

I SUICIDI IN ITALIA: TENDENZE E CONFRONTI, COME USARE LE STATISTICHE

■ Le statistiche sui suicidi vanno analizzate tenendo presente alcune importanti avvertenze.

■ Le statistiche prodotte a livello internazionale sui suicidi possono sottostimare il fenomeno a causa, in primo luogo, della difficoltà a individuare il suicidio come causa di morte. In base alla letteratura internazionale, però, tale difficoltà non agisce in maniera selettiva sui diversi gruppi di popolazione e, quindi, non compromette l'utilizzabilità di queste statistiche, con le opportune cautele, per confronti nel tempo e nello spazio.

■ In secondo luogo, è estremamente difficile individuare i motivi che inducono il singolo individuo a togliersi la vita, a causa della natura multidimensionale del fenomeno.

■ L'Istat rileva i suicidi attraverso due indagini: una di fonte sanitaria su "Decessi e cause di morte", l'altra di fonte giudiziaria su "Suicidi e tentativi di suicidio". Da uno studio sulle due fonti risulta che l'indagine "Decessi e cause di morte" ha una migliore copertura del fenomeno: infatti, negli ultimi anni le statistiche di fonte giudiziaria registrano il 20-25% in meno di casi rispetto a quanto misurato dalla fonte sanitaria.

■ Per questo motivo, e per gli stringenti requisiti di qualità richiesti dai Regolamenti europei all'indagine di fonte sanitaria, d'ora in avanti l'Istat includerà nelle proprie pubblicazioni i dati sui suicidi provenienti esclusivamente dalla rilevazione sui "Decessi e cause di morte", come già avviene negli altri Paesi europei.

■ Fra i Paesi Ocse, l'Italia registra uno dei più bassi livelli di mortalità per suicidio. Tra il 1993 e il 2009 la mortalità è diminuita significativamente da 8,3 a 6,7 suicidi ogni centomila abitanti, con piccole variazioni su livelli storicamente bassi negli ultimi anni.

■ La propensione al suicidio è maggiore tra la popolazione maschile, oltre tre volte quella femminile, e cresce all'aumentare dell'età.

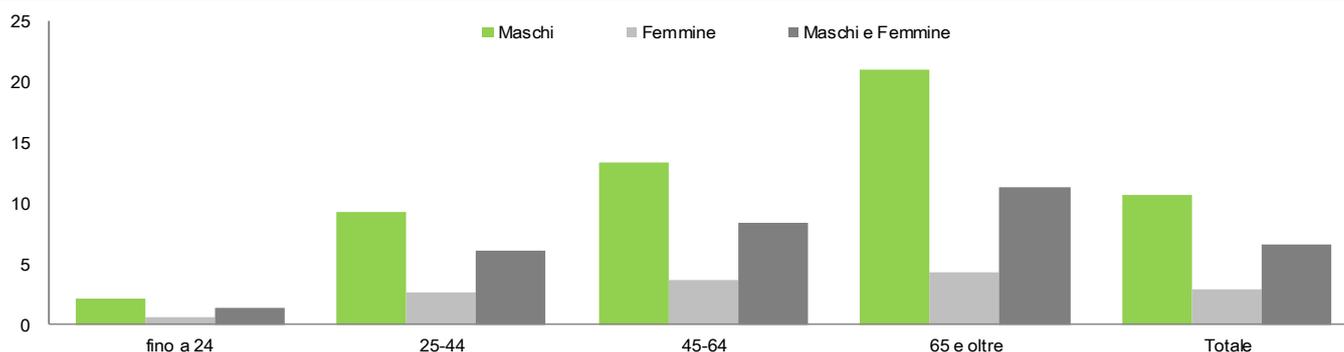
■ Nord-est e Nord-ovest sono le ripartizioni con i livelli di mortalità per suicidio più alti, il Centro e le Isole oscillano su valori prossimi alla media nazionale, mentre il Sud presenta valori nettamente inferiori.

■ L'analisi per livello di istruzione evidenzia una maggiore propensione al suicidio tra le persone con titoli di studio medio-bassi. Per tutti i titoli di studio la classe di età più anziana presenta sempre livelli più alti e la maggiore propensione al suicidio si ha fra le persone con un più basso livello di istruzione e un'età superiore ai 45 anni.

■ Le modalità di suicidio prevalenti sono: "Impiccagione e soffocamento" (52,1%) per gli uomini, "Precipitazione" (35,1%) e "Impiccagione e soffocamento" (33,4%) per le donne.

■ Si ricorda che il suicidio è un evento con una forte componente di emulazione ed è necessaria un'informazione responsabile da parte dei mezzi di informazione, come indicato nelle linee guida dell'OMS.

FIGURA 1. MORTALITÀ PER SUICIDIO PER GENERE E CLASSI DI ETÀ. Anno 2009, quozienti per 100.000 abitanti



Avvertenze per l'uso delle statistiche sui suicidi

Per l'Organizzazione Mondiale della Sanità la prevenzione del suicidio è una delle priorità di sanità pubblica da perseguire. Tuttavia, le statistiche su questo fenomeno soffrono di problemi di sottostima legati a una pluralità di fattori. In alcuni casi il suicidio, seppur riconosciuto come tale, non diviene visibile per la difficoltà a parlarne, per motivi di varia natura, da parte dei familiari.

