

IL FENOMENO DEL SUICIDIO: EPIDEMIOLOGIA E DEFINIZIONI

Antonella Rainone*, Katia Tenore*, Alice Bertuzzi°, Sabrina Cantarano°, Maria Luisa Carenti°, Lorenzo Cruciani°, Angela De Angelis°, Giuseppina Fabene°, Claudia Govetto°, Edoardo Gregni°, Federica Liso°, Laura Pietracchi°, Paola Sabatini°, Marta Sisto°, Alessandra Spennato°, Donatella Tommasi°

*Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC)

°Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo Comportamentale
dell'Associazione di Psicologia Cognitiva (APC)

Corrispondenza

Antonella Rainone
rainone@apc.it

Riassunto

Nel considerare i vari aspetti legati al fenomeno suicidario, per la comunità scientifica il compito di fornire una definizione univoca del problema si è, nel corso del tempo, sempre più complicato. Infatti quello che emerge da una generale analisi della letteratura, è che i lavori degli Autori, che più si sono dedicati al tema del suicidio (O'Carroll 1996; Silverman 2006, 2007; De Leo 2004, 2006), non si concludono con un'unica definizione dello stesso e degli aspetti ad esso correlati bensì portano a nomenclature spesso discordanti tra loro a volte poco chiare.

Come segnalato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, c'è una continua evoluzione dei termini utilizzati per indicare i diversi fenomeni legati al suicidio (OMS 2014); anche per quanto riguarda gli studi sull'epidemiologia dell'ideazione suicidaria e dei tentativi di suicidio, viene sottolineato come i dati presenti in letteratura siano spesso disomogenei, a causa delle diverse definizioni attribuite ai comportamenti suicidari e agli intervalli di tempo considerati nei vari studi di ricerca (Meneghel et al. 2004).

Il presente lavoro si propone di effettuare una revisione delle principali definizioni riportate in letteratura in riferimento al fenomeno suicidario, con lo scopo di proporre definizioni che possano essere il più possibile precise ed univoche. Si ritiene infatti che una nomenclatura più chiara e concorde possa favorire i clinici in termini di un miglior assessment e conseguentemente, per quanto possibile, condurre ad una miglior prevenzione del suicidio.

Parole chiave: suicidio, fenomeni suicidari, epidemiologia, nomenclatura

THE PHENOMENON OF SUICIDE: EPIDEMIOLOGY AND DEFINITIONS

Abstract

When the different aspects of suicidal phenomenon are considered, the aim of the Scientific Community

to reach an univocal definition of the topic is become more difficult. In fact, from a general analysis of the literature, it emerges that the studies of the Authors (O'Carroll 1996; Silverman 2006, 2007; De Leo 2004, 2006), who try to go deep in the suicide topic, don't show a common definition of suicide and his aspects and lead to discordant and unclear nomenclatures

As stated from World Health Organization (OMS) there is an on-going evolution of the terminology, used to describe suicide related phenomena (OMS 2014), also considering epidemiological studies of suicidal ideation and suicide attempts it is underlined that literature data are often uneven, because of the different definitions of suicidal behaviors and to the temporal range considered (Meneghel et al. 2004).

The present work has the aim to review the main definition of suicidal phenomenon in literature, with the goal to propose more accurate and univocal definitions. We think that a more clear and unanimous nomenclature may help clinicians in the assessment and consequently in suicide prevention.

Key words: suicide, suicide related phenomena, epidemiology, nomenclature

Epidemiologia

Suicidio nel mondo

Il rapporto pubblicato dall'OMS relativo all'anno 2012 ha evidenziato, sulla base delle statistiche relative ai tassi di suicidio nel mondo, come il suicidio globale costituisca uno dei più gravi problemi di salute pubblica, rappresentando la quindicesima principale causa di morte a livello globale e la seconda principale causa di decesso nella popolazione di età compresa tra i 15 e i 29 anni.

Il suicidio impatta sulla parte più vulnerabile della popolazione mondiale, è altamente prevalente in gruppi sociali emarginati e discriminati e nei Paesi a basso e medio reddito in cui risorse e servizi, se presenti, sono spesso scarsi e limitati.

Nel 2012 sono stati stimati 804.000 morti per suicidio, un tasso di suicidio annuo globale standardizzato per età di 11,4 su 100.000 abitanti (15 per i maschi e 8 per le femmine). Tuttavia, essendo un fenomeno assai delicato e considerato illegale in alcuni paesi, è molto probabile che sia sottostimato e che molti decessi possano essere erroneamente classificati come dovuti a un'altra causa di morte.

Nei Paesi più ricchi il numero di morti per suicidio nella popolazione maschile è tre volte superiore a quella femminile, mentre nei Paesi a basso e medio reddito il divario è minore (1,5 uomini suicidi per ogni donna). A livello globale, i suicidi rappresentano il 50% di decessi violenti negli uomini e il 71% nelle donne. In relazione all'età, i tassi di suicidio sono più elevati dopo i 70 anni sia per gli uomini sia per le donne in quasi tutte le regioni del mondo (OMS 2014).

L'analisi dei dati sui suicidi relativi ai principali Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economici (OCSE) – Australia, Austria, Belgio, Canada, Cile, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Giappone, Gran Bretagna, Grecia, Irlanda, Islanda, Israele, Italia, Lussemburgo, Messico, Norvegia, Nuova Zelanda, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Repubblica Ceca, Repubblica di Corea, Repubblica Slovacca, Slovenia, Spagna, Stati Uniti, Svezia, Svizzera, Turchia, Ungheria – mette in luce due aspetti: il primo riguarda la Grecia, che dal 1993 al 2010 mostra i valori più bassi (mai oltre i 4 suicidi ogni centomila abitanti) tra tutti i Paesi considerati; il secondo riguarda la tendenza decrescente del fenomeno in gran parte dei paesi, seppur negli ultimissimi anni si osservino leggeri aumenti che sarà necessario valutare sulla base di ulteriori aggiornamenti (ISTAT 2012).

Per quanto riguarda i metodi di suicidio, l'attendibilità dei dati risulta alquanto limitata, poiché

tra il 2005 e il 2011 solo 76 dei 194 Stati membri dell'OMS hanno riportato dati relativi ai metodi di suicidio nel database di mortalità dell'OMS. Questi Paesi rappresentano circa il 28% di tutti i suicidi a livello mondiale, pertanto i metodi utilizzati nel rimanente 72% dei casi non sono chiari, inoltre la registrazione dei dati risulta molto più accurata nei Paesi ad alto reddito.

Nonostante l'incremento della popolazione tra il 2000 e il 2012, il numero assoluto di suicidi è diminuito del 9%, ma i dati relativi ai diversi Paesi presi in esame registrano un aumento del 38% nei Paesi a basso e medio reddito nella regione Africana e un calo del 47% nelle regioni a basso e medio reddito del Pacifico Occidentale (OMS 2014).

Riguardo al più importante fattore di rischio di suicidio nella popolazione generale, ovvero il tentato suicidio, i dati nel mondo non sono univoci come quelli riguardanti il suicidio, in quanto non esiste un unico organismo come l'OMS deputato al monitoraggio dei tentativi suicidari che avvengono ogni anno in tutte le Nazioni (Meneghel et al. 2004).

