

# IL SUICIDIO

Eziopatologia,  
valutazione del rischio  
e prevenzione

STEFANO CALLIPO



***Strumenti per il lavoro  
psico-sociale ed educativo***

**FrancoAngeli**



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

# IL SUICIDIO

Eziopatologia,  
valutazione del rischio  
e prevenzione

STEFANO CALLIPO

*Strumenti per il lavoro  
psico-sociale ed educativo*

**FrancoAngeli**

*Grafica della copertina: Alessandro Petrini*

Copyright © 2020 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it).*

Dedicato a tutte le persone che  
dal dolore più profondo  
hanno riscoperto la luce della vita.



# Indice

## **Prefazione**

di Domenico Chindemi pag. 9

<b>1. Multifattorialità, aspetti eziopatogenetici ed epidemiologici del suicidio e del tentato suicidio</b>	»	13
I tentativi di suicidio	»	21
Pregiudizi e falsi miti nel suicidio e nel tentato suicidio	»	22
<b>2. Fattori di rischio predisponenti e precipitanti ed effetto Werther</b>	»	27
Fattori predisponenti	»	28
Fattori precipitanti	»	34
L'effetto Werther	»	35
<b>3. Il fenomeno del Blue Whale</b>	»	39
<b>4. Dinamiche adulte, adolescenziali e i segnali di allarme</b>	»	51
L'ideazione suicidaria	»	55
L'impulsività suicidaria	»	56
Il tentato suicidio	»	56
Adulti e adolescenti suicidari	»	58
Differenze di genere nelle condotte suicidarie	»	59
I segnali di allarme	»	59

<b>5. Gli altri significativi</b>	»	63
L'autopsia psicologica e gli altri significativi	»	69
<b>6. Valutazione del rischio suicidario e assessment</b>	»	75
<i>Suicide assessment scale</i> (SAS)	»	80
<i>Scale for suicide ideation</i> (SSI)	»	83
<i>Intent score scale</i> (ISS)	»	85
Protocollo di valutazione del rischio suicidario	»	87
<b>7. La prevenzione del rischio suicidario</b>	»	91
Prevenzione primaria	»	91
Prevenzione secondaria	»	93
Prevenzione terziaria	»	94
La prevenzione in famiglia	»	101
<b>Conclusioni</b>	»	105
<b>Bibliografia</b>	»	109

# Prefazione

di Domenico Chindemi\*

Il manuale di Stefano Callipo costituisce un prezioso e indispensabile supporto per gli studenti e i professionisti del settore per comprendere e indagare eventuali ideazioni suicidarie ed evitare che l'ideazione possa trasformarsi in azione; costituisce un concreto aiuto anche per gli stessi soggetti a rischio suicidario, come anche per i loro familiari, parenti, amici, colleghi di lavoro, compagni di scuola o insegnanti per aiutarli a riconoscere i segnali o le richieste di aiuto e riuscire a prevenire il suicidio. Si rivolge anche alle ASL e alle strutture sanitarie che, nell'ambito della loro organizzazione, devono prevedere adeguati strumenti per svolgere un'azione preventiva del rischio suicidario.

Tutti noi attraversiamo, nelle varie fasi della vita, momenti di delusione, di tristezza, di dolore per le cause più disparate (problemi di lavoro, sentimentali, morte delle persone care ecc.), attraversiamo momenti di noia esistenziale, di sconforto (come quello giovanile). Quando si arriva a percepire tutto nero... ci rendiamo conto che la vita deve proseguire e ricominciamo le nostre battaglie quotidiane con risorse che a volte non sappiamo di avere.

Il manuale consente di capire e aiutare chi, invece, persiste in tale atteggiamento di negazione della vita, offrendo al lettore, ma anche agli operatori del settore, le controindicazioni per fronteggiare la lacerazione dell'anima che porta sulla strada del non ritorno.

\* Presidente di sez. della Corte Suprema di Cassazione, esperto del danno alla persona e del diritto sanitario, docente Università Bocconi di Milano.

