con altri database sanitari. Tutto questo consente in ultima analisi una rappresentazione più accurata e tempestiva del fenomeno con la conseguente possibilità di orientare “al meglio possibile” le politiche di prevenzione a livello locale.

Il contenuto informativo delle schede ISTAT di morte (ISTAT D4-D5) e il relativo flusso entro la provincia di Trento sono rappresentati negli allegati.

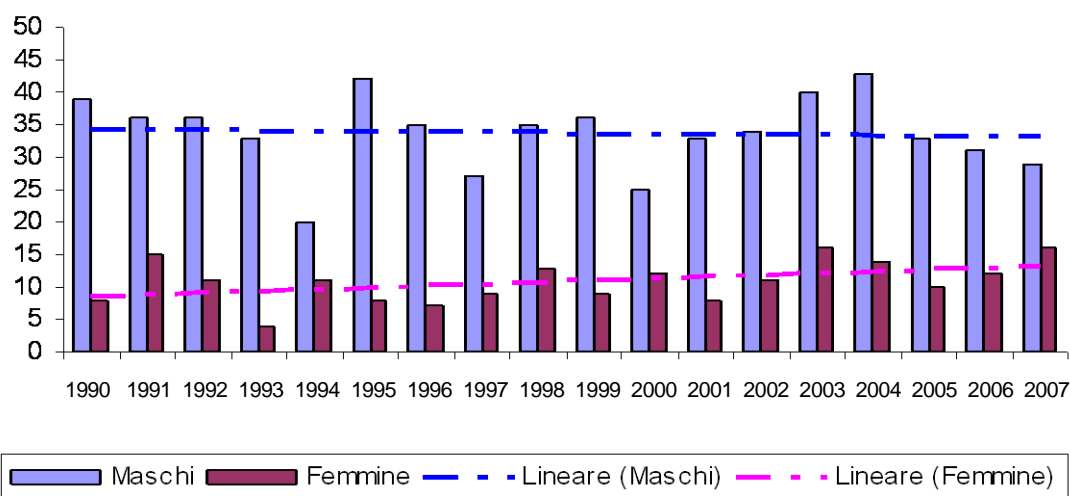
TREND EVENTI SUICIDARI NEI RESIDENTI IN PROVINCIA DI TRENTO. PERIODO 1990-2007

Fig. 1 Provincia di Trento. Suicidi in residenti. Numero assoluto per anno. Periodo 1990-2007



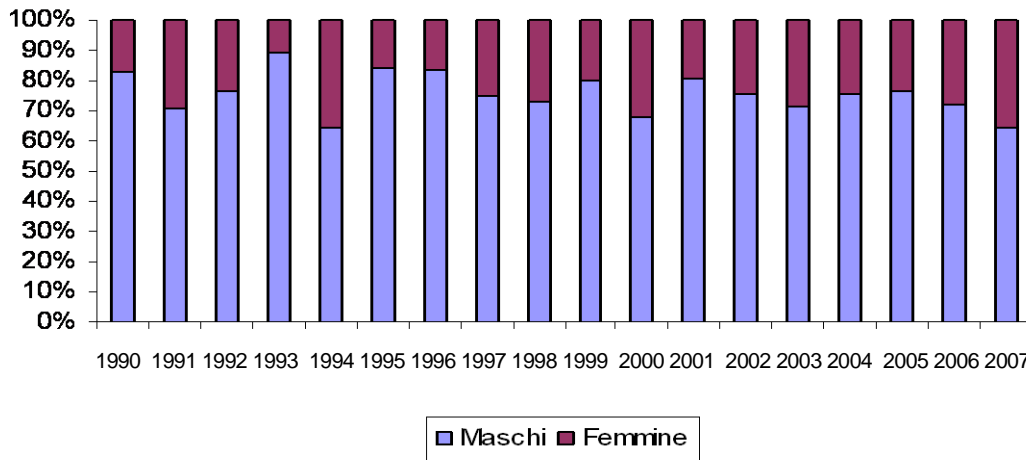
Nel periodo 1990-2007 si registra una media di circa 42 decessi/anno per suicidio nei residenti in provincia di Trento. Il fenomeno assume nel complesso un andamento sostanzialmente costante – in riferimento al numero assoluto degli eventi. Si registra comunque (vedi linea di tendenza del grafico) una lieve riduzione nel corso del tempo.

Fig. 2 Provincia di Trento. Trend eventi suicidari nei residenti. Per genere e per anno. Periodo 1990-2007



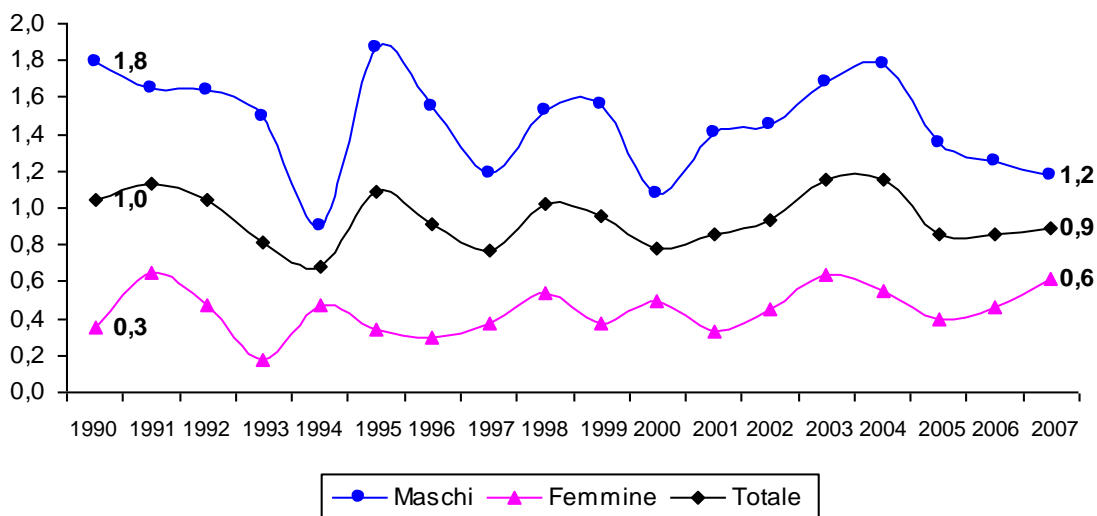
L'andamento per genere evidenzia una media di 33,7 eventi/anno nei maschi e una media di 10,7 eventi/anno nelle femmine. L'andamento nei maschi risulta in lievissima riduzione nel tempo, mentre nelle femmine in lieve aumento nel tempo.

Fig. 3 Provincia di Trento. Trend eventi suicidari nei residenti.
 Proporzione maschi e femmine per anno. Periodo 1990-2007



L'incremento relativo nelle femmine si apprezza meglio in questo grafico, che rappresenta la proporzione dei maschi e delle femmine per singolo anno.

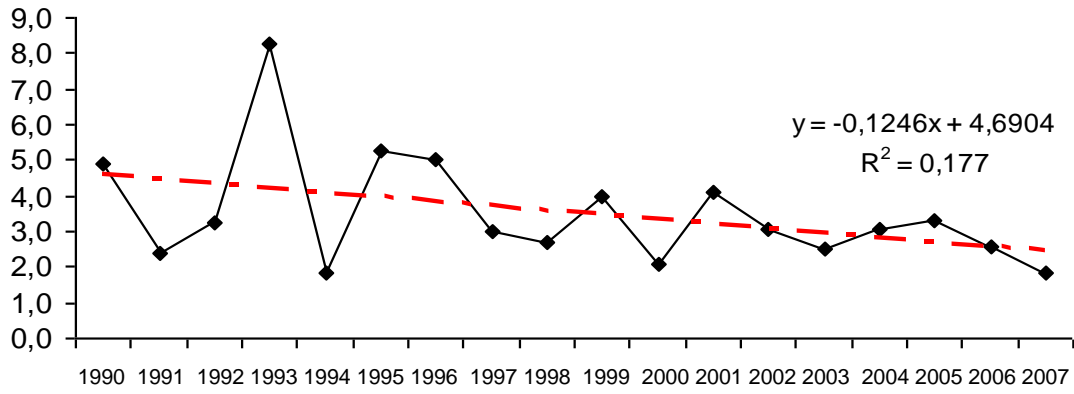
Fig. 4 Provincia di Trento. Trend eventi suicidari nei residenti. Tasso grezzo/10.000.
 Maschi, femmine e maschi+femmine. Periodo 1990-2007



L'andamento del tasso grezzo/10.000 conferma nel complesso un impatto costante del fenomeno sulla popolazione con un andamento decrescente nei maschi e crescente nelle femmine.

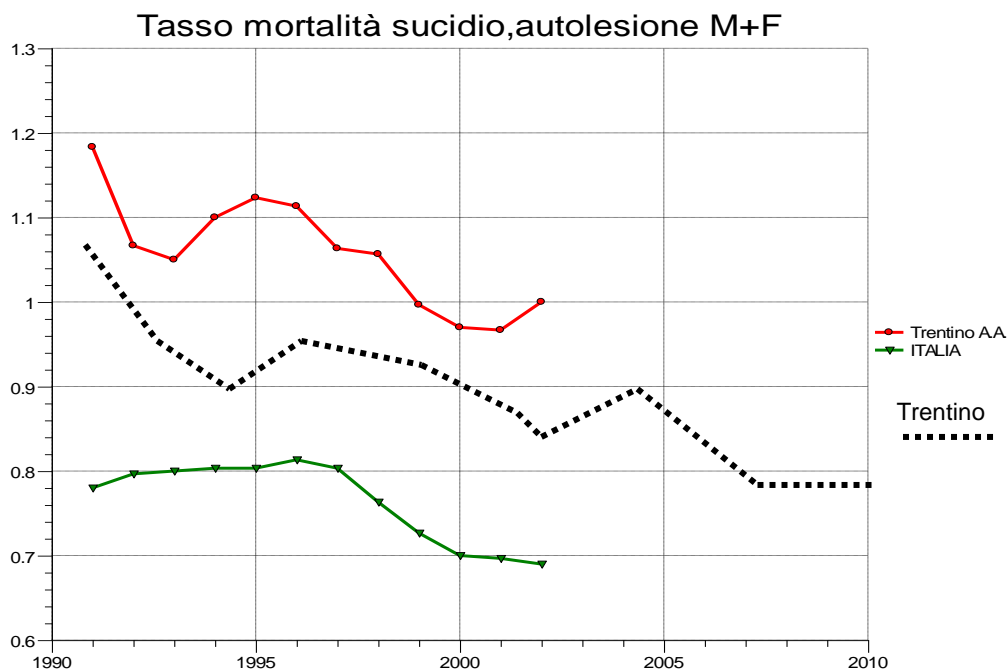
Un'ulteriore conferma proviene dal calcolo dell'andamento CMF (*Comparative mortality figure*) per sesso:

Fig. 5 Provincia di Trento. Trend eventi suicidari nei residenti. Rapporto M/F (*Comparative mortality figure*). Periodo 1990-2007