I tassi di parasuicidio rilevati nel periodo 1970-2000 nella popolazione generale mostrano un'incidenza che va da 2,6 a 1100 per 100.000 abitanti e un *range* di prevalenza *lifetime* che oscilla tra 720 e 5930 per 100.000 abitanti. In relazione all'età, è possibile osservare un'inversione di tendenza: mentre l'incidenza del suicidio cresce con l'aumentare dell'età, la tendenza dei tentativi di suicidio è opposta. La proporzione parasuicidi/suicidi completi nella popolazione anziana approssimativamente è risultata essere di 4:1, rispetto al 15:1 per la popolazione generale e al 200:1 per la fascia giovane (Meneghel et al. 2004; De Leo et al. 2001).

Per quanto riguarda la relazione tra genere e tentativo di suicidio i vari studi sono concordi nel rilevare una frequenza più elevata nel sesso femminile, indipendentemente dalla zona geografica indagata (Meneghel et al. 2004; Hjelmeland et al. 2000; Schmidtke et al. 1996; Moscicki 1995; Pavan et al. 1991).

Nonostante i rilievi epidemiologici costituiscano un apprezzabile riferimento per una valutazione dell'incidenza e prevalenza dei comportamenti suicidari, diversi ordini di fattori rendono problematiche le comparazioni tra dati provenienti da nazioni diverse. Esistono differenze tra un paese e l'altro nelle metodiche utilizzate per l'identificazione dei casi di suicidio e tentato suicidio, nella compilazione del certificato di morte e nella codifica della causa. Inoltre l'atteggiamento culturale nei confronti del fenomeno influisce sulle modalità di definizione del problema, sull'interpretazione dell'intenzionalità e sulle procedure informative per la raccolta dei dati, da ciò si suppone un elevato rischio di sottostima in ogni fascia di età (Meneghel et al. 2004; Pavan et al. 1991).

Suicidio in Europa

Tra il 1993 e il 2010 Estonia, Ungheria, Slovenia e Finlandia presentano i tassi più alti di suicidio (ISTAT 2012).

L'Italia è tra i Paesi con i livelli più bassi di mortalità per suicidio e presenta un trend negativo del fenomeno: dagli 8 decessi ogni centomila abitanti nel 1993, ai 5,9 nel 2009. Anche Regno Unito (7,7 nel 1993 e 6,7 nel 2010) e Spagna (8 nel 1993 e 6,9 nel 2009) mostrano valori relativamente bassi, ma la tendenza alla diminuzione è meno accentuata. La Francia passa da 21,6 suicidi per centomila abitanti ad inizio periodo (1993) a circa 16 negli ultimi anni (2006-2007-2008), la Germania, da 15,2 nei primi anni considerati (1993-1994-1995) scende a valori compresi tra 10 e 11 suicidi ogni centomila abitanti tra il 2006 e il 2010 (ISTAT 2012).

Infine, risulta particolarmente interessante considerare l'epidemiologia del fenomeno all'interno delle carceri. In Italia, nel triennio 2005-2007, il tasso di suicidio è stato pari a 10

casi ogni 10.000 detenuti; nel 2009 è salito a 11,2. In alcuni paesi, come la Francia, la Gran Bretagna e la Germania, che hanno un numero di detenuti paragonabile a quello dell'Italia, avvengono in media più suicidi rispetto a quelli che si registrano nelle nostre carceri (Ministero della Giustizia 2010). Tuttavia, per un confronto efficace tra i dati dei vari Paesi è utile prendere in considerazione anche la frequenza dei suicidi nella popolazione libera affinché il dato, relativo al sistema carcerario, possa essere contestualizzato nella comunità di riferimento. Tra i Paesi considerati, l'Italia presenta lo scarto maggiore tra i suicidi nella popolazione libera e quelli che avvengono nella popolazione detenuta: in carcere i suicidi sono circa 9 volte più frequenti rispetto alla popolazione libera. In Gran Bretagna sono 5 volte più frequenti, in Francia 3 volte più frequenti, in Germania e in Belgio 2 volte più frequenti, mentre in Finlandia il tasso di suicidio è lo stesso dentro e fuori le carceri (Ministero della Giustizia 2010).

Suicidio in Italia

I tassi di mortalità per suicidio in Italia, come in altri Paesi del Mediterraneo, sono significativamente inferiori rispetto ai dati riportati dai Paesi del Nord e del Centro Europa e da altri continenti (Levi et al. 2003).

Nel 2008 l'European Study on the Epidemiology of Mental Disorders (Scocco et al. 2008) su un campione di 4712 persone residenti in Italia ha evidenziato che la prevalenza di ideazione suicidaria, di piani e di tentativi suicidari è del 3%, 0,7% e 0,5% rispettivamente. I tassi di prevalenza di questi fenomeni correlati al suicidio non differiscono dalle zone del nord, centro e sud Italia.

I fattori di rischio relativi al comportamento suicidario sono: il sesso femminile, la bassa istruzione e un'ideazione al suicidio precoce. La presenza di un disturbo mentale costituisce un rischio per tutti i fenomeni di suicidio indagati (ideazione, piani e tentativi di suicidio). La depressione e l'ansia rappresentano un importante fattore di rischio, così come i disturbi alimentari e l'abuso di sostanze tra i giovani. Tra gli anziani sono da non trascurare le malattie somatiche. Altri fattori, come il sesso e l'età, hanno dimostrato avere un'influenza variabile su specifici aspetti correlati al suicidio. La morte per suicidio è più frequente negli uomini e negli adulti più anziani, ma l'ideazione suicida è più comune tra le donne e le persone più giovani. I fattori socio-demografici hanno evidenziato come gli adolescenti con un'età compresa tra 15 e 19 anni, che vivono nel nord-est, riferiscono di avere pensieri suicidi e talvolta una grave ideazione suicida (Scocco et al. 2008).

Nomenclatura

L'OMS definisce il suicidio come “*un atto di eliminazione di se stesso, deliberatamente iniziato ed eseguito dalla persona interessata, nella piena consapevolezza o aspettativa di un suo risultato fatale*” (OMS 1998). Diversi sono gli autori che, nel corso del tempo, si sono occupati di fornirci una definizione, più o meno univoca, di suicidio: Davis nel 1988 lo descrive come “*Un atto auto inflitto, minaccioso della vita, fatale ed intenzionale, senza un manifesto desiderio di vivere; ci sono due componenti implicite: la mortalità e l'intento*”; nello stesso anno Rosenberg (1988), descrive il suicidio come una “*Morte derivante da un atto inflitto a se stesso, con l'intenzione di uccidersi*”; per Ivanoff (1989), il suicidio è definibile come una “*Morte intenzionale auto avviata*”; nel 1992, Mayo, individua 4 elementi che insieme contribuiscono a rappresentare il suicidio come un gesto compiuto da un'unica persona, che agisce in modo attivo o passivo ma con la finale intenzione della propria vita e, come un evento che ha luogo solo in caso di morte. Le definizioni di tale costrutto fanno tutte riferimento a un atto caratterizzato dall'intenzione di mettere fine alla

propria vita che si conclude con la morte del soggetto interessato. Altri autori, nel provvedere a una definizione chiara del fenomeno, oltre a sottolineare l'intenzionalità del suicidio, hanno messo in luce diversi aspetti legati al problema: Beachler (1975), ad esempio, pone l'accento sulle difficoltà esistenziali da cui può originare tale gesto; Goldsmith e collaboratori (2002) evidenziano invece le modalità attraverso cui può sopraggiungere la morte. L'Institute of Medicine, nel 2002, cerca di operazionalizzare il costrutto evidenziandone la multifattorialità. È utile citare anche la riflessione di Bridge (2005), il quale fa notare come il suicidio potrebbe essere caratterizzato anche da una conoscenza non sempre accurata delle conseguenze e dei rischi legati a tale comportamento.