Generalmente, i manuali insegnano a “fare”; questo libro vuole, invece, insegnare a capire e a “non fare” o a “non far fare” il gesto estremo, valorizzando la prevenzione, individuando i fattori predisponenti e i fattori precipitanti, illustrando la multifattorialità dell’evento, sovente caratterizzato da più cause (legate ad esempio al mondo del lavoro, familiare, scolastico) di cui l’ultima può costituire quella determinante, ma non esclusiva.

“Chi vuole suicidarsi non cerca la morte ma la fuga dalla vita” e l’opera offre le indicazioni per evitare tale “fuga” in uno “sguardo multifocale” del fenomeno suicidario consentendo di individuare i segnali di allarme, i comportamenti rivelatori di un’idea suicidaria che sovente non vengono percepiti o a cui non si presta particolare attenzione, sottovalutandoli.

Il manuale porta a “capire cosa accade nella mente del protagonista del gesto suicidario” e cosa lo spinge a compiere tale gesto, anche con riferimento alle donne vittime di stupro, segnalando al lettore i comportamenti potenzialmente a rischio, le differenze di genere, ovvero le differenti tecniche adoperate dagli uomini e dalle donne, e anche le diverse stagioni o i giorni della settimana in cui il fenomeno ha maggiori possibilità di verificarsi.

Poiché in un numero rilevanti di casi il pensiero suicidario può sorgere, rafforzarsi o essere rilevato in ambito ospedaliero, il manuale indica anche i profili organizzativi che tutte le strutture sanitarie dovrebbero adottare per prevenire il rischio suicidario dei pazienti, sia affetti da gravi patologie che fragili psicologicamente, in una dimensione ampia della tutela della salute, offrendo quale spunto le raccomandazioni per la prevenzione delle condotte suicidarie in ospedale adottate dalla regione Emilia Romagna, con l’obiettivo di fornire indicazioni al personale ospedaliero per identificare i pazienti a rischio di comportamento suicidario e per adottare strategie orientate alla prevenzione dei suicidi e dei tentativi di suicidi, nelle quali sono illustrati strumenti operativi, quali il colloquio con il paziente, l’attribuzione del rischio suicidario e la pianificazione clinico-assistenziale.

Il manuale è anche utile ai familiari e agli amici stretti delle vittime,

offrendo i supporti psicologici utili per superare il dolore per il suicidio della persona cara.

Utili anche i casi pratici che consentono di comprendere il passaggio dalle enunciazioni astratte ai casi concreti.

Il manuale è dedicato al rischio suicidario ma il suo scopo è un inno alla vita, degna di essere vissuta sempre.



## **1. Multifattorialità, aspetti eziopatogenetici ed epidemiologici del suicidio e del tentato suicidio**

La condotta suicidaria è un fenomeno frequentemente nascosto, poco conosciuto e spesso intimistico. Per tale motivo oggi non si ha una reale percezione dei suoi confini.

Quando leggiamo sui giornali fatti di cronaca di persone che si sono suicidate per un licenziamento, nel caso di un adulto, oppure per un brutto voto a scuola, nel caso di un adolescente, o perché la propria fidanzata ha posto fine alla relazione, tendiamo a ritenere che le cause che hanno determinato il suicidio siano unicamente queste. E spesso il sommario giudizio che ne consegue è pensare che il protagonista del gesto suicidario fosse un “malato di mente”.

In realtà, il licenziamento, prendendo uno degli esempi citati, può essere soltanto l’evento precipitante di una situazione già strutturata nel tempo, dove un semplice evento è sufficiente a elicitare il gesto suicidario.

Il fenomeno suicidario è quindi un fenomeno complesso, che affonda le sue radici in più contesti (psicologici, psichiatrici, culturali, sociali, biologici, genetici) e per questo motivo può essere definito “multifattoriale” e “multidimensionale”.

Ma quali sono le reali proporzioni di tale fenomeno? Definire i confini effettivi di tutto ciò risulta ancora oggi difficile, tuttavia gli studi epidemiologici stanno proseguendo il loro lavoro e, pertanto, è importante definire di cosa si tratta.

L’epidemiologia è lo studio delle malattie tra le popolazioni. In tal

senso, in generale, le ricerche epidemiologiche indagano sulle molteplici popolazioni con l'obiettivo di fornire dati utili a determinare quali gruppi siano più inclini – cioè avrebbero più rischi – a sviluppare una specifica malattia.