CONFRONTO TRA TRENTINO E DATI NAZIONALI

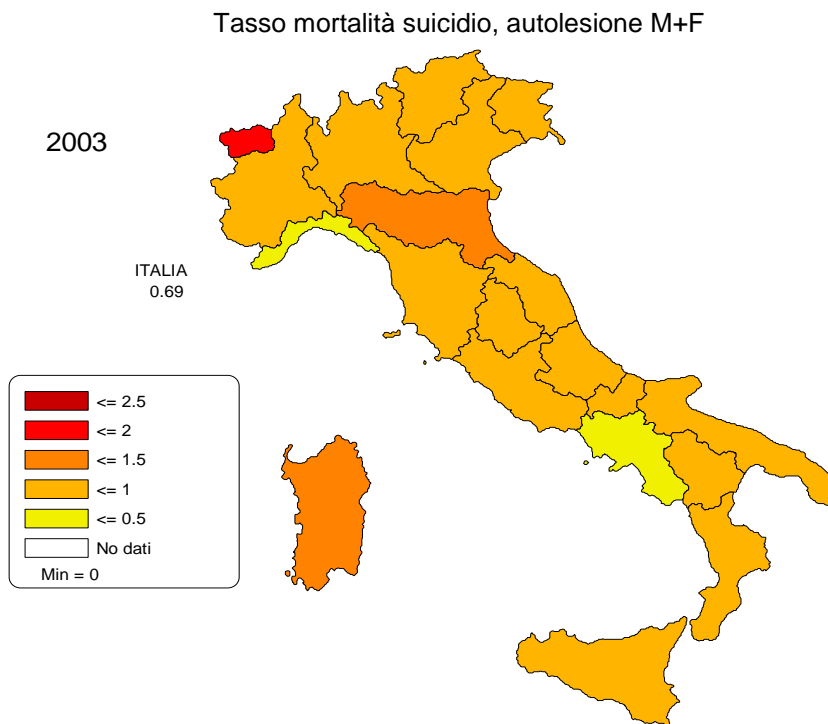
Fig. 6 *Trend tasso di mortalità per suicidio, maschi+femmine.*
Confronto Italia, regione Trentino-Alto Adige e provincia di Trento. Medie mobili. 1990-2003



Fonte Health for All – Italia - 2007

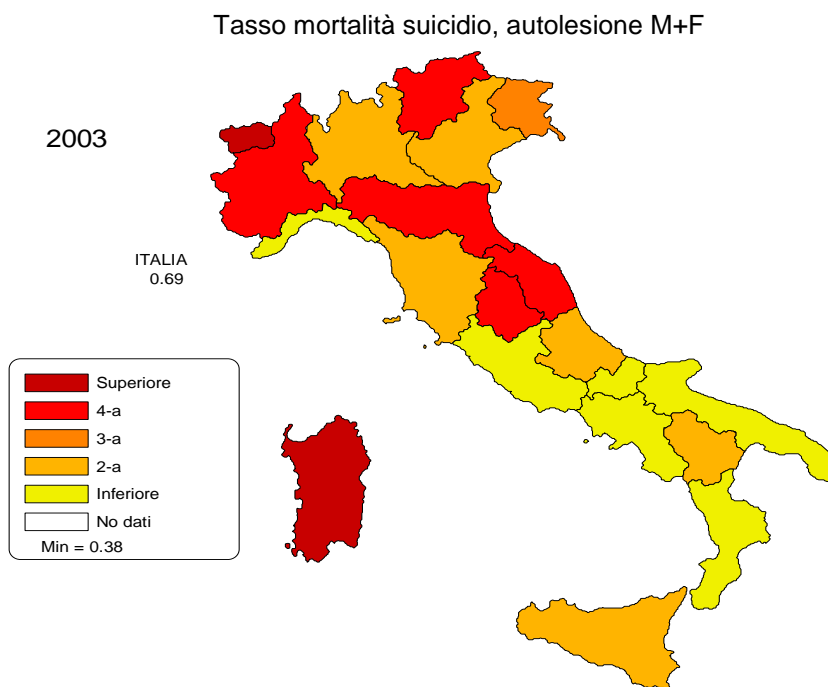
Il dato della regione Trentino-Alto Adige e della provincia di Trento presentano un andamento temporale coerente con quello nazionale. Resta sempre comunque una certa distanza, che emerge meglio dalle mappe seguenti.

Fig. 7 Tasso di mortalità per suicidio maschi+femmine. Per regione.
Secondo livelli discreti del tasso di mortalità. Anno 2003



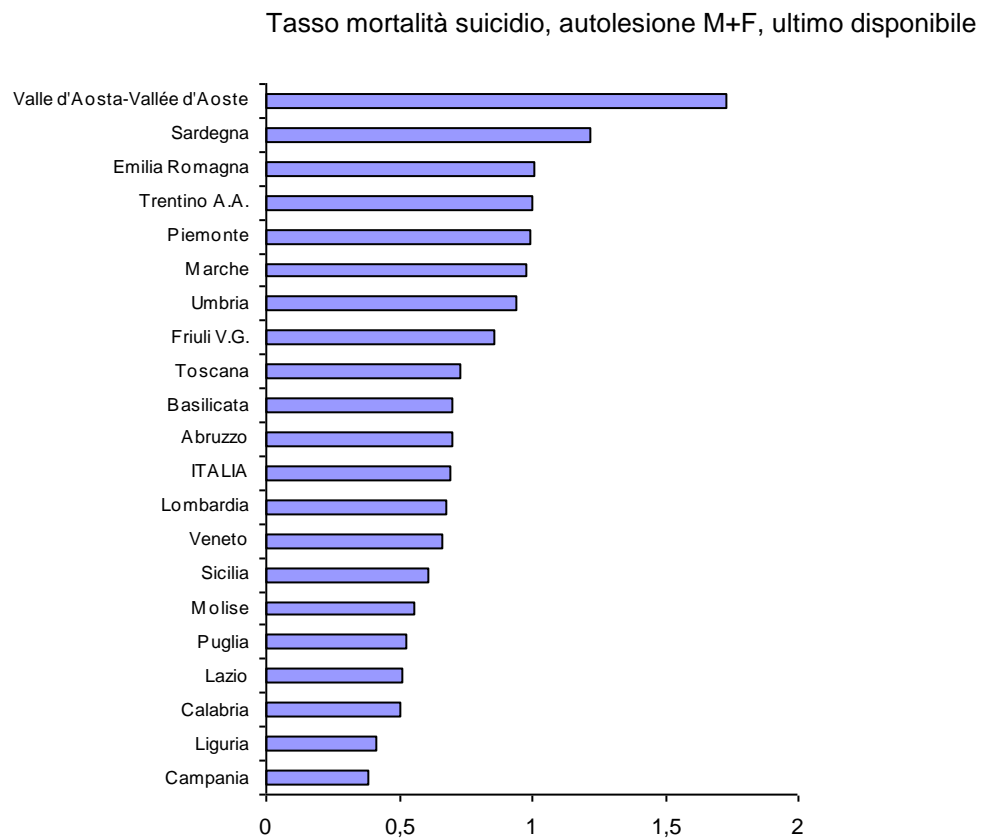
Fonte Health for All – Italia - 2007

Fig. 8 Tasso di mortalità per suicidio maschi+femmine. Per regione.
Secondo i quintili del tasso di mortalità. Anno 2003



Fonte Health for All – Italia - 2007

Fig. 9 Tasso di mortalità per suicidio maschi+femmine. Per regione.
 Ordine decrescente per regione. Anno 2003



Fonte Health for All – Italia - 2007

ANALISI DI DETTAGLIO DEGLI EVENTI SUICIDARI NEI RESIDENTI IN PROVINCIA DI TRENTO 2003-2007

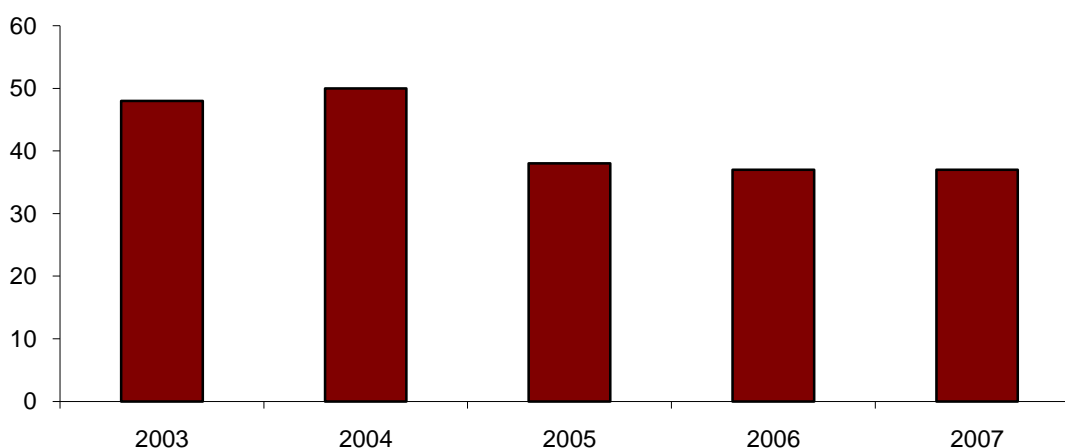
Trend 2003-2007

Tab. 1 Provincia di Trento. Trend temporale dei casi di suicidio e tasso di suicidio nei residenti.
Anni 2003-2007

Anno decesso	Numero casi	Tasso/10.000
2003	48	0,98
2004	50	1,02
2005	38	0,77
2006	37	0,75
2007	37	0,75
2003-2007	210	0,84

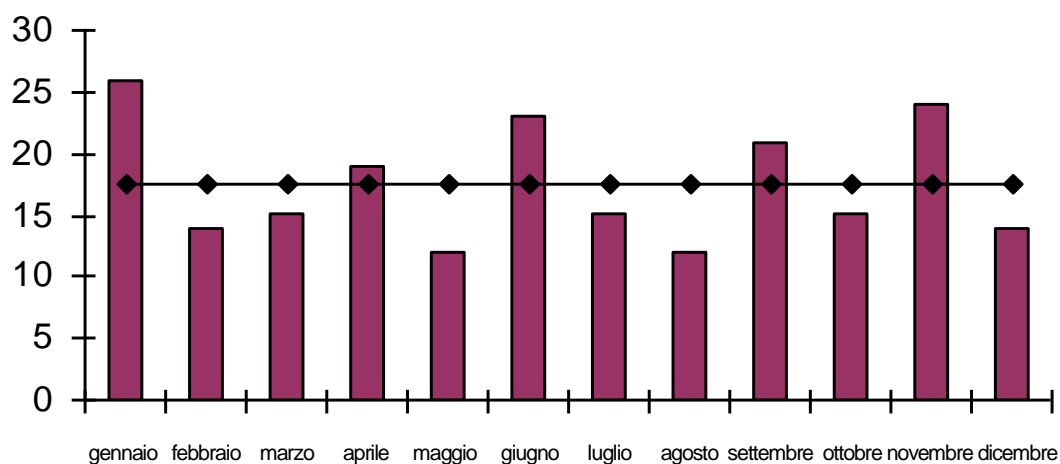
Il numero medio annuo di eventi è pari a 42. Sia in termini assoluti che in termini di tasso grezzo, nel 2007, rispetto al 2003, si registra una riduzione del 23%. Il 3,3% degli eventi (7 casi) si è verificato al di fuori della provincia di Trento.