Nel considerare i vari aspetti del fenomeno suicidario, per la comunità scientifica il compito di fornire una definizione univoca del problema si è complicato. Quello che emerge, infatti, da una generale analisi della letteratura, è che i lavori dei diversi autori che più si sono dedicati al tema del suicidio (O'Carroll 1996; Silverman 2006, 2007; De Leo 2004, 2006) non si concludono con un'unica definizione dello stesso, bensì con vere e proprie nomenclature caratterizzate a volte da poca chiarezza e spesso discordanti. In aggiunta alla sola descrizione di suicidio, vengono infatti introdotti una serie di concetti quali: suicidalità, parasuicidio, tentativo di suicidio, autolesionismo, comportamento suicida non fatale (con o senza lesioni), ideazione suicidaria ecc..

Una delle prime incongruenze che emerge riguarda il concetto di suicidalità. Ad esempio Silverman (2006) include con questo termine le ideazioni con o senza piani, i gesti suicidi e i tentativi di suicidio, descrivendo i pensieri e i comportamenti del suicida prima dell'atto vero e proprio. Nel 2001 la National Strategy for Suicide Prevention racchiude nel termine suicidalità pensieri, idee, piani e tentativi suicida ma, a differenza di Silverman, non si sofferma solo su ciò che precede l'atto ma considera anche i suicidi completati.

Nello specifico, alcuni termini inclusi nel più ampio concetto di suicidalità, vengono bene definiti e chiariti nel loro significato: De Leo (2004), ad esempio, definisce un Comportamento Suicida non fatale (con o senza lesioni) come *“Un atto non abituale con un risultato non fatale che l'individuo, assumendosi il rischio di morire o di infliggere danni fisici, inizia e porta avanti”*, intendendo un'azione non devastante anche se può presentarsi il rischio che la persona stessa possa morire.

Altri autori, invece, definiscono i comportamenti legati ad azioni di autodanneggiamento con il termine di Autolesionismo Deliberato; Hawton e Weatherall (2003) includono in questa categoria avvelenamento e autolesionismo non fatale indipendentemente dalla motivazione. Un'altra definizione di Autolesionismo Deliberato è: *“Comportamento intenzionale di auto danneggiamento, dove non vi sia evidenza di intenzionalità di morire. Comprende vari modi per cui gli individui feriscono se stessi, come: auto lacerazione, sovradosaggi, esibendo una deliberata imprudenza”* (AAS/SPRC 2006). Entrambe le definizioni si riferiscono, dunque, ad un'azione premeditata che rechi danno a se stessi sottolineando però che non sarà letale per la persona medesima; dunque, al contrario di De Leo che nella sua definizione di comportamento suicida prende in considerazione la possibilità che il soggetto vittima del danno possa morire, con l'introduzione del concetto di autolesionismo si considerano solo quelle azioni, meramente autoinflitte e che non saranno letali.

Altro concetto compreso nella categoria della suicidalità e riguardo al quale si è sentito il bisogno di specificare il significato è quello di ideazione suicidaria. Pavan nel 1991 in merito all'ideazione suicidaria si esprime in termini di: *“Cognizioni che possono variare da pensieri fugaci riguardanti il fatto che la vita non meriti di essere vissuta, a progetti ben concreti e meditati di auto soppressione; situazioni nelle quali l'individuo ha l'idea di auto sopprimersi senza arrivare però alla messa in atto dell'agito suicidario, con un grado variabile di intensità ed elaborazione; desiderio di essere morto o un pensare alle modalità per uccidersi”*, riferendosi a quelle idee e

pensieri momentanei che oscillano tra il pensare che la propria vita non dovrebbe essere vissuta al pianificare di autoannullarsi senza arrivare al suicidio vero e proprio. Nel 2002 viene inclusa in questa definizione anche la preoccupazione delirante per il proprio o altrui suicidio (De Leo et al. 2002). Nel DSM-5 l'ideazione suicidaria è inclusa nel criterio 9 del Disturbo Depressivo Maggiore in termini di: *“pensieri ricorrenti di morte (non solo paura di morire), ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico o un tentativo di suicidio o un piano specifico di commettere un suicidio”* (APA 2014).

Per quanto concerne il concetto di Parasuicidio, invece, ci troviamo di fronte ad una forte ambiguità di significati; nel citarne alcuni: Kreitman (1997) descrive il parasuicidio come l'insieme di *“Tutti gli avvenimenti auto lesivi che non hanno provocato la morte, indipendentemente dalla volontà dell'atto”*. L'Autore dunque pone l'accento sull'esito, una sfumatura che non considera l'intenzionalità ma solo la riuscita o meno dell'atto stesso. Al contrario, Pavan (1991) definisce il parasuicidio come un *“Atto a esito non fatale in cui un individuo mette in atto deliberatamente un comportamento non abituale che, senza l'aiuto di altri, danneggia sé stesso; oppure ingestione in eccesso di una sostanza generalmente riconosciuta come terapeutica che era stata prescritta in dosaggio terapeutico, mirando ad ottenere, in diretta conseguenza di ciò, un danno fisico”*, sottolineando, oltre all'esito, una certa significatività nell'intenzione di danneggiare se stessi. Ancora, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (1994) si esprime in termini di: *“Tentativo di suicidio e parasuicidio sono termini usati intercambiabilmente riconoscendo le difficoltà inerenti l'accertamento degli intenti”*. L'OMS suggerisce, dunque, la possibilità di collocare il termine parasuicidio come sinonimo di tentativo di suicidio a prescindere dall'intenzionalità o meno del gesto, data la difficoltà, riconosciuta, del suo riscontro.

In proposito al tentativo di suicidio, alcune definizioni che si riscontrano in letteratura sembrano essere abbastanza concordi nel considerarlo un gesto auto inflitto, potenzialmente lesivo, attraverso il quale si manifesta l'intenzione esplicita o implicita di morire, con esito non fatale, che non provoca la morte dell'individuo: *“Un comportamento di potenziale auto danneggiamento con un risultato non fatale, per cui c'è evidenza implicita o esplicita che una persona intende ad un certo livello (diverso da 0) di uccidere sé stesso. Il tentativo di suicidio può o non può provocare delle lesioni”* (O'Carrol 1996); *“Un atto distruttivo auto inflitto e non fatale, con un esplicito o dedotto intento di morire”* (Goldsmith 2002); *“Un comportamento di potenziale auto danneggiamento, con un risultato non fatale, per cui c'è evidenza che la persona intenda uccidere sé stessa. Un tentativo di suicidio può o non può provocare delle lesioni”* (NSSP 2001). In quest'ultima definizione della *“National Strategy for Suicide Prevention”* viene ripresa la definizione di tentativo di suicidio proposta da O'Carrol (1996). La NSSP effettua però una sottile distinzione separando la definizione di tentativo da quella di *“atto suicida”*, nel quale oltre alla potenzialità del gesto può determinarsi la morte: *atto suicida come “comportamento di potenziale auto danneggiamento per cui c'è evidenza che la persona probabilmente intendesse uccidere sé stesso; un atto suicida può provocare: morte, lesioni, o nessuna lesione”* (NSSP 2001).

