



Bundesamt
für Gesundheit

Office fédéral
de la santé publique

Ufficio federale
della sanità pubblica

Uffizi federal
da sanadad publica

Suicidio e prevenzione del suicidio in Svizzera Rapporto in esecuzione del postulato Widmer (02.3251)

Aprile 2005

Sigla editoriale

Redazione: Salome von Greyerz, Elvira Keller-Guglielmetti (Ufficio federale della sanità pubblica)

Collaborazione scientifica: Vladeta Ajdacic-Gross (Clinica psichiatrica universitaria di Zurigo), Martin Eichhorn (Clinica psichiatrica universitaria di Basilea), Konrad Michel (Servizi psichiatrici dell'Università di Berna), Regula Ricka (Ufficio federale della sanità pubblica)

Inventario della prevenzione del suicidio in Svizzera: Beat Stoll (Istituto di medicina sociale e preventiva dell'Università di Ginevra), Barbara Weil (IPSILON; iniziativa per la prevenzione del suicidio in Svizzera)

Per informazioni supplementari

Ufficio federale della sanità pubblica, Unità di direzione politica della sanità, telefono +41 (0)31 323 87 66
gesundheitspolitik@bag.admin.ch; <http://www.bag.admin.ch/gespol/d/index.htm>

La presente pubblicazione è edita anche in tedesco e francese.

Indice

Riassunto	4
Introduzione	6
1 Epidemiologia del suicidio e del tentato suicidio in Svizzera	8
1.1 Suicidio	8
1.2 Tentato suicidio	12
Excursus I: Suicidi assistiti	16
2 Fattori che incidono sul suicidio o sul tentativo di suicidio	17
2.1 Fattori individuali	17
2.2 Fattori ambientali	18
2.3 Fattori protettivi	19
Excursus II: Conseguenze economiche del suicidio e del tentato suicidio	20
3 Come prevenire il suicidio	21
3.1 Provvedimenti di salute pubblica	22
3.2 Provvedimenti di assistenza sanitaria	23
3.3 Monitoraggio, ricerca e valutazione	24
4 Contesto internazionale e programmi di prevenzione esteri	25
4.1 Raccomandazioni dell'OMS e dell'ONU	25
4.2 Programmi di prevenzione	25
5 Sforzi di prevenzione della Confederazione, dei Cantoni e delle organizzazioni private	29
5.1 Basi costituzionali e legali della Confederazione nella prevenzione del suicidio	29
5.2 Bozza di «strategia nazionale della salute psichica»	30
5.3 Inventario della prevenzione del suicidio in Svizzera	30
5.4 I principali progetti regionali e nazionali	33
6 Necessità d'intervento	36
7 Conclusioni dal punto di vista della Confederazione	37
8 Bibliografia	39

Indice delle figure

Figura 1: Paradigma dell'iceberg della suicidalità	6
Figura 2: Raffronto internazionale dei tassi di suicidio per 100'000 abitanti	9
Figura 3: Raffronto internazionale: evoluzione dei tassi di suicidio dal 1970 al 2000	9
Figura 4: Raffronto intercantonale dei tassi di suicidio	10
Figura 5: Tassi di suicidio per età e sesso	11
Figura 6: Evoluzione storica dei tassi di suicidio in Svizzera 1880-2000	12
Figura 7: Tasso di tentato suicidio per età e sesso in Europa	14
Figura 8: Tasso di tentato suicidio per 100'000 abitanti nell'agglomerato di Berna	14
Figura 9: Come prevenire il suicidio	21
Figure 10a e 10b: Ambiti d'attività degli operatori attivi nella prevenzione del suicidio	32

Indice delle tabelle

Tabella 1: Cause di morte nel 2000	8
Tabella 2: Modalità di suicidio in Svizzera 1969-2000	11
Tabella 3: Sintesi dei dati sulla suicidalità secondo lo studio SMASH	13
Tabella 4: Modalità di tentato suicidio nell'agglomerato di Berna, 1989 e 1990	15
Tabella 5: Programmi e progetti nazionali di prevenzione del suicidio all'estero	26
Tabella 6: Tasso di partecipazione all'inventario della prevenzione del suicidio in Svizzera	31
Tabella 7: Progetti di prevenzione dei suicidi sostenuti o promossi dalla Confederazione	33
Tabella 8: Progetti locali o regionali di prevenzione del suicidio	34
Tabella 9: Necessità d'intervento	36

Riassunto

Epidemiologia e fattori di rischio

In Svizzera, dall'1 al 2 per cento di tutti i decessi è dovuto al suicidio. Il 10 per cento degli Svizzeri compie, nel corso della propria vita, uno o più tentativi di suicidio e una persona su due riferisce di aver avuto intenzioni suicidarie rispondendo a domande sul proprio passato nel quadro di rilevamenti epidemiologici.

In Svizzera muoiono ogni anno per suicidio tra 1'300 e 1'400 persone (circa 1'000 uomini e 400 donne). Questo corrisponde a poco meno di 4 casi di morte per suicidio al giorno ossia ad un tasso di suicidio di 19,1 unità ogni 100 000 abitanti. La Svizzera si trova dunque ad accusare un tasso di suicidio tra i più alti a livello internazionale, figurando dopo Russia, Ungheria, Slovenia, Finlandia e Croazia e insieme ad Austria, Belgio e Francia. La riduzione degli incidenti mortali del traffico automobilistico e la diminuzione dei casi di decesso provocati da Aids fa sì che il suicidio sia diventato la causa di morte più frequente tra la popolazione maschile di età compresa tra i 15 e i 44 anni. Dato che il rischio di suicidio aumenta con l'età e data la struttura demografica della popolazione svizzera, bisogna partire dal presupposto che nei prossimi decenni vi sarà un aumento dei suicidi presso le persone anziane e di età molto avanzata.

Si stima che ogni anno in Svizzera tra 15'000 e 25'000 persone tentano il suicidio. I casi effettivamente registrati e trattati da un punto di vista medico sono solamente all'incirca 10'000 (4'000 uomini e 6'000 donne).

I fattori che fanno degli individui dei potenziali suicidi sono complessi e interagiscono fra loro. Suicidi e tentati suicidi sono atti raramente compiuti dopo una lunga preparazione e frutto di una libera scelta (suicidio da bilancio). Oltre a fattori demografici come l'età e il sesso, ad influenzare il rischio individuale di suicidio o di tentato suicidio intervengono elementi psicologici, biologici, sociali o legati all'ambiente, ma anche altri riferiti alla storia personale dell'individuo. Il suicidio o il tentato suicidio di per sé non costituiscono una malattia e non sono necessariamente espressione di una malattia. Spesso, tuttavia, le malattie psichiche, come ad esempio depressioni, psicosi e forti dipendenze, spingono più facilmente a commettere tali atti.

Non è possibile spiegare sulla base di dati scientifici come mai la percentuale di suicidi in Svizzera rimanga alta rispetto agli Stati vicini; non c'è alcuna risposta a questo fenomeno che sia generalmente condivisa.

Possibilità di prevenzione del suicidio

I provvedimenti salute pubblica (Public-Health) di prevenzione del suicidio sono volti ad influenzare le condizioni di vita della popolazione nella sua totalità (e l'ambiente in cui vive), di gruppi di essa e degli individui. Oltre a provvedimenti di promozione della salute finalizzati al miglioramento della capacità di risolvere i problemi e per il riconoscimento tempestivo nel campo della prevenzione delle dipendenze, e ne vanno segnalati altri, come quelli destinati a sensibilizzare la popolazione sulle malattie psichiche o la creazione e la promozione di centri di consulenza per i primi sintomi, l'impedimento all'accesso a mezzi e a metodi per togliersi la vita oppure linee direttive sulle modalità di trattazione nei media delle informazioni relative al suicidio.

I provvedimenti di assistenza sanitaria (Health-Care), sviluppati dall'assistenza medica nell'ambito della prevenzione dei suicidi, comprendono il miglioramento dei trattamenti, l'accompagnamento e la riabilitazione di pazienti psichiatrici, di persone reduci da un tentato suicidio e di persone in situazione di crisi o con intenzioni suicide.

Prevenzione del suicidio all'estero

Sia l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) sia le Nazioni Unite (ONU) impongono programmi nazionali per la prevenzione del suicidio, poiché sono entrambe dell'avviso che la prevenzione del

suicidio non sia solo compito della medicina. Solo la cooperazione e il coordinamento di numerose e differenti cerchie contribuiscono al successo di un programma di prevenzione nazionale messo in atto da un governo.

Misure di prevenzione del suicidio in Svizzera

In Svizzera, fino ad oggi non è stato elaborato alcun programma di prevenzione del suicidio. L' „Iniziativa per la prevenzione del suicidio in Svizzera“ (IPSILON) rileva in un rapporto intitolato „Prevenzione del suicidio in Svizzera“ che nel nostro Paese l'offerta di misure per la prevenzione del suicidio è molto modesta e ristretta a pochi centri della Svizzera occidentale. Si tratta di provvedimenti fondati sull'iniziativa privata e orientati in primo luogo agli adolescenti ed ai giovani adulti, che si concentrano soprattutto sul trattamento (intervento in caso di crisi) prima e/o dopo un tentativo di suicidio. Non vi sono programmi che mirano alle fasce di età più avanzata. Inoltre, cooperazione e coordinamento non sono sufficienti nel quadro dei progetti di prevenzione in corso.

È necessario intervenire nei campi seguenti: monitoraggio e ricerca, valutazione e trasferimento delle conoscenze, coordinamento e garanzia della qualità, lavoro mediatico, avvio di progetti di prevenzione concreti.

Conclusioni della Confederazione

Dato che i suicidi e i tentati suicidi non possono essere compresi nella definizione di malattia secondo l'articolo 118 capoverso 2 lettera b della Costituzione federale, le possibilità a disposizione della Confederazione per agire attivamente nella prevenzione del suicidio sono molto ristrette. Il compito della prevenzione del suicidio, che rientra nell'ambito della fornitura di prestazioni sanitarie e del promovimento della salute in generale, spetta dunque innanzitutto ai Cantoni.

Il suicidio e il tentato suicidio non devono essere visti come un problema individuale, bensì come un fenomeno che concerne la sanità pubblica, e quindi la prevenzione in questo campo deve essere considerato un compito dell'intera società. Perciò, su decisione del Consiglio federale il Dipartimento federale dell'interno (DFI) ed in particolare l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) vengono incaricati, in coordinazione con gli Uffici federali interessati, con i Cantoni e le istituzioni private di prevenzione del suicidio, di valutare e avviare i seguenti provvedimenti:

- integrazione della tematica „Suicidio e tentato suicidio“ nei rapporti sulla sanità pubblica da parte di Confederazione e Cantoni;
- aggiunta di domande concernenti i tentativi o le intenzioni di suicidio a complemento degli strumenti di monitoraggio esistenti nel settore della sanità (p.es. sondaggio svizzero sulla sanità, monitoraggio sulla salute dei migranti);
- integrazione della tematica „Suicidio e tentato suicidio“ nei programmi per il promovimento della salute e di prevenzione delle tossicodipendenze condotti attualmente dalla Confederazione in ambito scolastico e formativo e nei programmi previsti nel campo „Invecchiamento e salute“;
- integrazione della tematica „Suicidio e tentato suicidio“ nei programmi di formazione, di perfezionamento e di aggiornamento del personale medico (disegno LPMed);
- inizio dell'elaborazione di provvedimenti tesi alla garanzia della qualità nel campo dell'intervento in casi di crisi o nell'ambito della diagnosi o della terapia di malattie psichiche;
- elaborazione di una proposta nel quadro di un Programma nazionale di ricerca (PNR) avente per tema „la salute psichica e la tendenza al suicidio“.

Allo stesso tempo si dovrà istituzionalizzare in modo adeguato la collaborazione e lo scambio di informazioni tra la Confederazione e l'iniziativa IPSILON. Inoltre, nell'ambito di ulteriori accertamenti preliminari da parte del DFI (UFSP) in vista di un nuovo disciplinamento in materia di prevenzione, dovrà essere esaminata la possibilità e la necessità di creare una base legale a livello federale nel settore della prevenzione dei disturbi psichici.

Introduzione

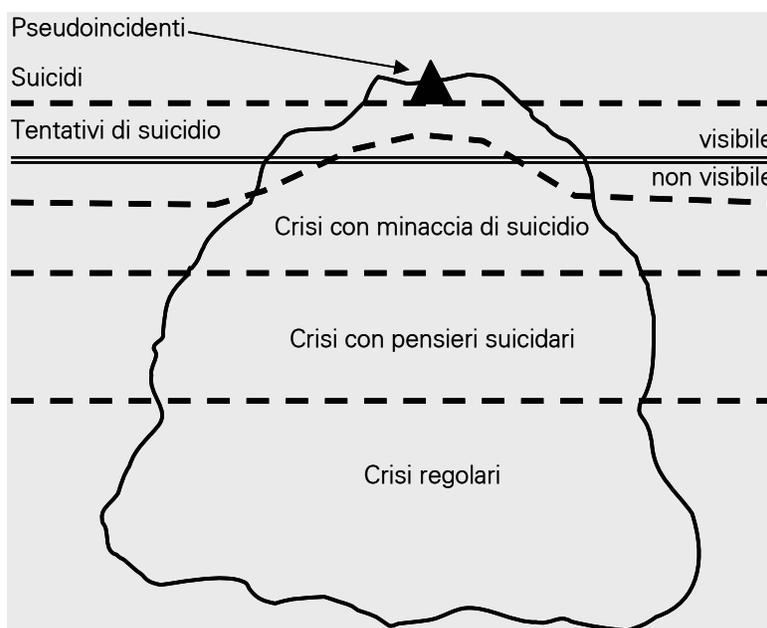
Il presente rapporto è stato redatto in risposta al postulato del consigliere nazionale Hans Widmer del 13 giugno 2002 sulla prevenzione del suicidio.¹ Questo postulato è l'intervento parlamentare più recente sull'argomento, e si riallaccia nei contenuti a precedenti interventi², tutti dettati dall'elevato tasso di suicidio in Svizzera e unanimi nel sollecitare al Consiglio federale una campagna di prevenzione del suicidio, analogamente a quelle lanciate dallo Stato (o con il suo sostegno) per sensibilizzare l'opinione pubblica nei confronti degli incidenti della circolazione stradale o delle infezioni da virus HIV.

Nel corso della vita, quasi ogni essere umano è confrontato con uno o più suicidi o tentativi di suicidio, siano essi di familiari, amici, compagni di scuola o colleghi di lavoro. Il dramma del suicidio rende tutti inermi, dal singolo all'intera società. Come avviene per le malattie psichiche, anche il suicidio continua ad essere un argomento tabù, avvolto dai pregiudizi e dall'ignoranza.

Le situazioni e le esperienze che possono spingere una persona a tentare il suicidio sono molto varie: ai fattori individuali, biologici e psicologici si aggiungono fattori socioculturali che possono svolgere un ruolo decisivo. In realtà il suicidio può essere paragonato alla punta di un iceberg (cfr. figura 1).

Figura 1: Paradigma dell'iceberg della suicidalità [secondo Jeanneret 1982]

Rappresentazione schematica senza riferimento quantitativo a dati epidemiologici; la doppia linea rappresenta la superficie dell'acqua, ovvero il confine tra gli eventi visibili e quelli nascosti.



¹ 02.3251 Postulato Widmer: Prevenzione dei suicidi.

Testo: *La Svizzera è uno dei Paesi con il tasso di suicidio più alto al mondo. Il Consiglio federale è pertanto invitato a:*

- presentare un rapporto alle Camere federali sui seguenti argomenti:*
 - a. i provvedimenti sinora adottati dalla Confederazione per la prevenzione dei suicidi,*
 - b. gli sforzi in materia di prevenzione intrapresi dai Cantoni e dai privati,*
 - c. le conoscenze scientifiche sull'elevato tasso di suicidio nel nostro Paese;*
- esaminare le misure, da adottare autonomamente o in collaborazione con i Cantoni e i privati, che consentono di ridurre il tasso di suicidio grazie a una prevenzione efficace.*

² 84.655 Interrogazione ordinaria Robbiani: Suicidi di bambini e giovani; 95.3182 interpellanza Weyeneth: Numero dei suicidi in Svizzera. Diminuzione; 01.1105 Interrogazione ordinaria Gross Andreas: Numero di suicidi e di tentativi di suicidio

Nonostante la complessità delle cause di suicidio e di tentato suicidio, la prevenzione è possibile. Negli ultimi anni, numerosi Paesi sono riusciti a ridurre i rispettivi tassi di suicidio grazie a programmi di prevenzione nazionali, iniziative regionali, e progetti sovraregionali o locali.

Tuttavia, la prevenzione è possibile unicamente se affrontata a livello interdisciplinare, coinvolgendo anche i non addetti ai lavori e i familiari delle vittime, poiché, nonostante i progressi, le conoscenze mediche e psicologiche non bastano da sole ad arginare questo fenomeno.

I primi due capitoli del rapporto illustrano l'aspetto epidemiologico dei suicidi e dei tentativi di suicidio in Svizzera, nel raffronto internazionale, e forniscono una panoramica dei rispettivi fattori di rischio. Il terzo e quarto capitolo elencano i possibili provvedimenti di prevenzione e presentano programmi e progetti realizzati in altri Paesi. Il quinto capitolo riassume le attività della Confederazione, dei Cantoni e delle organizzazioni private, il sesto formula le necessità d'intervento, mentre il settimo vi si richiama e traccia un bilancio dal punto di vista della Confederazione.

Il rapporto non menziona i comportamenti autolesivi abituali, come il tabagismo, l'eccessivo consumo di alcol, l'autolesionismo, i disturbi alimentari (anoressia e obesità), i comportamenti sessuali ad alto rischio, gli sport estremi, la guida pericolosa, ecc.