Fig. 1 Provincia di Trento. Trend temporale dei casi di suicidio nei residenti. Numero assoluto.
Anni 2003-2007



I decessi per suicidio, nel periodo in studio, rappresentano mediamente lo 0,93% dei decessi totali, rispettivamente l'1,6% dei decessi dei maschi e lo 0,3% dei decessi delle femmine.

Fig. 2 Provincia di Trento. Andamento mensile dei casi di suicidio nei residenti.
 Numero assoluto per mese. Anni 2003-2007

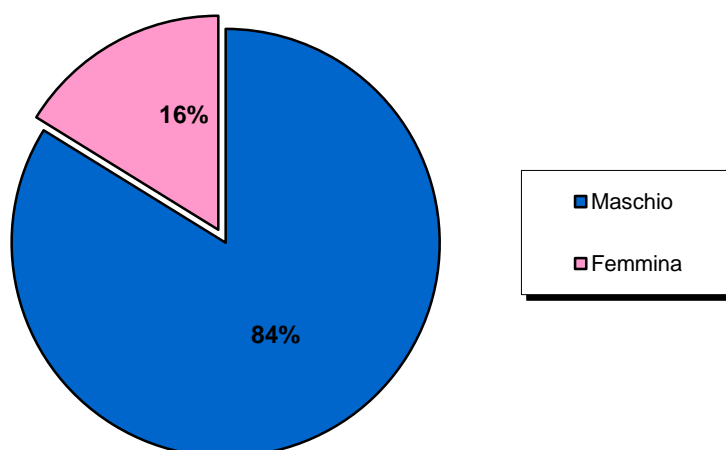


L'andamento mensile non appare omogeneo e in modo abbastanza costante, nel periodo in studio, la casistica tende ad aggregarsi su dei mesi modali che sono: dicembre, giugno e novembre.

Le caratteristiche socio anagrafiche

Sesso ed età

Fig. 3 Provincia di Trento. Percentuali dei casi di suicidio nei residenti per sesso. Anni 2003-2007



L'84% dei casi riguarda il sesso maschile, il 16% quello femminile. Per ogni femmina ci sono 5,2 maschi. L'eccesso di maschi è coerente con la letteratura internazionale.

Tab. 2 Provincia di Trento. Casi di suicidio e tasso/10.000 per sesso nei residenti. Anni 2003-2007

Sesso	Numero casi	Tasso/10.000
Maschio	176	1,43
Femmina	34	0,26
Totale	210	0,84

L'eccesso nei maschi risulta più evidente dal tasso grezzo di mortalità, che risulta 5,5 volte più elevato nei maschi rispetto alle femmine.

Tab. 3 Provincia di Trento. Distribuzione casi di suicidio nei residenti per classe d'età. Anni 2003-2007

Classe d'età	Numero casi	% sul totale	% cumulativa
<15 anni	1	0,5	0,5
15-24 anni	19	9,0	9,5
25-34 anni	30	14,3	23,8
35-44 anni	27	12,8	36,6
45-54 anni	41	19,5	56,1
55-64 anni	30	14,3	70,4
65-74 anni	32	15,3	85,6
>74 anni	30	14,3	100,0
Totale	210	100,0	

I soggetti minorenni (<18 anni) sono 4 (1,9%), la classe modale è quella compresa tra 45-54 anni; entro i 64 anni si genera il 70,4% della casistica.

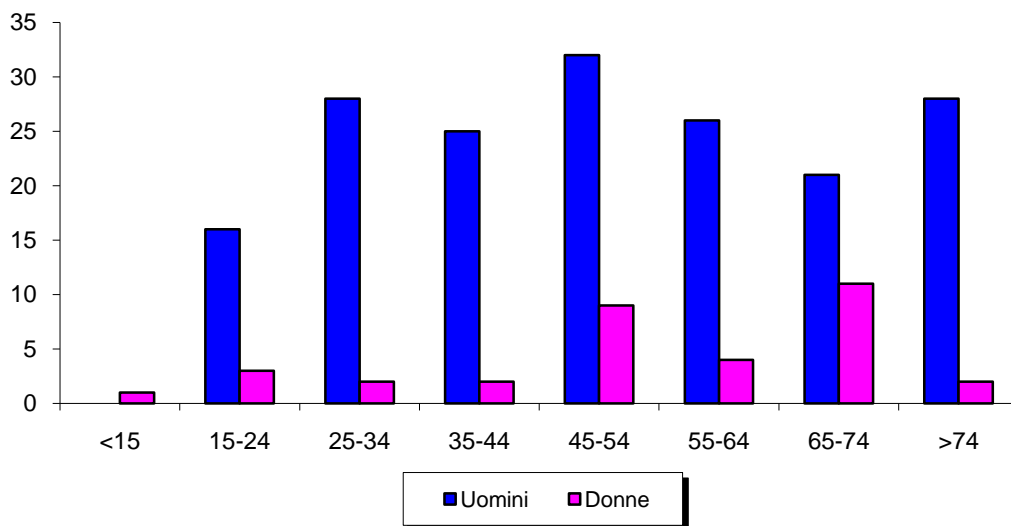
L'età media complessiva è di 51,6 anni con *range* 14-94. Nei maschi l'età media è di 51,2 (*range* 14-94); nelle femmine l'età media è di 53,5 (*range* 14-84).

Tab. 4 Provincia di Trento. Distribuzione dei suicidi nei residenti per classe d'età e sesso. Anni 2003-2007

Classe d'età	Maschi	Femmine	Rapporto maschi/femmine
<15	0	1	0,0
15-24	16	3	5,3
25-34	28	2	14,0
35-44	25	2	12,5
45-54	32	9	3,5
55-64	26	4	6,5
65-74	21	11	1,9
>74	28	2	14,0
Totale	176	34	5,2

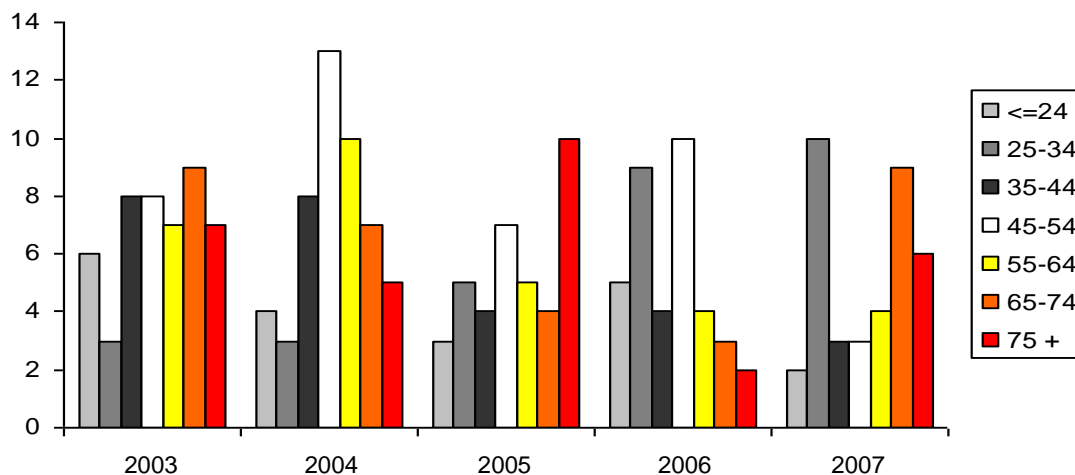
Con l'eccezione della classe di età <15 anni, dove peraltro esiste un solo caso, i maschi prevalgono sempre sulle femmine; il rapporto M/F raggiunge i suoi valori più elevati nelle classi 25-34 e >74 anni.

Fig. 4 Provincia di Trento. Distribuzione dei suicidi nei residenti per classe d'età e sesso. Anni 2003-2007



Il rapporto M/F risulta meglio esplicitato da questo grafico, dove risulta tra l'altro che nei maschi l'età modale è quella tra 45-54 anni, mentre nelle femmine è quella tra 65-74 anni.

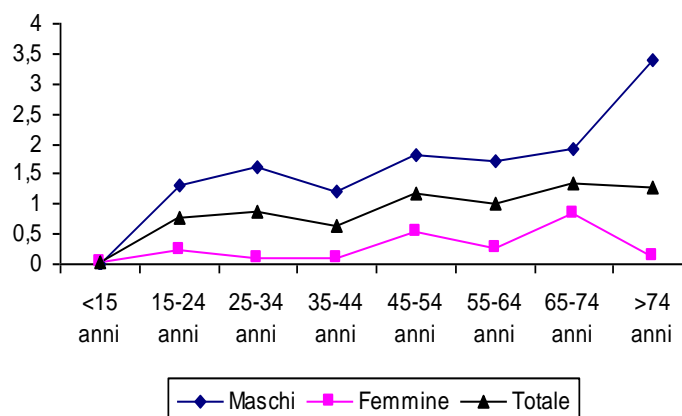
Fig. 5 Provincia di Trento. Suicidi nei residenti per classe di età e per anno. Anni 2003-2007



La casista limitata non consente di rappresentare con sicurezza dei trend temporali di dettaglio. Tuttavia si può apprezzare che, nel periodo in studio, la classe di età 25-34 anni evidenzia, a differenza delle altre classi, un andamento crescente.

Fig. 6 Provincia di Trento. Tasso età specifico di mortalità per suicidio/10.000 nei residenti. Maschi, femmine e valore complessivo. Anni 2003-2007

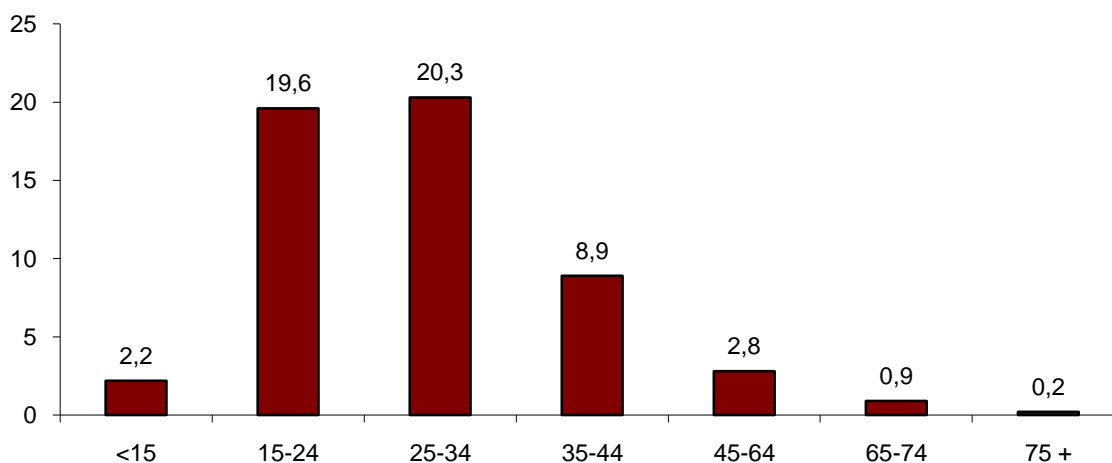
Classe d'età	Tasso/10.000
<15 anni	0,03
15-24 anni	0,78
25-34 anni	0,86
35-44 anni	0,64
45-54 anni	1,18
55-64 anni	1,0
65-74 anni	1,35
>74 anni	1,28
Totale	0,84



Il tasso di suicidio aumenta linearmente con l'età. In ogni classe di età il tasso dei maschi è più alto di quello delle femmine. La classe di età 65 anni e oltre rappresenta una condizione di rischio rispetto alle classi di età inferiori, per un *Odds Ratio* (rischio) di 1,82 (IC 95% 1,33-2,47).