Si rimanda all'Appendice 1 per una panoramica delle principali definizioni sull'argomento presenti in letteratura.

Tipologie di suicidio

La difficoltà nel riuscire a fornire una definizione univoca del fenomeno del suicidio si riscontra anche nel ridefinire una sintesi maggiormente omnicomprensiva della tipologia dei metodi utilizzati.

Uno dei primi autori a fornire una descrizione del fenomeno è stato Durkheim (1858-1917),

che classifica il suicidio in base a due criteri sociali: il criterio di *integrazione sociale* ed il criterio di *regolazione sociale*.

- 1) Per *integrazione sociale* l'autore indica l'alto o basso grado secondo cui una persona è integrata nella società in cui vive. Un livello di integrazione eccessivamente alto determina l'assorbimento dell'individuo all'interno della società stessa. Quando il livello di integrazione è, invece, eccessivamente basso, l'individuo tende ad allontanarsene, contrapponendosi ad essa. Per Durkheim, quindi:
 - nella società ad alta integrazione si verifica il “suicidio altruistico” che avviene quando una persona si sacrifica per il bene della collettività;
 - nella società a bassa integrazione si verifica, invece, il “suicidio individualistico” caratterizzato dall'isolamento dell'individuo dalla società, accompagnato da contestazione e ribellione.
- 2) Per *regolazione sociale* Durkheim fa riferimento al grado di controllo che la società estende sui suoi membri. Quando c'è un eccessivo controllo con regole rigide, l'individuo avverte senso di costrizione e oppressione. Quando il livello di controllo è eccessivamente basso si ha una disorganizzazione sociale in quanto le regole sono deboli. Anche in questo caso quindi:
 - in una società con alto controllo sociale si verifica il “suicidio fatalistico” dovuto a un'eccessiva regolamentazione, vissuta come oppressione;
 - in una società con un basso grado di controllo sociale si verifica, invece, il “suicidio anomico” dovuto alla mancanza di rispetto delle norme e allo sbriciolamento dei valori sociali.

Questa prima classificazione sociologica del suicidio è stata poi seguita da descrizioni più psicologiche del fenomeno.

La letteratura scientifica sull'argomento pone particolare attenzione al ruolo svolto dall'impulsività e all'influenza delle diverse culture di appartenenza nella scelta delle metodologie da applicare.

L'impulsività è una variabile complessa e difficilmente analizzabile, che comprende comportamenti quali lo scarso auto-controllo, l'assunzione di rischi, la ricerca di sensazioni forti per ottenere sufficiente soddisfazione e l'incapacità di ritardare la gratificazione (Migliarese et al. 2012). Proprio per le sue caratteristiche, diversi studi hanno definito l'impulsività come “facilitatore” dell'atto suicidario (Mann 1999; Baca Garcia 2005). Per tali ragioni risulta importante, anche nell'ambito clinico, conoscerne l'influenza che essa ha nell'atto suicidario e che caratteristiche presenta.

Diversi studi si sono occupati di identificare le differenze tra chi compie un suicidio pianificato e chi compie un suicidio impulsivo che potrebbero essere definite come due modalità opposte di compiere suicidio (la prima prevede la pianificazione della strategia o delle strategie di azione; la seconda si caratterizza proprio per la mancanza di progettazione).

Da uno studio condotto nelle carceri italiane (Carli 2010) in cui è stato indagato il ruolo dell'impulsività negli autolesionisti, tentatori e ideatori di suicidio, è emerso che l'impulsività contribuisce a una maggiore frequenza dei comportamenti aggressivi e dell'autolesionismo piuttosto che dei tentativi di suicidio. Gli ideatori di suicidio risultano invece maggiormente depressi e meno resilienti.

Uno studio di Spokas (2012) ha confermato tali risultati. Confrontando i tentativi *impulsivi* vs. *premeditati*, ha riscontrato che gli individui che compiono tentativi impulsivi di suicidio sono meno depressi di coloro che lo pianificano, riportano abusi sessuali in infanzia e presentano maggiormente disturbi da uso di alcol. Coloro che compiono tentativi impulsivi inoltre si aspettano che i loro

tentativi siano meno letali rispetto a chi li pianifica, ma in realtà la letalità dei due gruppi è risultata del tutto simile. Lo stesso fenomeno viene riscontrato da Wyder (2007) che ha inoltre rilevato che la maggioranza di coloro che tentano il suicidio, indipendentemente dall'impulsività, vivono il processo suicidario come fluttuante e non lineare.

Tale dato fa ben comprendere quanto prevedere un suicidio o un tentativo di suicidio possa essere difficile, perché il pensiero stesso di suicidarsi solitamente non segue un ragionamento progressivo quanto piuttosto un ragionamento alternato, a volte confuso.

Anche Wei (2013) ha confrontato i tentativi di suicidio impulsivi e non impulsivi in pazienti trattati nei pronto soccorso di quattro ospedali in Cina, confrontando caratteristiche socio-demografiche e psicologiche. È emerso che il 44% dei tentativi considerati risultavano impulsivi. I motivi riportati erano principalmente suscitare paura ed esprimere rabbia. Confermando i risultati riportati da Spokas (2013), tali soggetti avevano punteggi più bassi per ideazione suicidaria e per depressione, anche se riportavano una peggiore qualità della vita. Tra i soggetti che avevano compiuto atti impulsivi vi era una bassa prevalenza di disturbi psichiatrici, ma un'alta prevalenza di disturbi da abuso di sostanze. Wei individua anche dei "predittori dei tentativi di suicidio impulsivi": 1) avere credenze religiose; 2) un basso punteggio alla scala di ideazione suicidaria; 3) un basso punteggio per depressione.

In conclusione, i risultati degli studi riportati sono coerenti tra loro e individuano specifiche caratteristiche in grado di distinguere soggetti maggiormente a rischio di compiere atti suicidari impulsivi e non, con potenziali implicazioni anche in ambito clinico.

1. *Età*: i soggetti più giovani sembrano essere maggiormente propensi ad atti di tipo impulsivo. Probabilmente questa tendenza deriva anche dallo sviluppo più precoce del sistema limbico rispetto alla corteccia prefrontale e dalle conseguenze di questo disequilibrio. Il tardivo sviluppo delle aree deputate al controllo rispetto a quelle deputate agli aspetti emotivi potrebbe infatti spiegare l'alta *novelty seeking* e *sensation seeking* riconosciuta negli adolescenti e in generale nei soggetti più giovani (Migliarese 2012).
2. *Depressione*: I soggetti depressi, o con punteggi più elevati di depressione, sembrano essere meno propensi ad atti suicidari di tipo impulsivo, prediligendo la loro pianificazione. Tale fenomeno è confermato anche dai risultati di uno studio di Nakagawa (2009) sui correlati clinici dei tentati suicidi nei disturbi depressivi maggiori, evidenziando inoltre il fattore protettivo che invece è legato ai disturbi d'ansia. Secondo l'autore, nell'ambito di una psicoterapia, trattare l'ansia trascurando la depressione metterebbe i pazienti a rischio di comportamenti suicidari.
3. *Abuso di sostanze o di alcol*: tale dato è stato riscontrato in tutti gli studi riportati. Anche in questo caso è possibile ipotizzare una relazione tra l'uso di sostanze e la mancata inibizione della condotta.