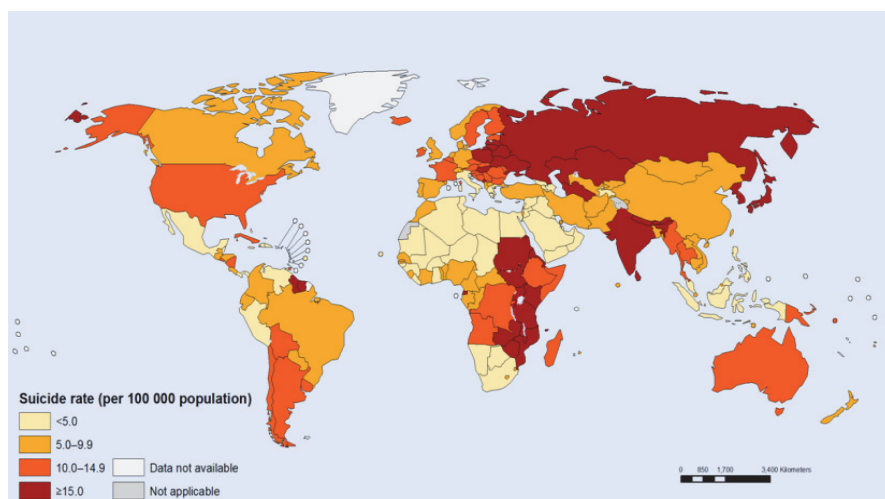
Riguardo la morte per suicidio, gli epidemiologi sovente utilizzano i dati forniti dai certificati di morte al fine di analizzare le variazioni nei tassi di suicidio all'interno delle popolazioni e tra di esse, con l'obiettivo principale di tentare di individuare, identificare e caratterizzare l'entità del problema, determinando i tassi d'incidenza, le tendenze e persino i gruppi ad alto rischio.

Oggi il suicidio assume proporzioni enormi, costituendo una delle principali cause di morte.

Secondo le stime del 2018 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità<sup>1</sup>, ogni anno nel mondo si suicidano circa 800.000 persone, una persona ogni 40 secondi; in Italia circa 4.000 individui.

I tentativi di suicidio, invece, sono difficilmente censibili, tranne nei casi dei ricoveri ospedalieri o casi conclamati (vedi figura 1).

**Figura 1.** Tassi di suicidalità standardizzati per età (per 100.000 abitanti), uomini e donne (2012)



Fonte: OMS, 2014

<sup>1</sup> Organizzazione mondiale della Sanità (2018), testo disponibile al sito [www.who.int](http://www.who.int).

Il suicidio, in Italia, rappresenta la seconda causa di morte più frequente tra gli uomini tra i 15 e i 29 anni, con un numero di vittime simile a quello causato dai tumori (13% del totale) e inferiore solo a quello causato dagli incidenti stradali (35% del totale); per le donne della stessa età, invece, la mortalità per suicidio si colloca al terzo posto nella graduatoria delle cause di decesso, con una proporzione analoga a quella delle malattie cardiovascolari (8% del totale) e preceduta soltanto dai decessi per tumori (26%) e per incidenti stradali (24%).

Mentre il 79% dei suicidi mondiali si verifica nei Paesi a basso e medio reddito, nelle Nazioni ad alto reddito si registra il tasso per abitanti più alto (11,5 per 100.000). Questo sta a significare come nelle società ad alto reddito è presente una maggiore concentrazione per tasso di abitanti, dovuto a un insieme di fattori, non ultimo quello culturale. Inoltre, nei Paesi ad alto reddito, gli uomini muoiono per suicidio quasi tre volte di più che le donne, contrariamente ai Paesi a basso e medio reddito, dove il tasso è più simile. Questi dati sono stati pubblicati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2019<sup>2</sup>.

In Italia, secondo i dati Istat elaborati dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il tasso standardizzato di mortalità per suicidio nel 2016 è stato pari a 7,1 per 100.000 abitanti: nello specifico si tratta di 11,9 tra gli uomini e di 2,9 tra le donne.

Si ritiene, tuttavia, che gli indici ufficiali del suicidio tendano a sottostimare gli indici effettivi, a causa della difficoltà di svolgere un esatto censimento; basti pensare, per esempio, ai “suicidi taciuti” in alcune realtà chiuse.