Se l'incidenza o il rischio aumentano con l'età non va dimenticato che il peso di questi eventi sulle esperienze di mortalità, nelle classi di età giovani, risulta però maggiore, come rappresentato nella figura seguente.

Fig. 7 Provincia di Trento. Proporzione decessi per suicidio/totale decessi. Maschi e femmine. Per classe di età. Anni 2003-2007



A fronte di un tasso che aumenta con l'età, l'evento ha un impatto più rilevante nelle classi di età giovani, in particolare in quelle 15-24 e 25-34 anni, dove i decessi per suicidio rappresentano rispettivamente il 19,6 e il 20,3% di tutte le cause di morte, collocandosi al secondo posto dopo gli incidenti stradali.

L'evento suicidario determina complessivamente la perdita di 3.395 anni di vita potenzialmente produttiva (per 147 casi) per una perdita media procapite di 23 anni (*range* 1-50 anni), che in riferimento alla totalità della casistica risulta pari a 16,1 anni.

Stato civile

Tab. 5 Provincia di Trento. Distribuzione dei casi di suicidio nei residenti per stato civile. Anni 2003-2007

a. Valori assoluti

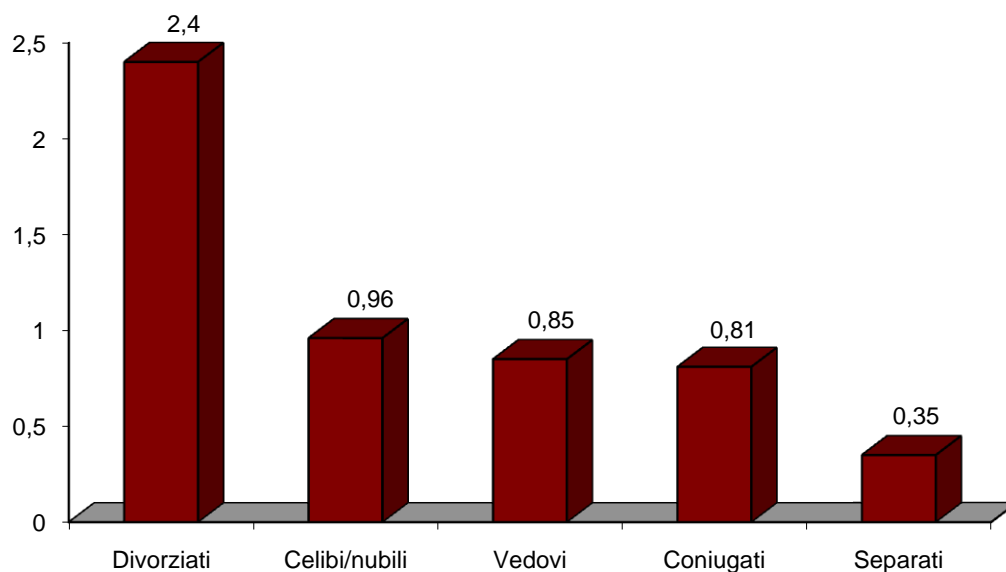
Stato civile	Maschi	Femmine	Totale
Celibe/nubile	86	9	95
Coniugato	75	15	90
Vedovo	8	8	16
Divorziato	6	2	8
Separato	1		1
Totale	176	34	210

b. Valori percentuali

Stato civile	Maschi	Femmine	Totale
Celibe/nubile	48,9	26,5	45,2
Coniugato	42,6	44,1	42,9
Vedovo	4,5	23,5	7,6
Divorziato	3,4	5,9	3,8
Separato	0,6	0,0	0,5
Totale	100,0	100,0	100,0

La categoria dei "single" prevale nei maschi, mentre quella dei vedovi, come atteso per la maggiore durata media della vita, prevale nelle femmine.

Fig. 8 Provincia di Trento. Tasso grezzo di mortalità/10.000 per suicidio nei residenti. Per stato civile. Anni 2003-2007



Trascurando il dato relativo ai separati (solo un caso nella casistica), si rileva come il tasso aumenti nel passare dalla categoria dei coniugati a quella dei divorziati. L'*Odds Ratio* (rischio) per suicidio, nei divorziati rispetto ad altro stato civile, risulta statisticamente significativo e pari a 2,78 (1,37-5,62). Il dato è coerente con quanto riportato nella letteratura.

Per il calcolo di questi tassi si è preso come denominatore il numero di residenti maschi+femmine, per stato civile, in base ai dati del censimento 2001.

Titolo di studio

Tab. 6 Provincia di Trento. Distribuzione dei casi di suicidio nei residenti per titolo di studio. Anni 2003-2007

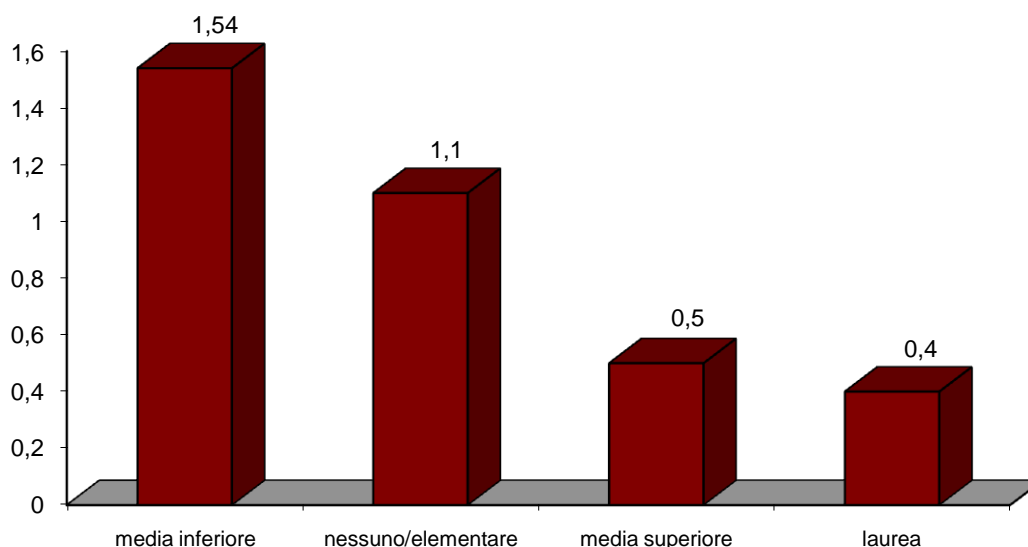
a. Valori assoluti

Titolo di studio	Maschi	Femmine	Totale
Laurea	4	1	5
Diploma universitario/laurea breve	1		1
Scuola media superiore	28	6	34
Scuola media inferiore	79	12	91
Elementare/nessun titolo	64	15	79
Totale	176	34	210

b. Valori percentuali

Titolo di studio	Maschi	Femmine	Totale
Laurea	2,3	2,9	2,4
Diploma universitario/laurea breve	0,6	0,0	0,5
Scuola media superiore	15,9	17,6	16,2
Scuola media inferiore	44,9	35,3	43,3
Elementare/nessun titolo	36,4	44,1	37,6
Totale	100,0	100,0	100,0

Fig. 9 Provincia di Trento. Tasso grezzo di mortalità/10.000 per suicidio nei residenti.
Per titolo di studio. Anni 2003-2007



Il tasso aumenta in modo lineare nel passare dalla categoria dei laureati a quella dei soggetti con licenza di scuola media inferiore. L'Odds Ratio (rischio) per suicidio nei soggetti con nessun titolo di studio o con titolo di studio fino alla media inferiore risulta maggiore, in modo statisticamente significativo, rispetto a chi ha un livello di istruzione più elevato ed è pari a 2,44 (1,73-3,44). Il dato è coerente con quanto riportato dalla letteratura.

Per il calcolo di questi tassi si è preso come denominatore il numero di residenti maschi+femmine, per livello di istruzione, sulla base dei dati del censimento 2001.

Condizione professionale e no

Tab. 7 Provincia di Trento. Distribuzione casi di suicidio nei residenti
per condizione professionale e sesso. Anni 2003-2007

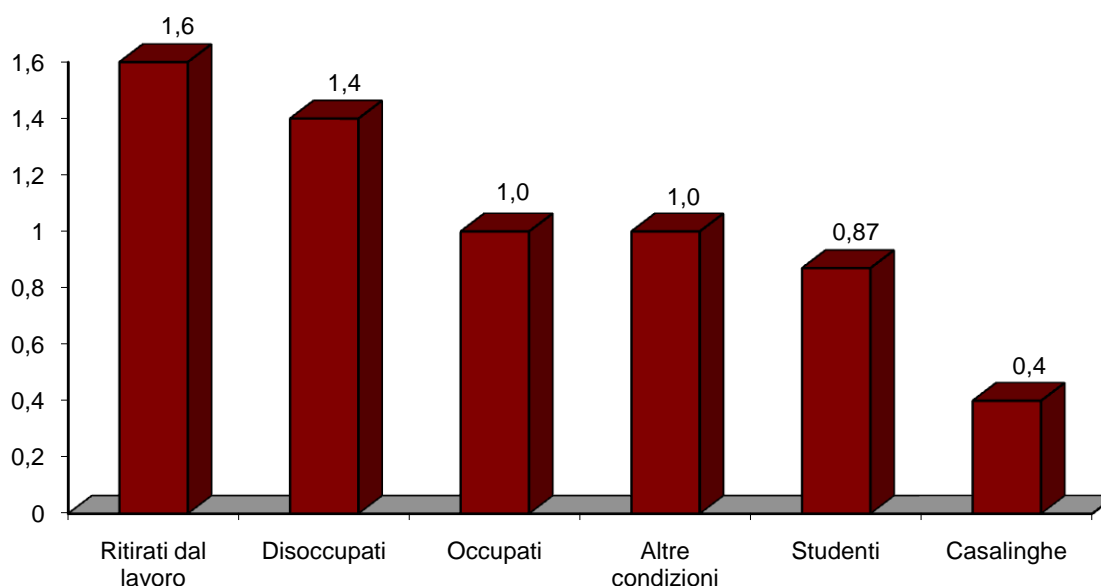
a. Valori assoluti

Condizione professionale	Maschi	Femmine	Totale
Occupato	94	8	102
Disoccupato	2	1	3
In cerca di prima occupazione	3		3
Ritirato dal lavoro	60	9	69
Casalinga		11	11
Studente	8	4	12
Inabile al lavoro	6	1	7
Altro	3		3
Totale	176	34	210

b. Valori percentuali

Condizione professionale	Maschi	Femmine	Totale
Occupato	53,4	23,5	48,6
Disoccupato	1,1	2,9	1,4
In cerca di prima occupazione	1,7	0,0	1,4
Ritirato dal lavoro	34,1	26,5	32,9
Casalinga	0,0	32,4	5,2
Studente	4,5	11,8	5,7
Inabile al lavoro	3,4	2,9	3,3
Altro	1,7	0,0	1,4
Totale	100,0	100,0	100,0

Fig. 10 Provincia di Trento. Tasso grezzo di mortalità/10.000 per suicidio nei residenti. Per condizione. Anni 2003-2007



Il tasso aumenta in modo lineare nel passare dalla categoria “casalinghe” a quella “disoccupati” e “ritirati dal lavoro”. Il dato è coerente da un lato con l’andamento del tasso all’aumentare dell’età; dall’altro pone l’attenzione sullo stato di disoccupato come condizione di rischio sociale. Il rischio di suicidio nei soggetti ritirati dal lavoro o disoccupati rispetto a tutte le altre condizioni è maggiore dell’atteso in modo statisticamente significativo, con un *Odds Ratio* di 1,77 (IC95% 1,32-2,37).