1 Epidemiologia del suicidio e del tentato suicidio in Svizzera

In Svizzera, dall'1 al 2 per cento di tutti i decessi è imputabile al suicidio. Nel corso della vita, il 10 per cento della popolazione svizzera tenta una o più volte di togliersi la vita e, in sondaggi epidemiologici retrospettivi, una persona su due ammette di aver avuto idee suicide.

1.1 Suicidio

Secondo le stime dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), nel 2000 sono decedute nel mondo circa 815'000 persone per suicidio, ciò che corrisponde a un tasso di 14,5 suicidi per 100'000 abitanti o ad un suicidio ogni 40 secondi [OMS 2002].

Nel 2000, in Svizzera, 1'378 persone (979 uomini e 399 donne) si sono tolte la vita, una cifra che equivale a quasi 4 decessi per suicidio al giorno o a un tasso di suicidio di 19,1 per 100'000 abitanti,³ e che posiziona la Svizzera nettamente al di sopra della media mondiale per tasso di suicidio.

Un raffronto delle cause di morte mostra che i decessi per suicidio superano l'insieme dei decessi per incidente, Aids e droga (cfr. tabella 1). Dopo il calo della mortalità per incidenti e per Aids, grazie alle migliori terapie medicamentose, il suicidio è attualmente la principale causa di morte degli uomini dai 15 ai 44 anni.

Tabella 1: Cause di morte nel 2000

(fonte: statistica delle cause di morte, Ufficio federale di statistica UST)

Causa di morte	Totale		Uomini		Donne	
	Numero	Quota % di decessi complessivi	Numero	Quota % di decessi complessivi	Numero	Quota % di decessi complessivi
Suicidio	1'378	2.2%	979	3.2%	399	1.2%
Aids	127	0.2%	83	0.3%	44	0.1%
Droga	222	0.3%	177	0.6%	45	0.1%
Inc. stradali	578	0.9%	419	1.4%	159	0.5%
Abuso di alcol *	ca. 2'200	ca. 3.5%	ca. 1'300	ca. 4.3%	ca. 900	ca. 2.8%
Tabagismo *	ca. 8'800	ca. 14.7%	ca. 6'500	ca. 21.4%	ca. 2'300	ca. 7.2%
Totale	62'545	100%	30'411	100%	32'134	100%

*Stime dell'Istituto svizzero di prevenzione dell'alcolismo e altre tossicomanie degli anni 2001 (alcol) e 1999 (tabacco).

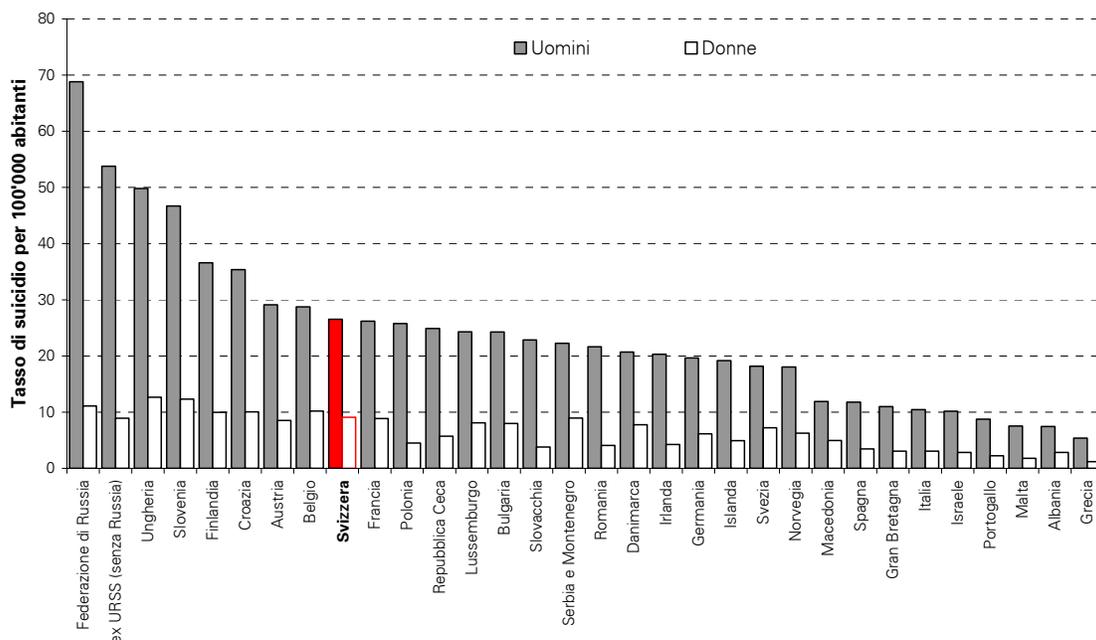
Il suicidio è causa di un elevato numero di morti precoci. Nel 2000, rispettivamente il 14,1 per cento (uomini) e il 9,1 per cento (donne) degli anni di vita persi per morte prematura (prima di aver compiuto 70 anni) erano riconducibili al suicidio. Le proporzioni dei suicidi superavano di almeno due volte quelle dei decessi per incidenti stradali (uomini: 7,1% degli anni di vita persi, donne 3,9%) e rientravano nello stesso ordine di grandezza di quelle per malattie del sistema cardiovascolare. Soltanto i tumori hanno un'incidenza maggiore, in particolare tra le donne (43% degli anni di vita persi per morte precoce).

³ La qualità dei dati statistici sulla frequenza dei suicidi è sempre stata oggetto di discussioni, anche per presunte lacune di classificazione dei suicidi nei registri dei decessi. Una possibile fonte di errore potrebbe essere la catalogazione dei suicidi come incidenti o morti violente per cause non accertate (qualora non sia appurabile se si tratti di incidente, suicidio o omicidio). Tuttavia, da un'analisi dei dati è emerso che il numero dei decessi per cause non accertate è inferiore ai decessi per suicidio in un rapporto da 1 a 6. Pertanto, anche se la frequenza dei suicidi in termini assoluti fosse leggermente superiore a quanto dichiarato, i rapporti e le tendenze principali rimarrebbero invariati.

La Svizzera nel raffronto internazionale

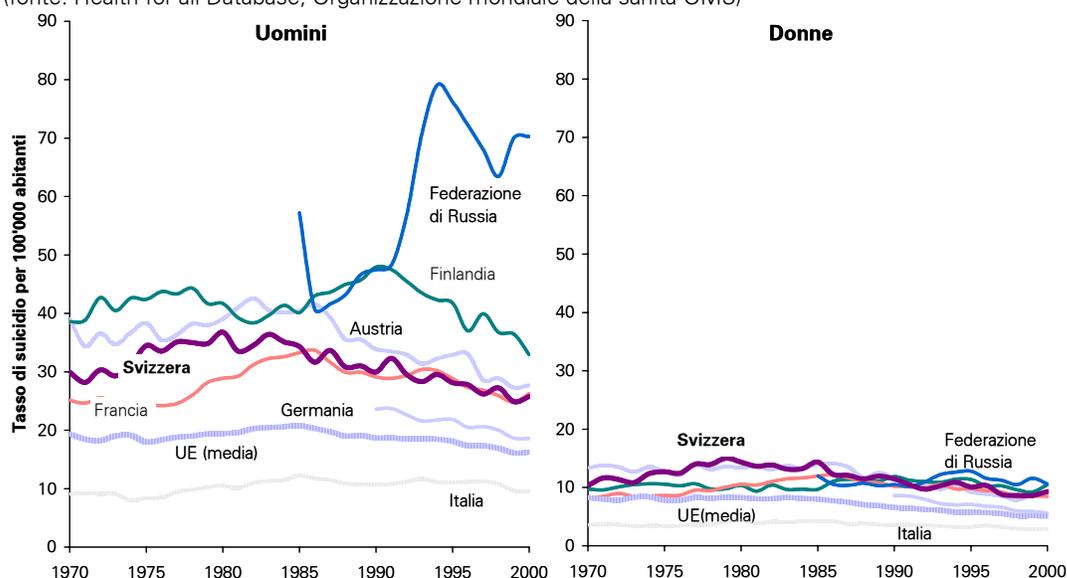
Nel raffronto internazionale, la Svizzera registra un tasso di suicidio superiore alla media, superata nella classifica da Federazione di Russia, Ungheria, Slovenia, Finlandia e Croazia e affiancata da Austria, Belgio e Francia (cfr. figura 2).

Figura 2: Raffronto internazionale dei tassi di suicidio per 100'000 abitanti (media 1996-2000; fonte: Ufficio federale di statistica UST)



Nell'Unione europea (UE), negli anni 1980-1985 il tasso di suicidio maschile ha toccato l'apice con 16,1 casi per 100'000 abitanti, per poi ridiscendere negli anni 1995-1998 a quota 14,1/100'000. Tra le donne, il tasso di suicidio è passato nello stesso periodo da 6,5 per 100'000 abitanti a 4,6/100'000. I tassi di suicidio sono aumentati in molti Paesi dell'ex Blocco sovietico così come in Irlanda. In particolare in Russia, i suicidi di giovani uomini sono progrediti del 55 per cento, passando da 37,7/100'000 negli anni 1985-89 a 58,3/100'000 negli anni 1995-1998 [Levi 2003].

Figura 3: Raffronto internazionale: evoluzione dei tassi di suicidio per 100'000 abitanti dal 1970 al 2000 (fonte: Health for all Database, Organizzazione mondiale della sanità OMS)

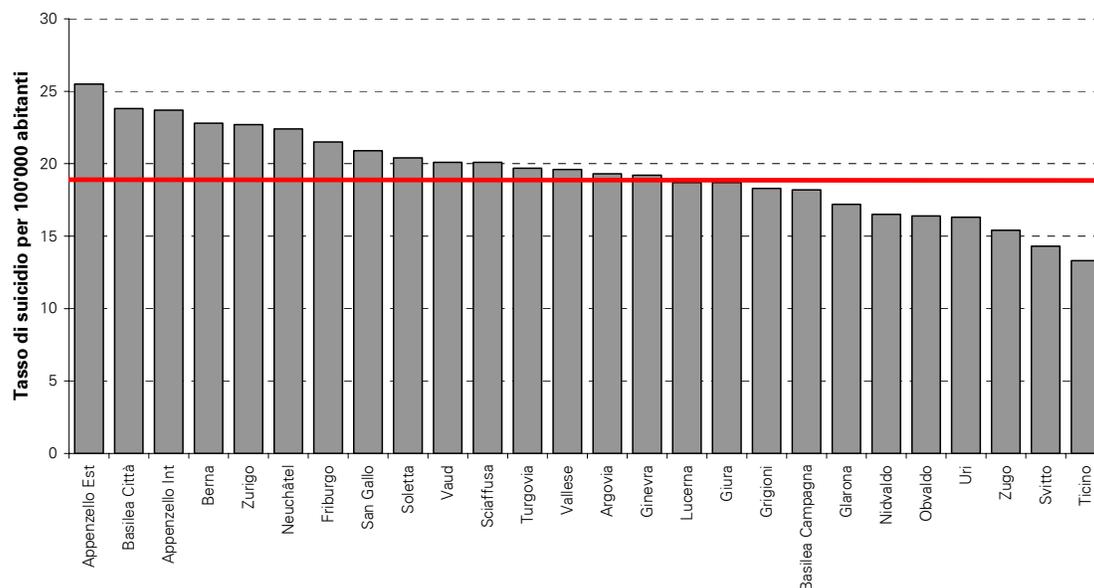


Differenze cantonali

In Svizzera, il tasso annuo di suicidio varia dai 15/100'000 abitanti (Ticino, Svizzera centrale) ai 25/100'000 abitanti (Appenzello, Basilea, Berna). Come emerge dalla figura 4, il tasso di suicidio è generalmente più elevato nei Cantoni protestanti che in quelli cattolici e rispecchia il grado di urbanizzazione di un Cantone: in altre parole, più un Cantone è urbano, più è elevato il tasso di suicidio. Un fenomeno preoccupante e ancora poco chiaro è l'elevato numero di suicidi nei Cantoni di Appenzello Esterno e Appenzello Interno. A partire dagli anni Settanta, il divario intercantonale al riguardo è tuttavia regredito notevolmente.

Figura 4: Raffronto intercantonale dei tassi di suicidio

(media 1990-1999; barra di riferimento: tasso medio nazionale; fonte: Ufficio federale di statistica UST)



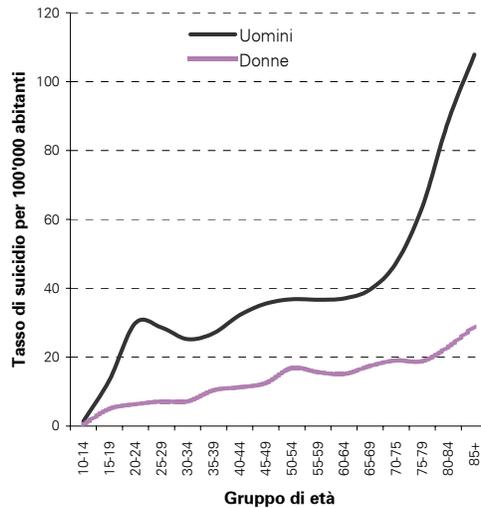
Caratteristiche sociodemografiche

I suicidi sono più frequenti tra gli uomini che tra le donne: negli anni dal 1995 al 2000, il tasso di suicidio si è attestato a 26,7/100'000 tra gli uomini e a 9,3/100'000 tra le donne, con una prevalenza del suicidio maschile pari al fattore 2,9, in un rapporto di 3:1, rapporto che all'inizio del Ventesimo secolo era ancora di 5:1. Lo scarto tra i sessi si accentua ulteriormente tra gli adolescenti e i giovani adulti così come tra gli ultrasessantacinquenni, registrando un fattore 3,5-4. Uomini e donne scelgono inoltre modalità di suicidio molto diverse (cfr. più avanti).

Esaminando l'evoluzione del numero e del tasso di suicidi in base all'età, si constatano lievi differenze a seconda del sesso (cfr. figure 5a e 5b). Tra gli uomini, colpisce l'incremento verticale dei tassi nelle fasce d'età dai 15 ai 24 anni e oltre i 75 anni, un gruppo quest'ultimo che negli ultimi 15 anni ha registrato un incremento del fenomeno. In seguito all'invecchiamento demografico della società, nei prossimi decenni c'è da attendersi un aumento del numero di suicidi oltre i 65 anni anche in cifre assolute.

Figura 5: Tassi di suicidio per età e sesso

(Medie 1996-2000; fonte: statistica delle cause di morte, Ufficio federale di statistica UST)



Lo stato civile incide notevolmente sul rischio di suicidio: infatti, il rischio di commettere suicidio delle persone sole, divorziate o vedove è di 1,5-2 volte superiore a quello delle persone coniugate, e si manifesta in modo più marcato tra gli uomini.

Anche fattori come la formazione, la professione e il reddito possono incidere, seppure più modestamente, sulla decisione di togliersi la vita. Secondo l'Indagine sulla Salute in Svizzera del 1993, le persone attive nell'artigianato e quelle senza formazione professionale sarebbero leggermente più esposte al rischio di suicidio [Weiss 1993]. Mancano invece dati sull'influsso della nazionalità e del permesso di soggiorno degli stranieri residenti in Svizzera.

Modalità di suicidio

Dall'elenco delle modalità di suicidio (tabella 2) emerge che gli uomini ricorrono il più sovente alle tecniche «dure», come l'impiccagione o il colpo d'arma da fuoco, con percentuali superiori al 25 per cento, mentre le donne, optano nell'ordine per l'avvelenamento, l'impiccagione, l'annegamento e il salto nel vuoto. Paragonando i dati sulle modalità di suicidio nell'arco dell'ultimo secolo, si constata che i casi di morte per avvelenamento sono aumentati rispetto al passato, mentre sono diminuiti nettamente quelli per impiccagione. Dopo aver subito forti variazioni nel corso del Ventesimo secolo, il ricorso ad un'arma da fuoco come strumento di suicidio è diventato nuovamente più frequente negli ultimi decenni, ma le ragioni restano sconosciute.

Tabella 2: Modalità di suicidio in Svizzera 1969-2000

(fonte: statistica delle cause di morte, Ufficio federale di statistica UST)

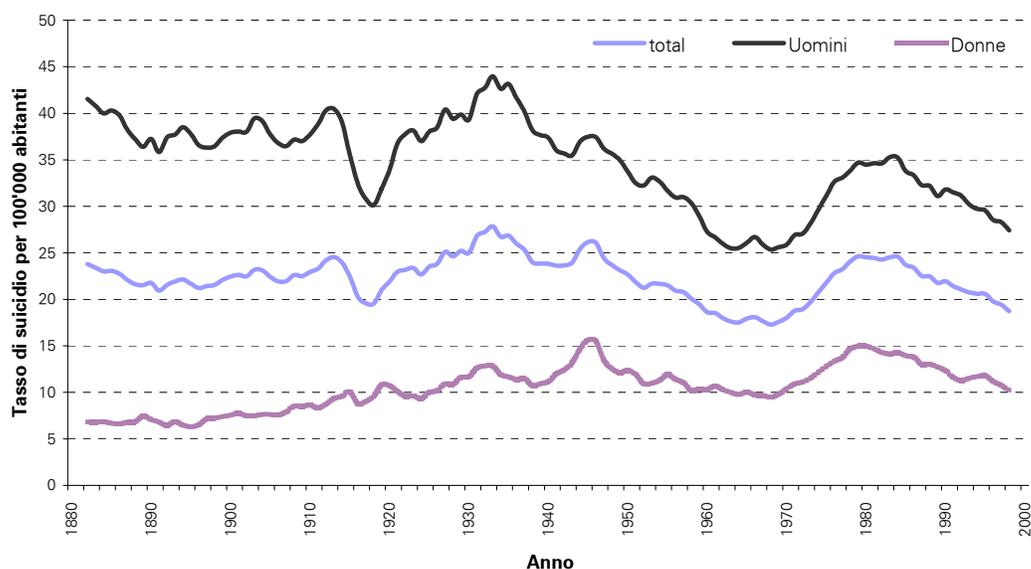
Modalità di suicidio	Totale		Uomini		Donne	
	Numero	Quota	Numero	Quota	Numero	Quota
Avvelenamento da sostanze solide o liquide	6'336	13.9%	3'046	9.4%	3'290	24.5%
Avvelenamento da gas	2'954	6.5%	2'436	7.5%	518	3.9%
Impiccagione	11'635	25.5%	9'061	28.1%	2'574	19.2%
Annegamento	4'177	9.1%	1'799	5.6%	2'378	17.7%
Colpi d'arma da fuoco	10'902	23.9%	10'390	32.2%	512	3.8%
Taglio delle vene/accoltellamento	862	1.9%	630	2.0%	232	1.7%
Salto nel vuoto	4'664	10.2%	2'404	7.4%	2'260	16.9%
Buttarsi sotto il treno	3'079	6.7%	1'871	5.8%	1'208	9.0%
Altre modalità	1'088	2.3%	657	2.0%	431	3.2%
Totale	45'697		32'294		13'403	

Evoluzione storica

In Svizzera, i tassi di suicidio sono rilevati dall'introduzione della statistica delle cause di morte, nel 1876. Come emerge dalla figura 6, a cavallo tra il Diciannovesimo e il Ventesimo secolo e durante le crisi economiche degli anni Trenta e Ottanta, i tassi di suicidio hanno raggiunto i valori massimi.