Inoltre, ci sono casi che non vengono rilevati per la negligenza di chi dovrebbe stilare i rapporti, e altri che sfuggono alle rilevazioni perché il decesso viene attribuito ad altre cause. Suicidi di anziani che vivono da soli o in casa di riposo a volte possono venir considerati decessi dovuti a "morte improvvisa" o per "causa sconosciuta"; altri casi nei quali il suicidio non viene sempre riconosciuto come tale possono riguardare decessi dovuti apparentemente ad incidenti stradali, per decessi nelle carceri attribuibili ad episodi autolesionistici, ma senza la certezza della volontà di togliersi la vita, e per casi di overdose volontaria di tossicodipendenti.

La sottostima dipende, quindi, in larga parte dalla difficoltà a individuare il suicidio come causa di morte, la quale non agisce in maniera selettiva nei vari gruppi di popolazione, come dimostrato dalla letteratura internazionale¹. Per questo motivo essa non impedisce l'uso di queste statistiche, pur con le cautele ora evidenziate, per i confronti nel tempo e tra luoghi geografici diversi.

Il suicidio, inoltre, è un fenomeno di natura multidimensionale per quel che attiene le cause che spingono a compiere il gesto. Per questo motivo, anche quando i casi di suicidio vengono riconosciuti come tali e rilevati dalle indagini statistiche, importanti limiti permangono circa una corretta identificazione delle cause che hanno portato i singoli individui a togliersi la vita.

Confronti internazionali

Per i confronti internazionali si utilizza l'Indagine su "Decessi e cause di morte", che permette l'armonizzazione delle statistiche sui suicidi con quelle prodotte dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. L'analisi dei dati sui suicidi relativi ai principali paesi OCSE (Prospetto¹) mette in luce due aspetti: il primo riguarda la Grecia, che dal 1993 all'ultimo anno disponibile mostra i valori più bassi (mai oltre i 4 suicidi ogni centomila abitanti) tra tutti i paesi considerati; il secondo riguarda la tendenza decrescente che si manifesta in gran parte dei paesi, seppur negli ultimissimi anni si osservano leggeri aumenti che sarà necessario valutare sulla base degli ulteriori aggiornamenti.

Estonia, Ungheria, Slovenia e Finlandia presentano, nell'intero periodo considerato, i tassi più alti di suicidio; Accanto a questi paesi va segnalato il Giappone che, fra i paesi extra europei, mostra valori alti e un andamento prima crescente poi oscillante.

L'Italia è tra i paesi con i livelli più bassi di mortalità per suicidio e un trend negativo, passando dagli 8,0 decessi ogni centomila abitanti nel 1993, ai 5,9 nel 2009. Anche Regno Unito (7,7 nel 1993, 6,7 nel 2010) e Spagna (8,0 nel 1993, 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 a circa 16 negli ultimi anni, la Germania, da 15,2 scende a valori compresi tra 10 e 11 suicidi ogni centomila abitanti.

¹ M. Barbagli, "Congedarsi dal mondo", Il Mulino 2009

PROSPETTO 1. MORTALITÀ PER SUICIDIO. ALCUNI CONFRONTI INTERNAZIONALI, *tassi standardizzati per 100.000 abitanti*