Per il calcolo di questi tassi si è preso come denominatore il numero di residenti maschi+femmine, per condizione professionale e no, sulla base dei dati del censimento 2001.

Cittadinanza

Tab. 9 Provincia di Trento. Distribuzione casi di suicidio nei residenti per cittadinanza e sesso. Casi assoluti e tasso/cittadinanza per 10.000. Anni 2003-2007

Cittadinanza	Maschi	Femmine	Totale	Tasso medio annuo/10.000
Italiana per nascita	169	34	203	0,86
Italiana acquisita	1		1	
Straniera	6		6	0,40
Totale	176	34	210	0,84

L'essere straniero, per quanto residente, non aumenta di per sé il rischio di suicidio; il tasso negli stranieri assume un valore pari alla metà di quanto osservato nei cittadini italiani.

La distribuzione territoriale

Viene rappresentato il dato secondo il comprensorio di residenza e la classe altimetrica. Viene inoltre rappresentato l'elenco dei comuni che nel periodo in studio hanno fatto registrare almeno 3 eventi. Il dato assoluto e il tasso per singolo comune è disponibile, ma non è incluso nel presente report.

Tab. 10 Provincia di Trento. Distribuzione dei casi di suicidio nei residenti per comprensorio di residenza. Anni 2003-2007

Comprensorio	Maschi	Femmine	Totale	% sul totale	Rapporto Maschi/Femmine
Valle dell'Adige	43	10	53	25,2	4,30
Vallagarina	38	9	47	22,4	4,22
Alta Valsugana	17	6	23	11,0	2,83
Alto Garda e Ledro	15	2	17	8,1	7,50
Giudicarie	13	3	16	7,6	4,83
Valle di Non	13	2	15	7,1	6,50
Bassa Valsugana e Tesino	11	2	13	6,2	5,50
Valle di Fiemme	10		10	4,8	10,0
Valle di Sole	10		10	4,8	10,0
Primiero	3		3	1,4	3,0
Ladino di Fassa	3		3	1,4	3,0
Provincia	176	34	210	100,0	5,1

Tab. 11 *Provincia di Trento. Distribuzione dei casi di suicidio nei residenti per comprensorio di residenza e classe di età. Anni 2003-2007*

Comprensorio	<=24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Totale
Valle di Fiemme	1	2		2	2	3		10
Primiero			1	1		1		3
Bassa Valsugana	1	2		6	3	1		13
Alta Valsugana	5	4	4	2	3	3	2	23
Valle dell'Adige	4	7	9	10	3	11	9	53
Valle di Non	2	1	2	4	3	1	2	15
Valle di Sole		2	1	4		1	2	10
Giudicarie e Rendena	2	4	1	3	2	3	1	16
Alto Garda e Ledro	1	3	3	2	1	4	3	17
Vallagarina	4	5	6	6	11	4	11	47
Fassa				1	2			3
Totale	20	30	27	41	30	32	30	210

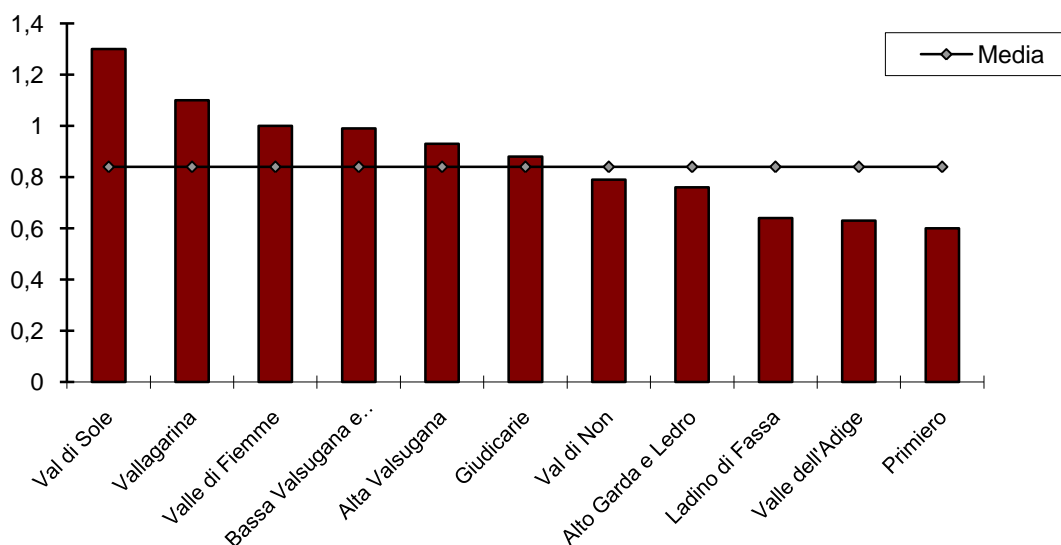
Tab. 12 *Provincia di Trento. Distribuzione dei casi di suicidio nei residenti per comprensorio di residenza. Proporzioni per classe di età. Anni 2003-2007*

Comprensorio	<=24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Totale
Valle di Fiemme	10,0	20,0	0,0	20,0	20,0	30,0	0,0	100,0
Primiero	0,0	0,0	33,3	33,3	0,0	33,3	0,0	100,0
Bassa Valsugana	7,7	15,4	0,0	46,2	23,1	7,7	0,0	100,0
Alta Valsugana	21,7	17,4	17,4	8,7	13,0	13,0	8,7	100,0
Valle dell'Adige	7,5	13,2	17,0	18,9	5,7	20,8	17,0	100,0
Valle di Non	13,3	6,7	13,3	26,7	20,0	6,7	13,3	100,0
Valle di Sole	0,0	20,0	10,0	40,0	0,0	10,0	20,0	100,0
Giudicarie e Rendena	12,5	25,0	6,3	18,8	12,5	18,8	6,3	100,0
Alto Garda e Ledro	5,9	17,6	17,6	11,8	5,9	23,5	17,6	100,0
Vallagarina	8,5	10,6	12,8	12,8	23,4	8,5	23,4	100,0
Fassa	0,0	0,0	0,0	33,3	66,7	0,0	0,0	100,0
Totale	9,5	14,3	12,9	19,5	14,3	15,2	14,3	100,0

Tab. 13 Provincia di Trento. Tasso età specifico per suicidio/10.000/anno nei residenti per comprensorio di residenza. Anni 2003-2007

Comprensorio	<=24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
Valle di Fiemme	0,4	1,6	0,0	1,5	1,8	3,3	0,0
Primiero	0,0	0,0	1,2	1,5	0,0	1,9	0,0
Bassa Valsugana	0,3	1,2	0,0	3,3	1,9	0,8	0,0
Alta Valsugana	0,8	1,1	0,9	0,6	1,0	1,3	0,9
Valle dell'Adige	0,2	0,6	0,6	0,8	0,3	1,4	1,1
Valle di Non	0,4	0,4	0,7	1,5	1,3	0,6	1,0
Valle di Sole	0,0	2,0	0,8	3,6	0,0	1,3	2,6
Giudicarie e Rendena	0,4	1,6	0,3	1,2	0,9	1,7	0,5
Alto Garda e Ledro	0,2	0,9	0,8	0,6	0,4	1,8	1,4
Vallagarina	0,4	0,8	0,8	1,0	2,1	0,9	2,7
Fassa	0,0	0,0	0,0	1,5	3,6	0,0	0,0
Totale	0,4	0,86	0,64	1,18	1,0	1,35	1,28

Fig. 11 Provincia di Trento. Tassi grezzi di mortalità per suicidio/10.000 nei residenti per comprensorio. Anni 2003-2007



La numerosità degli eventi per comprensorio fornisce un quadro che solo in apparenza appare disomogeneo. In effetti nessun valore comprensoriale risulta significativamente differente dal valore provinciale medio. Data la base di popolazione relativamente limitata, piccole variazioni annuali possono causare variazioni "relativamente" rilevanti a carico del tasso. La valle di Sole presenta il tasso di mortalità più elevato, confermando i dati storici 1990-2002. Nel periodo 2003-2007 la distanza rispetto al valore medio provinciale si è però ridotta. Quattro comprensori su 5, che erano nelle prime 5 posizioni nel periodo 1990-2002, confermano le loro posizioni anche nel periodo 2003-2007, a riprova di una certa costanza "territoriale" del fenomeno.

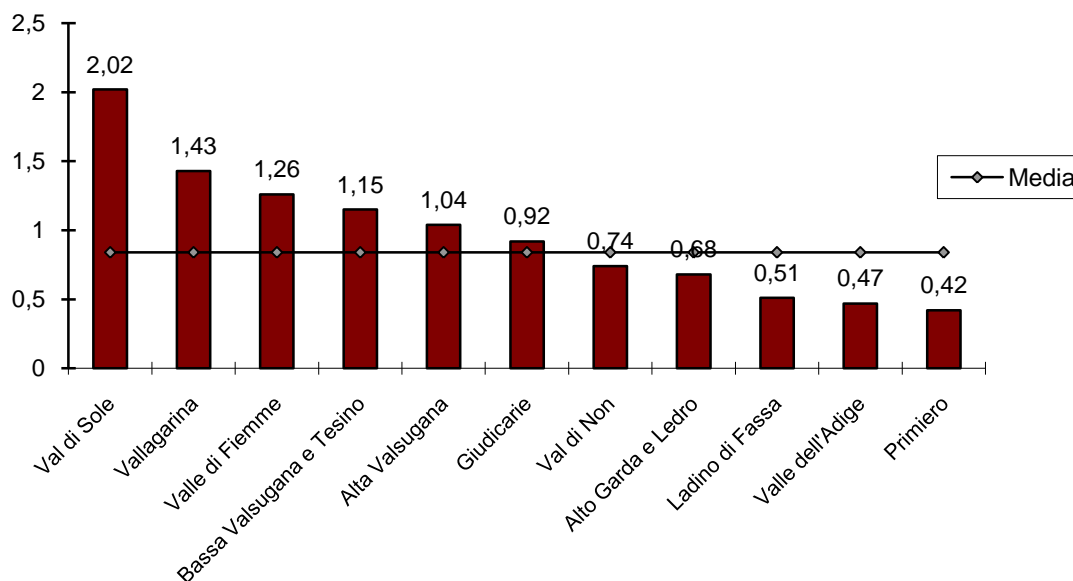
La distribuzione per comprensorio risulta più precisa utilizzando il tasso standardizzato calcolato in modo indiretto, che porta a definire i casi "attesi", che vanno confrontati con quelli osservati nella realtà.