I tassi di suicidio riflettono sia a breve che a medio e lungo termine l'andamento congiunturale: infatti, aumentano in fase di recessione, per poi diminuire nuovamente nei periodi di prosperità. Sul tasso di suicidio maschile incidono anche e soprattutto variabili caratteristiche dei periodi di crisi economica, come le esecuzioni, i fallimenti e la disoccupazione [Ajdacic-Gross 1999].

Figura 6: Evoluzione storica dei tassi di suicidio in Svizzera 1880-2000
(fonte: statistica delle cause di morte, UST)



Nel corso dell'ultimo secolo, i tassi di suicidio hanno registrato una tendenza alla crescita tra le donne, mentre sono risultati stabili o lievemente in calo tra gli uomini. Diversamente dalla Svizzera, in altri Paesi occidentali il tasso di suicidio è diminuito sensibilmente negli ultimi decenni, come in Germania, dove è sceso da 24 suicidi per 100'000 abitanti nel 1982 a quasi 14/100'000 nel 2000 [Fiedler 2003]. Comunque, anche a livello elvetico i tassi sono regrediti leggermente, passando da 24 suicidi per 100'000 abitanti nel 1987 a 18,9/100'000 nel 1997, per attestarsi a 19,1 casi per 100'000 abitanti nel 2000.

1.2 Tentato suicidio

E' difficile rilevare con precisione il tentato suicidio. Nelle indagini anonime scritte, bastano lievi differenze nella formulazione delle domande perché i risultati divergano nettamente. Inoltre, le inchieste basate sull'autovalutazione forniscono risultati diversi rispetto alle analisi dei tentati suicidi documentati e oggetto di trattamento medico, la cui attendibilità è di gran lunga la più elevata. Particolarmente significativi sono i dati dello studio multicentrico dell'OMS/EURO per la rilevazione dei tentati suicidi [OMS 1999]. Avvalendosi di una definizione unitaria coniata dall'OMS⁴, lo studio ha rilevato tutti i tentativi di suicidio avvenuti in una determinata regione di diversi Paesi europei. Per la

⁴ «Il tentato suicidio è inteso come un atto che non ha esito fatale, nel quale l'individuo compie un atto non abituale che, senza l'intervento di altri, gli avrebbe causato un danno o deliberatamente ingerisce una sostanza in eccesso rispetto al dosaggio prescritto o a quello generalmente riconosciuto come terapeutico, la qual cosa, secondo quanto desiderato dall'individuo stesso, dovrebbe procurare delle gravi conseguenze alla sua salute» [OMS, 1986].

Svizzera sono stati raccolti i dati dell'agglomerato di Berna, dal 1989 al 1995, e del Cantone di Basilea Città, a partire dal 2003.

Generalizzando all'intera Svizzera i dati dello studio multicentrico dell'OMS/EURO sull'agglomerato di Berna, risulta che ogni anno in Svizzera più di 9'000 persone sono sottoposte a cure mediche per un tentativo di suicidio. La totalità dei tentativi di suicidio registrati supera questa cifra del 7 – 16 per cento, in quanto alcuni soggetti cercano ripetutamente di togliersi la vita. Complessivamente, ogni anno avvengono quindi più di 10'000 tentativi di suicidio, i cui autori sono sottoposti a trattamento medico (ca. 4'000 uomini e 6'000 donne). Rispetto alle prospettive di vita, significa che quasi il 10 per cento della popolazione residente in Svizzera tenta di uccidersi una volta nella vita.

I dati esistenti sul tentato suicidio riguardano soprattutto adolescenti e giovani adulti. Dalle indagini svolte nel 1992 e nel 2002 nell'ambito del monitoraggio svizzero sulla salute degli adolescenti (Swiss Multicenter Adolescent Survey, SMASH) e da un sondaggio condotto tra le reclute nel 1997 è emerso che del 3,4 – 3,9 per cento delle giovani donne e del 1,6 – 2,6 per cento dei giovani uomini interpellati avevano commesso un tentativo di suicidio nei dodici mesi precedenti l'indagine (cfr. tabella 3).

Queste cifre non possono essere generalizzate all'intera popolazione, in quanto la pubertà costituisce una fase psicologicamente critica dell'età evolutiva. Tuttavia, si suppone che complessivamente i tentati suicidi siano nettamente superiori ai 10'000 casi sottoposti a trattamento medico, citati poc'anzi. Vista la difficoltà di quantificare le cifre sommerse, le stime variano notevolmente: secondo quelle più prudenti vengono compiuti dai 20'000 ai 25'000 tentativi di suicidio all'anno. Queste cifre non tengono conto però dei comportamenti autolesivi abituali come l'eccessiva assunzione di bevande alcoliche, il tabagismo, l'obesità o la guida pericolosa.

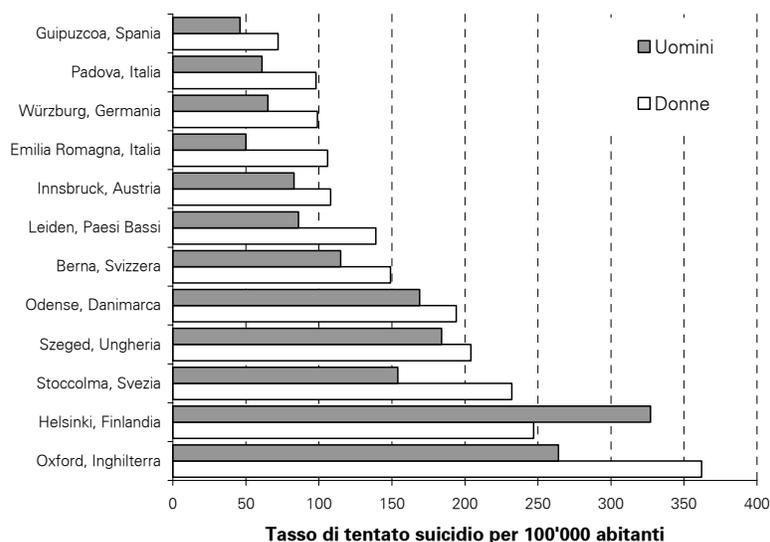
Tabella 3: Sintesi dei dati sulla suicidalità secondo lo studio SMASH
[Rey Gex 1998, Narring 2003]

Item	1992		2002	
	dai 15 ai 20 anni		dai 15 ai 20 anni	
	Donne n=3993	Uomini n=5275	Donne n=3380	Uomini n=4040
Negli ultimi 12 mesi:				
• Ha pensato al suicidio?	37.3%	27.3%	21.4%	15.4%
• Ha preso in considerazione l'idea del suicidio?	26.8%	20.8%		
• Ci sono stati momenti in cui voleva suicidarsi?	21.9%	13.6%	16.7%	9.8%
• Si sarebbe suicidato/a se ne avesse avuto l'occasione?	5.4%	4.2%	4.9%	3.2%
• Ha pensato a una modalità di suicidio precisa?			22.4%	17.9%
• Ha tentato il suicidio?	3.9%	2.3%	3.4%	1.6%
• Ha riferito a parenti o amici del suo tentativo di suicidio?	39.0%	38.3%	34.0%	29.0%
Nella sua vita, ha già tentato di suicidarsi?			8.2%	3.2%

La Svizzera nel raffronto internazionale

Dal raffronto tra le varie regioni esaminate dallo studio multicentrico dell'OMS/EURO emergono notevoli differenze (figura 7). Per esempio, Helsinki (Finlandia) registra un tasso di tentativi di suicidio di 327 casi per 100'000 abitanti, una proporzione oltre sette volte superiore alla più esigua segnata da Guipuzcoa (Spagna), con 46 casi per 100'000 abitanti. Da notare che a Helsinki sono più uomini che donne a tentare il suicidio, mentre in tutte le altre regioni d'Europa, Svizzera compresa, il rapporto donna-uomo è di 1,5:1.

Figura 7: Tasso di tentato suicidio per età e sesso in Europa
(media degli anni di rilevazione 1989-1992 [Schmidtke 1994])



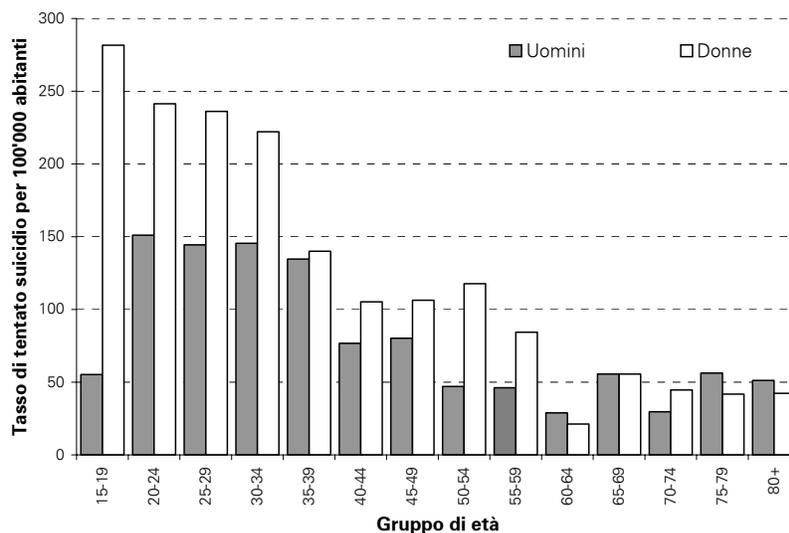
Differenze cantonali

In assenza di dati al riguardo, non è possibile pronunciarsi sulle differenze intercantonali dei tassi di tentato suicidio.

Caratteristiche sociodemografiche

Diversamente dai suicidi, i tentativi di suicidio sono più frequenti tra le donne che tra gli uomini. Per esempio, dal 1989 al 1995 i tassi di tentato suicidio nell'agglomerato di Berna variavano da 117 a 178/100'000 all'anno tra le donne e da 60 a 130/100'000 tra gli uomini, ciò che equivale in media a un tasso di tentato suicidio di 100/100'000 tra gli uomini e di 160/100'000 tra le donne. La differenza tra i sessi è notevole soprattutto tra i giovani (cfr. figura 8). In Svizzera, il tasso di tentato suicidio supera quindi di quattro volte tra gli uomini e di 16 volte tra le donne quello dei suicidi consumati.

Figura 8: Tasso di tentato suicidio per 100'000 abitanti nell'agglomerato di Berna
(Media del biennio 1989 e 1990 [Michel 1994])



Lo stato civile incide anche sul tentato suicidio: infatti, le persone sole e le famiglie monoparentali presentano un rischio di tentativo di suicidio doppio rispetto a quelle che vivono in nuclei familiari composti da padre, madre, figlio/figli.

Il tasso di tentato suicidio supera la media tra le persone senza formazione postobbligatoria, disoccupate e straniere residenti. Le differenze tra le religioni sono invece lievi.

Modalità di tentato suicidio

Diversamente da quanto avviene per i suicidi, i farmaci e le droghe svolgono un ruolo importante nei tentativi di suicidio e sono utilizzati in almeno due terzi dei casi (cfr. tabella 4). Più dei tre quarti delle sostanze utilizzate sono psicofarmaci, che appartengono in prevalenza (68%) alla famiglia delle benzodiazepine (ansiolitici e sedativi). Gli antidepressivi, che tra tutti gli psicofarmaci presentano il più elevato potenziale di tossicità, sono impiegati nel 15 per cento dei casi [Michel 1991].⁵

Gli uomini ricorrono più spesso delle donne ai cosiddetti metodi „duri“, come il taglio delle vene, l'impiccagione o il salto nel vuoto. In un caso su quattro le modalità utilizzate sono multiple. Non va inoltre sottovalutato il ruolo dell'alcol, corresponsabile nel 12 per cento dei tentati suicidi femminili e nel 18 per cento di quelli maschili.

Tabella 4: Modalità di tentato suicidio nell'agglomerato di Berna, 1989 e 1990

(La somma supera il 100%, in quanto ogni tentativo di suicidio può comprendere più modalità [Michel 2000])

Modalità di tentato suicidio	Tutti		Uomini		Donne	
	Numero	Quota	Numero	Quota	Numero	Quota
Farmaci e droghe	646	67.4%	232	57.6%	414	74.5%
Taglio delle vene	154	16.1%	79	19.6%	75	13.5%
Pesticidi, veleni agricoli	25	2.6%	12	3.0%	13	2.3%
Impiccagione	36	3.8%	22	5.5%	14	2.5%
Salto nel vuoto	58	6.0%	29	7.2%	29	5.2%
Altro	290	30.2%	150	37.2%	140	25.2%
Totale di tentativi di suicidio rilevati	959		403		556	

⁵ Diversamente dagli anni Novanta, oggi in psichiatria sono utilizzati sempre più spesso antidepressivi moderni (come gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI)), potenzialmente meno tossici rispetto ai vecchi antidepressivi triciclici.

Excursus I: Suicidi assistiti

In virtù dell'articolo 115 del Codice penale svizzero (CP), è punibile soltanto chi per motivi egoistici aiuta una persona al suicidio. A distinguere l'assistenza al suicidio dall'eutanasia attiva è la "padronanza dell'atto" da parte della persona intenzionata a morire; in altre parole, il gesto suicida dev'essere compiuto dal diretto interessato e in nessun caso da chi lo assiste. L'impunità dell'assistenza al suicidio non significa assolutamente il diritto a beneficiare di un aiuto al suicidio, ma conferma unicamente la libertà del singolo di porre fine alla propria vita e di chiedere assistenza per passare all'atto.

Da alcuni anni, l'Ufficio federale di statistica (UST) rileva i dati sull'assistenza al suicidio nell'ambito della statistica delle cause di morte. Tuttavia, trattandosi di precisazioni che i medici possono fornire facoltativamente, le cifre notificate risultano troppo basse per essere ritenute attendibili. Soltanto le associazioni di aiuto al suicidio dispongono di informazioni precise su questo genere di decessi negli ultimi anni.

Nella Svizzera tedesca si ricorre all'assistenza al suicidio in 5 su 10 decessi per cause diverse. In questa regione, l'eutanasia passiva e il suicidio assistito sono più frequenti che in altri Paesi [Faisst 2003]. L'eutanasia passiva è praticata nel 27,7 per cento di tutti i decessi, l'eutanasia attiva indiretta nel 22,1 per cento, mentre l'assistenza al suicidio nello 0,4 per cento dei casi⁶. Su scala nazionale, la frequenza dei suicidi assistiti si situava a 20 casi all'anno nei primi anni Novanta, per poi attestarsi attorno al centinaio di casi all'anno a partire dal 1996 e balzare a 137 casi complessivi nel 2002, secondo quanto comunicato dalle associazioni di aiuto al suicidio (Exit, Svizzera tedesca, 100 casi; Dignitas, 17 casi; Exit Svizzera romanda, 20 casi). Questa cifra corrisponde all'incirca al 10 per cento di tutti i suicidi o allo 0,2 per cento dei decessi complessivi. Dignitas ha inoltre assistito al suicidio altre persone provenienti dall'estero: 59 nel 2002 e 91 nel 2003.

Nell'ultimo decennio, le caratteristiche sociodemografiche dei decessi e il tenore delle diagnosi mediche sono rimasti relativamente stabili [Bosshard 2003], per cui l'aumento del numero di casi va ricondotto a una crescente domanda, piuttosto che all'aumento delle indicazioni per il suicidio assistito o ad un crescente allentamento del processo decisionale.

Considerato che l'assistenza al suicidio è fornita dalle cosiddette associazioni di aiuto al suicidio, vi è il rischio che assistenza al suicidio ed eutanasia siano confuse. Secondo l'Accademia svizzera delle scienze mediche (ASSM), sono considerate in fin di vita le persone che presentano una malattia o un trauma che il medico giudica irreversibile e che condurrà alla morte prossima, nonostante le cure. L'assistenza al suicidio può quindi essere considerata un atto d'eutanasia unicamente se presa in considerazione dal malato terminale e morente. In tutti gli altri casi si tratta di assistenza al suicidio nel vero senso del termine. In Svizzera, le associazioni di aiuto al suicidio assistono anche persone che non sono né morenti né affette da malattie incurabili. Da un'analisi dei casi trattati da Exit nella regione di Basilea dal 1992 al 1997 emerge che in 11 dei 43 casi esaminati non sussisteva alcuna malattia in fase terminale [Frei 2001].