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Austria	21,4	22,2	22,1	22,0	19,4	19,2	18,9	19,4	18,0	18,6	17,4	16,7	16,2	14,7	14,5	14,1	14,1	13,9
Belgio	21,3	21,0	21,1	19,6	20,9	19,6	17,8	-	-	-	-	18,4	18,6	-	-	-	-	-
Ceca, Repubblica	19,9	19,2	17,7	15,8	16,5	15,9	15,9	16,0	15,7	14,9	16,7	15,0	14,8	13,1	12,7	12,6	13,2	13,5
Danimarca	22,1	18,9	17,5	16,8	15,4	14,2	14,2	13,5	13,3	12,5	11,5	12,0	11,3	11,6	-	-	-	-
Estonia	40,8	43,6	42,7	41,0	38,5	35,2	34,7	27,6	29,8	27,3	24,9	23,9	19,8	17,4	18,3	17,3	19,3	15,8
Finlandia	27,4	27,2	26,9	24,0	25,5	23,5	23,1	22,1	22,8	20,7	20,1	20,0	18,3	19,6	18,2	19,0	18,9	17,3
Francia	21,6	21,0	20,4	19,4	19,0	18,0	17,5	18,2	17,5	17,6	17,8	17,5	17,1	16,5	15,8	16,1	-	-
Germania	15,2	15,2	15,3	14,4	14,4	13,6	12,9	12,8	12,8	12,7	12,6	12,0	11,4	10,7	10,2	10,3	10,3	10,8
Grecia	4,0	3,4	3,5	3,3	3,4	3,6	3,4	3,4	2,9	2,8	3,3	3,0	3,4	3,3	2,8	3,1	3,2	-
Irlanda	10,0	11,9	11,8	11,6	13,1	13,7	11,6	12,3	12,8	11,4	11,5	11,5	10,8	10,6	10,4	11,5	11,7	11,0
Islanda	10,9	10,2	10,7	13,5	13,7	11,3	11,4	18,1	12,8	10,3	9,8	12,5	11,5	10,8	12,0	12,4	11,8	-
Italia	8,0	7,7	7,7	7,8	7,7	7,4	6,7	6,7	6,5	6,5	6,4	-	-	5,6	5,7	5,8	5,9	-
Lussemburgo	16,1	18,8	15,2	17,5	19,6	15,1	17,4	14,7	17,4	19,5	11,1	14,3	10,7	14,1	16,8	9,2	11,3	-
Norvegia	13,7	12,4	12,7	11,8	12,3	12,5	13,4	12,3	12,4	11,0	11,1	11,8	11,6	11,5	10,5	10,6	11,9	11,2
Paesi Bassi	10,3	10,4	9,8	10,2	10,1	9,6	9,6	9,4	9,1	9,6	9,2	9,1	9,4	9,1	8,0	8,4	8,9	9,2
Polonia	15,8	15,4	15,2	14,9	-	-	15,3	15,6	15,4	15,5	15,2	15,6	15,5	14,8	13,4	14,4	16,3	15,9
Portogallo	8,1	7,9	8,2	6,7	6,2	5,4	5,3	5,0	7,2	11,3	10,6	-	-	-	8,9	9,0	8,9	9,3
Regno Unito	7,7	7,5	7,4	7,1	7,0	7,4	7,5	-	7,0	6,9	6,6	6,9	6,7	6,7	6,3	6,9	6,8	6,7
Slovacchia	15,4	14,3	15,1	13,5	12,9	13,1	13,6	14,2	13,4	13,8	14,2	12,5	12,6	-	-	10,7	10,8	11,3
Slovenia	32,2	32,1	29,0	31,1	30,0	30,9	29,7	29,3	28,6	26,1	27,1	24,0	23,6	24,6	19,9	18,6	20,0	18,6
Spagna	8,0	8,2	8,0	8,4	8,4	8,0	7,8	8,1	7,4	7,7	7,8	7,7	7,3	6,9	6,7	7,0	6,9	-
Svezia	15,6	14,8	15,1	13,9	13,4	13,6	13,5	12,4	13,0	12,9	12,0	12,4	13,1	12,7	11,9	12,2	12,9	11,7
Svizzera	20,2	21,3	20,1	20,1	18,7	19,0	17,7	18,7	18,0	19,0	16,6	16,6	16,6	16,5	16,9	-	-	-
Ungheria	37,4	36,6	33,8	34,2	32,2	32,1	33,8	33,0	29,1	27,8	27,1	26,5	25,2	23,4	23,3	23,4	23,3	-
Australia	11,9	13,1	12,2	13,5	14,5	14,1	13,3	12,6	12,8	11,9	10,9	10,6	-	8,3	-	-	-	-
Canada	13,3	13,0	13,4	13,3	12,3	12,2	13,2	11,5	11,7	11,5	11,7	11,0	11,2	10,5	10,6	10,7	11,1	-
Giappone	16,7	16,8	16,9	17,2	18,0	23,9	23,4	22,3	21,4	21,7	23,3	21,9	22,1	21,6	22,1	21,8	22,2	21,2
USA	12,6	12,5	12,4	12,1	11,9	11,7	11,1	10,8	11,1	11,3	11,1	11,3	11,2	11,3	11,7	-	-	-

Fonte: OCSE (Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico)

I suicidi in Italia

Nel periodo 1993-2009 (ultimo anno al momento disponibile), la mortalità è diminuita significativamente da 8,3 a 6,7 suicidi ogni centomila abitanti, con piccole variazioni su livelli storicamente bassi negli ultimi anni (i dati degli anni 2004 e 2005 non sono disponibili per causa di morte) (Prospetto 2).

Analizzando i quozienti per classe di età, risulta evidente come il fenomeno dei suicidi cresca all'aumentare dell'età: da 1,4 suicidi per centomila abitanti fra gli under25 si arriva a 6,1 tra i 25-44enni, 8,4 fra i 45-64enni fino a 11,3 fra gli ultra sessantacinquenni (Prospetto 2) che è otto volte più alta rispetto alla classe più giovane.

La composizione per sesso evidenzia la maggiore propensione dei maschi al suicidio, più di tre volte superiore a quella delle femmine. Il tasso più alto è raggiunto dagli uomini anziani con 21 per centomila abitanti.

PROSPETTO 2. DECESSI PER SUICIDIO IN ITALIA PER CLASSE DI ETÀ E GENERE.

Anni 1993-2009, quozienti per 100.000 abitanti

	classi di età (anni)														
	maschi					femmine					maschi e femmine				
	fino a 24	25-44	45-64	65 e oltre	totale	fino a 24	25-44	45-64	65 e oltre	totale	fino a 24	25-44	45-64	65 e oltre	totale
1993	3,9	11,9	15,7	30,4	12,9	0,9	3,1	5,5	8,4	4,1	2,4	7,5	10,5	17,4	8,3
1994	4,1	11,6	14,2	29,8	12,5	1,0	3,2	4,9	7,7	3,9	2,6	7,4	9,4	16,7	8,1
1995	3,9	11,3	14,5	30,0	12,6	0,8	3,1	5,2	7,8	3,9	2,4	7,2	9,7	16,9	8,1
1996	4,1	11,7	15,0	27,7	12,7	0,9	3,4	5,6	8,2	4,2	2,5	7,5	10,2	16,2	8,3
1997	4,3	11,4	14,9	29,8	13,0	1,0	3,4	4,8	7,4	3,9	2,7	7,4	9,7	16,6	8,3
1998	3,8	11,2	13,9	29,7	12,6	0,9	3,1	4,5	6,7	3,6	2,4	7,2	9,1	16,1	8,0
1999	3,3	10,6	12,3	25,8	11,4	0,9	3,0	4,3	6,1	3,5	2,1	6,8	8,2	14,2	7,3
2000	3,3	10,4	12,8	23,9	11,2	0,8	3,1	4,5	6,4	3,6	2,0	6,8	8,5	13,6	7,3
2001	3,2	10,3	12,7	23,8	11,2	0,7	2,8	4,5	5,8	3,4	1,9	6,5	8,5	13,2	7,1
2002	3,0	10,9	13,0	23,8	11,5	0,8	2,6	4,1	5,4	3,2	1,9	6,8	8,4	13,0	7,2
2003	2,8	10,3	12,5	23,6	11,1	0,6	3,0	4,2	5,8	3,4	1,8	6,7	8,2	13,2	7,1
2006	2,1	8,7	12,1	20,9	10,0	0,6	2,6	3,9	4,3	2,9	1,4	5,7	7,9	11,2	6,3
2007	2,5	8,6	12,0	21,1	10,1	0,6	2,6	3,6	4,5	2,9	1,6	5,6	7,7	11,5	6,4
2008	2,3	9,7	12,6	20,0	10,4	0,6	2,7	4,0	4,5	3,0	1,5	6,2	8,2	11,0	6,6
2009	2,1	9,3	13,4	21,0	10,7	0,6	2,7	3,7	4,3	2,9	1,4	6,1	8,4	11,3	6,7