Tab. 14 Provincia di Trento. Casi attesi e casi osservati di suicidio nei residenti. Per comprensorio. Anni 2003-2007

Casi	Fiemme	Primiero	Bassa Valsugana	Alta Valsugana	Valle Adige	Valle Non	Valle Sole	Giudicarie Rendena	Alto Garda e Ledro	Vallagarina	Fassa
Attesi	7,94	4,24	11,14	20,51	70,42	16,02	6,45	15,27	18,88	36,26	3,76
Osservati	10	3	13	23	53	15	10	16	17	47	3

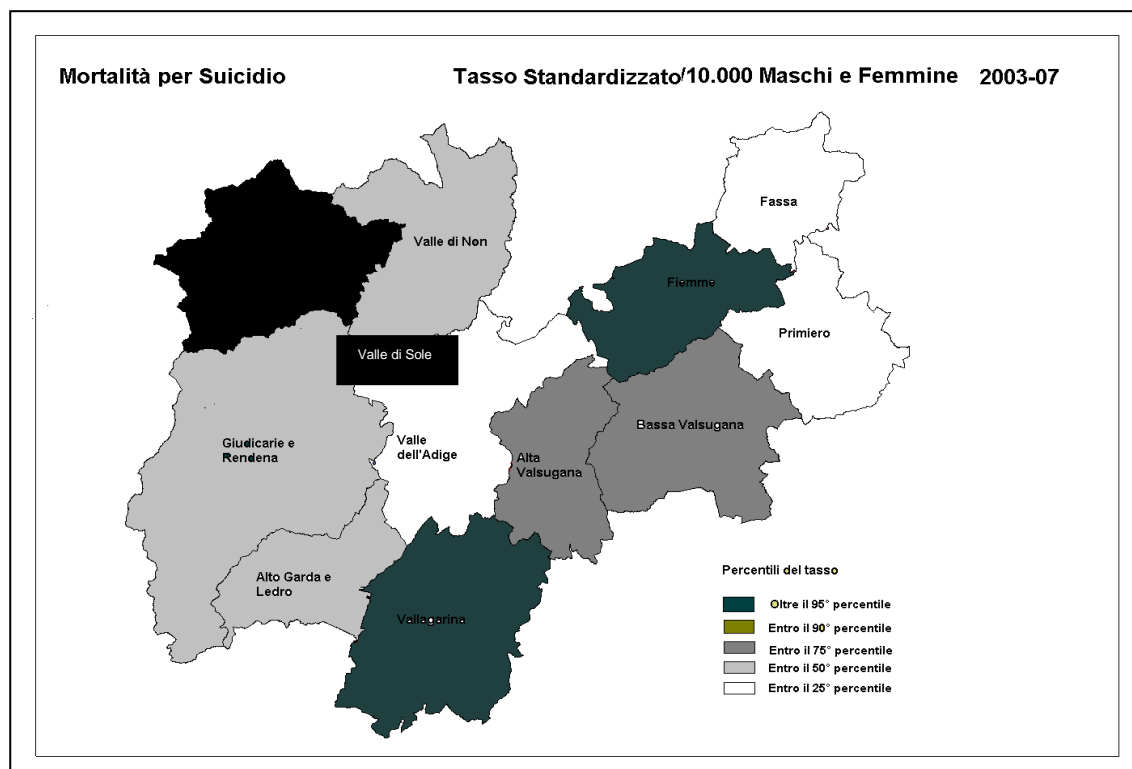
Conseguentemente il tasso standardizzato per comprensorio è fornito nella figura seguente.

Fig. 12 Provincia di Trento. Tassi standardizzati di mortalità per suicidio/10.000 nei residenti per comprensorio di residenza. Anni 2003-2007



Il rapporto tra il valore più alto e quello più basso è uguale a 4,80, il che equivale a dire che l'evento osservato in valle di Sole è 4,8 volte di più di quanto si osserva in Primiero, oppure 4,3 volte in più di quanto si osserva in valle dell'Adige.

Fig. 13 Provincia di Trento. Tassi standardizzati di mortalità per suicidio/10.000 nei residenti Per comprensorio. Rappresentazione secondo il centile del tasso. Anni 2003-2007



Tab. 15 Provincia di Trento. Distribuzione dei casi di suicidio nei residenti per comune di residenza. Primi dieci comuni per frequenza assoluta. Anni 2003-2007

Comune	Numero casi	%
Trento	31	14,8
Rovereto	26	12,4
Riva del Garda	10	4,8
Ala	8	3,8
Pergine Valsugana	6	2,9
Tione di Trento	5	2,4
Calceranica al Lago	4	1,9
Malè	4	1,9
Mezzolombardo	4	1,9
Arco, Baselga di Pinè, Bedollo, Brentonico, Cavalese, Isera, Spera	21 (3 per uno)	10,0
Totale parziale	119	56,6%
Provincia	210	100,0

Analisi secondo il livello altimetrico

In provincia di Trento ci sono 223 comuni, molti dei quali non raggiungono i 500 abitanti. Una rappresentazione per comune può, quindi, essere di per sé fuorviante. Oltre il 50% degli eventi si concentra in 16 comuni.

Avrebbe già più senso un'analisi per comuni raggruppati, per esempio, secondo il livello altimetrico. La dimensione altitudine tiene conto indirettamente della dimensione area urbana/area rurale e della dimensione inclusione/esclusione sociale. È presentata una distribuzione dei casi secondo tre livelli altimetrici: a. fino a 499 m sul livello del mare; b. da 500 a 999 metri; c. da 1.000 metri in su.

Tab. 16 Provincia di Trento. Distribuzione dei casi di suicidio nei residenti per livello altimetrico e classe di età. Anni 2003-2007

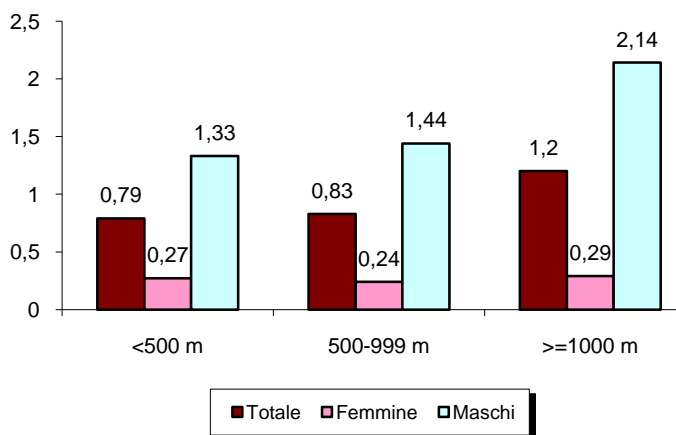
Valori assoluti

Livello altimetrico	Classi di età							Totale
	< 25	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 e +	
< 500 m s.l.m.	10	18	20	20	19	18	21	126
5000-999	8	9	5	13	8	9	8	60
1.000 m e oltre	2	3	2	8	3	5	1	24
Totale	20	30	27	41	30	32	30	210

Valori percentuali

< 500 m s.l.m.	50,0	60,0	74,1	48,8	63,3	56,3	70,0	60,0
5000-999	40,0	30,0	18,5	31,7	26,7	28,1	26,7	28,6
1000 m e oltre	10,0	10,0	7,4	19,5	10,0	15,6	3,3	11,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fig. 14 Provincia di Trento. Tassi di suicidio/10.000 nei residenti per classe altimetrica. Anni 2003-2007



Il tasso di mortalità per suicidio presenta un trend crescente dal primo al terzo livello altimetrico. L'incremento risulta evidente e statisticamente significativo ($p < 0,05$) solo per i maschi. L'andamento del tasso secondo l'altimetria è in accordo con quanto riportato da studi precedenti, per realtà analoghe alla provincia di Trento.

Il luogo del decesso

Non automaticamente, ma con buona approssimazione, il luogo del decesso in questi casi tende a indicare anche il luogo del suicidio.

Tab. 17 Provincia di Trento. Distribuzione casi di suicidio nei residenti per luogo. Anni 2003-2007

Luogo	Numero casi	%
Abitazione propria	87	41,4
Ambienti esterni	73	34,7
Istituto di cura pubblico	28	13,4
Non indicato	19	9,1
Struttura socio assistenziale	2	0,9
Istituto di cura privato	1	0,5
Totale	210	100,0

L'ambiente prevalente di accadimento è rappresentato, nella casistica complessiva e in entrambi i sessi, dalla propria abitazione. Considerando la classe di età, emerge che fino ai 44 anni, l'ambiente di accadimento prevalente è quello esterno, mentre nelle classi di età successive è la propria abitazione.

Le modalità del suicidio

Tab. 18 Provincia di Trento. Distribuzione casi di suicidio nei residenti per modalità e sesso. Anni 2003-2007

a. Valori assoluti

Modo	Maschi	Femmine	Totale	%
Annegamento	9	4	13	6,2
Arma da fuoco	23	1	24	11,4
Arma da taglio o punta	5	1	6	2,9
Farmaci-sostanze	2	4	6	2,9
Gas	16	1	17	8,0
Impiccagione	79	7	86	40,9
Investimento	6	2	8	3,8
Non specificato	1	1	2	0,9
Precipitazione	33	13	46	21,9
Ustioni da fuoco	2		2	0,9
Totale	176	34	210	100,0

b. Valori percentuali

Modo	Maschi	Femmine	Totale
Annegamento	5,1	11,8	6,2
Arma da fuoco	13,1	2,9	11,4
Arma da taglio o punta	2,8	2,9	2,9
Farmaci-sostanze	1,1	11,8	2,9
Gas	9,1	2,9	8,1
Impiccagione	44,9	20,6	41,0
Investimento	3,4	5,9	3,8
Non specificato	0,6	2,9	1,0
Precipitazione	18,8	38,2	21,9
Ustioni da fuoco	1,1	0,0	1,0
Totale	100,0	100,0	100,0

La modalità prevalente complessiva (40,9%) è l'impiccagione, che si conferma tale nei maschi (44,9%), mentre nelle femmine la modalità prevalente (38,2%) è la precipitazione.