Per quanto concerne la scelta delle metodologie utilizzate, un discorso a parte va fatto sull'influenza svolta dall'intenzione suicidaria. In generale, più un comportamento è caratterizzato dall'intento di morire, maggiore sarà la potenziale letalità del metodo scelto per adempiere a quella intenzione. Ciò è particolarmente vero nell'impiego programmato di determinati metodi, a differenza dell'atto impulsivo.

La scelta di un metodo di autodistruzione dipende molto da una serie di fattori che agiscono indipendentemente e in combinazione.

Come hanno descritto Berman, Litman e Diller (1989), questi fattori sono i seguenti.

- 1) *L'accessibilità e la facilità d'uso*.

- 2) *La conoscenza, l'esperienza e la familiarità.* L'uso e il possesso di armi è, per esempio, più diffuso nel sud degli Stati Uniti dove si registra anche un maggior numero di suicidi per arma da fuoco.
- 3) *Il significato, il simbolismo e la valenza culturale.* Si è a lungo teorizzato sul motivo per cui le donne suicidarie preferiscono ingerire dei farmaci, e ciò sembra sia dovuto all'innata preoccupazione riguardo al proprio aspetto fisico e al timore di deturpazioni. Inoltre i farmaci sono stati a lungo associati all'idea di un sonno pacificatore, l'equivalente simbolico della morte.
- 4) *Lo stato psichico del potenziale suicida.* Il bisogno di far conoscere le proprie riflessioni negli ultimi istanti di vita sembra essere associato alla scelta del metodo. Peck (1986) in uno studio sui giovani suicidi scoprì che coloro che usano metodi meno cruenti e meno letali (alcol e barbiturici, avvelenamento da monossido di carbonio) è più probabile che lascino alcune righe prima di suicidarsi. I metodi più strani e bizzarri sono quasi esclusivamente utilizzati da psicotici.

I fattori culturali, in particolare giocano un ruolo importante per la scelta del metodo, così come l'immagine collettiva che la società ha dei diversi mezzi. Ad esempio, in tempi di crisi, i suicidi "spettacolari" aumentano rispetto ai periodi normali.

Per quanto riguarda le metodologie prescelte per attuare il suicidio i dati a livello nazionale sono piuttosto limitati.

Secondo i dati ISTAT pubblicati nel 2012 e risalenti agli anni 1993-2009 per gli uomini troviamo al primo posto "impiccagione e soffocamento" (52,1%), al secondo "precipitazione" (16,6%), al terzo "arma da fuoco ed esplosivi" (15%). Nelle donne troviamo, invece, al primo posto "precipitazione" (35,1%), al secondo "impiccagione e soffocamento" (33,4%) e al terzo "avvelenamento" (12,1%). Sembra emergere che dal 1993 al 2009 abbiano subito una sensibile diminuzione le modalità "avvelenamento" tra gli uomini e "annegamento" tra le donne.

Secondo i dati dei Paesi membri OMS, tra quelli ad alto reddito la maggior parte dei suicidi sembra avvenire per mezzo di armi da fuoco, soprattutto in America (46%). In Paesi con un'alta percentuale di residenti nelle campagne impegnati nell'agricoltura, uno dei metodi principali di suicidio è quello da "avvelenamento con pesticidi". La revisione dei dati per gli anni 1990-2007 stima che circa il 30% dei suicidi a livello mondiale siano dovuti ad avvelenamento da pesticidi, soprattutto in Paesi a medio e basso reddito. Come detto per le tipologie di suicidio, anche le metodologie di suicidio sono influenzate dall'ambiente, possono cambiare nel tempo e possono diffondersi da una cultura all'altra. In aree altamente urbanizzate, come la Cina, dove la maggioranza della popolazione vive in grattacieli, il metodo di suicidio più comune sembra essere la "precipitazione".

Per quanto riguarda invece le regioni asiatiche, il suicidio per auto-immolazione rispecchia la connotazione culturale del fuoco che simboleggia la protesta contro le ingiustizie nella vita. La disponibilità, inoltre, all'accesso del kerosene comporta che le donne in India e in alcuni Paesi musulmani (come Iran e Pakistan) tendano a darsi fuoco durante litigi familiari come conflitti di coppia e per la dote.

In conclusione per fornire una chiave di lettura più ampia, ma non esaustiva data l'evidente complessità dell'argomento, viene riportata di seguito una tabella riepilogativa delle diverse tipologie di suicidio.

SUICIDIO DIMOSTRATIVO	L'individuo non vuole realmente uccidersi, ma si configura generalmente come una richiesta di aiuto. Può avere significato di vendetta nell'intento di suscitare nell'altro un senso di colpa, di ricatto per ottenere qualcosa, di sacrificio per raggiungere una condizione superiore, di ordalia per sfidare la vita.
SUICIDIO LIBERATORIO	Può avere significato di fuga da una situazione vissuta come insopportabile, di lutto come perdita di una parte di sé, di castigo per l'espiazione di una colpa e di delitto in cui si cerca di portare con sé nella morte un'altra persona.
SUICIDIO PIANIFICATO	Quando un soggetto pianifica la propria morte. Può essere semplice o complesso nel caso in cui vi è la combinazione di più metodi per evitare il fallimento del primo metodo e garantire un esito fatale.
SUICIDIO DA BILANCIO	Quando una persona facendo un bilancio su come ha vissuto può essere indotta al suicidio dalla convinzione di essere un fallito. Si verifica un crollo dell'autostima che porta ad una svalutazione ed autocolpevolizzazione di fronte a se stessi e un senso di vergogna davanti agli altri.
SUICIDIO DI COPPIA	E' detto anche "suicidio romantico". Si verifica quando tra due partner esiste un'elevata confluenza o simbiosi. Può riguardare due coniugi, due fidanzati, due amici o un genitore e un figlio. Quando le due persone decidono di togliersi la vita insieme stringono un "patto di suicidio" per promettersi di condividere tutto fino alla fine. Si verifica soprattutto quando entrambi vivono la sensazione di una vita insopportabile e senza senso. Talvolta è simultaneo, altre volte capita che sia attuato da un partner che uccide prima l'altro e poi se stesso. Può succedere, però in questo caso, che la vista del corpo morto dell'altro possa essere talmente sconvolgente da indurre una pausa di riflessione che consente di "svegliarsi" e abbandonare i propositi suicidi.
SUICIDIO DI DENUNCIA O DI PROTESTA	Quando una persona vede che tutti i suoi appelli dovuti alla frustrazione sono rimasti inascoltati può essere indotta a tentare modi di protesta più evidenti ed estremi
SUICIDIO EGOISTICO	È commesso da persone con un basso grado di integrazione sociale, cioè persone isolate, chiuse, spesso disadattate. Generalmente queste persone si allontanano dagli altri e si oppongono alle norme sociali. Assumono un'onnipotente illusione di autosufficienza o autarchia.
SUICIDIO IMPULSIVO	Quando è presente un'incontenibile agitazione, una forte pressione interna, un'elevata instabilità emotiva, un'exasperazione di emozioni negative. È commesso da chi sente l'impossibilità di sopportare continue frustrazioni, avvilitamenti, mortificazioni: si passa subito all'azione (acting out) per liberarsi da una situazione vissuta come intollerabile.
SUICIDIO ISTITUZIONALE	È riconosciuto in alcune tradizioni: in India c'è l'usanza, per esempio, del suicidio della vedova. Questo rituale (desiderare di morire dopo la perdita di una persona cara) si verifica anche a livello psicologico nella nostra società quando muore il coniuge.