Fonte: Istat, Indagine Decessi e cause di morte.

I dati degli anni 2004 e 2005 non sono disponibili per causa di morte.

PROSPETTO 3. DECESSI PER SUICIDIO IN ITALIA PER CLASSE DI ETÀ E GENERE. Anni 1993-2009, valori assoluti

	classi di età (anni)														
	maschi					femmine					maschi e femmine				
	fino a 24	25-44	45-64	65 e oltre	totale	fino a 24	25-44	45-64	65 e oltre	totale	fino a 24	25-44	45-64	65 e oltre	totale
1993	324	991	1.075	1.126	3.516	69	262	397	453	1.181	393	1.253	1.472	1.579	4.697
1994	335	972	975	1.129	3.411	82	265	355	423	1.125	417	1.237	1.330	1.552	4.536
1995	313	955	998	1.164	3.430	65	259	380	435	1.139	378	1.214	1.378	1.599	4.569
1996	322	995	1.039	1.102	3.458	71	288	404	468	1.231	393	1.283	1.443	1.570	4.689
1997	331	978	1.031	1.207	3.547	74	293	349	431	1.147	405	1.271	1.380	1.638	4.694
1998	289	974	961	1.224	3.448	68	265	326	397	1.056	357	1.239	1.287	1.621	4.504
1999	243	924	854	1.084	3.105	62	263	317	368	1.010	305	1.187	1.171	1.452	4.115
2000	239	910	891	1.022	3.062	53	269	329	395	1.046	292	1.179	1.220	1.417	4.108
2001	227	900	889	1.034	3.050	45	243	329	363	980	272	1.143	1.218	1.397	4.030
2002	214	960	916	1.055	3.145	52	228	302	342	924	266	1.188	1.218	1.397	4.069
2003	200	917	889	1.072	3.078	43	266	310	378	997	243	1.183	1.199	1.450	4.075
2006	149	788	887	1.017	2.842	41	229	296	293	859	190	1.017	1.183	1.310	3.701
2007	175	776	896	1.046	2.893	40	229	281	314	864	215	1.005	1.177	1.360	3.757
2008	163	870	959	1.005	2.999	39	234	318	316	907	202	1.104	1.277	1.321	3.906
2009	150	827	1.045	1.071	3.094	44	238	298	301	881	194	1.065	1.343	1.372	3.975

Fonte: Istat, Indagine Decessi e cause di morte.

I dati degli anni 2004 e 2005 non sono disponibili per causa di morte.

Rispetto all'inizio del periodo considerato, le fasce di popolazione per le quali si è avuta la diminuzione più significativa, quasi un dimezzamento del numero di suicidi ogni centomila abitanti, sono quelle dei maschi fino a 24 anni (da valori vicino a 4 per centomila nel 1993 a 2,1 nel 2009) e delle femmine ultrasessantacinquenni (da 8,4 a 4,3). Importanti riduzioni (quasi un terzo di suicidi in meno rispetto al valore di inizio periodo) si sono registrate anche tra le donne con meno di 24 anni (da 0,9 a 0,6 per centomila) e tra quelle comprese nella classe di età 45-64 anni (da 5,5 a 3,7), oltre che fra gli uomini over65, i quali pur rimanendo la classe di età più a rischio, passano da 30,4 a 21 suicidi per centomila abitanti, con un forte calo a partire dal 1999.

Fra i maschi, una tendenza all'aumento dei suicidi si è registrata negli ultimi anni soprattutto nella classe di età tra 45 e 64 anni.

Sotto il profilo territoriale, al Centro e al Nord i suicidi calano sensibilmente fra le donne, mentre per gli uomini l'andamento è piuttosto oscillante, soprattutto negli ultimi anni (Prospetto 4).

PROSPETTO 4. DECESSI PER SUICIDIO PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA E GENERE. Anni 1993-2009