Nelle direttive medico-etiche del 1995 sull'assistenza a pazienti in fin di vita o gravemente lesi dal punto di vista cerebrale, l'ASSM sosteneva esplicitamente che l'assistenza al suicidio non è un'attività medica. Nella nuova versione delle direttive, attualmente in consultazione, l'ASSM stabilisce invece che qualora il medico decida di prestare assistenza al suicidio ad una persona in fase terminale, la sua scelta va rispettata [ASSM 2004].⁷

⁶ *Eutanasia attiva diretta*: Omicidio mirato a ridurre le sofferenze di un'altra persona; punibile in virtù dell'articolo 111 (Omicidio intenzionale), dell'articolo 114 (Omicidio su richiesta della vittima) o dell'articolo 113 CP (Omicidio passionale).

Eutanasia passiva: Sospensione o rinuncia ad avviare terapie di sostentamento vitale; consentita, poiché non disciplinata esplicitamente dal CP. Le Direttive-ASSM considerano ammissibile questo genere di eutanasia.

Eutanasia indiretta: Terapie contro il dolore o mezzi per alleviare le sofferenze, i quali possono abbreviare la vita come «effetto secondario» (obiettivo del trattamento risiede nel sollievo di un dolore insopportabile e non nel porre fine alla vita); consentita, poiché non disciplinata esplicitamente dal CP. Le Direttive-ASSM considerano ammissibile questo genere di eutanasia.

⁷ Direttive medico-etiche dell'Accademia svizzera delle scienze mediche (ASSM) sull'assistenza ai pazienti in fin di vita, 1. Pubblicazione per la procedura di consultazione, 2004 [ASSM 2004]:

“Il compito dei medici che assistono pazienti in fin di vita, consiste nell'accompagnare il paziente e nell'alleviarne le sofferenze. Un paziente terminale che non sopporta più la sua situazione può esprimere il desiderio di morire e persistere in questo auspicio.

In questo genere di situazioni, il medico può trovarsi confrontato con un conflitto di difficile soluzione. Da un lato, l'assistenza al suicidio non rientra nell'attività medica, il cui compito è di guarire, alleviare un dolore e accompagnare il paziente. D'altra parte però deve rispettare la volontà del paziente. Questo significa che il medico decide secondo coscienza se assecondare o meno il paziente e la sua decisione va rispettata. In tal caso, il medico deve accertarsi che siano adempiuti i seguenti requisiti minimi:

- La malattia del paziente consente di ritenere che la fine della vita sia vicina.
- Sono stati vagliati trattamenti alternativi e, se auspicato dal paziente, attuati.
- Il paziente è capace d'intendere e di volere. Il suo desiderio di morire è stato lungamente meditato, non è frutto di pressioni esterne ed è persistente. Questo dev'essere verificato da una terza persona, che non deve necessariamente essere medico.

L'atto finale dell'azione mirata alla morte dev'essere eseguito in ogni caso dal paziente.”

2 Fattori che incidono sul suicidio o sul tentativo di suicidio

I fattori che espongono un individuo ad un elevato rischio di suicidio o di tentato suicidio sono complessi e connessi tra loro. E' raro che la decisione di togliersi la vita sia frutto di una scelta deliberata, pianificata molto tempo addietro (suicidio da bilancio). Nella maggior parte dei casi, il gesto suicida è la risposta ad una situazione di crisi e risulta dalla concatenazione di molti fattori. Per questo è difficile prevedere un suicidio o un tentativo di suicidio. D'altro canto, proprio perché condizionato da numerosi fattori, questo gesto può essere evitato, agendo su vari livelli. La capacità di identificare questi fattori e di capirne il significato per il comportamento suicida di un determinato gruppo o di un individuo è fondamentale ai fini delle prevenzioni [OMS 2002].

Accanto a fattori demografici come l'età e il sesso, ad influenzare il rischio individuale di commettere un suicidio o di tentarlo concorrono anche caratteristiche psichiche, biologiche e sociali nonché aspetti legati all'ambiente o alla storia di vita di ogni soggetto. Spesso si determina una correlazione senza che si possa parlare di un vero e proprio rapporto causa-effetto.

Nelle prossime pagine sono elencati alcuni dei principali fattori che aumentano o riducono il rischio di suicidio o di tentato suicidio. Benché i fattori predisponenti al suicidio e al tentato suicidio si equivalgano per molti versi, emergono anche differenze evidenti. Per esempio, il rischio di suicidio maschile è superiore a quello femminile e aumenta con l'avanzare dell'età, mentre il rischio di tentato suicidio raggiunge l'apice tra le giovani donne.

In assenza delle conoscenze scientifiche necessarie, non è stato finora possibile chiarire le cause degli alti tassi di suicidio registrati in Svizzera rispetto ai Paesi confinanti.

2.1 Fattori individuali

Suicidio

I fattori individuali dipendono in larga misura, oltre che dagli aspetti biologici, come l'età, il sesso e le determinanti genetiche, anche dalla biografia di ogni soggetto. Le caratteristiche personali (autostima, fiducia in sé, capacità di relazionarsi, ecc.) e la vulnerabilità psichica di una persona svolgono un ruolo centrale. Eventi avversi, come una separazione, la perdita di una persona cara, il divorzio (dei genitori), una malattia, la perdita del posto di lavoro, il suicidio di un parente, amico o conoscente possono pregiudicare la stabilità psichica di una persona. Esiste infatti una correlazione tra la frequenza cumulata di eventi avversi durante un lasso di tempo (per es. un anno) e il rischio di suicidio.

Un precedente tentativo di suicidio aumenta il rischio di morte autoinflitta fino a 40 volte rispetto alla media e si mantiene elevato per anni. Il 10-15 per cento delle persone che hanno già tentato una o più volte di togliersi la vita riesce prima o poi nel suo intento. Anche il pensiero del suicidio così come i comportamenti autolesionisti costituiscono fattori predisponenti.

Le malattie psichiche costituiscono, insieme ad un precedente tentato suicidio, il principale fattore di rischio di suicidio. Il 90 per cento di tutte le persone che si tolgono la vita soffrono di depressione, di un disturbo psichico diagnosticabile o sono affette da dipendenze [Beautrais 2000]. Nel quadro di autopsie psichiatriche, è stato accertato retrospettivamente che nel 40-50 per cento dei suicidi al momento di commettere l'atto le vittime presentavano uno stato di depressione aggravata. Parallelamente, nel 40 per cento circa dei casi è stato diagnosticato un problema di dipendenze e un'incidenza dell'alcol in circa un quinto di tutti i suicidi. Nel 10 per cento dei suicidi è stata constatata una patologia schizofrenica [Bronisch 1999].

Il 15 per cento circa delle persone affette da depressioni, la cui gravità richiede un ricovero, commette suicidio durante la malattia. Analoghi i rischi di suicidio tra gli alcolisti e i tossicodipendenti curati in strutture stazionarie. Tra gli schizofrenici il rischio oscilla tra il 10 e il 12 per cento [Bronisch 1999, OMS 2002].

Nell'ambito del trattamento stazionario delle patologie psichiatriche, si calcolano circa due suicidi su 1000 ricoveri.⁸ Il rapporto tra i suicidi durante la degenza e i suicidi a dimissione avvenuta è di 1:10, sebbene vada rammentato che il rischio è particolarmente elevato nei primi tre mesi dopo l'uscita dalla clinica. [Hoffmann-Richter 2002].

Tentato suicidio

A scatenare un tentativo di suicidio sono prevalentemente eventi che sconvolgono il soggetto nella sua identità, facendolo sentire tanto inetto e disperato da spingerlo al rifiuto o addirittura all'odio di sé, fino a voler porre fine – momentaneamente – a un disagio insopportabile (e non necessariamente alla vita). Contrariamente ai suicidi, associabili nel 90 per cento dei casi circa a disturbi psichici nella storia del soggetto, nei tentativi di suicidio la correlazione con le psicopatologie è meno evidente. Soprattutto nel caso di un unico tentativo di suicidio, di solito l'elemento scatenante è una situazione di crisi (passeggera)⁹ e raramente un disturbo psichico che necessita di un trattamento specifico [Sakinofski 2000].

Del 25 – 50 per cento di tutti i tentativi di suicidio (specialmente in età avanzata) è riconducibile invece a una grave malattia fisica, spesso accompagnata da dolori cronici e infermità fisica [Nylev Stenager 2000].

Gravi problemi di alcolismo compaiono in circa il 10 per cento di coloro che tentano di togliersi la vita, mentre si presume che, nel passato, un altro 10 per cento sia stato confrontato con problemi di droghe illegali, anche se in questo caso le cifre sono meno attendibili. Il rischio di tentato suicidio aumenta in ogni caso tra le persone che fanno uso di sostanze psicotrope. [Murphy 2000].

Difficoltà nel passaggio all'età adulta (per es. distacco dai genitori, ricerca del proprio orientamento sessuale e della propria identità), l'inserimento nella società (per es. scelta professionale), così come fattori sociali e problemi finanziari svolgono un ruolo centrale nel tentato suicidio, specialmente tra gli adolescenti e i giovani adulti. Nell'età adolescenziale, la ricerca della propria strada, le difficoltà relazionali e l'esclusione sociale possono sfociare in situazioni di crisi [Fatke 2003], che accrescono nettamente il rischio di tentato suicidio.

2.2 Fattori ambientali

In riferimento all'ondata di suicidi verificatasi in Germania con la pubblicazione del romanzo di Goethe «Die Leiden des jungen Werthers» (I dolori del giovane Werther), l'influenza esercitata dalla letteratura sui comportamenti suicidi viene chiamata "effetto Werther". A partire dalla metà degli anni Settanta, all'«effetto Werther» è stata associata anche la condotta imitativa scatenata da cronache giornalistiche o pellicole televisive. Lo sceneggiato «Tod eines Schülers» (Morte di uno studente), trasmesso dalla televisione tedesca all'inizio degli anni Ottanta, ha determinato un'impennata del 150 per cento dei suicidi di giovani che si sono gettati sotto il treno, questo sia in occasione della prima diffusione che della replica [Ziegler 2002].

Nell'era di Internet, i giovani confessano il desiderio di morire e le proprie fantasie suicide nei numerosi forum sul suicidio presenti in rete, si scambiano opinioni sulle modalità o cercano partner pronti a compiere insieme il gesto suicida. Questi forum offrono spazio per formulare i propri pensieri suicidari, che in altri ambiti costituiscono un tabù. In assenza di ricerche scientifiche sufficienti che consentano di definire i rischi e le opportunità che racchiudono, questi forum sono oggetto di giudizi controversi [Fiedler 2001].

⁸ Secondo i dati della Statistica medica degli stabilimenti ospedalieri, realizzata dall'Ufficio federale di statistica, nel 2002 54 persone (31 uomini e 23 donne) si sono tolte la vita durante una degenza in una clinica psichiatrica, ciò che corrisponde quasi al 4 per cento di tutti i suicidi.

⁹ Una situazione di crisi nasce da eventi e situazioni di vita che l'individuo non è momentaneamente in grado di fronteggiare, in quanto le precedenti esperienze e i metodi che gli consentono abitualmente di raggiungere finalità importanti nella vita o di superare un ostacolo si rivelano inadeguati, sfociando nella perdita dell'equilibrio psichico [Caplan 1964, Cullberg 1978].

Lo stigma che ancora oggi avvolge le malattie e i disturbi psichici incide notevolmente sul ricorso ad un aiuto (medico). Per esempio, gli uomini esternano piuttosto i disturbi fisici, ma è raro che ammettano di soffrire di problemi psichici e che si rivolgano per questo ad uno specialista. Anche l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie penalizza le persone affette da disagi psichici. L'assicurazione di base copre infatti le spese per il trattamento stazionario delle malattie psichiche solo per un periodo limitato e non di rado i pazienti con disturbi depressivi sono dimessi dall'ospedale per motivi finanziari, prima che la situazione sia sufficientemente stabilizzata. [NGP 2004].

E' raro che una persona accenni al medico – anche poco prima di compiere il gesto - i suoi propositi di suicidio, per cui la suicidalità continua ad essere difficile da individuare. Spesso, le depressioni o altri disturbi psichici non sono diagnosticati, così che le persone a rischio non sono curate a sufficienza [Murphy 1975, Michel 1986]. Ad aggravare la situazione, si aggiunge la disinformazione della popolazione in materia di salute mentale, disturbi psichici e suicidalità.

2.3 Fattori protettivi

Il suicidio costituisce spesso l'ultimo anello di una catena di eventi infausti, fattori di rischio e malattie. Tuttavia, esistono anche fattori che incidono positivamente sull'approccio alla vita: tra di essi si annoverano fattori individuali, come le competenze sociali, la consapevolezza della propria salute o un'attività fisica sufficiente, ma anche caratteristiche personali come la curiosità, l'apertura di vedute, la fiducia in sé, la capacità di chiedere aiuto o di adattarsi alle diverse situazioni (strategie di coping adeguate). Inoltre, anche l'integrazione sociale e il sostegno della famiglia e degli amici così come le prospettive personali e professionali svolgono un effetto protettivo.

Particolarmente importante è poter contare su una solida rete di contatti, non soltanto perché offre partecipazione, sostegno e possibilità di dialogo, ma perché il coinvolgimento in attività e impegni costituisce una sorta di controllo sociale.

Gli stessi fattori possono inoltre inibire i tentativi di suicidio, che si verificano spesso in situazioni di crisi e di fronte ai quali la capacità dell'individuo di gestire problemi e conflitti svolge un ruolo decisivo. Da un profilo psicologico il concetto di «resilienza» riveste notevole importanza.¹⁰

¹⁰ Per «resilienza» s'intende la capacità psichica e fisica di superare le situazioni difficili come una grave malattia, un lungo periodo di disoccupazione o la perdita di una persona cara senza conseguenze croniche. A favorire notevolmente la resilienza di una persona sono il contesto sociale ed economico, la vitalità biologica e la positività [Richardson 2002].

Excursus II: Conseguenze economiche del suicidio e del tentato suicidio

Costi della malattia

Per quantificare esattamente i costi di una malattia, agli anni di vita persi in seguito a tale malattia (in seguito a un decesso prima dei 70 anni), vanno aggiunti gli anni vissuti con un'infermità. Il computo avviene in termini di DALYs «disability-adjusted-life-years», un'unità di calcolo sviluppata dall'OMS nell'ambito dello studio «Global-Burden-of-Disease-Studie». Applicando questo metodo di valutazione alla popolazione del Cantone di Ginevra (dati epidemiologici degli anni 1990-1995), il suicidio risulta al quinto posto. Logicamente, la perdita di anni di vita in seguito a suicidio ha una valenza molto superiore rispetto agli anni vissuti con un handicap.

Quota delle 10 principali cause di «disability-adjusted-life-years» (DALYs) [Schopper 2000]

Rango	Causa	DALYs totali in %	Ripartizione percentuale dei due aspetti	
			Anni vissuti con handicap in %	Anni di vita persi in %
1	Malattie cardiovascolari	8.0	8.6	91.4
2	Grave depressione	6.9	100.0	0.0
3	Aids	4.8	25.4	74.6
4	Abuso di alcol	4.7	96.6	3.4
5	Suicidio/altre autolesioni	3.8	8.6	91.4
6	Malattie delle ossa/articolazioni	3.1	99.1	0.9
7	Cancro ai polmoni	2.9	7.3	92.7
8	Demenza e malattie degenerative del	2.8	97.9	2.1
9	Malattie dei vasi sanguigni cerebrali	2.6	30.1	69.9
10	Incidenti della circolazione stradale	2.5	31.3	68.7

Costi diretti e indiretti dei suicidi

Ad eccezione di una ricerca del Cantone di Ginevra, la Svizzera non dispone di dati sui costi del suicidio e del comportamento suicida.¹¹ Canada e Stati Uniti dispongono invece di cifre sui costi approssimativi dei suicidi. Uno studio canadese del 1996 distingue tra costi diretti e costi indiretti, catalogando gli oneri per l'assistenza medica, le autopsie e i funerali tra i costi diretti e gli anni di vita persi e il reddito potenziale non percepito tra i costi indiretti (cfr. tabella) [Clayton 1999].¹² Negli Stati Uniti, i costi complessivi della produttività persa in seguito a suicidio nel 1998 sono stati calcolati a 11,8 miliardi di dollari. Trattandosi di circa 30'000 suicidi, i costi di ogni suicidio in termini di produttività ammontano all'incirca a 400'000 dollari (580'000 CHF) [Goldsmith 2002].

La disponibilità di dati sulle conseguenze economiche dei tentati suicidi è ancora più scarna. Dai calcoli svolti nel quadro dello studio multicentrico dell'OMS/EURO per la rilevazione dei tentati suicidi si è giunti alla conclusione che i costi diretti di trattamento ammontano a quasi 8'000 franchi per ogni tentativo di suicidio [Runeson 1994]. Queste cifre non comprendono le ricadute della riabilitazione e dell'invalidità sulla produttività. I dati esistenti non consentono di quantificare in modo coerente i costi del comportamento suicida in Svizzera, anche se i risultati degli studi sopramenzionati possono essere applicati approssimativamente al nostro Paese (cfr. tabella).

Costi dei tentati suicidi o dei suicidi in CHF¹³

	Fonte	Costi diretti (in CHF)		Costi indiretti (in CHF)	Costi stimati per la Svizzera (in CHF)*
		Costi medici	Altri costi		
Suicidio	Canada 1996	6'400	-	950'000	1'338'960'000
	USA 1998	-	-	580'000	812'000'000
Tentato suicidio	Svezia 1991	7'860	-	-	78'600'000

*Base di calcolo: 1'400 suicidi e 10'000 tentati suicidi oggetto di cure mediche

¹¹ Lo studio dal titolo «Der Preis der Verzweiflung – über die Kostenfolgen des Suizidgeschehens in der Schweiz», pubblicato l'11 settembre 2003, non tiene conto del principale fattore-costo dei suicidi, ovvero gli anni di vita persi, e sopravvaluta invece ampiamente i tentati suicidi invalidanti, che costituirebbero, sempre secondo lo studio, il 90 per cento dei costi complessivi. Per questa ragione si è rinunciato ad utilizzare i dati di tale ricerca.

¹² Non sono compresi i costi scolastici e di formazione.