Si rileva un aumento statistico da parte degli adolescenti, le cui condotte suicidarie nel corso degli ultimi anni hanno generato un grande interesse tra gli esperti della salute pubblica e della salute mentale e la gente in generale. Secondo i dati dell'OMS si ritiene, infatti, che nel mondo circa 100.000 (su circa 880.000) suicidi riguardino soggetti in età adolescenziale.

Un settore dove il suicidio miete sempre più vittime in modo subdolo e diacronico è quello legato al mondo del lavoro e dell'impresa,

<sup>2</sup> Organizzazione Mondiale della Sanità (2019), testo disponibile al sito [www.who.int](http://www.who.int).

come da me evidenziato al Congresso Nazionale di Sanimpresa: si tratta di un vero e proprio grido di allarme sociale.

Un altro grido di allarme, recentissimo, giunge dal Link Campus University, il cui comunicato stampa lascia pochi dubbi al riguardo, confermando un'epidemiologia inquietante.

- Semestre nero per i suicidi da crisi economica: 121 i casi. I dati dei primi sei mesi 2015.
- 121 le vittime nei primi 6 mesi 2015.
- 560 i suicidi per motivazioni economiche dal 2012 a oggi, 320 i tentati suicidi.
- Crescono i casi tra imprenditori e occupati in difficoltà. Si abbassa l'età delle vittime.
- Nord-Est e Mezzogiorno i più colpiti. Tra Veneto e Campania 4 casi su 10.
- Venezia, Padova, Napoli, Salerno e Milano le province con più vittime.
- Tentati suicidi in crescita del 48% (vedi tabella 1).

**Tabella 1.** Suicidi per crisi economica, per classe di età (anni 2012-2015; valori percentuali)

Classe d'età	Suicidi per crisi economica			
	2012	2013	2014	2015
Under 25	0,0	0,7	2,5	2,1
25-34 anni	6,7	6,7	4,0	9,1
35-44 anni	13,5	22,1	21,4	25,4
45-54 anni	44,9	32,2	36,3	28,0
55-64 anni	24,7	30,2	23,9	22,2
65 anni e oltre	10,1	5,4	9,0	10,6
Non pervenuta	0,1	2,7	2,9	2,6
Totale	100	100	100	100

Fonte: Link Lab, Laboratorio di ricerca socio-economica dell'Università degli Studi Link Campus University

(Roma, 23 luglio 2015). Nei primi sei mesi del 2015 sono già 121 le persone che si sono tolte la vita per motivazioni economiche. Il dato, rileva la Link Campus University di Roma, è il più tragico dal 2012, anno in cui l'Università ha istituito l'Osservatorio Suicidi per crisi economica (vedi tabella 2).

**Tabella 2.** Suicidi per crisi economica, per sesso e per semestre (anni 2012-2015; valori assoluti e percentuali)

Suicidi per crisi economica												
	2012			2013			2014			2015		
	I sem.	II sem.	Tot.	I sem.	II sem.	Tot.	I sem.	II sem.	Tot.	I sem.	II sem.	Tot.
Maschi	63	23	86	72	72	144	108	78	187	111	64	175
Femmine	1	2	3	4	1	5	7	7	14	10	4	14
Tot.	64	25	<b>89</b>	76	73	<b>149</b>	115	86	<b>201</b>	121	68	<b>189</b>
Tot. 2012-2015	<b>628</b>											
Diff. % 2015-2012	+112,4%											

Fonte: Link Lab, Laboratorio di ricerca socio-economica dell'Università degli Studi Link Campus University

L'aggiornamento semestrale che emerge dal rapporto è allarmante:

- quasi il doppio dei suicidi, rispetto a 3 anni fa;
- escalation delle tragedie soprattutto nel Mezzogiorno e nel Nord-Est;
- aumento dei casi tra gli imprenditori;
- abbassamento dell'età media;
- crescita dei tentati suicidi di quasi il 50% rispetto allo stesso periodo 2014 (vedi tabella 3).