Ripartizioni geografiche		1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2006	2007	2008	2009
VALORI ASSOLUTI																
Nord Ovest	m	1.049	983	977	1.058	1.044	985	851	829	860	884	847	771	801	830	918
	f	383	339	372	394	404	304	298	272	300	267	308	281	249	263	247
	mf	1.432	1.322	1.349	1.452	1.448	1.289	1.149	1.101	1.160	1.151	1.155	1.052	1.050	1.093	1.165
Nord Est	m	795	793	868	781	824	843	734	761	748	764	693	657	665	672	704
	f	289	283	257	294	253	240	258	280	229	222	252	208	212	232	201
	mf	1.084	1.076	1.125	1.075	1.077	1.083	992	1.041	977	986	945	865	877	904	905
Centro	m	692	665	665	637	654	626	627	624	619	586	589	566	558	589	598
	f	232	219	213	243	210	208	193	219	194	169	195	148	166	163	178
	mf	924	884	878	880	864	834	820	843	813	755	784	714	724	752	776
Sud	m	558	542	530	569	598	583	507	489	476	524	538	501	513	547	525
	f	176	165	177	174	184	188	172	181	173	174	150	148	158	156	161
	mf	734	707	707	743	782	771	679	670	649	698	688	649	671	703	686
Isole	m	422	428	390	413	427	411	386	359	347	387	411	347	356	361	349
	f	101	119	120	126	96	116	89	94	84	92	92	74	79	93	94
	mf	523	547	510	539	523	527	475	453	431	479	503	421	435	454	443
Italia	m	3.516	3.411	3.430	3.458	3.547	3.448	3.105	3.062	3.050	3.145	3.078	2.842	2.893	2.999	3.094
	f	1.181	1.125	1.139	1.231	1.147	1.056	1.010	1.046	980	924	997	859	864	907	881
	mf	4.697	4.536	4.569	4.689	4.694	4.504	4.115	4.108	4.030	4.069	4.075	3.701	3.757	3.906	3.975
QUOZIENTI (per 100.000 abitanti)																
Nord Ovest	m	14,7	13,8	13,7	14,9	14,7	13,8	12,0	11,6	12,1	12,3	11,7	10,3	10,6	10,9	11,9
	f	5,0	4,4	4,9	5,2	5,3	4,0	3,9	3,6	3,9	3,5	4,0	3,5	3,1	3,3	3,0
	mf	9,7	8,9	9,1	9,8	9,8	8,7	7,8	7,4	7,8	7,7	7,7	6,8	6,7	7,0	7,4
Nord Est	m	16,0	15,9	17,4	15,6	16,5	16,8	14,5	15,0	14,7	14,9	13,3	12,2	12,2	12,2	12,7
	f	5,4	5,3	4,8	5,5	4,7	4,5	4,8	5,2	4,2	4,1	4,6	3,7	3,7	4,0	3,4
	mf	10,5	10,5	10,9	10,4	10,4	10,4	9,5	9,9	9,3	9,3	8,8	7,8	7,9	8,0	7,9
Centro	m	13,2	12,7	12,7	12,2	12,6	12,0	12,1	12,0	11,9	11,2	11,2	10,4	10,1	10,5	10,6
	f	4,1	3,9	3,8	4,3	3,8	3,7	3,4	3,9	3,5	3,0	3,4	2,5	2,8	2,7	2,9
	mf	8,5	8,2	8,1	8,1	8,0	7,7	7,6	7,8	7,5	7,0	7,2	6,3	6,3	6,5	6,6
Sud	m	8,3	8,0	7,8	8,4	8,8	8,6	7,5	7,3	7,1	7,8	8,0	7,4	7,6	8,0	7,7
	f	2,5	2,3	2,5	2,5	2,6	2,6	2,4	2,6	2,4	2,5	2,1	2,1	2,2	2,2	2,2
	mf	5,3	5,1	5,1	5,4	5,6	5,6	4,9	4,9	4,7	5,1	5,0	4,7	4,8	5,0	4,9
Isole	m	13,2	13,4	12,2	12,9	13,3	12,8	12,1	11,3	10,9	12,2	12,9	10,8	11,1	11,2	10,8
	f	3,0	3,5	3,6	3,7	2,8	3,4	2,6	2,8	2,5	2,7	2,7	2,2	2,3	2,7	2,7
	mf	8,0	8,3	7,7	8,2	7,9	8,0	7,2	6,9	6,6	7,3	7,7	6,4	6,6	6,8	6,7
Italia	m	12,9	12,5	12,6	12,7	13,0	12,6	11,4	11,2	11,2	11,5	11,1	10,0	10,1	10,4	10,7
	f	4,1	3,9	3,9	4,2	3,9	3,6	3,5	3,6	3,4	3,2	3,4	2,9	2,9	3,0	2,9
	mf	8,3	8,1	8,1	8,3	8,3	8,0	7,3	7,3	7,1	7,2	7,1	6,3	6,4	6,6	6,7

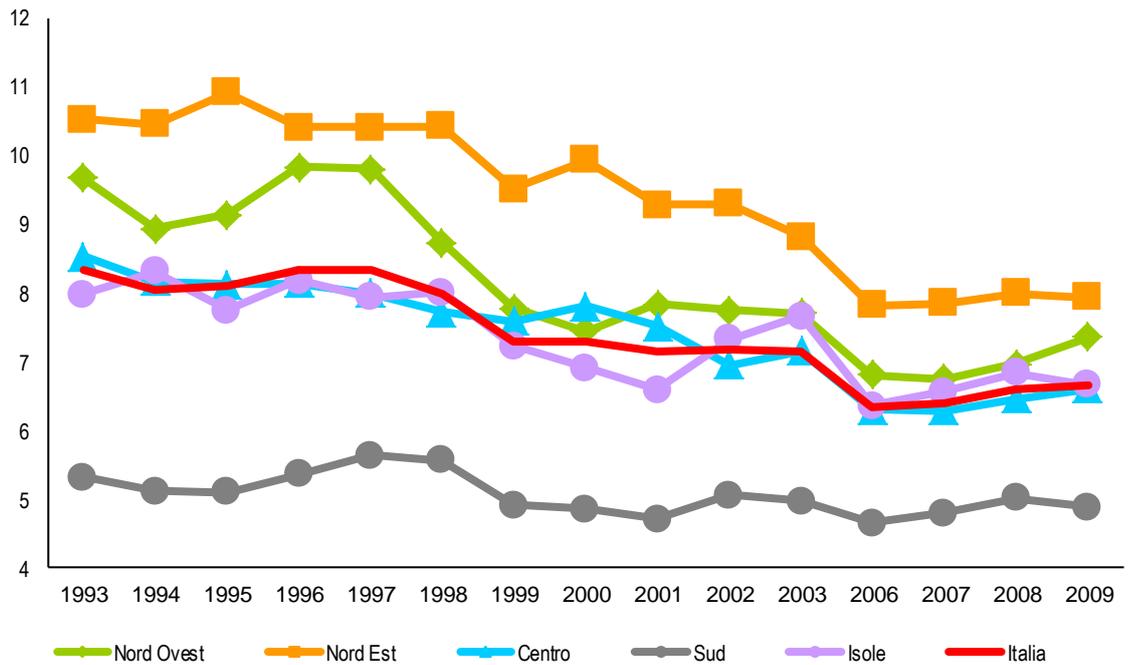
Fonte: Istat, Indagine Decessi e cause di morte.