Il fenomeno del suicidio: epidemiologia e definizioni

SUICIDIO LUCIDO E RAZIONALE	Si sceglie il suicidio utilizzando argomentazioni strettamente logiche e razionali. Chi lo realizza non è in preda ad emozioni impulsive e non soffre di disturbi mentali. È detto anche “suicidio filosofico” ed è teorizzato e attuato da quegli intellettuali o saggi, i quali ricorrono a esso con argomentazioni fredde, logiche e razionali per allontanarsi dal disgusto della vita o dalla nebbia della noia.
SUICIDIO DA NOIA O DA TEDIUM VITAE	In questo caso non si “vedono” stati d’animo sconvolti, tormenti o situazioni ambientali intollerabili ma la persona si uccide perché la sua vita non ha nessun gusto o sapore, tutto sembra piatto, grigio, indifferente. Questa triste stasi emotiva insidia spesso alcuni adolescenti suicidi, i quali sfiorano la morte con indifferenza, distacco, apatia.
SUICIDIO MASCHERATO	Quando non si vuol far sapere i propri intenti suicidi perché ci si vergogna. Quando non si vuole incolpare la propria famiglia oppure si vuol fare riscuotere un’assicurazione sulla vita. Menninger (1938) lo ha definito “suicidio parziale” che secondo lui può essere riscontrato in tossicodipendenti, alcolisti, fumatori accaniti, personalità antisociali.
SUICIDIO DI MASSA	Alcuni sono dettati da situazioni sociali e ambientali insopportabili; altri sono inseriti in contesti religiosi dove si predica il suicidio come passaggio veloce verso l’altro mondo. Altri suicidi collettivi nascono in ambito adolescenziale dall’imitazione di comportamenti autodistruttivi dei coetanei. Si tratta tuttavia di casi meno frequenti rispetto ai suicidi individuali. Generalmente questi gruppi sono uniti o dall’uso di droga o da situazioni di insuccesso scolastico o emarginazione o fallimenti sociali.
SUICIDIO ORGANICO CONTRO IL PROPRIO CORPO	È attuato da quelle persone che non vogliono più vivere e riducendo la loro spinta vitale si rendono più predisposte a contrarre malattie e a conseguire più facilmente morti premature, attraverso tumori, malattie di cuore, diabete, enfisema. Secondo Menninger (1938) si tratta di una “conversione somatica” del desiderio di morire: è come se il corpo fosse invaso dalla morte psicologica che conduce poi a quella fisica. La malattia psicosomatica potrebbe rappresentare la “realizzazione” di questo desiderio di distruzione.
SUICIDIO ORDALICO	Quando si lascia alla fortuna, al fato, decidere della propria vita. Per esempio il passatempo mortale della roulette russa. La funzione di ordalia (ordalia = giudizio di Dio) consiste nel mettere alla prova il destino per “vedere se ci ama o ci odia”. Alcuni ricorrono a questi giochi pericolosi per riempire il vuoto della propria vita con sensazioni forti, eccitanti.
SUICIDIO PASSIONALE	Scaturisce quando si è in preda a un’emozione sconvolgente che annulla ogni considerazione razionale. Generalmente nasce da una forma patologica di gelosia amorosa, quando l’abbandono crea una profonda ferita narcisistica che fa crollare l’autostima. Spesso il suicidio passionale è preceduto dall’omicidio.

SUICIDIO RELIGIOSO	Al tempo dei martiri cristiani era diffuso un intenso atteggiamento mistico-religioso che considerava il martirio come un modo per ricongiungersi alla divinità e vivere in Cristo. Quando il suicida ha tale impostazione mistico-religiosa non è focalizzato tanto sulla morte, ma sul ricongiungimento all'energia universale in cui trovare la pace eterna.
SUICIDIO RIPARATORE	La spinta al suicidio riparatore è molto elevata quando si verificano scandali giganteschi. Una persona che ha commesso imbrogli e crimini si sente spinto al suicidio per espiare le proprie colpe per poi sentirsi assolto.
SUICIDIO PERSECUTORIO	Accade quando ci si sente perseguitati da una persona considerata la causa di tutta la propria infelicità. Si cerca di colpire in se stessi la persona che ci ha deluso e distrutto.
OMICIDIO-SUICIDIO	È composto di due momenti. Un primo momento in cui si uccide l'altro e un secondo in cui si uccide se stessi. I motivi dell'omicidio-suicidio possono essere raggruppati in due categorie: quello aggressivo-sessuale dovuto a gelosia che si attua quando si massacra il partner e poi ci si uccide; e quello aggressivo-protettivo che si verifica quando si uccidono i figli e le persone care e poi se stessi.
SUICIDIO SANSONICO	Quando si provoca la propria morte, ma per ammazzare anche altre persone.
SUICIDIO AGGRESSIVO DEI KAMIKAZE	È il suicidio attuato come arma di lotta contro i nemici o gli invasori.

(Adattato da Polito M. *Suicidio: la guerra contro se stessi. Cause e prevenzione*. Libreriauniversitaria.it Editore. Padova 2009)

Conclusioni

La lingua della suicidologia è vasta ed eterogenea. Molti altri autori, oltre a quelli menzionati, hanno tentato di definire meglio il fenomeno, tuttavia le contraddizioni in merito restano numerose (per un approfondimento si rimanda all'Appendice 1). Una nomenclatura meno ambigua e più concorde potrebbe portare beneficio al campo della ricerca e anche a quello della clinica in termini di un miglior assessment e conseguentemente, per quanto possibile, condurre ad una miglior prevenzione del rischio suicidario. Questo obiettivo è stato proprio oggetto del nostro lavoro.

Vogliamo quindi concludere proponendo una nomenclatura che riteniamo più chiara e specifica e che abbiamo elaborato a partire dall'esperienza clinica e come tentativo di trovare una sintesi delle diverse definizioni di suicidio e dei suoi correlati riportati in letteratura.

In merito al termine **Suicidalità** la definizione che riteniamo esser più completa ed esaustiva è quella fornita dalla National Strategy for Suicide Prevention nel 2001 che racchiude pensieri, idee, piani e tentativi suicida e anche suicidi completati.

Consideriamo il **Parasuicidio** un comportamento o atto deliberato non fatale, non intenzionale, ossia che non implica l'intenzione di morire e che arrechi un danno immediato alla propria incolumità fisica; se l'esito è mortale è considerato incidentale. A nostro avviso, si può includere all'interno della categoria Parasuicidio anche l'autolesionismo solo nel caso in cui minacci l'incolumità fisica del soggetto.