¹³ Non sono compresi i costi indiretti dei tentati suicidi, i costi diretti dei suicidi non menzionati nel presente rapporto come gli interventi della polizia, le perizie medico-legali o l'assistenza psicologica dei familiari o delle persone vittime di un tentato suicidio.

3 Come prevenire il suicidio

Prevenire il suicidio significa, in senso stretto, evitare che un individuo si tolga la vita o tenti di farlo, mentre in senso lato consiste nell'adottare misure che promuovano la salute, la prevenzione primaria e quella secondaria.

Ai fini della prevenzione è prioritario:

- migliorare la salute psichica mediante provvedimenti appropriati;
- agire su fattori di rischio conosciuti, come l'alcolismo o l'abuso di stupefacenti;
- trattare adeguatamente disturbi e malattie psichiche ed intervenire in caso di crisi;
- evitare che un proposito di suicidio si trasformi in atto suicida;
- guadagnare tempo affinché il soggetto possa rivedere la propria decisione di togliersi la vita;
- evitare che le crisi suicide si ripetano.

Il suicidio e il tentato suicidio sono eventi complessi, influenzati da numerosi fattori. La prevenzione è quindi possibile unicamente se perseguita da tutti i gruppi professionali implicati, con il coinvolgimento dei non addetti ai lavori e dei familiari delle vittime. Da soli, i progressi compiuti dalla medicina e dalla psicologia non possono ridurre il tasso di suicidio. Una prevenzione efficace dei suicidi è anzitutto un dovere della società.

Idealmente, i provvedimenti e i progetti di prevenzione di una determinata regione dovrebbero richiamarsi ad una concezione sviluppata di concerto con le istituzioni locali oppure a una strategia comune sovraregionale o nazionale, così da evitare doppioni e garantire una razionalizzazione delle risorse. Inoltre, lo sviluppo e l'implementazione di provvedimenti promossi e coordinati congiuntamente consente di sviluppare a medio e lungo termine una solida rete a livello nazionale, regionale e locale.

In linea di massima si distingue tra provvedimenti di salute pubblica (public health) rivolti all'intera popolazione, e provvedimenti di assistenza sanitaria (health care) destinati a fasce a rischio specifiche (cfr. figura 9) [MHE 2003]. I provvedimenti si rifanno all'attuale evidenza scientifica [OMS 2004] e tengono conto dell'età, del sesso e delle peculiarità culturali dei gruppi target.

Figura 9: Come prevenire il suicidio



3.1 Provvedimenti di salute pubblica

I provvedimenti di salute pubblica finalizzati alla prevenzione del suicidio perseguono il miglioramento delle condizioni vitali e ambientali della popolazione complessiva, di determinate fasce demografiche e dei singoli, con una particolare attenzione anche al riconoscimento precoce nell'ambito delle dipendenze.

Provvedimenti consolidati nella promozione della salute

I provvedimenti di promozione della salute puntano su una migliore qualità della vita e degli stili di vita e fanno leva sulla responsabilità e la consapevolezza del singolo nei confronti della propria salute, allo scopo di prevenire il tentato suicidio e il suicidio. Oltre a rafforzare le risorse personali per consentire ad ognuno di meglio superare difficoltà e conflitti, occorre impostare il quadro sociale in modo da permettere agli esseri umani di vivere e lavorare in condizioni favorevoli alla salute e potenziare le proprie competenze personali. Questo implica la collaborazione di tutti i settori politici a livello nazionale, cantonale e regionale, con un'attenzione particolare alla promozione della salute psichica, fondamentale per il benessere degli individui e il buon funzionamento della società e dell'economia [OMS 2004a, NGP 2004].

La capacità di superare crisi e conflitti, una buona comunicativa, la possibilità di contare su una solida rete di contatti sociali e il dare un senso alla propria vita sono componenti importanti nella prevenzione del suicidio. Mediante provvedimenti ad hoc è possibile insegnare alle persone ad affrontare tensioni e problemi, rendendole consapevoli del fatto che in alcune situazioni può essere necessario ricorrere ad un aiuto professionale.

Sensibilizzazione della popolazione

Una corretta sensibilizzazione della popolazione all'importanza della salute psichica, alla sintomatologia e alle terapie nonché una giusta informazione sui diritti e l'autonomia delle persone affette da questi disturbi facilita agli interessati il tempestivo ricorso ad un aiuto professionale in caso di necessità.

Essendo i suicidi e i tentati suicidi spesso associati a patologie psichiatriche come la depressione, l'ansia o le dipendenze, l'importanza di un'informazione capillare della popolazione risulta ancora più evidente, anche nell'intento di combattere la stigmatizzazione dei soggetti affetti da disturbi psichici.

Sensibilizzazione delle figure chiave nel mondo giovanile

Nelle scuole, i progetti di prevenzione vanno dalla promozione della salute in generale a interventi specifici per far fronte al suicidio di un allievo. Tra le misure attuabili si annoverano i corsi di formazione permanente per i docenti, le informazioni scritte ai genitori, la tematizzazione del problema in classe, la sensibilizzazione degli allievi nei confronti di segnali di allarme suicidario tra i compagni, la consulenza sanitaria a scuola, la promozione di strategie per risolvere i conflitti e altro ancora (gruppi di assistenza in ambito scolastico).

Istituzione e promovimento di servizi di contatto a bassa soglia

La decisione di ricorrere o meno a strutture di sostegno in caso di crisi acuta dipende in ampia misura da fattori culturali e sociali. Soprattutto adolescenti e uomini hanno tendenza a voler risolvere i problemi da soli, senza sollecitare alcun aiuto esterno o sollecitandolo troppo tardi.

Obiettivo primario delle permanenze telefoniche (crisis line, hotline) - ora anche via Internet, e-mail o sms - come il «Telefono amico, tel. 143», è di offrire un aiuto in modo semplice e informale in situazioni di gravi difficoltà, per evitare colpi di testa. L'esperienza insegna che spesso le persone con tendenze suicide preferiscono rivolgersi a servizi di contatto anonimi.

Minore disponibilità di strumenti e modalità di suicidio

Numerose ricerche dimostrano che ostacolando o precludendo l'accesso a determinate modalità di suicidio, i tassi di suicidio diminuiscono, senza che per una sorta di compensazione le persone scelgano di morire in altri modi. Provvedimenti attuabili:

- detossificazione del gas domestico;
- dispensazione di farmaci in piccole confezioni o inasprimento dell'obbligo di prescrizione medica per i medicinali potenzialmente letali e spesso utilizzati a scopo di suicidio;
- protezione dei cosiddetti «suicide hot spots», come ponti o edifici, che esercitano una particolare attrazione sulle persone con propositi suicidari;¹⁴
- inasprimento delle normative sulle armi da fuoco.

Evitare sensazionalismi

E' stato dimostrato che una cauta copertura giornalistica dei casi di suicidio può ridurre la frequenza tra gli adolescenti e i giovani adulti. Alcuni anni fa, l'associazione austriaca per la prevenzione del suicidio propose ai mezzi di comunicazione di fornire solo scarse notizie sui suicidi nella metropolitana di Vienna, evitando servizi sensazionalistici. Questo provvedimento fece scendere del 70 per cento i suicidi, che da allora si sono mantenuti a un livello basso [Sonneck 1994].

I sensazionalismi, le generalizzazioni semplicistiche («quindicenne si spara: andava male a scuola»), la glorificazione del gesto, il riferimento diretto alle modalità di suicidio, ai luoghi o all'identità del suicida accentuano il comportamento imitativo. Le cronache giornalistiche non devono riportare informazioni che consentano di risalire all'identità della vittima. Per contro, un resoconto oggettivo dell'accaduto, che accenni ai rischi di suicidio e alle prestazioni di aiuto a livello regionale, può esercitare un effetto preventivo. Nel dare notizia del suicidio di Kurt Cobain (leader e chitarrista del gruppo rock dei «Nirvana») i mezzi di comunicazione avevano distinto i suoi successi artistici dai suoi problemi di salute e di tossicodipendenza, riuscendo così ad evitare il fenomeno dell'emulazione [Ziegler 2002].

3.2 Provvedimenti di assistenza sanitaria

I provvedimenti di assistenza sanitaria perseguono il miglioramento del sistema sanitario e delle procedure diagnostiche in generale. La prevenzione del suicidio presuppone il perfezionamento delle cure, l'accompagnamento e la riabilitazione di pazienti con patologie psichiatriche, di persone reduci da un tentativo di suicidio e di persone in situazioni di crisi e/o con propositi suicidi. Occorre inoltre adottare misure specifiche per sensibilizzare tutto il personale medico specializzato, relativamente al proprio atteggiamento nei confronti del suicidio e del tentato suicidio.

Formazione, perfezionamento e aggiornamento del personale medico e paramedico

La formazione, il perfezionamento e l'aggiornamento del personale medico e paramedico su tutti gli aspetti della suicidalità può contribuire a sconfiggere la paura di affrontare l'argomento dei pensieri o dei propositi suicidi e ad abbattere le barriere della comunicazione [FMH/UFSP 1992].

Il miglioramento delle competenze mediche nel diagnosticare in tempo una depressione, e la possibilità di procedere ad un'adeguata terapia, può ridurre il numero di suicidi per disturbi psichici non trattati. L'esempio più noto al riguardo è lo studio condotto sull'isola di Gotland [Rutz 1989].

Anche la tendenza dei medici a prescrivere farmaci ha una certa importanza, in quanto la maggior parte dei farmaci assunti in dosi mortali sono dispensati solo su ricetta medica.

¹⁴ Nel 1998, le autorità della città di Berna hanno fissato una rete attorno alla piattaforma della Cattedrale per renderla più sicura. L'iniziativa è stata un successo e da allora il numero dei suicidi dai ponti della Città non è aumentato. Il grado d'attrazione o di notorietà dei «suicide hot spots» dipende anche dalla copertura dei mezzi di comunicazione.

Offerte e provvedimenti per fasce a rischio specifiche

Ai soggetti ad alto rischio di suicidio (per es. reduci da un tentato suicidio, affetti da disturbi psichici, da dipendenze, detenuti, migranti) possono essere proposte soluzioni preventive improntate alle esigenze specifiche del rispettivo target.

Provvedimenti attuabili:

- trattamenti ambulatoriali o stazionari in caso di crisi;
- assistenza adeguata in caso di tentato suicidio o suicidio fallito (per es. servizi di collaborazione psichiatrica, strutture sociopsichiatriche, ecc.);
- diagnosi precoce e attuazione di terapie adeguate alle depressioni, ai disturbi della personalità e ad altre patologie psichiche;
- offerte destinate a tossicodipendenti e alcolisti;
- interventi atti ad evitare l'isolamento sociale degli anziani;
- offerte di sostegno a persone con disturbi da stress post-traumatico (per es. ambulatori per vittime di guerre e torture).

Postassistenza ai familiari e al personale medico e di soccorso (Postvention)

Subito dopo l'accaduto/la perdita, le persone vicine al suicida presentano un rischio di suicidio più elevato del solito. L'aiuto prestato a familiari, colleghi di lavoro o compagni di scuola ha pertanto un effetto preventivo. E' particolarmente difficile elaborare la perdita di un congiunto per suicidio e, spesso, l'incapacità di superare i sensi di colpa o un lutto sfocia in complessi problemi di salute e di natura sociale.

Oltre ai gruppi di aiutoaiuto per i familiari, occorre sviluppare offerte specifiche per gruppi professionali esposti a gesti suicidi, come i macchinisti, gli agenti di polizia e i membri delle colonne di soccorso.

3.3 Monitoraggio, ricerca e valutazione

La rilevazione statistica capillare dei decessi per suicidio e il monitoraggio regolare dei tentati suicidi sono fondamentali per individuare tempestivamente le tendenze al comportamento suicida e per identificare i gruppi ad alto rischio.

Ancora una volta, la ricerca interdisciplinare incentrata sulla salute della popolazione costituisce un presupposto fondamentale per l'adozione di una profilassi del suicidio efficace e mirata.

Non da ultimo, la valutazione dell'efficacia, dell'utilità e dei costi dei provvedimenti preventivi ne favorisce l'ulteriore sviluppo.

4 Contesto internazionale e programmi di prevenzione esteri

4.1 Raccomandazioni dell'OMS e dell'ONU

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e l'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) chiedono che i programmi di prevenzione del suicidio siano condotti a livello nazionale, ritenendo che la profilassi in questo senso non sia unicamente compito della medicina e che l'esistenza di programmi nazionali implementati dai rispettivi governi sia il modo migliore per favorire la cooperazione e il coordinamento opportuni ed efficaci tra le diverse cerchie interessate. E' importante che simili programmi rispecchino le peculiarità dei singoli Paesi, tenendo conto delle diverse realtà sociali, culturali e sanitarie.

Una corretta profilassi del suicidio presuppone: (1) una politica della prevenzione a livello nazionale, (2) un quadro concettuale completo, (3) la formulazione degli obiettivi e delle risorse necessarie, (4) parametri che consentano di misurare i mutamenti e (5) mandati a istituzioni e organizzazioni responsabili dell'attuazione di simili programmi [ONU 1996].

In risposta alla Dichiarazione della Sanità Mondiale per una politica di «Salute per tutti nel 21° secolo», adottata in occasione della 51a Assemblea mondiale della Sanità nel maggio 1998, l'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS ha formulato una serie di obiettivi fondamentali della «Salute per Tutti». L'obiettivo n. 6 verte sul miglioramento della salute psichica [OMS 1999a]: «Entro il 2020, il benessere psicologico delle persone dovrebbe migliorare e servizi più completi dovrebbero essere disponibili ed accessibili alle persone con problemi psichici.

In particolare:

- La prevalenza e gli effetti dannosi in generale sulla salute dei problemi mentali dovrebbe ridursi sostanzialmente e le persone dovrebbero possedere una maggiore capacità di affrontare gli eventi stressanti della vita.
- Il tasso di suicidio dovrebbe ridursi di almeno un terzo, ed in particolare questa riduzione dovrebbe verificarsi in quei Paesi o gruppi di popolazione il cui tasso è molto alto.»

Riallacciandosi a queste considerazioni, la Società svizzera di salute pubblica (SSSP) ha formulato i seguenti obiettivi nazionali [SSSP 2002]:

- Entro il 2020, il tasso di ricoveri per ragioni psichiatriche deve essere analogo in tutti i Cantoni e il ricovero per alcolismo deve diminuire significativamente;
- Entro il 2020, il tasso di suicidi giovanili dev'essere dimezzato;
- Entro il 2010, tutti i medici di famiglia devono essere in grado di riconoscere precocemente i sintomi di disturbi psicotici e deve esistere una struttura d'intervento a livello nazionale per i giovani affetti da questi disturbi;
- Entro il 2010, i medici di famiglia devono poter fornire un'assistenza psichiatrica più ampia e competente, grazie a programmi di aggiornamento sistematico e al sostegno di una rete psichiatrica che operi su base collegiale.

4.2 Programmi di prevenzione

Il «WHO European Network on Suicide Research and Prevention» realizza regolarmente indagini sui programmi di prevenzione del suicidio nei diversi Paesi. L'ultima inchiesta, realizzata nel 2001, includeva 48 dei 51 Stati membri della Regione europea dell'OMS, 38 dei quali vi hanno partecipato [OMS 2002a]. Dai risultati è emerso che 18 Stati conducono programmi nazionali di prevenzione del suicidio, 11 dei quali dispongono di studi pubblicati da ministeri o istituti amministrativi: si tratta di Bulgaria, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Gran Bretagna, Irlanda, Lituania, Norvegia, Slovenia e Svezia. In sei Stati (Danimarca, Georgia, Irlanda, Lettonia, Norvegia e Svezia) la prevenzione del suicidio è disciplinata legalmente.

La tabella 5 presenta in sintesi alcuni di questi programmi oltre a quelli di Australia, Nuova Zelanda, Canada e Stati Uniti. Benché ogni Stato persegua lo stesso obiettivo (riduzione del numero di suicidi e tentati suicidi), i percorsi di prevenzione possono essere molto diversi. Per esempio, la Norvegia ha puntato prevalentemente sulle offerte di consulenza nei Comuni, mentre la Nuova Zelanda, con un programma focalizzato sui suicidi giovanili, ha allestito un'offerta di postassistenza specifica nelle scuole. Anche i target variano notevolmente. I programmi di Stati Uniti, Norvegia e Svezia s'indirizzano all'intera popolazione, mentre quelli di Australia e Nuova Zelanda sono incentrati sui suicidi in età evolutiva. Forti differenze si osservano anche riguardo al coinvolgimento più o meno marcato della popolazione e delle associazioni di familiari nello sviluppo e nell'attuazione delle diverse strategie di prevenzione.

Sulla scorta delle esperienze maturate a livello internazionale, lo sviluppo e l'implementazione di un programma o di un progetto nazionale di prevenzione del suicidio in Svizzera richiede:

- una definizione unitaria e un approccio multidisciplinare;
- l'esame delle ricerche e delle esperienze di altri Paesi, per adottare strategie di monitoraggio e di valutazione efficaci;
- progetti pragmatici, chiaramente formulati e improntati al conseguimento degli obiettivi;
- l'inclusione di tutte le fasce d'età, con particolare attenzione ai gruppi a rischio;
- il coinvolgimento di istituzioni, associazioni d'assistenza, organizzazioni di volontari, gruppi professionali implicati e specialisti già attivi in questo settore;
- l'integrazione delle strategie a livello nazionale, cantonale e comunale, nel rispetto delle realtà regionali e cantonali;
- il monitoraggio continuo dei risultati e l'esame dei singoli provvedimenti.