Tab. 19 Provincia di Trento. Distribuzione dei casi di suicidio nei residenti per modalità e classe di età. Anni 2003-2007

a. Valori assoluti

Modalità	<=24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Totale
Annegamento		1	1	2	1	5	3	13
Arma da fuoco		3	2	4	3	6	6	24
Arma da taglio o punta		1		1	3	1		6
Farmaci-sostanze			2	3			1	6
Gas	2	4	3	6	1		1	17
Impiccagione	9	15	13	15	15	11	8	86
Investimento	1	1	2		3	1		8
Non specificato					2			2
Precipitazione	8	4	4	9	2	8	11	46
Ustioni da fuoco		1		1				2
Totale	20	30	27	41	30	32	30	210

b. Valori percentuali

Modalità	<=24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Totale
Annegamento	0,0	3,3	3,7	4,9	3,3	15,6	10,0	6,2
Arma da fuoco	0,0	10,0	7,4	9,8	10,0	18,8	20,0	11,4
arma da taglio o punta	0,0	3,3	0,0	2,4	10,0	3,1	0,0	2,9
farmaci-sostanze	0,0	0,0	7,4	7,3	0,0	0,0	3,3	2,9
Gas	10,0	13,3	11,1	14,6	3,3	0,0	3,3	8,1
Impiccagione	45,0	50,0	48,1	36,6	50,0	34,4	26,7	41,0
Investimento	5,0	3,3	7,4	0,0	10,0	3,1	0,0	3,8
non specificato	0,0	0,0	0,0	0,0	6,7	0,0	0,0	1,0
Precipitazione	40,0	13,3	14,8	22,0	6,7	25,0	36,7	21,9
Ustioni da fuoco	0,0	3,3	0,0	2,4	0,0	0,0	0,0	1,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

L'impiccagione resta la modalità complessivamente prevalente fino ai 74 anni, dopo di che la modalità più frequente è la precipitazione.

I precedenti anamnestici clinico sanitari

Come indicato dalla letteratura, analizzando i "precedenti sanitari" delle persone che si sono suicidate si possono individuare condizioni ed eventi, che assumono il significato di fattori associati e/o condizionanti l'evento suicidario. Tenuto conto che questo particolare aspetto sarà oggetto di un'analisi in profondità, in qualche modo esterna al presente rapporto, si riportano di seguito i metodi di analisi seguiti e la sintesi dei risultati ottenuti.

Per ogni nominativo presente nel database degli eventi suicidari si è effettuato un controllo con i dati presenti nel SIO (Sistema informativo ospedaliero), allo scopo di verificare la presenza di contatti significativi con i servizi sanitari (accesso in pronto soccorso, ricovero ospedaliero) prima dell'evento e in particolare fino a un anno prima dell'evento. Questo ha consentito al tempo stesso di verificare la frequenza di condizioni cliniche di rischio, come la presenza di patologia psichiatrica e condizioni di alcol/tossicodipendenza.

È stato operato un confronto anche con il database degli accessi in pronto soccorso per autolesione, allo scopo di verificare e quantificare la frequenza di precedenti tentativi di suicidio.

È stato identificato un precedente contatto con i servizi sanitari (entro l'anno che ha preceduto l'evento) in 115 casi su 210 (54,8%).

Precedenti contatti con i servizi sanitari (pronto soccorso e ricovero ospedaliero)

È stato identificato un precedente contatto (entro i 12 mesi precedenti l'evento) con i servizi sanitari in 114 persone (54,3%), per le seguenti motivazioni cliniche.

1. Patologia psichiatrica

È stato identificato un precedente di patologia psichiatrica (voci prevalenti: psicosi, psicosi schizofrenica, psicosi depressiva/sindrome bipolare) in 63 casi (30%). Di questi, il 51% (32 soggetti) ha o aveva avuto un contatto con il Centro di salute mentale di riferimento territoriale.

2. Alcolismo e/o patologia alcolcorrelata

È stata identificata la presenza di un'alcolodipendenza o di una patologia alcolcorrelata in 10 casi che non fossero già pazienti psichiatrici. Nel complesso, il problema dell'alcolodipendenza ricorre in 23 casi.

3. Stati di tossicodipendenza

È stata identificata la presenza di una condizione di dipendenza da sostanze d'abuso in 5 casi, che non fossero già pazienti psichiatrici: Nel complesso il problema della dipendenza da sostanze ricorre in 10 casi.

4. Presenza di condizioni mediche a prognosi severa

È stata identificata la presenza di una condizione medica a prognosi severa in 36 casi, che non fossero già pazienti psichiatrici o con problemi di alcol/tossicodipendenza.

È verosimile che la proporzione di contatti precedenti per motivi clinici possa essere sottostimata, tenendo conto che la copertura del SIO, anche in senso retrospettivo, deve essere in qualche modo completata. Per questo aspetto solo un *record linkage* formale tra le basi dati disponibili e una verifica archivio/archivio con i principali servizi coinvolti (Centro di salute mentale, SerT e Servizio di educazione alla salute e di riferimento per le attività alcolologiche) potranno dare risultati pienamente affidabili.

Precedenti tentativi di suicidio

Un *record linkage* tra archivio dei suicidi e archivio delle autolesioni osservate in pronto soccorso ha consentito di individuare almeno 1 precedente tentativo di suicidio in 31 casi (14,7%). È verosimile che questa proporzione possa essere sottostimata, legata in parte alla probabilità di un precedente accesso o meno al pronto soccorso legato all'evento e in parte all'identificabilità come tale da parte degli stessi operatori del pronto soccorso.

La ricorrenza di tale precedente è maggiore nelle femmine (26,4%) rispetto ai maschi (12,5%), con una differenza statisticamente significativa ($p < 0,01$); risulta, inoltre, maggiore dell'atteso nelle classi di età inferiori ai 45 anni, anche in questo caso con una differenza statisticamente significativa ($p < 0,05$) rispetto alle classi di età superiori.

CONCLUSIONI

La gestione locale del flusso informativo sulle cause di morte consente, in provincia di Trento, un monitoraggio più attento e tempestivo degli eventi suicidari, pur tenendo conto che una quota, stimata comunque piccola, potrebbe sfuggire, sulla base dei criteri di notifica seguiti dai medici certificatori. La possibilità di interfaccia del registro nominativo delle cause di morte con altri archivi sanitari, consente una rappresentazione epidemiologica del fenomeno con maggior dettaglio, anche riguardo ai fattori di rischio, agevolando così una possibile politica locale di prevenzione mirata (42).

L'andamento del fenomeno in provincia di Trento presenta nel tempo un lieve trend decrescente (più evidente nei maschi), coerente con l'andamento nazionale. Nei maschi il tasso grezzo di mortalità/10.000 passa da 1,8 del 1990 a 1,2 del 2007; nelle femmine passa da 0,3 del 1990 allo 0,6 del 2007.

Il Trentino, nel 2003 (ultimi dati nazionali disponibili) resta comunque al di sopra della mortalità media nazionale (maschi + femmine: 0,9 vs. 0,7), condividendo caratteristiche in parte "storiche" con altre regioni del nord e del centro.

L'analisi di dettaglio condotta relativamente alla casistica 2003-2007 (210 casi totali per un numero medio annuo di 42) consente di evidenziare, dal 2003 al 2007, una riduzione di eventi, sia in termini assoluti che in termini di tasso (da 48 a 37, da 0,98 a 0,75/10.000).

Non risulta così evidente dalla casistica provinciale, una maggiore frequenza di eventi in primavera-estate, così come riportato dalla letteratura. Come possibili spiegazioni per questo fenomeno si era fatto riferimento o alla maggiore incidenza di episodi di depressione (i ricoveri per depressione aumentano in primavera-estate) o al fatto che in questi periodi dell'anno aumentano gli spostamenti di popolazione e quindi gli stress ad essi associati.

Si confermano le caratteristiche socio-anagrafiche principali dei casi, con un rapporto Maschi/Femmine di 5,2:1. Il Rischio relativo nei maschi, rispetto alle femmine è pari a 5,5.

La classe di età modale è quella compresa tra 45-54 anni (19,5% dei casi). I soggetti fino a 34 anni di età rappresentano comunque il 23,8% dei casi ed i minorenni l'1,9%. L'eccesso dei maschi rispetto alle femmine riguarda in particolare le classi di età 25-34 e 75 anni e oltre.

Nel periodo in studio la classe di età 25-34 anni è quella che presenta una crescita costante e di questo va tenuto conto ai fini della programmazione degli interventi di prevenzione.

Il tasso, come atteso, aumenta con l'età, soprattutto nei maschi che fanno inoltre registrare una brusca impennata dopo i 74 anni. Sono però i soggetti giovani (classi 15-24 e 25-34 anni) che registrano il maggior peso, in quanto, in queste classi il suicidio rappresenta la seconda causa di morte dopo gli incidenti stradali. Consolidata appare anche l'incidenza secondo lo stato civile, con tassi più elevati nei divorziati/separati, nei celibi/nubili e nei vedovi. Tale andamento è stato riferito alla diversa quantità di stress a cui sono esposti i soggetti di queste categorie, ma potrebbe anche essere dovuto ad un meccanismo di selezione per cui divorzia o non si sposa chi ha più problemi personali che favoriscono il manifestarsi dell'evento suicidio.

Anche le distribuzioni secondo il titolo di studio e la condizione professionale confermano come il basso livello socio-economico, resti un fattore di rischio per il suicidio anche in provincia di Trento.

Emerge e si conferma una certa eterogeneità nella distribuzione degli eventi per il comprensorio di residenza, influenzata per altro dalla relativa consistenza della casistica. Sia il tasso grezzo che quello

standardizzato, confermano la Valle di Sole come area maggiormente coinvolta, anche se in termini quantitativi, una quota rilevante di casi interessa pochi comuni, dislocati per lo più in aree urbanizzate o nei fondovalle.

L'analisi secondo il livello altimetrico, stimatore indiretto anche dell'isolamento sociale potenziale, indica una correlazione crescente con il tasso, solo per i maschi, confermando in questo modo i dati sulla distribuzione per genere e per comprensorio.

Si confermano le diverse modalità di suicidio in relazione al sesso ed alla classe di età.

In oltre il 50% dei casi, si identifica un precedente contatto con i servizi sanitari nel corso dell'anno che ha preceduto il manifestarsi dell'evento, valore peraltro inferiore a quanto riportato da uno studio simile condotto nella regione Toscana (43). Uno studio di approfondimento con linkage tra fonti informative multiple è peraltro in corso e condurrà verosimilmente a stime più precise.

La patologia psichiatrica è quella che ricorre con maggior frequenza nei precedenti dei casi (30%). Da segnalare anche il fatto che una quota non trascurabile (17,1%) evidenzia che il suicidio può essere la conseguenza non solo di uno status di disagio psichico, ma anche di un possibile aggravamento dello stato di salute.

Un linkage con il database del Pronto Soccorso ha messo in evidenza come il 14,7% dei casi abbia avuto nei 12 mesi precedenti l'evento, un accesso in PS per un tentato suicidio. Tale evento, come atteso, risulta più frequente nelle femmine e nelle classi di età inferiori a 45 anni.

Nella sostanza si confermano un insieme di caratteristiche socio-anagrafiche e tendenze spazio-temporali, già da tempo acquisite in letteratura a riprova del fatto che l'evento suicidio tende a mantenere nel tempo sostanzialmente inalterate le sue caratteristiche di fondo, specie in assenza di una strategia complessiva di prevenzione e di controllo (44).