Secondo gli studi della Link Campus University salgono così complessivamente a 560 i suicidi (e 320 i tentati suicidi) registrati in Italia per motivazioni economiche dall'inizio del 2012 a giugno del 2015.

**Tabella 3.** Suicidi per crisi economica per regione (anni 2012-2015; valori percentuali)

Regione	2012-2015	Regione	2012-2015
Veneto	18,6	Marche	4,5
Campania	12,6	Abruzzo	4,3
Lombardia	9,4	Sardegna	3,2
Sicilia	6,8	Calabria	2,5
Lazio	6,4	Umbria	2,2
Emilia Romagna	6,1	Friuli Venezia Giulia	2,1
Toscana	5,4	Basilicata	0,5
Piemonte	5,1	Valle d'Aosta	0,3
Liguria	4,9	Molise	0,2
Puglia	4,8	Non pervenuta	0,1
<b>Totale</b>			<b>100,0</b>

Fonte: Link Lab, Laboratorio di ricerca socio-economica dell'Università degli Studi Link Campus University

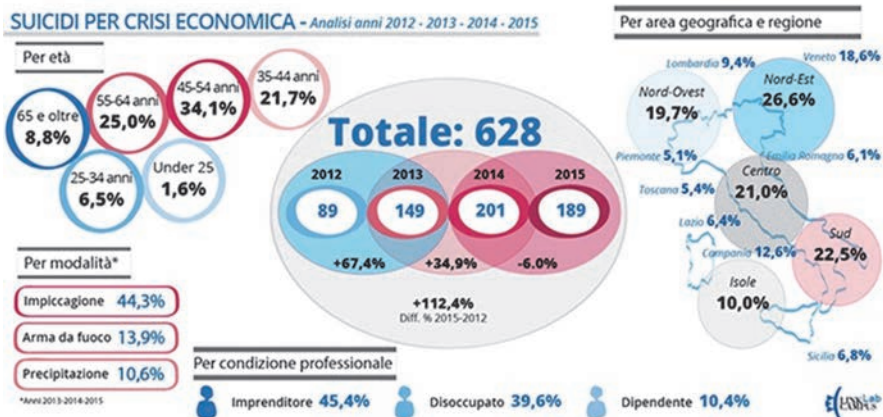
Un aspetto importante di questo fenomeno, a livello squisitamente interpretativo, riguarda tre importanti fattori: il *come*, il *dove* e il *quando* del suicidio adulto e adolescenziale.

Tali variabili possono dirci molto circa l'aspetto motivazionale e l'intenzione del soggetto che ha attuato il comportamento suicidario.

Per fare un esempio, nel comprendere una mente suicida, una persona che dopo un'accesa discussione intra-familiare decide di assumere una grande quantità di farmaci per farla finita va posta su un piano diverso da chi decide di pianificare una fuga notturna e andare in un parco, nascosto da un albero, e spararsi alla testa oppure realizzare l'intento suicida attendendo che i propri familiari siano partiti per lanciarsi dal balcone.

Questi due esempi, tra tanti, evidenziano due diversi livelli motivazionali del comportamento, l'*intento suicida* e la *letalità del metodo scelto*, che collocano i protagonisti degli esempi citati a margini decisamente opposti di un lungo *continuum* di un comportamento suicidario.

**Figura 2.** Suicidi per crisi economica (anni 2012-2015)



## Come, dove e quando

### Come

Questo aspetto è tra i più importanti nell'ambito dell'indagine suicidologica.

Come vedremo nei capitoli successivi, la scelta del metodo ci dice molto poiché altamente correlato con l'intenzionalità suicidaria, cioè più è letale il metodo e più è alta l'intenzionalità suicidaria. Tale dinamica è più vera nell'ambito della pianificazione suicidaria rispetto all'atto impulsivo.

Per fare un esempio, spararsi alla testa oppure impiccarsi sono due metodi che esprimono un'intenzionalità suicidaria più alta rispetto all'ingestione di un'overdose di farmaci piuttosto che all'avvelenamento con il monossido di carbonio (presente nel gas di scarico delle auto, per intenderci) o il tagliarsi ai polsi.

### Dove

I dati non sono molti, tuttavia quelli disponibili ci dicono che gran parte dei suicidi sembra avvenga tra le mura di casa, luogo privilegiato per