Tabella 5: Programmi e progetti nazionali di prevenzione del suicidio all'estero

Australia	
Descrizione	La «National Suicide Prevention Strategy (NSPS)», seguita nel 1999 alla «National Youth Suicide Prevention Strategy (NYSPS)» del 1995, mira prevalentemente a: <ul style="list-style-type: none"> - sostenere attività nazionali di prevenzione del suicidio in tutte le fasce d'età; - sviluppare e implementare un quadro strategico per una prevenzione integrata a livello nazionale e comunale. Il quadro strategico «LIFE – A framework for prevention of suicide and self-harm in Australia» comprende sei campi d'azione: <ul style="list-style-type: none"> - promozione del benessere e della resilienza, e potenziamento del ruolo dei Comuni; - promozione dei fattori protettivi e riduzione dei fattori di rischio di suicidio - offerte decentralizzate e sostegno delle fasce della popolazione ad alto rischio; - offerte specifiche per fasce a rischio; - partenariati con minoranze etniche; - rafforzamento dell'evidenza di base della «good practice» nella prevenzione del suicidio.
Budget	Il programma dispone di ca. 10 milioni di dollari australiani all'anno.
Internet	www.health.gov.au/hsdd/mentalhe/sp/index.htm
Finlandia	
Descrizione	La Finlandia è stato il primo Paese a formulare nel 1986 una strategia decennale volta a ridurre del 20 per cento l'elevato tasso di suicidio. Nel 1996 il tasso era sceso del 9 per cento. Dopo aver studiato il fenomeno dei suicidi, il National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES) ha concentrato gli sforzi sulla promozione di iniziative e provvedimenti locali, che mirano tra l'altro a: <ul style="list-style-type: none"> - modificare l'atteggiamento della popolazione (in particolare la tendenza fatalista a considerare il suicidio un'inevitabile conseguenza di cattive condizioni di vita); - facilitare l'accesso a strutture sanitarie mediche e psichiatriche; - limitare la disponibilità di strumenti e modalità pericolose; - offrire corsi di aggiornamento per specialisti; - monitorare costantemente il comportamento suicida; - registrare le persone e le fasce a rischio.
Budget	Nessuna indicazione
Internet	www.stakes.fi/mentalhealth/

Inghilterra	
Descrizione	Nel 2002, il governo inglese ha varato la «National Suicide Prevention Strategy for England», finalizzata a ridurre del 20 per cento il tasso di suicidio entro il 2010. Il programma prevede 11 obiettivi, tra cui la promozione della salute psichica, il potenziamento di offerte preventive e terapeutiche destinate ai giovani uomini, una migliore cura della depressione e la sensibilizzazione dei mezzi di comunicazione nel presentare i fatti relativi ai suicidi.
Budget	Nessuna indicazione
Internet	www.nimhe.org.uk/priorities/suicide.asp
Scozia	
Descrizione	La Scozia ha elaborato un programma analogo, dal titolo «Choose Life. A National Strategy and Action Plan to Prevent Suicide in Scotland». L'obiettivo è di ridurre del 20 per cento la frequenza dei suicidi entro il 2013. L'accento è posto sul miglioramento degli interventi in situazioni di crisi, con speciali programmi di formazione destinati a gruppi professionali, come gli agenti di polizia, i conducenti di ambulanze, il personale dei penitenziari e il personale medico.
Budget	Nessuna indicazione
Internet	www.scotland.gov.uk/library5/health/clss-00.asp
Irlanda	
Descrizione	In Irlanda, negli anni Novanta, il tasso di suicidio tra gli adolescenti è quadruplicato. A seguito di questa emergenza, la National Task Force on Suicide ha sviluppato un programma di prevenzione finalizzato a due obiettivi centrali: <ul style="list-style-type: none"> - migliorare le offerte di cura per le fasce a rischio, e - sensibilizzare la popolazione al problema del suicidio (intervenedo sull'atteggiamento e i preconcetti) e introdurre nelle scuole e negli istituti di formazione per adulti programmi tesi a migliorare la capacità di superare conflitti e crisi Nel programma nazionale irlandese sono contenute inoltre 84 raccomandazioni concrete, tra le quali anche la costante valutazione assume una certa importanza.
Budget	Nessuna indicazione
Internet	www.ias.ie/
Canada	
Descrizione	Nel maggio del 2002, la Canadian Association for Suicide Prevention ha avviato i lavori per l'allestimento di un «Canadian Blueprint of a National Strategy for Suicide Prevention Strategy». La prima bozza stabilisce che: <ul style="list-style-type: none"> - la prevenzione del suicidio è compito dell'intera società; - il suicidio è riconducibile all'interazione di fattori biologici, psicologici, sociali e spirituali è influenzabile dal mutamento delle condizioni sociali e dei comportamenti; - le strategie devono poggiare sull'evidenza, essere attive, aggiornate, attente alle peculiarità culturali e integrare aspetti della ricerca, della sorveglianza, del reporting e della valutazione. Sono formulati tra l'altro i seguenti obiettivi: <ul style="list-style-type: none"> - promozione della consapevolezza che il suicidio può colpire chiunque e può essere evitato; - rafforzamento del sostegno alla prevenzione del suicidio e agli interventi di crisi; - miglioramento delle conoscenze degli operatori dei mezzi di comunicazione in materia di suicidio; - sviluppo e attuazione di programmi di prevenzione del suicidio decentralizzati; - limitazione dell'accesso ai mezzi di suicidio e riduzione della loro letalità; - miglioramento delle offerte (mediche) per fasce a (alto) rischio; - rafforzamento della sorveglianza, sviluppo di strumenti di valutazione e promozione della ricerca nella profilassi del suicidio.
Budget	Nessuna indicazione
Internet	www.thesupportnetwork.com/CASP/main.html

Nuova Zelanda	
Descrizione	<p>Nel 1998, la Nuova Zelanda ha pubblicato la «Youth Suicide Prevention Strategy», articolata su cinque obiettivi principali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - miglioramento del benessere (promozione della salute); - riconoscimento precoce e offerte d'aiuto informali; - interventi di crisi e trattamento; - sostegno a parenti e amici di vittime suicide; - informazione e ricerca. <p>Un secondo documento strategico si focalizza in particolare sulle esigenze dei giovani Maori, la popolazione indigena della Nuova Zelanda.</p> <p>Sull'onda delle esperienze maturate con la Youth Suicide Prevention Strategy, le autorità stanno elaborando una strategia di prevenzione del suicidio destinata all'intera popolazione e a tutte le fasce d'età.</p>
Budget	Nessuna indicazione
Internet	www.myd.govt.nz e www.nzips.govt.nz/priorities/suicide.html
Norvegia	
Descrizione	<p>Nel 1996 la Norvegia ha pubblicato il «National Plan for Suicide Prevention». Uno dei progetti consiste nella lotta contro la stigmatizzazione del suicidio e del tentato suicidio, attraverso programmi radiotelevisivi. Un altro progetto è il cosiddetto «Baerum Model», nell'ambito del quale un gruppo di specialisti presta assistenza per almeno 12 mesi a persone che hanno tentato il suicidio. Della ricerca è responsabile la University of Oslo Suicide Research and Prevention, finanziata dallo Stato.</p>
Budget	Nessuna indicazione
Internet	www.med.uio.no/ipsy/ssff/hovedengelsk.htm
Svezia	
Descrizione	<p>La prevenzione del suicidio riveste grande importanza nel progetto «Sweden's New Public Health Policy. National Public Health Objectives for Sweden», approvato nell'aprile del 2003 dal parlamento svedese. Obiettivi primari della prevenzione del suicidio sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la riduzione duratura dei suicidi e dei tentati suicidi e la modifica dei fattori sociali predisponenti; - il riconoscimento precoce di situazioni che potrebbero preludere a propositi suicidari; - la sensibilizzazione della popolazione ai rischi di suicidio e informazioni sulle misure da adottare. <p>Il Karolinska Institutet di Stoccolma è un'istituzione statale per la ricerca e la prevenzione in materia di suicidio.</p>
Budget	Nessuna indicazione
Internet	http://www.sweden.gov.se/sb/d/2942
USA	
Descrizione	<p>Nel 1999 è apparso il «Report of the Surgeon General's Call To Action To Prevent Suicide», nel 2001 la «National Strategy for Suicide Prevention», i cui obiettivi centrali consistono nel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - formulare una strategia nazionale e istituire un'autorità nazionale responsabile dell'attuazione dei provvedimenti e del finanziamento delle attività di prevenzione e di ricerca; - sviluppare strategie per l'eradicazione dei preconcetti che avvolgono il ricorso ai servizi psichiatrici; - sviluppare programmi locali di prevenzione; - ridurre la disponibilità di mezzi letali; - promuovere le competenze professionali degli specialisti; - migliorare la copertura dei mezzi di comunicazione; - migliorare il monitoraggio del comportamento suicida; - promuovere la ricerca sul suicidio per poter individuare meglio i fattori di rischio e di protezione tra la popolazione.
Budget	Nessuna indicazione
Internet	http://www.mentalhealth.samhsa.gov/suicideprevention/strategy.asp

5 Sforzi di prevenzione della Confederazione, dei Cantoni e delle organizzazioni private

5.1 Basi costituzionali e legali della Confederazione nella prevenzione del suicidio

Prevenzione del suicidio: un compito dello Stato?

Conformemente ai risultati di una perizia giuridica delle basi costituzionali e legali nella prevenzione del suicidio, commissionata dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), spetta al legislatore valutare l'interesse pubblico nella difesa della vita rispetto al diritto all'autodeterminazione del singolo [Tschannen 2004].

Dal profilo costituzionale, la valutazione dell'interesse pubblico nella profilassi del suicidio deve richiamarsi ai seguenti principi:

- Lo Stato istituisce un obbligo di protezione, se una persona capace d'intendere denota intenzioni suicide.
- Lo Stato non può intervenire, se la persona desidera razionalmente mettere fine alla propria esistenza.

Lo Stato ha quindi il compito di fornire aiuto ai soggetti a rischio di suicidio. Tuttavia, se la volontà di suicidio è manifesta, lo Stato è tenuto da un profilo giuridico ad astenersi dall'intervenire.

Parallelamente, il diritto fondamentale alla vita, sancito dall'articolo 10 capoverso 1 della Costituzione federale (Cost.), tutela in prima linea i cittadini da eventuali attacchi da parte dello Stato. Per principio, i diritti fondamentali non hanno unicamente una funzione difensiva, bensì comportano anche il diritto a prestazioni positive da parte dello Stato. Questo vale però in primo luogo per i cosiddetti diritti sociali (art. 12 Cost.), che garantiscono il diritto ad un'assistenza statale. Non esiste quindi alcun diritto giustificato alla creazione di programmi esaustivi di assistenza in caso di propositi suicidi. Tenendo conto del tributo programmatico del diritto alla vita è tuttavia auspicabile, almeno dal profilo del diritto fondamentale, che il legislatore disciplini l'offerta di aiuto a persone con intenti suicidi [Tschannen 2004].

Disciplinamento delle competenze federali e cantonali

Il suicidio e i tentati suicidi non rientrano nel concetto di malattia ai sensi dell'articolo 118 capoverso 2 lettera b Cost., pertanto la Confederazione non è libera di legiferare nell'ambito della prevenzione del suicidio e non può disciplinare tale ambito giuridico in modo definitivo. In linea di principio, la Confederazione può tuttavia ordinare in molti casi provvedimenti con effetto preventivo sul suicidio. Da un profilo costituzionale, la Confederazione può prevedere provvedimenti specifici di profilassi del suicidio nella lotta contro le malattie (art. 118 cpv. 2 lett. b Cost.)¹⁵ e nel diritto in materia di farmaci e stupefacenti (art. 118 cpv. 2 lett. a Cost.). Inoltre, la Confederazione può contribuire a migliorare le conoscenze in materia di suicidio e tentato suicidio, promuovendo la ricerca scientifica (art. 64 Cost.) e la rilevazione di dati statistici (art. 65 Cost.).

Lo sviluppo di provvedimenti concreti di prevenzione del suicidio a livello federale deve poggiare su una base legale sufficiente, secondo il principio della legalità sancito dall'articolo 5 Cost. Una simile base esiste unicamente per quanto riguarda la promozione della ricerca (legge federale del 7 ottobre 1983 sulla ricerca, legge sulla ricerca, [LR]; RS 420.1) e la rilevazione di dati statistici (legge del 9 ottobre 1992 sulla statistica federale [LStat]; RS 431.01). Mancano invece le basi legali per

¹⁵ Generalmente, il suicidio e la suicidalità non sono considerati malattie e nemmeno manifestazioni di una malattia. Tuttavia, i disturbi psichici (in particolare la depressione) costituiscono uno dei principali fattori di rischio di suicidio, e il suicidio è spesso la conseguenza di un decorso patologico. Le malattie psichiche sono fortemente diffuse e quindi rientrano nell'articolo 118 capoverso 2 lettera b della Costituzione. Considerato che la cura di una malattia cronica può avere un effetto preventivo sul suicidio, da un profilo costituzionale è possibile disciplinare legalmente provvedimenti di profilassi del suicidio, a condizione che siano correlati con malattie trasmissibili, fortemente diffuse o maligne.

l'esecuzione di campagne nazionali di informazione e sensibilizzazione sulla prevenzione del suicidio. La legge sugli stupefacenti (legge federale del 3 ottobre 1951 sugli stupefacenti e sulle sostanze psicotrope [LStup]; 812.121) consente invece di combattere le dipendenze alla fonte (art. 15a segg. LStup). Considerato che per molti versi le cause della dipendenza e del comportamento suicida si equivalgono, è più che plausibile, anche in un'ottica giuridica, tenere maggiormente in considerazione la problematica del suicidio nell'elaborazione dei provvedimenti di prevenzione delle dipendenze.

In assenza di un disciplinamento a livello federale, l'offerta e il sostegno (citati) di misure d'aiuto a soggetti a rischio di suicidio compete unicamente ai Cantoni. Da un profilo costituzionale e di ripartizione delle competenze, la Confederazione è però libera di partecipare a progetti cantonali di prevenzione del suicidio o di promuovere iniziative comuni, nel quadro del dialogo nazionale sulla politica sanitaria [Tschannen 2004].

5.2 Bozza di «strategia nazionale della salute psichica»

Negli anni 2000-2003, nell'ambito del progetto «Politica nazionale svizzera della sanità» è stata elaborata una bozza di strategia nazionale per la protezione, la promozione, il mantenimento e il ristabilimento della salute psichica della popolazione in Svizzera, sottoposta nel febbraio 2004 a Confederazione, Cantoni e cerchie private per consultazione [NGP 2004]. La riduzione dei tassi di suicidio e tentato suicidio costituisce uno degli otto obiettivi per i prossimi dieci anni, concretizzati nel piano d'azione attraverso i seguenti provvedimenti:

- Miglioramento della qualità dei dati sulla salute psichica della popolazione svizzera e sull'epidemiologia delle malattie psichiche e del suicidio (raccomandazione n. 3 – definizione del problema, monitoraggio continuo e sintesi dei dati esistenti)
- Miglioramento delle conoscenze della popolazione sulla frequenza e le conseguenze dei disturbi psichici, sull'efficacia dei provvedimenti preventivi, delle terapie, della riabilitazione e della cura di malattie psichiche (raccomandazione n. 4 – sensibilizzazione della popolazione nei confronti della salute e delle malattie psichiche)
- Ulteriore sviluppo dei progetti di promozione della salute psichica nelle diverse fasi della vita, con un approccio orientato verso il setting che coinvolge: a) le scuole e gli istituti di formazione (promozione dell'apprendimento globale), b) i programmi di promozione della salute a livello aziendale (promozione delle competenze sociali e dell'equilibrio tra lavoro, impegni sociali e tempo rigenerante) e c) le offerte destinate agli ultracinquantenni e alle persone in fase di pensionamento (raccomandazione n. 5 – promozione della salute psichica, in famiglia, a scuola e sul lavoro)
- Promozione mirata di programmi efficaci per il riconoscimento precoce delle malattie psichiche (per es. depressione, psicosi/schizofrenia) e della suicidalità (raccomandazione n. 6 – riconoscimento precoce di malattie psichiche, interventi tempestivi per l'integrazione sociale, scolastica e professionale e la prevenzione dell'invalidità).

Nel corso della primavera 2005, la Confederazione e i Cantoni decideranno delle prossime tappe.

5.3 Inventario della prevenzione del suicidio in Svizzera

Nel novembre 2001, con il patrocinio della Federazione dei medici svizzeri (FMH) è stato creato un gruppo di lavoro svizzero per la prevenzione del suicidio, il cui scopo era innanzitutto di coinvolgere il maggior numero possibile di partner (diversi attori del sistema sanitario svizzero, enti assistenziali e associazioni ecclesiastiche), che contribuissero attivamente a riunire progetti ed esperienze sulla prevenzione del suicidio. Da questa collaborazione sovraprofessionale e sovraregionale è nata alla fine del 2003 l'associazione IPSILON (iniziativa per la prevenzione del suicidio in Svizzera). L'obiettivo primario di IPSILON è di allestire un servizio di coordinamento nazionale, che sostenga in modo competente sul piano tecnico, morale e politico tutti gli operatori attivi nella prevenzione del suicidio e che funga da portavoce a livello nazionale.

Nelle prossime pagine sono presentati gli esiti di un inventario delle attività di prevenzione del suicidio eseguito da IPSILON tra il giugno 2003 e il marzo 2004. Con l'ausilio di un modulo scritto sono state

interpellate oltre 740 istituzioni e organizzazioni dell'intera Svizzera effettivamente o presumibilmente impegnate nella prevenzione del suicidio (78% nella Svizzera tedesca, 22% nella Svizzera romanda e nel Ticino). Le domande vertevano sulle loro attività, i loro partner e i rispettivi utenti.¹⁶ Obiettivo della ricerca era di rilevare le attività degli operatori e conoscerne interazioni, esigenze e priorità.

Le istituzioni contattate possono essere ripartite in tre gruppi (cfr. tabella 6): istituzioni cantonali (73%), organizzazioni private (attive a livello locale, regionale o nazionale, 22%) e servizi della Confederazione (5%).