Per quanto concerne gli **Atti suicidari** possiamo descriverli come qualsiasi comportamento

intenzionale di togliersi la vita, compresi quelli con esito fatale; nel caso in cui l'esito non risulti essere fatale sono detti **Tentativi di suicidio**. Entrambi, Atti e Tentativi suicidari, non rientrano nella categoria **parasuicidaria**.

All'interno del costrutto di **Ideazione Suicidaria** includiamo idee, pensieri e piani di suicidio; riteniamo idonea la definizione del *Trattato Italiano di Psichiatria* (Pavan 1991): "Cognizioni che possono variare da pensieri fugaci riguardanti il fatto che la vita non meriti di essere vissuta, a progetti ben concreti e meditati di auto soppressione; situazioni nelle quali l'individuo ha l'idea di auto sopprimersi senza arrivare però alla messa in atto dell'agito suicidario, con un grado variabile di intensità ed elaborazione; desiderio di essere morto o un pensare alle modalità per uccidersi".

Per concludere, il **Suicidio** è inquadrabile quale atto riuscito con esito fatale.

APPENDICE 1

SUICIDALITÀ:

- *"Include: ideazione con o senza piano, gesti suicidi e tentativi di suicidio. Descrive i pensieri e i comportamenti del suicida prima dell'atto vero e proprio"*, Silverman (2006);
- *"Termine che racchiude: pensieri, idee, piani, tentativi suicida e suicidi completati"*, Strategia Nazionale per la Prevenzione dei Suicidi (2001).

PARASUICIDIO:

- *"Tentativo di suicidio e parasuicidio sono termini usati intercambiabilmente riconoscendo le difficoltà inerenti l'accertamento degli intenti"*, OMS (1994);
- *"Atto ad esito non fatale in cui un individuo mette in atto deliberatamente un comportamento non abituale che, senza l'aiuto di altri, danneggia sé stesso; oppure gestione in eccesso di una sostanza generalmente riconosciuta come terapeutica che era stata prescritta in dosaggio terapeutico, mirando ad ottenere, in diretta conseguenza di ciò, un danno fisico"*, tratto dal *Trattato Italiano di Psichiatria*, Pavan (1991);
- *"Tutti gli avvenimenti auto lesivi che non hanno provocato la morte, indipendentemente dalla volontà dell'atto"*, Kreitman (1997).

TENTATIVO DI SUICIDIO:

- *"Un comportamento di potenziale auto danneggiamento con un risultato non fatale per cui c'è evidenza implicita o esplicita che una persona intende ad un certo livello (diverso da 0) di uccidere se stesso. Il tentativo di suicidio può o non può provocare delle lesioni"*, O'Carroll (1996);
- *"Un comportamento di potenziale auto danneggiamento, con un risultato non fatale, per cui c'è evidenza che la persona intenda uccidere se stessa. Un tentativo di suicidio può o non può provocare delle lesioni"*, Strategia Nazionale per la Prevenzione del Suicidio (2001);
- *"Un atto distruttivo auto inflitto e non fatale, con un esplicito o dedotto intento di morire"*, Goldsmith (2002);
- *"Un comportamento potenzialmente autolesionista con un risultato non fatale, per cui c'è evidenza che la persona avesse l'intento di uccidere se stesso senza portare a termine l'intento a causa di un fallimento o di un intervento salvifico"*, AAS/SPRC (2006).

ATTO SUICIDA:

- *"Un comportamento di potenziale auto danneggiamento per cui c'è evidenza che la per-*

sona probabilmente intendesse uccidere se stesso; un atto suicida può provocare: morte, lesioni, o nessuna lesione”, Strategia Nazionale per la Prevenzione del Suicidio (2001).

AUTOLESIONISMO:

- *“Include avvelenamento e autolesionismo non fatale, indipendentemente dalla motivazione”, Hawton (2003);*
- *“Comportamento intenzionale di auto danneggiamento, dove non vi sia evidenza di intenzionalità di morire. Comprende vari modi per cui gli individui feriscono se stessi, come: auto lacerazione, sovradosaggi, esibendo una deliberata imprudenza”, AAS/SPRC (2006).*

COMPORAMENTO SUICIDARIO:

- *“Un atto non abituale con un risultato non fatale che l’individuo, assumendosi il rischio di morire o di infliggere danni fisici, inizia e porta avanti ”, De Leo (2004).*

IDEAZIONE SUICIDARIA:

- *“Cognizioni che possono variare da pensieri fugaci riguardanti il fatto che la vita non meriti di essere vissuta, a progetti ben concreti e meditati di auto soppressione; situazioni nelle quali l’individuo ha l’idea di auto sopprimersi senza arrivare però alla messa in atto dell’agito suicidario, con un grado variabile di intensità ed elaborazione; desiderio de essere morto o un pensare alle modalità per uccidersi”, tratto da Trattato Italiano di Psichiatria, Pavan (1991).*

SUICIDIO:

- *“Tutti i casi di morte risultanti direttamente o indirettamente da atti positivi o negativi provocati dalla stessa vittima che sa che produrranno questo risultato”, Durkheim (1897);*
- *“Il suicidio è un omicidio (che coinvolge l’odio e il desiderio di uccidere); “Il suicidio è un omicidio su se stessi (spesso coinvolge la colpa o il desiderio di essere ucciso); “E’ il desiderio di morire, coinvolge la disperazione”, Menninger (1938);*
- *“Tutti i comportamenti che cercano e trovano la soluzione a un problema esistenziale facendo un tentativo sulla vita del soggetto”, Baechler 1975);*
- *“È un atto coscienzioso di auto annientamento, meglio inteso come un malessere multidimensionale in un individuo bisognoso, il quale definisce un problema per il quale il suicidio è la migliore soluzione”, Shneidman (1985);*
- *“Un atto con un risultato fatale che il defunto, conoscendo o aspettandosi tale risultato, aveva iniziato e portato avanti con lo scopo di provocare i cambiamenti desiderati”, OMS (1986);*
- *“Un atto auto inflitto, minaccioso della vita, fatale e intenzionale, senza un manifesto desiderio di vivere; ci sono due componenti implicite: la mortalità e l’intento”, Davis (1988);*
- *“Morte derivante da un atto inflitto a se stesso, con l’intenzione di uccidersi”, Rosenberg (1988);*
- *“Morte da lesione, avvelenamento o soffocamento dove si evince (esplicitamente o implicitamente) che la lesione sia stata auto inflitta e che il defunto intendesse uccidersi”, OCDS definition (1988);*
- *“Morte intenzionale auto avviata”, Ivanoff (1989);*