I dati degli anni 2004 e 2005 non sono disponibili per causa di morte.

La diversa intensità con cui la mortalità per suicidio decresce, più marcata nelle ripartizioni geografiche con valori di partenza più elevati e meno marcata nelle altre, ha provocato un generale avvicinamento dei livelli di mortalità. Il Nord Est e il Nord Ovest si confermano le ripartizioni con i livelli di mortalità più alti, il Centro e le Isole oscillano su valori prossimi alla media nazionale, il Sud rimane su valori nettamente inferiori al resto del Paese. È interessante rilevare che il tasso più basso rilevato per il Sud è dovuto soprattutto alla minore propensione al suicidio dei maschi residenti in questa area.

FIGURA 2. MORTALITÀ PER SUICIDIO PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA.

Anni 1993-2009, quozienti per 100.000 abitanti

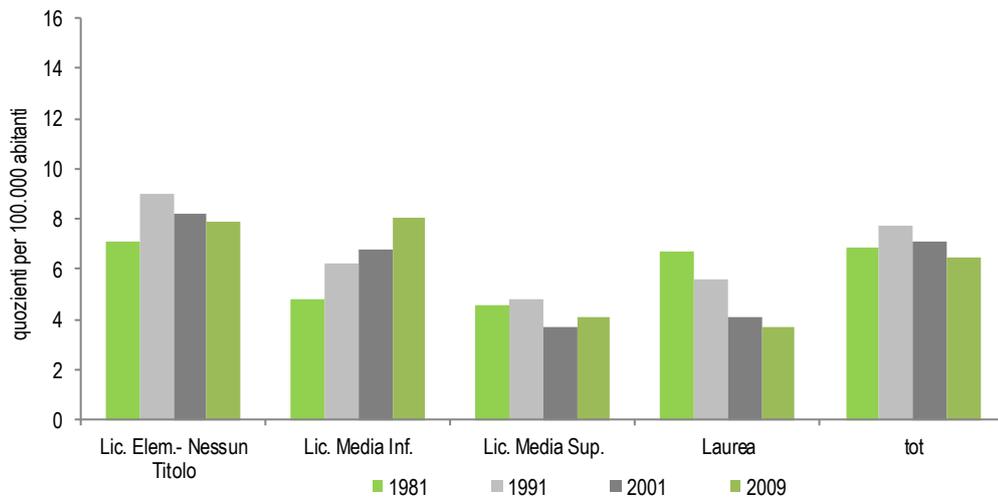


Fonte: Istat, Indagine Decessi e cause di morte.
I dati degli anni 2004 e 2005 non sono disponibili per causa di morte.

L'istruzione è la variabile più importante relativamente allo status delle persone per l'analisi dei decessi, anche perché la condizione rispetto al lavoro presenta un'alta percentuale di mancate risposte, che si è anche modificata negli anni rendendo più difficili i confronti. E' pertanto interessante analizzare l'andamento dei suicidi in relazione ai titoli di studio utilizzando i tassi degli anni degli ultimi censimenti (escluso il 2011 per il quale non si dispone, ad oggi, del dato di mortalità per causa) e il valore stimato per il 2009².

² La ricostruzione è per gli anni 1981, 1991 e 2001 è stata realizzata da M. Barbagli in "Congedarsi dal mondo", Il Mulino 2009 su dati Istat; il valore più recente è frutto di una stima elaborata a partire dai dati censuari e dai dati della Rilevazione sulle forze di lavoro.

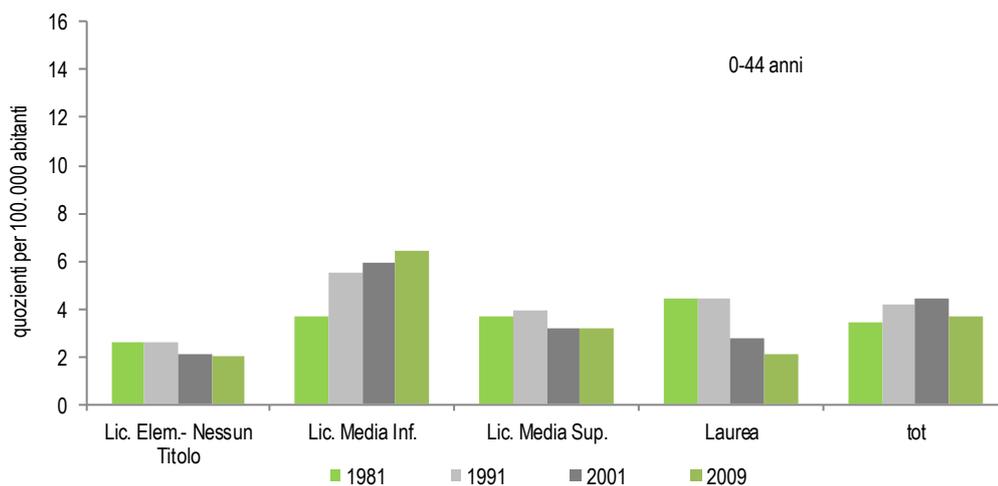
FIGURA 3. MORTALITÀ PER SUICIDIO PER ANNO E TITOLO DI STUDIO. Quoziente per 100.000 abitanti