Tabella 6: Tasso di partecipazione all'inventario della prevenzione del suicidio in Svizzera

		Numero di moduli inviati	Numero di moduli utilizzabili	Tasso di partecipazione
A	Istituzioni/organizzazioni cantonali *	540	254	47%
	1 Direzioni cantonali	142	69	49%
	2 Giustizia/polizia/diritto	173	62	36%
	3 Ospedali e servizi psichiatrici	148	86	58%
	4 Servizi psicopedagogici	23	18	78%
	5 Assistenza spirituale	54	19	35%
B	Operatori privati, ONG (attivi a livello regionale e/o nazionale)	163	81	50%
	6 Associazioni di categoria e d'interesse	107	48	45%
	7 Gruppi di autoaiuto e di aiuto alle vittime	41	23	56%
	8 Gruppi di prevenzione del suicidio	9	8	89%
	9 Assicurazioni	6	2	33%
C	Servizi della Confederazione	38	25	66%
	Totale	741	360	49%

*Sono rappresentati tutti i Cantoni. Il numero delle risposte per Cantone corrisponde all'incirca alla dimensione del Cantone.

Dall'elaborazione dei risultati, emerge che solo alcune delle organizzazioni e istituzioni interpellate incentrano la loro attività sulla prevenzione del suicidio e/o sulla cura successiva ad un tentato suicidio. In genere, la problematica del suicidio è affrontata come uno dei tanti problemi di salute ed è raro che sia previsto un budget specifico per i provvedimenti preventivi in questo senso.

Il principale gruppo target è costituito nel 68 per cento dei casi dalle giovani generazioni. Va però detto che le istituzioni medico-psichiatriche forniscono consulenza a tutte le fasce d'età. I programmi di prevenzione sono focalizzati sugli adolescenti, molto spesso con un'attenzione specifica agli allievi (cfr. anche capitolo 5.4), mentre per le altre due fasce ad alto rischio, gli anziani e gli uomini dai 20 ai 50 anni, i programmi di prevenzione sono quasi inesistenti (soltanto il 4% dei partecipanti all'indagine indirizza la propria offerta a queste fasce d'età).

L'ambito d'attività della prevenzione del suicidio è particolarmente ampio. Tale ampiezza si riflette anche nel raggio d'azione delle diverse istituzioni e organizzazioni (cfr. figure 10a e 10b).

¹⁶ Per la descrizione esaustiva dei metodi e la presentazione dettagliata dei risultati elaborati, si veda www.ipsilon.ch.

Figure 10a e 10b: Ambiti d'attività degli operatori attivi nella prevenzione del suicidio (sinistra: istituzioni e organizzazioni cantonali [n=254, 692 menzioni]; destra: operatori privati e ONG [n=81; 208 menzioni])



Le istituzioni e le organizzazioni cantonali si occupano innanzitutto dell'aspetto «terapeutico/curativo» della prevenzione del suicidio, ovvero degli interventi di crisi di tipo medico, della (post)assistenza psichiatrica e dell'aiuto sociale sia a livello ambulatoriale che stazionario. Le organizzazioni private, nelle quali rientrano anche i gruppi di autoaiuto e le associazioni di prevenzione del suicidio, pongono l'accento sull'accompagnamento psicosociale dei soggetti a rischio suicidario o che hanno tentato il suicidio, sulla prevenzione e sulle offerte di formazione, perfezionamento e aggiornamento. Solitamente mancano i mezzi e il tempo per le attività di ricerca.

Idealmente, le risposte degli operatori del settore dovrebbero coprire l'intera superficie della figura 10, a riprova di un'offerta esaustiva, di un accesso adeguatamente diversificato e di una rete efficace, all'interno della quale ogni attore si adopera per coinvolgere gli altri partner.

L'attuale situazione è tutt'altro che rosea. Il 31 per cento degli interpellati vedrebbe di buon occhio uno scambio di esperienze con altre istituzioni. «*Non disponiamo di direttive per la prevenzione di un suicidio, e in simili casi i nostri collaboratori cercano di scongiurare il peggio attraverso il dialogo*»¹⁷, affermano. Al tempo stesso emerge l'amarezza per l'assenza di un sostegno adeguato: «*La pauvreté des évaluations dans ce domaine limite notre capacité à rendre compte d'expériences efficaces*».

Le falle della rete emergono soprattutto nello scambio tra professionisti. E' raro che il personale medico cantonale intrattenga degli scambi con i servizi di consulenza giuridica, mentre i gruppi di autoaiuto sono troppo poco integrati nel sistema sanitario o in quello scolastico. La necessità di una maggiore concertazione è però riconosciuta: «*E' importante intrattenere buoni rapporti professionali sia con gli utenti che con medici e istituzioni. Andrebbero messi in atto dispositivi di emergenza, resi noti i numeri di telefono e fornite le necessarie informazioni sul modo di procedere. Sarebbe auspicabile collegare in rete tutti i servizi coinvolti, affinché 'si conoscano a vicenda'; occorre disporre di una buona documentazione e delle opportune informazioni*» sostengono alcune strutture interpellate. Una piattaforma nazionale tesa a migliorare lo scambio di esperienze, così come perseguita da IPSILON, può contribuire a colmare le lacune esistenti.

Anche se questo inventario non consente di valutare la qualità delle offerte, si suppone che la maggior parte dei programmi siano privi di una solida base concettuale, nonostante alcuni Paesi abbiano sviluppato modelli (per es. Nürnberger Bündnis gegen Depression, cfr. più avanti) adattabili senza troppe difficoltà alla situazione della Svizzera. In molti ambiti mancano tuttavia fondamenti scientifici sufficienti e adeguate valutazioni dei progetti. Inoltre, interessanti approcci alla prevenzione del suicidio restano spesso confinati nelle rispettive regioni e anche nella formazione di medici o insegnanti si superano solo raramente le frontiere cantonali. Proprio in questo ambito, una rete ben organizzata potrebbe offrire un prezioso supporto e garantire lo scambio delle esperienze.

¹⁷ Fonte: le parti in corsivo sono riprese dall'inventario della prevenzione del suicidio in Svizzera; www.ipsilon.ch.

5.4 I principali progetti regionali e nazionali

L'inventario della prevenzione del suicidio in Svizzera ha consentito di rilevare informazioni dettagliate sulle offerte esistenti a livello regionale e nazionale. I progetti principali sono presentati in sintesi nelle tabelle 7 (progetti sostenuti o promossi dalla Confederazione) e 8 (progetti a partecipazione regionale o locale).¹⁸

Tabella 7: Progetti di prevenzione dei suicidi sostenuti o promossi dalla Confederazione
(fonte: Inventario della prevenzione del suicidio in Svizzera; www.ipsilon.ch)

Crisi e suicidio	
Descrizione	<p>Nel 1991, in risposta alle raccomandazioni di esperti dell'OMS circa l'adozione di una strategia globale nella prevenzione del comportamento suicida, la Federazione dei medici svizzeri (FMH) e l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) hanno lanciato il programma congiunto «Suizidprävention in der Arztpraxis – Krise und Suizid». Il nocciolo del programma era costituito da un modulo di aggiornamento per medici, finalizzato alla capacità di interagire in modo competente nell'ambito delle normali sedute con pazienti con turbe emotive o pensieri suicidari.</p> <p>Il bilancio tracciato a due anni di distanza ha sancito il successo dell'iniziativa, che ha trovato vasta eco tra i medici e nei media. Unico neo, la necessità di concluderlo a causa delle ristrettezze finanziarie.</p>
Budget	Nessuna indicazione
Internet	Nessuna indicazione. Per altre informazioni si veda info@ipsilon.ch
bildung+gesundheit Netzwerk Schweiz	
Descrizione	<p>Il Programma «<i>bildung+gesundheit</i>, Netzwerk Schweiz» dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) ha sostenuto dal 1997 al 2000 un progetto per la prevenzione dei suicidi giovanili nel Canton Ticino nell'ambito del programma dell'OMS «Scuole e salute».</p> <p>Obiettivo del progetto era di sensibilizzare progressivamente tutti gli adulti responsabili di apprendisti (maestri di tirocinio, insegnanti di istituti professionali, genitori) e i giovani stessi.</p> <p>Provvedimenti:</p> <ul style="list-style-type: none">- opuscolo per maestri di tirocinio volto a migliorare le conoscenze e ad affinare la capacità di ascoltare e riconoscere per tempo le situazioni a rischio;- conferenze pubbliche, interventi nei mezzi di comunicazione, congresso nel maggio 2000, sensibilizzazione dei poteri pubblici (destinate alla popolazione ticinese nel suo insieme).
Budget	Nessuna indicazione
Internet	www.bildungundgesundheit.ch
Supra-f , programma di ricerca per la prevenzione delle dipendenze in ambito giovanile	
Descrizione	<p>Il programma supra-f è stato lanciato dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP). Responsabile della ricerca è l'Università di Friburgo, mentre la coordinazione del progetto, curata fino al giugno 2002 da pro juventute, è stata affidata dal luglio 2002 all'Istituto svizzero di prevenzione dell'alcolismo e altre tossicomanie di Losanna. Delle rilevazioni dei dati si occupa prevalentemente l'Università di Friburgo, affiancata dall'istituto di ricerca sulle dipendenze di Zurigo.</p> <p>supra-f non è un progetto specifico di prevenzione del suicidio, ma un'offerta di prevenzione secondaria destinata ai giovani dai 12 ai 20 anni. E' costituito di 12 progetti locali a volte molto diversi tra loro, che perseguono tuttavia lo scopo comune di aiutare, con una serie di interventi socio-pedagogici, i giovani confrontati con difficili situazioni di vita (per es. iperattività, aggressività, delinquenza, tentati suicidi, disturbi dell'alimentazione, consumo precoce e prolungato di tabacco, alcol e cannabis, problemi gravi e persistenti a scuola o sul posto di tirocinio, violenza e abusi in famiglia) a reinserirsi nella scuola o nella vita professionale.</p> <p>L'accento è posto su fattori protettivi, che possono evitare di cadere nelle dipendenze o nell'isolamento sociale, come:</p> <ul style="list-style-type: none">- un'autostima stabile e competenze sociali;- l'integrazione a scuola o nei processi lavorativi e una buona cultura generale;- una solida rete sociale e un buon rapporto con la famiglia o con altre persone di riferimento.

¹⁸ Per i dettagli sulle offerte di prevenzione del suicidio in Svizzera, si veda www.ipsilon.ch.

	Uno studio longitudinale, svolto nell'ambito di supra-f, mette a confronto lo sviluppo dei giovani che partecipano ai progetti di supra-f con quello di altri gruppi di paragone con un profilo analogo. I giovani sono sottoposti ad indagine al momento dell'entrata nel progetto, al momento dell'uscita e a scadenze di 12 e 24 mesi, sottoforma di misurazioni follow-up.
Budget	Nessuna indicazione
Internet	www.suchtundaids.bag.admin.ch/themen/sucht/praevention/

Bündnis gegen Depression

Descrizione	<p>Appurato che, se opportunamente aggiornati, i medici di famiglia possono contribuire a ridurre i suicidi (studio di Gotland [Rutz 1989]), la rete tedesca «Depression, Suizidalität» di Norimberga ha sviluppato un programma d'azione integrale per il riconoscimento precoce della depressione e per una migliore assistenza dei soggetti che ne soffrono. Il programma prevede corsi d'aggiornamento per medici di famiglia e mediatori (corpo insegnante, personale curante, polizia, persone che si occupano dell'assistenza spirituale, ecc.), attività di relazioni pubbliche e la creazione di gruppi di autoaiuto. A Norimberga, il programma si è rivelato un successo e ha permesso di ridurre in modo sostenibile il tasso di suicidio del 25 per cento.</p> <p>Nel luglio 2003, il programma è stato esteso per la prima volta alla Svizzera su iniziativa del Cantone di Zugo. La continuità e una possibile estensione del programma ad altre regioni svizzere è garantita dall'organizzazione sovregionale di autoaiuto Equilibrium. Un secondo progetto di estensione è stato avviato nel 2004 nel Cantone di Berna. Il progetto «Politica nazionale svizzera della sanità (1998 – 2003)», ha designato Equilibrium licenziataria del progetto, mentre l'Ufficio federale della sanità pubblica partecipa alla supervisione scientifica.</p>
Budget	Nessuna indicazione
Internet	www.zugerbuendnis.ch und www.kompetenznetz-depression.de

Tabella 8: Progetti locali o regionali di prevenzione del suicidio

(fonte: Inventario della prevenzione del suicidio in Svizzera; www.ipsilon.ch)

Stop Suicide, Ginevra

Descrizione:	<p>Questa associazione si prefigge di abbattere i tabù che avvolgono il suicidio e di svolgere un'efficace prevenzione tra i giovani.</p> <p>Tre sono le linee d'azione: lavoro di base, sensibilizzazione e azioni che perseguono un'efficace prevenzione dei suicidi tra i giovani. Per concretizzare il lavoro di base, Stop Suicide ha allestito un forum di discussione informale (internet), ha svolto azioni simboliche per promuovere i provvedimenti di prevenzione (marce silenziose) ed è intervenuta nelle scuole. Parallelamente, organizza improvvisazioni teatrali ed altre manifestazioni artistiche. Stop Suicide combatte i siti internet che propagano il suicidio. I membri del comitato e dell'associazione lavorano su base volontaria.</p>
Budget	Nessuna indicazione
Internet	www.stopsuicide.ch

Centre d'étude et de prévention du suicide, Ginevra (CEPS)

Descrizione	<p>Il «Centre d'étude et de prévention du suicide» si propone come primo interlocutore in tutte le situazioni che lasciano presupporre un rischio di suicidio.</p> <p>Le sue attività prevedono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - una linea telefonica d'emergenza, operativa 24/24 ore e 7 giorni su 7 (022 682 42 42) - attività di consulenza offerte dall'Unité de crise pour adolescents et jeunes adultes (UCA) dell'ospedale universitario di Ginevra - campagne di sensibilizzazione: «Fepalcon 500»: una pseudo-confezione di farmaci che riporta il numero telefonico d'emergenza e il cui foglietto illustrativo contiene altre importanti informazioni sul suicidio e sul tentato suicidio; <p>«No Suicide»: un fumetto con vignette sulle principali cause dei suicidi giovanili disegnate da 11 fumettisti famosi.</p>
Budget	Contributi per 500'000 franchi annui da parte della fondazione «Children Action»
Internet	www.hug-ge.ch/adolescents

Forum für Suizidprävention und Suizidforschung, Zürich (FSSZ)	
Descrizione	Fondato nel 2001, il Forum für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich (FSSZ) è un'associazione regionale interdisciplinare, che riunisce le esperienze di operatori specializzati e ricercatori, allo scopo di promuovere e perseguire insieme una prevenzione efficace del suicidio. Tra gli obiettivi principali dell'associazione si annoverano l'interazione tra ricerca e lavoro pratico, la prevenzione del suicidio giovanile, la promozione di progetti di ricerca e le relazioni pubbliche.
Budget	Nessuna indicazione
Internet	www.fssz.ch
Association CAPS, Onex (Coordination action prévention du suicide)	
Descrizione	L'associazione CAPS concentra le sue attività sull'entourage ristretto e ampliato dei soggetti suicidi e non direttamente sulle persone a rischio. I suoi obiettivi: <ul style="list-style-type: none"> - fornire prestazioni adeguate in termini di perfezionamento e aggiornamento, coaching e valutazione; - favorire lo scambio tra attori locali e regionali mediante una piattaforma informatica; - fornire informazioni sui progetti in corso, sulle pubblicazioni e sulle reti d'aiuto; - curare i contatti con i gruppi professionali attivi nella prevenzione del suicidio allo scopo di collaborare alla ricerca e all'elaborazione di un programma di formazione in suicidologia.
Budget	Nessuna indicazione
Internet	www.coordination-suicide.ch
Parspas, Valais	
Descrizione	Dal 2003, PARSPAS organizza mensilmente gruppi di discussione per familiari e amici di soggetti suicidi, dispone di un servizio di consulenza telefonica operativo 24/24 ore e propone corsi di formazione tenuti da professionisti sulla prevenzione e l'individuazione del rischio di suicidio.
Budget	Nessuna indicazione
Internet	www.parspas.ch (per il momento disponibile solo in francese)
ASICS (association suisse d'intervention de crise et de prévention du suicide), Losanna	
Descrizione	L'ASICS riunisce specialisti di svariati settori professionali. Organizza corsi di aggiornamento e pubblica materiale informativo.
Budget	Nessuna indicazione
Internet	Nessuna indicazione
Prévention Suicide Fribourg, Friburgo	
Descrizione	Nel 1996, la direzione cantonale della sanità ha incaricato un gruppo di lavoro di analizzare la problematica del suicidio nel Cantone di Friburgo. Nel 2003, grazie al sostegno finanziario della Loterie Romande, l'Associazione Prévention Suicide Fribourg, che era stata creata nel frattempo, ha potuto avviare le prime tappe del progetto. L'obiettivo primario del progetto di prevenzione consiste nel fornire assistenza e consulenza alle persone toccate da vicino e nel migliorare la collaborazione tra i professionisti attivi in questo ambito. L'obiettivo è perseguito da un lato mediante la sensibilizzazione e l'informazione di gruppi professionali specifici nell'ambito di giornate di formazione continua e, dall'altro, mediante l'approntamento e la divulgazione di linee direttive.
Budget	Nessuna indicazione
Internet	www.fr-preventionsuicide.ch
Centro di psichiatria, Sciaffusa	
Descrizione	Il centro di psichiatria di Sciaffusa opera in base ad un concetto di valutazione interdisciplinare della suicidalità, basato su moduli di valutazione e direttive di trattamento e assistenza differenziate, frutto dell'esperienza decennale della comunità di lavoro tedesca «Suizidalität und psychiatrisches Krankenhaus». Il centro dispone di una ricca documentazione interna e organizza regolarmente giornate di aggiornamento interno sul tema.
Budget	Nessuna indicazione
Internet	www.breitenau.ch

6 Necessità d'intervento

Le necessità d'intervento nel campo del suicidio e del tentato suicidio emerse alla luce dei capitoli 1-5, sono formulate nella tabella 9. La responsabilità e l'organizzazione dei provvedimenti concreti sono molto diverse. I provvedimenti previsti dalla Confederazione sono presentati nel capitolo 7.