Il fenomeno del suicidio: epidemiologia e definizioni

- “La definizione di suicidio ha 4 elementi: (1) Il suicidio ha avuto luogo solo in caso di morte; (2) Deve essere compiuto da una sola persona; (3) L’agente del suicidio può essere attivo o passivo; (4) Implica un finale intenzionale della propria vita, Mayo (1992);
- “Per definizione il suicidio non è una malattia, ma una morte che è stata causata da un comportamento o un’azione intenzionale ed auto inflitta”, Silverman e Maris (1995);
- “Un atto di uccisione su se stesso deliberatamente iniziato ed eseguito dalla persona interessato nella piena consapevolezza o aspettativa di un suo risultato fatale”, OMS (1998);
- “Morte da lesione, avvelenamento o soffocamento, dove è evidente che l’atto auto inflitto ha portato alla morte della persona”, Goldsmith et al. (2002);
- “Atto fatale auto inflitto e distruttivo con un esplicito o dedotto intento a morire. La descrizione multi assiale comprende: metodo, posizione, intento, diagnosi e demografia”, IOM (2002);
- “Un atto con un risultato fatale che il defunto conoscendo e aspettandosi un risultato fatale, ha iniziato e portato avanti con lo scopo di portare cambiamenti voluti”, De Leo (2004);
- “Definiamo intenzionalità suicidaria, come il desiderio, volontà, di porre fine alla propria vita come esperienza cosciente; con associata una conoscenza più o meno accurata del comportamento e delle conseguenze associate al rischio. Inoltre, viene presa in considerazione la percezione e la conoscenza dei metodi e dei mezzi disponibili per raggiungere il risultato desiderato”, Bridge (2005);
- “Esito del comportamento, l’atto, l’intenzione di morire o smettere di vivere per acquisire uno status differente, la consapevolezza delle conseguenze”, De Leo (2006).

Bibliografia

- American Association of Suicidology/Suicide Prevention Resource Center [AAS/SPRC] (2006). Resource sheet #2: *The language of suicide. Core competencies for the assessment and management of individuals at risk for suicide*. Washington, DC.
- Baechler J (1975). *Suicides*. Basic Books, New York.
- Bridge JA, Barbe RP, Birmaher B, Kolko DJ, Brent DA (2005). Emergent suicidality in a clinical psychotherapy trial for adolescent depression. *American Journal of Psychiatry* 162, 2173-2175.
- Center for Disease Control and Prevention [CDC] (1988). CDC recommendations for a community plan for the prevention and containment of suicide clusters morbidity and mortality. *Weekly report* 37, 1-2.
- Davis JH (1988). Suicidal investigation and classification of death by coroners and medical examiners. In J Nolan (Ed) *The suicide case: Investigation and trial of insurance claims. Tort and Insurance Practice Section*, pp. 33-50. The American Bar Association, Washington, DC.
- De Leo D, Burgis S, Bertolote J, Kerkhof ADM, Bille-Brahe U (2004). Definitions of suicidal behavior. In D. De Leo, U. Bille-Brahe, S.D.M. Kerkhof, & A. Schmidtke (Eds.), *Suicidal behavior: Theories and research findings* (pp. 17-39). Washington, DC: Hogrefe & Huber.
- De Leo D, Burgis S, Bortolote JM, Kerkhof AJFM, Bille Brahe U (2006). Definitions of Suicidal Behavior. Lesson learned from the OMS/EURO Multicentre Study. Hogrefe and Huber Publishers 27, 1, 4-25.
- De Leo D, Padoani W, Scocco P et al. (2001). Attempted and completed suicide in older subjects: results from the OMS/EURO Multicentre study of suicidal behaviour. *Int J Geriatr Psychiatry* 16, 300-310.
- De Leo D, Pavan L et al. (2002). Il Suicidio. In Cassano GB, Pancheri P et al. *Trattato Italiano di Psichiatria*. Masson, 2393-2416.
- Durkheim E (1951). *Suicide: A study in sociology* (JA Spaulding & G Simpson, Trans.). The Free Press,

- London. (Original work published 1897).
- Elaborazione del Centro Studi di Ristretti Orizzonti su dati del Ministero della Giustizia, del Consiglio d'Europa, e dell'U.S. (2010). *Suicidi in carcere: confronto statistico tra l'Italia, i Paesi europei e gli Stati Uniti*. Department of Justice - Bureau of Justice Statistics.
- Eshun S (2003). Sociocultural determinants of suicide ideation: a comparison between american and ghanaiian college samples. *Suicide Life-Threat Behav* 33, 165-71.
- Goldsmith SK, Pellmar TC, Kleinman AM, Bunney WE (Eds) (2002). *Reducing suicide: A national imperative*. The National Academies Press, Washington, DC.
- Gunnell D, Eddleston M, Phillips MR, Konradsen F (2007). The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: systematic review. *BMC public health*, 7, 357. doi:10.1186/1471-2458-7-357.
- Hawton KD, Weatherall R (2003). Suicide following deliberate self-harm: Long-term follow-up of patients OMS presented to a general hospital. *British Journal of Psychiatry* 182, 537-542.
- Hjelmeland H, Nordvik H, Bille-Brahe U et al. (2000). A cross-cultural study of suicide intent in parasuicide patients. *Suicide Life-Threat Behav* 30, 295-303.
- ISTAT (2012). *I suicidi in Italia: tendenze e confronti, come usare le statistiche*.
- Ivanoff A (1989). Identifying psychological correlates of suicidal behavior in jail and detention facilities. *Psychiatric Quarterly* 60, 73-84.
- Kreitman N (1977). *Parasuicide*. Wiley, New York.
- Levi F, La Vecchia C, Lucchini F, Negri E, Safena S, Maulik PK et al. (2003). Trends in mortality from suicide, 1965-99. *Acta Psychiatr Scand* 108, 341-9.
- Mayo DJ (1992). What is being predicted? The definition of "suicide". In RW Maris, AL Berman, JT Maltzberger & RI Yufit (Eds) *Assessment and prediction of suicide*, pp. 88-101. Guilford, New York.
- Meneghel B, Corinto B, Pavan C, Pavan L (2004). Epidemiologia del tentativo di suicidio e dell'ideazione suicidaria. *Noos aggiornamenti in psichiatria* 4, 247-256.
- Menninger K (1938). *Man against himself*. Harcourt, Brace & World, New York.
- Moscicki EK (1995). Epidemiology of suicidal behaviour. *Suicide Life-Threat Behav* 25, 22-35.
- National Strategy For Suicide Prevention (2001). *Goals and Objectives for Action*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman MM (1996). Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 26, 237-252.
- Pavan L (1991). Suicidio. In *Trattato Italiano di Psichiatria*. 2° ed., Masson, Milano, pp. 2393-422.
- Rosenberg ML, Davidson LE, Smith JC, Berman AL, Buzbee H, Gantner G et al. (1988). Operational criteria for the determination of suicide. *Journal of Forensic Sciences* 32, 1445-1455.
- Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D et al. (1996). Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the OMS/EURO Multicentre Study of Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*, 93, 327-38.
- Schneidman ES (1985). *Definition of suicide*. John Wiley & Sons, New York.
- Scocco P et al. (2008). Prevalence of suicide ideation, plans, and attempts and related risk factors in Italy: Results from the European Study on the Epidemiology of Mental Disorders-World Mental Health study. *Comprehensive Psychiatry* 49, 13-21.
- Silverman MM (2006). Suicide & Life – Threatening Behavior. *ProQuest Psychology Journals* 36, 5, 519.
- Silverman MM, Maris RW (1995). The prevention of suicidal behaviors: An overview. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 36, 296-301.
- Welch SS (2001). A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatr Serv* 52, 368-75.
- World Health Organization (1986). *Summary report: Working group in preventive practice and attempted suicide*. OMS Regional Office for Europe, Copenhagen.
- World Health Organization (1998). *Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders*. Suicide. Author, Geneva.
- World Health Organization (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. http://apps.OMS.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1