BIBLIOGRAFIA

1. Siciliani O. Fondamenti critici di psicopatologia generale. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1978
2. De Leo M., Pavan L. Il suicidio nel mondo contemporaneo. Liviana Ed. Padova, 1990
3. Durkheim E. Il suicidio. Studio di sociologia. Bur – Quindicesima edizione. Milano 2003
4. De Risio S. Il suicidio. Aspetti biologici, psicologici e sociali. Masson. Milano 2002
5. Pangrazzi A. L'accompagnamento dei superstiti in Pangrazzi A. (a cura di). Il suicidio. Ed. Camilliane. Torino, 2004
6. Shea S. The Practical Art of suicide Assessment. John Wiley & Sons, 1999; Evidence based protocol. Elderly suicide: secondary prevention. National Guideline Clearinghouse, USA
7. Ballantini M. (a cura di). Suicidio e società. Una speranza della prevenzione. Franco Angeli, Milano, 1999
8. JCAHO 1998 Sentinel Event Alert. www.jcaho.org, accesso 10.12.2008
9. WHO SUPRE – The WHO world wide initiative for the prevention of suicide. WHO Geneve, 1999
10. Ministero della salute. Eventi sentinella. Ministero della salute. www.ministerosalute.it, accesso 05/05/2008
11. Ruocco M., Sforza A.: Il suicidio – la realtà giornalistica ed il confronto con i dati di incidenza. Una ricerca centrata sulla regione del Molise. Rassegna Italiana di Criminologia 2: 291-301, 2001
12. Pompili M.: “*Pensare globalmente, organizzare nazionalmente, agire localmente*”; Giornata Mondiale per la Prevenzione del Suicidio 2008; Department of Psychiatry – Sant’Andrea Hospital, Sapienza University of Rome, AIPS e OMS
13. Xanthaki M SALUTE: Il problema dei suicidi assente dalle agende nazionali. NAZIONI UNITE, 4 novembre 2008 (IPS)
14. Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, Lépine JP, de Girolamo G, Vilagut G, Gasquet I, Torres JV, Kovess V, Heider D, Neeleman J, Kessler R, Alonso J; ESEMED/MHEDEA Investigators. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study; 2007. *J Affect Disord.* 2007 Aug;101(1-3):27-34
15. Giubollini F.: Il fenomeno suicidio: fattori psicopatologici e sociali. *Psichiatria e Medicina*, Milano VI 1992
16. Pompili M. Fattori di rischio per il suicidio; www.prevenireilsuicidio.it.
17. Freud S.: Lutto e melanconia 1916
18. Menninger K.: Psychoanalytic aspects of suicide. *Int. J. Psychoanalysis*, 1933
19. Hendin H. Suicide. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1963
20. Rockett IR, Thomas BM. Reliability and sensitivity of suicide certification in higher-income countries. *Suicide Life Threat Behav.* Summer;29(2):141-9, 1999
21. Drumond M Jr, Lira MM, Freitas M, Nitrini TM, Shibao K.: Evaluation of the quality of mortality information by unspecified accidents and events of undetermined intent. *Rev Saude Publica.* 33(3):273-80, 1999
22. Jouglà E, Pequignot F, Chappert J, Rossollin F, Le Toullec A, Pavillon G.: Quality of suicide mortality data *Rev Epidemiol Sante Publique.* J 50(1):49-62. 2002

23. Paulozzi LJ, Mercy J, Frazier L Jr, Annest JL. CDC's National Violent Death Reporting System: background and methodology. *10(1):47-52 Inj Prev.* 2004
24. WHO. WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Helsinki 12-15 gennaio, 2005.
25. WHO. Preventing suicide. A resource for councillors. WHO, Geneve, 2006
26. Lewis G., Sloggett A. Suicide, deprivation, and unemployment: record linkage study. *BMJ* 1998;317;1283-1286
27. Appleby L., Shaw J., Amos T. et al. Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *BMJ* 1999;318;1235-1239
28. Rubino A., Roskell N., Tennis P. Et al.: Risk of suicide during treatment with venlafaxine, citalopram, fluoxetine, and dothiepin: retrospective cohort study. *BMJ* 2007;334;242
29. Martinez C., Rietbrock S., Wise L. Et al.: Antidepressant treatment and the risk of fatal and non-fatal self harm in first episode depression: nested case-control study. *BMJ* 2005;330;389
30. Gunnell D., Deborah Ashby D.: Antidepressants and suicide: what is the balance of benefit and harm. *BMJ* 2004;329;34-38
31. Waern M., Rubenowitz E., Runeson B. et al.: Burden of illness and suicide in elderly people: case-control study. *BMJ* 2002;324;1355
32. Sanchez HGT. Risk factor model for suicide assessment and intervention. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32:351-38, 2001
33. Moretto F.: L'adolescente e il suicidio. L'intervento dell'educatore. Edizioni Unicopoli, 2003
34. Colucci E.: Il suicidio adolescenziale. Bibliografia ragionata. In: *Età Evolutiva*, 78: 119-128, 2004
35. Mazzani M.: Il suicidio in adolescenza. Laurus Robuffo, 2004
36. D'Avanzo B. Epidemiologia del suicidio e del tentato suicidio: relazione tra i due fenomeni e fattori di rischio. Comunicazione personale. Trento 4.12.2008
37. Runeson B.S. Suicide after parasuicide. *BMJ* 2002;325:1125-1126
38. Zahl DL, Hawton K. Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up of 11.583 patients. 2004 *Br J Psychiatry.*;185:70-5
39. Cooper J et al. Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study *Am J Psychiatry.* 2005;162(2):297-303
40. Kapur et al, Predicting the risk of repetition after self-harm: cohort study *BMJ.* 2005 330:394-5
41. European Commission. Depression: a major public health problem (Suicidality); 2000
42. D'Avanzo B., Pascal V., Giustini M., Settini L.: Suicidi e tentati suicidi in Italia. Quali informazioni per la prevenzione. Atti congresso annuale Associazione Italiana di Epidemiologia. Pp 88, Milano 15-17 ottobre, 2008
43. Silvestri C., Copacchi R., Bartolacci S., Voller F.: Il fenomeno suicidario in Toscana. In Atti congresso annuale Associazione Italiana di Epidemiologia. pp: 105, Milano, 15-17 ottobre, 2008
44. Torre E. Elementi di Igiene Mentale. La Goliardica Pavese, Pavia, 1988

ALLEGATI

Il contenuto informativo delle schede ISTAT di morte

Tracciato record registro nominativo delle cause di morte -Provincia di Trento		
Campo	Descrizione del campo	Note
COGNOME		
NOME		
COD_IND	Codice individuale del deceduto	= codice fiscale (anche calcolato), mancante se non disponibile o per residenti all'estero
CODASL	Codice ASL di decesso	101 per PAT e 0 per altre
NORD	Numero d'ordine della scheda	da 1 a 4.500 circa + da 90001 a 90200 circa ogni anno
SESSO		1=maschio 2=femmina
L_DEC	Codice del luogo del decesso, secondo i criteri della scheda	da 1 a 5 e 0 non indicato
L_ACC	Codice del luogo dell'incidente, secondo i criteri della scheda	da 1 a 9 e 0 non indicato o causa naturale
RICHAUT	Codice richiesta riscontro autoptico, secondo i criteri della scheda	da 1 a 2 e 0 non indicato
CAUMOR	Codice ICD-10 della causa iniziale	
CAUMORV	Codice ICD-10 della causa di morte violenta	
CAUV	Codice della tipologia della morte violenta, secondo i criteri della scheda	da 1 a 4 e 0 per causa naturale
ATTO_NUM	Numero dell'atto di morte dello stato civile	
ATTO_PAR	Codice parte dell'atto di morte, secondo i criteri della scheda	da 1 a 2
ATTO_SER	Codice serie dell'atto di morte, secondo i criteri della scheda	da 1 a 2
COMDEC	Codice ISTAT del comune di decesso	
PRDEC	Codice ISTAT della provincia di decesso	L'archivio della provincia di Trento include anche i residenti deceduti fuori provincia
OO_DEC	Ora del decesso	99 = non indicato
MI_DEC	Minuti del decesso	99 = non indicato
L_NAS	Codice luogo di nascita, secondo i criteri della scheda	da 1 a 3
COMNAS	Codice ISTAT del comune di nascita	= 000 se nato all'estero
PRNAS	Codice ISTAT della provincia di nascita	da 1 a 107 e se nato all'estero da 201 a 732
ETA	Età in anni compiuti	
STCIV	Codice dello stato civile, secondo i criteri della scheda	da 1 a 5 e 0 non indicato
ANNAS_C	Anno di nascita del coniuge superstite	0 se non indicato o non pertinente
ANNMAT	Anno di matrimonio	0 se non indicato o non pertinente
L_RES	Codice luogo di residenza, secondo i criteri della scheda	da 1 a 3 e 0 se cancellato per irreperibilità
COMRES	Codice ISTAT del comune di residenza	= 000 se residente all'estero
PRRES	Codice ISTAT della provincia di residenza	da 1 a 107 e se nato all'estero da 201 a 732
GRIST	Codice del grado di istruzione, secondo i criteri della scheda	da 1 a 5 e 0 non indicato
COND_PRO	Codice della condizione professionale, secondo i criteri della scheda	da 1 a 8 e 0 non indicato

Campo	Descrizione del campo	Note
POSPRO	Codice della posizione nella professione, secondo i criteri della scheda	da 1 a 7 e 0 non indicato
RAATT	Codice ramo di attività economica, secondo i criteri della scheda	da 1 a 5 e 0 non indicato
CITT	Codice cittadinanza, secondo i criteri della scheda	da 1 a 3
CODCITT	Codice ISTAT delle cittadinanze straniere	da 201 a 732 e 999 se apolide
IETA	Codice dei criteri di calcolo dell'età (ore, gg, mesi, anni) secondo i criteri della scheda	da 1 a 4
OO_ACC	Ora dell'accidente in caso di morte violenta	99 = non indicato
MI_ACC	Minuto dell'accidente in caso di morte violenta	99 = non indicato
GG_ACC	Giorno dell'accidente in caso di morte violenta	99 = non indicato
MM_ACC	Mese dell'accidente in caso di morte violenta	99 = non indicato
GG_NAS	Giorno di nascita	
MM_NAS	Mese di nascita	
GG_AUT	Giorno di effettuazione del riscontro autoptico	0 = autopsia non effettuata o non pervenuto
MM_AUT	Mese di effettuazione del riscontro autoptico	0 = autopsia non effettuata o non pervenuto
GG_DEC	Giorno di decesso	
MM_DEC	Mese di decesso	
ANNO	Anno di conteggio statistico della scheda	due cifre
AA_ACC	Anno dell'accidente in caso di morte violenta	999 = non indicato
AA_DEC	Anno di decesso	
AA_NAS	Anno di nascita	
AA_AUT	Anno di effettuazione del riscontro autoptico	0 = autopsia non effettuata o non pervenuto
GG_INT	Giorni di intervallo fra l'azione violenta e la morte	da 0 a 29 e 99 se non indicato
MM_INT	Mese di decesso	da 0 a 11 e 99 se non indicato
OO_INT	Anno di conteggio statistico della scheda	da 0 a 23 e 99 se non indicato
AA_INT	Anno dell'accidente in caso di morte violenta	da 0 a 20 e 99 se non indicato
CAUSAUTO	Codice causa iniziale secondo il referto autoptico	Mancante se autopsia non effettuata o non pervenuta
ISTAUT	Codice ISTAT dell'istituto che ha effettuato il riscontro autoptico	0 = autopsia non effettuata o non pervenuto

SCHEMA DEL FLUSSO DELLE SCHEDE ISTAT NELLA PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