Tabella 9: Necessità d'intervento

Monitoraggio e ricerca
<ul style="list-style-type: none">- Analisi regolari dei decessi da suicidio, per età, sesso, classe socioeconomica e nazionalità (migranti della prima, seconda o terza generazione), per consentire di riconoscere tempestivamente le tendenze sociodemografiche e socioculturali (per es. nel quadro del rapporto sulla salute dell'Osservatorio svizzero della salute, obsan)- Rilevazione continua dei tentati suicidi in Svizzera e partecipazione continua della Svizzera allo studio multicentrico dell'OMS/EURO per la rilevazione dei tentati suicidi- Rilevazione su scala nazionale delle intenzioni suicide in tutte le fasce d'età (in particolare tra gli adulti e gli anziani), nell'ambito degli strumenti già esistenti (per es. Indagine sulla salute in Svizzera)- Realizzazione di ricerche volte a chiarire l'interazione tra i fattori protettivi e fattori di rischio, e a valutare l'efficacia delle misure di prevenzione per pazienti e fasce della popolazione ad alto rischio (per es. giovani affetti da dipendenze, giovani disoccupati, persone anziane sole, detenuti, ecc.)
Valutazione e trasferimento del sapere
<ul style="list-style-type: none">- Migliore trasposizione pratica di conoscenze scientifiche sui provvedimenti di prevenzione del suicidio (prevenzione basata sull'evidenza)- Potenziamento degli sforzi atti a valutare l'efficacia e l'opportunità delle attività di prevenzione del suicidio esistenti, quale base per sviluppare ulteriormente i progetti in base all'evidenza- Istituzione mirata di un servizio nazionale di informazione, documentazione e comunicazione sul suicidio e il tentato suicidio
Coordinamento e garanzia della qualità
<ul style="list-style-type: none">- Maggiore coordinamento tra i progetti in corso e le azioni volte a prevenire il suicidio (in particolare tra i giovani) e rafforzamento generale della collaborazione tra le regioni, mediante la pianificazione e la realizzazione di progetti di portata sovraregionale e nazionale- Sviluppo di standard qualitativi generali per progetti di prevenzione del suicidio, servizi di consulenza e centri ambulatoriali o stazionari specializzati negli interventi di crisi
Relazioni pubbliche
<ul style="list-style-type: none">- Aggiornamento e diffusione di direttive per la copertura dei suicidi nei media- Sviluppo e attuazione di provvedimenti per migliorare l'informazione e il grado di conoscenze della popolazione sulle malattie psichiche e i suicidi o i tentati suicidi
Progetti di prevenzione del suicidio
<ul style="list-style-type: none">- Rilancio o promozione di corsi di formazione continua e di aggiornamento per personale medico specializzato e altri gruppi professionali coinvolti (per es. agenti di polizia, Spitex, servizi di consulenza, colonne di soccorso)- Estensione capillare del programma «Bündnis gegen Depression» per migliorare le informazioni e le conoscenze della popolazione, così come le cure e le condizioni di vita dei pazienti affetti da depressione- Sviluppo e attuazione di progetti di prevenzione del suicidio per soggetti ad alto rischio (per es. persone anziane e molto anziane, migranti, ecc.)

7 Conclusioni dal punto di vista della Confederazione

Importanza dei suicidi e dei tentati suicidi per la salute pubblica

L'importanza dei suicidi e dei tentati suicidi per la salute pubblica e il sistema sanitario in genere emerge dalle seguenti considerazioni:

- Nel 2000, in Svizzera sono morte più persone per suicidio (1378) che per incidenti della circolazione stradale (604), consumo di droga (205) e Aids (135) insieme. Dopo il calo dei decessi per incidenti stradali e Aids, oggi il suicidio è la principale causa di morte tra gli uomini dai 15 ai 44 anni.
- Il rischio di suicidio cresce con l'aumentare dell'età. Pertanto, con il progressivo invecchiamento demografico in atto, c'è da attendersi che nei prossimi decenni i suicidi di persone anziane e molto anziane aumentino sensibilmente.
- A ogni suicidio corrispondono 10-15 tentativi di suicidio. In altre parole, tra le 15'000 e le 25'000 persone tentano ogni anno di togliersi la vita. Tuttavia, soltanto 10'000 casi circa sono oggetto di trattamento medico, per cui la maggior parte delle persone che tentano di farla finita non ricevono la necessaria assistenza medica. Un tentato suicidio costituisce il principale fattore di rischio di un suicidio successivo.
- Il suicidio è una causa di morte almeno in parte evitabile. La Svizzera presenta tradizionalmente un elevato tasso di suicidio, e il potenziale di prevenzione è altrettanto importante. Le difficoltà nel riconoscere le persone a rischio e nell'intervenire tempestivamente rappresentano una grossa sfida per il sistema sanitario.

I suicidi e i tentati suicidi non sono un problema individuale, bensì un tema di salute pubblica e di conseguenza un compito dell'intera società.

Provvedimenti di prevenzione del suicidio in Svizzera

In Svizzera, i provvedimenti specifici di prevenzione del suicidio sono rari e proposti prevalentemente dai pochi centri regionali. L'offerta, destinata principalmente ai giovani e focalizzata sul trattamento (interventi di crisi) prima e/o dopo un tentato suicidio, è in gran parte frutto dell'iniziativa privata. Mancano per esempio le misure di prevenzione destinate agli anziani, mentre i progetti di prevenzione esistenti non sono sufficientemente coordinati.

Nel dicembre 2003, le associazioni e le istituzioni sanitarie, le cerchie ecclesiastiche, le associazioni professionali e di assistenza hanno fondato l'associazione IPSILON¹⁹, un'iniziativa (privata) per la prevenzione del suicidio in Svizzera. La funzione principale dell'associazione consiste nell'assistere i suoi membri dal profilo tecnico, morale e politico. IPSILON è attiva a livello nazionale e funge da interlocutrice con le autorità federali e cantonali.

Suicidi e tentati suicidi sono spesso correlati con disturbi psichici e crisi psicosociali, per cui è indispensabile coordinare i provvedimenti preventivi attuali e futuri con i lavori della strategia nazionale per la protezione, la promozione, il mantenimento e il ristabilimento della salute psichica della popolazione in Svizzera. In tal modo è possibile garantire il coordinamento e la cooperazione, rafforzare gli scambi tra Cantoni e privati e migliorare l'attività di valutazione, creando a lungo termine un'offerta capillare di provvedimenti preventivi per tutte le fasce d'età e sociali. Vista la complessità della problematica, appare tuttavia opportuno elaborare parallelamente un progetto nazionale di prevenzione del suicidio, che dovrebbe fungere da base comune per tutte le organizzazioni e istituzioni impegnate in questo settore.

¹⁹ Membri fondatori: Caritas Svizzera, Fondation Children Action, Federazione degli psicologi e delle psicologhe svizzere (FSP), Hôpitaux Universitaires de Genève (CEPS), Pro Mente Sana, Società Svizzera di Psichiatria infantile e dell'adolescenza - Psicoterapia (SGKJPP), Schweizerische Gesellschaft für Krisenintervention und Suizidprophylaxe (SGKS), Società svizzera di psichiatria e psicoterapia (SSP), Federazione delle Chiese protestanti della Svizzera (FCPS), Croce rossa svizzera (CRS), Associazione telefono amico, Associazione svizzera degli psicoterapeuti (ASP), Federazione dei medici svizzeri (FMH), Associazione Equilibrium, Associazione Refugium, Associazione.

Provvedimenti futuri della Confederazione nella prevenzione del suicidio

In virtù del diritto vigente, lo spazio di manovra della Confederazione nella prevenzione del suicidio è molto limitato. Tuttavia, con decisione del 25 maggio 2005, il Consiglio federale ha incaricato il DFI (Ufficio federale della sanità pubblica) di verificare, in collaborazione con i competenti servizi federali, i Cantoni e le istituzioni private, la possibilità di:

- integrare la tematica del suicidio e del tentato suicidio nei rapporti federali e cantonali sulla salute;
- completare gli strumenti di monitoraggio esistenti nel settore sanitario (per es. indagine sulla salute in Svizzera, monitoraggio della salute della popolazione migrante) con domande sui tentati suicidi e sui pensieri suicidi;
- integrare la tematica del suicidio e del tentato suicidio nei programmi federali di promovimento della salute e di prevenzione delle dipendenze nelle scuole e negli istituti di formazione (per es. *bildung+gesundheit* Netzwerk Schweiz, supra-f) e nei previsti progetti su «anzianità e salute»;
- integrare la tematica del suicidio, del tentato suicidio e del comportamento suicida nella formazione, nel perfezionamento e nell'aggiornamento del personale medico (progetto LPMed) e nel perfezionamento degli psicologi (avamprogetto LPsi);
- promuovere l'elaborazione di provvedimenti di garanzia della qualità nell'ambito degli interventi in caso di crisi (incluse le diagnosi e le terapie dei disturbi psichici);
- elaborare una proposta di programma nazionale di ricerca (PNR) sul tema della salute psichica e della suicidalità.

Parallelamente, occorre istituzionalizzare adeguatamente la collaborazione e gli scambi della Confederazione e dei Cantoni con IPSILON. Inoltre, nell'ambito di ulteriori accertamenti preliminari da parte del DFI (UFSP) in vista di un nuovo disciplinamento in materia di prevenzione, dovrà essere esaminata la possibilità e la necessità di creare una base legale a livello federale nel settore della prevenzione dei disturbi psichici.

8 Bibliografia

- Ajdacic-Gross 1999:* Ajdacic-Gross V: Suizid, sozialer Wandel und die Gegenwart der Zukunft. Bern, Peter Lang, 1999.
- Beautrais 2000:* Beautrais AL: Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. A report prepared for the National Health and Medical Research Council 1998. National Health and Medical Research Council, Canberra, 2000.
- Bosshard 2003:* Bosshard G, Ulrich E, Bär W: 748 cases of suicide assisted by a Swiss right-to-die organisation. Swiss Medical Weekly 2003; 133: 310-317.
- Bronisch 1999:* Bronisch T: Der Suizid. Ursachen, Warnsignale, Prävention. München, C.H. Beck, 1999.
- Caplan 1964:* Caplan G: Principles of preventive psychiatry. New York, London, Basic Books, 1964.
- Clayton 1999:* Clayton D, Barcelo A: The cost of suicide mortality in New Brunswick, 1996. Chronic Disease in Canada 1999; 20: 89-95.
- Cullberg 1978:* Cullberg J: Krisen und Krisentherapie. Psychiatrische Praxis 1978: 25-30.
- Faisst 2003:* 27. Faisst K, Fischer S, Zellweger U, Bosshard G, Bär W, Gutzwiller F: Medizinische Entscheidungen am Lebensende in sechs europäischen Ländern: Erste Ergebnisse. EU-Projekt «Medical End-of-Life Decisions: Attitudes and Practices in 6 European Countries». Schweizerische Ärztezeitung 2003; 84: 1676-1678.
- Fatke 2003:* Fatke R: Suizid im Jugendalter: Jugendliche brauchen Achtung und Unterstützung. SuchtMagazin 2003; 29: 3-8.
- Fiedler 2001:* Fiedler G, Lindner R: Suizidforen im Internet. Internetdokument: www.suizidprophylaxe.de/Tagungen/suizidforen.pdf
- Fiedler 2003:* Fiedler G: Suizide, Suizidversuche und Suizidalität in Deutschland. Daten und Fakten. Internetdokument: www.uke.uni-hamburg.de/Clinics/Psych/TZS/online-text/daten-fakten-rev_2-2.pdf
- FMH/BAG 1992:* Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte, Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.): Krise und Suizid. Seminar für Ärzte. Basisdokument. Bern, 1992.
- Frei 2001:* Frei A, Schenker TA, Finzen A, Krauchi K, Dittmann V, Hoffmann-Richter U: Assisted suicide as conducted by a Right-to-Die-society in Switzerland: a descriptive analysis of 43 consecutive cases. Swiss Medical Weekly 2001; 131: 375-380.
- Goldsmith 2002:* Goldsmith S et al. (Hrsg.): Reducing suicide: a national imperative. Institute of Medicine, Washington, 2002.
- Hoffmann-Richter 2002:* Hoffmann-Richter U et al.: Suizid nach stationärer psychiatrischer Behandlung. Psychiatrische Praxis 2002; 29: 22-24.
- Jeanneret 1982:* Ladame F, Jeanneret O: Suicide in adolescents: some comments on epidemiology and Prevention. Journal of Adolescence 1982; 5: 355-366.
- Levi 2003:* Levi F, La Vecchia C, Saraceno B: Global suicide rates. European Journal of Public Health 2003; 13: 97-98.
- MHE 2003:* Draft of the Guidelines for Country-based Programmes of Suicide Prevention. Mental Health Europe, 2003.
- Michel 1986:* Michel K: Suizide und Suizidversuche: Könnte der Arzt mehr tun? Schweizerische medizinische Wochenschrift 1986; 116: 770-774.
- Michel 1991:* Michel K, Knecht C, Kohler I, Sturzenegger M: Suizidversuche in der Agglomeration Bern. Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1991; 121: 1133-1139.
- Michel 1994:* Michel K, Waeber V,: Attempted suicide in Bern, 1989-1991. In: Kerkhof AJFM, Schmidtke A, Bille-Brahe U et al. (Hrsg.): Attempted suicide in Europe. Leiden, DSWO Press, 1994: 73-86.

Michel 2000: Michel K, Ballinari P, Bille-Brahe U et al.: Methods used for parasuicide: results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2000; 35:156-163.

Murphy 1975: Murphy GE: The physician's responsibility for suicide. II. Errors of omission. *Annals of Internal Medicine* 1975; 82: 305-309.

Murphy 2000: Murphy G: Psychiatric aspects of suicidal behaviour: Substance abuse. In: Haston K, van Heeringen K (Hrsg.): *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester, John Wiley and Sons, 2000: 135-146.

Narring 2003: Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L et al.: Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse (2002). *SMASH 2002: Swiss multicenter adolescent study on health 2002*. Lausanne, Bern, Bellinzona, 2003.

NGP 2004: Psychische Gesundheit. Entwurf der Nationalen Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz, Nationale Gesundheitspolitik Schweiz. Bern, 2004.

Nylev Stenager 2000: Nylev Stenager E, Stenager E: Physical Illness and Suicidal Behaviour. In: Haston K, van Heeringen K (Hrsg.): *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester, John Wiley and Sons, 2000: 405-420.

Rey Gex 1998: Rey Gex C, Narring F, Ferron C, Michaud PA: Suicide attempts among adolescents in Switzerland: prevalence, associated factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1998; 98: 28-33.

Richardson 2002: Richardson GE, Waite PJ: Mental Health Promotion through Resilience and Resiliency Education. *International Journal of Emergency Mental health* 2002; 4: 65-75.

Runeson 1994: Runeson B, Wasserman D: Management of suicide attempters: what are the routines and the costs? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994; 90: 222-228.

Rutz 1989: Rutz W, von Knorring L, Walinder J: Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1989, 80: 151-154.

Sakinofsky 2000: Sakinofsky I: Repetition of suicidal behaviour. In: Haston K, van Heeringen K (Hrsg.): *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester, John Wiley and Sons, 2000: 385-404.

SAMW 1995: Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Basel, 1995. Einsehbar unter: www.samw.ch/content/Richtlinien/d_Sterbehilfe.pdf

SAMW 2004: Betreuung von Patienten am Lebensende. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW. 1. Publikation zur Vernehmlassung. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Basel, 2004. Einsehbar unter: www.samw.ch/content/Richtlinien/d_RL_Sterbehilfe.pdf

Schmidtke 1994: 67. Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D et al.: Rates and trends of attempted suicide in Europe, 1989-1992. In: Kerkhof AJFM, Schmidtke A, Bille-Brahe U et al. (Hrsg.): *Attempted suicide in Europe*. Leiden, DSWO Press, 1994: 209-230.

Schopper 2000: Schopper D, Pereira J, Torres A et al. Estimating the burden of disease in one Swiss canton: what do disability adjusted life years (DALY) tell us? *International Journal of Epidemiology* 2000; 29: 871-877.

SGPG 2002: Gesundheitsziele für die Schweiz. Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert (WHO Europa), Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen, Bern, 2002.

Sonneck 1994: Sonneck G, Etzersdorfer E, Nagel-Kuess S: Imitative suicide on the Viennese subway. *Social Science and Medicine* 1994; 38: 453-457.

Tschannen 2004: Tschannen P, Buchli M: Verfassungs- und Gesetzesgrundlagen des Bundes im Bereich der Suizidprävention. Rechtsgutachten zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit. Bern, 2004.

- UN 1996:* Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies. United Nations/World Health Organization, Geneva, 1996.
- WHO 1986:* Working Group on Prevention Practices in Suicide and Attempted Suicide. York, 22-26th September 1986.
- WHO 1999:* Bille-Brahe U (Hrsg.): WHO/Euro Multicentre study on parasuicide. Facts and figures. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 1999.
- WHO 1999a:* Gesundheit 21. Das Rahmenkonzept «Gesundheit für alle» für die Europäische Region der WHO. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 1999.
- WHO 2002:* Krug EG et al. (Hrsg.): World report on violence and health. World Health Organization, Genf, 2002.
- WHO 2002a:* Suicide Prevention in Europe. The WHO European monitoring survey on national suicide prevention programmes and strategies. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2002 (EUR/02/5034834).
- WHO 2004:* For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2004.
- WHO 2004a:* Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report. World Health Organization, Genf, 2004.
- Weiss 1993:* Weiss W, Billo N, Binder J et al.: La santé en Suisse. Lausanne, Payot, 1993.
- Ziegler 2002:* Ziegler W, Hegerl U: Der Werther-Effekt. Bedeutung, Mechanismen, Konsequenzen. Der Nervenarzt 2002; 73: 41-49.