Fonte: Istat

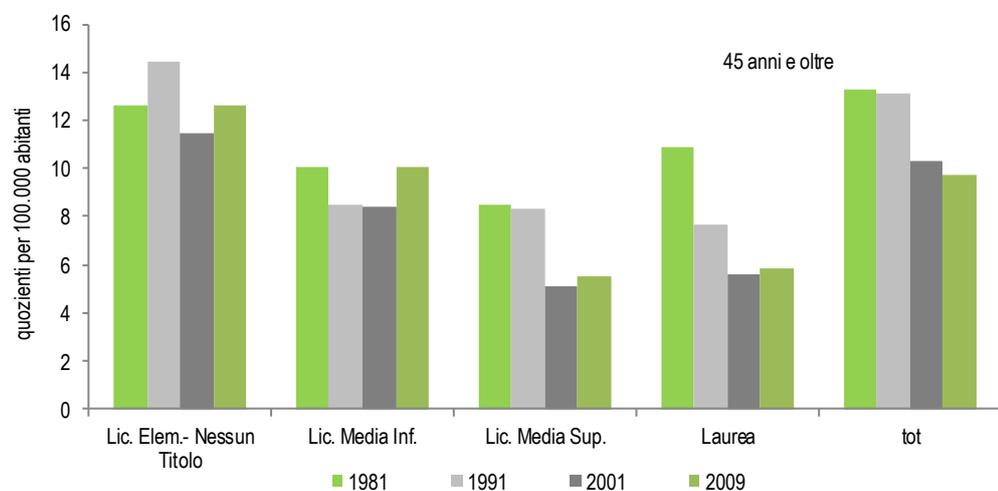
FIGURA 4. MORTALITÀ PER SUICIDIO PER ANNO E TITOLO DI STUDIO.

Classe di età 0-44 anni, quoziente per 100.000 abitanti



Fonte: Istat

FIGURA 5. MORTALITÀ PER SUICIDIO PER ANNO E TITOLO DI STUDIO. Classe di età 45 anni e oltre



Fonte: Istat

La propensione al suicidio è maggiormente elevata tra le persone con titoli di studio medio-bassi.

Il trend dei suicidi risulta in declino tra i laureati, mentre nelle persone con licenza di scuola media inferiore si riscontra un andamento crescente. Per gli altri due livelli del titolo di studio i tassi di mortalità oscillano nel periodo considerato.

Per tutti i titoli di studio la classe di età più anziana presenta livelli più alti; in particolare, risulta una maggiore propensione al suicidio fra le persone con un più basso livello di istruzione e con un'età superiore ai 45 anni. Nelle fasce di età considerate (0-44 anni e 45 anni e oltre) la relazione nel tempo tra propensione al suicidio e titolo di studio registra andamenti diversi, in entrambi i casi non emerge un trend lineare al variare del livello di istruzione.

Guardando le modalità con le quali si ricorre al suicidio, l'“Impiccagione e soffocamento” è quella più diffusa fra gli uomini (negli ultimi anni riguarda più di un caso su due), seguita da “Arma da fuoco e esplosivi” e “Precipitazione” (rispettivamente 15% e 16,6% nel 2009); le donne invece utilizzano più frequentemente le modalità “Precipitazione” (35,1% nel 2009), “Impiccagione e soffocamento” (33,4%) e “Avvelenamento” (12,1%).

Fra il 1993 e il 2009 risultano in sensibile diminuzione le modalità “Avvelenamento” tra gli uomini e “Annegamento” tra le donne, mentre dal 2003, con l'introduzione della nuova versione della Classificazione internazionale delle malattie (ICD) sviluppata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), e delle nuove procedure di codifica adottate dall'Istat, si è registrato un forte aumento dei casi di “Mezzo o modo non specificato”.

PROSPETTO 5. DECESSI PER SUICIDIO IN ITALIA PER MEZZO O MODO DELL'AUTOLESIONE. Maschi. Anni 1993-2009

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2006	2007	2008	2009
VALORI ASSOLUTI															
Avvelenamento con sost. sol., liq. e gas	474	392	442	454	369	333	301	302	256	224	217	175	161	184	180
Impiccagione e soffocamento	1.399	1.487	1.491	1.570	1.683	1.595	1.414	1.411	1.504	1.537	1.490	1.446	1.476	1.500	1.613
Annegamento	150	165	132	179	159	141	128	117	122	121	102	102	99	118	91
Arma da fuoco e esplosivi	668	613	605	550	599	617	593	573	515	570	509	447	436	457	463
Scontro con veicoli a motore	99	102	113	96	84	107	104	91	94	84	90	64	84	94	73
Fuoco e oggetti molto caldi	-	-	1	1	-	1	-	1	-	-	32	19	35	36	21
Arma da taglio	71	66	57	47	47	58	55	48	46	60	65	76	68	61	78
Precipitazione	623	567	551	525	568	545	481	493	485	518	510	462	485	489	513
Postumi e sequele di autolesione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Mezzo o modo non specificato	32	19	38	36	38	51	29	26	28	31	63	51	49	58	59
Totale	3.516	3.411	3.430	3.458	3.547	3.448	3.105	3.062	3.050	3.145	3.078	2.842	2.893	2.999	3.094
COMPOSIZIONE PERCENTUALE															
Avvelenamento con sost. sol., liq. e gas	13,5	11,5	12,9	13,1	10,4	9,7	9,7	9,9	8,4	7,1	7,1	6,2	5,6	6,1	5,8
Impiccagione e soffocamento	39,8	43,6	43,5	45,4	47,4	46,3	45,5	46,1	49,3	48,9	48,4	50,9	51,0	50,0	52,1
Annegamento	4,3	4,8	3,8	5,2	4,5	4,1	4,1	3,8	4,0	3,8	3,3	3,6	3,4	3,9	2,9
Arma da fuoco e esplosivi	19,0	18,0	17,6	15,9	16,9	17,9	19,1	18,7	16,9	18,1	16,5	15,7	15,1	15,2	15,0
Scontro con veicoli a motore	2,8	3,0	3,3	2,8	2,4	3,1	3,3	3,0	3,1	2,7	2,9	2,3	2,9	3,1	2,4
Fuoco e oggetti molto caldi	-	-	-	..	-	..	-	-	1,0	0,7	1,2	1,2	0,7
Arma da taglio	2,0	1,9	1,7	1,4	1,3	1,7	1,8	1,6	1,5	1,9	2,1	2,7	2,4	2,0	2,5
Precipitazione	17,7	16,6	16,1	15,2	16,0	15,8	15,5	16,1	15,9	16,5	16,6	16,3	16,8	16,3	16,6
Postumi e sequele di autolesione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1
Mezzo o modo non specificato	0,9	0,6	1,1	1,0	1,1	1,5	0,9	0,8	0,9	1,0	2,0	1,8	1,7	1,9	1,9
Totale	100														

I dati degli anni 2004 e 2005 non sono disponibili per causa di morte.

Fonte: Istat, Indagine Decessi e cause di morte.

PROSPETTO 6. DECESSI PER SUICIDIO IN ITALIA PER MEZZO O MODO DELL'AUTOLESIONE. Femmine. Anni 1993-2009

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2006	2007	2008	2009
VALORI ASSOLUTI															
Avvelenamento con sost. sol., liq. e gas	144	146	152	148	148	107	112	96	102	83	105	97	75	85	107
Impiccagione e soffocamento	314	334	335	365	345	331	308	307	313	272	296	265	269	297	294
Annegamento	145	121	126	131	137	124	106	108	93	91	98	72	73	71	68
Arma da fuoco e esplosivi	40	35	31	35	27	31	21	41	27	33	31	14	27	21	23
Scontro con veicoli a motore	28	29	41	36	37	41	24	38	24	39	37	25	42	45	32
Fuoco e oggetti molto caldi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16	15	9	7	15
Arma da taglio	18	8	17	18	16	12	12	21	17	12	14	22	12	20	13
Precipitazione	476	439	421	482	422	389	414	418	388	380	369	326	326	343	309
Postumi e sequele di autolesione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Mezzo o modo non specificato	16	13	16	16	15	21	13	17	16	14	31	23	31	18	19
Totale	1.181	1.125	1.139	1.231	1.147	1.056	1.010	1.046	980	924	997	859	864	907	881
COMPOSIZIONE PERCENTUALE															
Avvelenamento con sost. sol., liq. e gas	12,2	13,0	13,3	12,0	12,9	10,1	11,1	9,2	10,4	9,0	10,5	11,3	8,7	9,4	12,1
Impiccagione e soffocamento	26,6	29,7	29,4	29,7	30,1	31,3	30,5	29,3	31,9	29,4	29,7	30,8	31,1	32,7	33,4
Annegamento	12,3	10,8	11,1	10,6	11,9	11,7	10,5	10,3	9,5	9,8	9,8	8,4	8,4	7,8	7,7
Arma da fuoco e esplosivi	3,4	3,1	2,7	2,8	2,4	2,9	2,1	3,9	2,8	3,6	3,1	1,6	3,1	2,3	2,6
Scontro con veicoli a motore	2,4	2,6	3,6	2,9	3,2	3,9	2,4	3,6	2,4	4,2	3,7	2,9	4,9	5,0	3,6
Fuoco e oggetti molto caldi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,6	1,7	1,0	0,8	1,7
Arma da taglio	1,5	0,7	1,5	1,5	1,4	1,1	1,2	2,0	1,7	1,3	1,4	2,6	1,4	2,2	1,5
Precipitazione	40,3	39,0	37,0	39,2	36,8	36,8	41,0	40,0	39,6	41,1	37,0	38,0	37,7	37,8	35,1
Postumi e sequele di autolesione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1
Mezzo o modo non specificato	1,4	1,2	1,4	1,3	1,3	2,0	1,3	1,6	1,6	1,5	3,1	2,7	3,6	2,0	2,2
Totale	100	100	100	100	100	100	100	100							

I dati degli anni 2004 e 2005 non sono disponibili per causa di morte.

Fonte: Istat, Indagine Decessi e cause di morte.

Confronto tra fonti diverse

A livello internazionale, le rilevazioni statistiche sulle cause di morte, seppure con le dovute differenze tra i vari Paesi, vertono su due pilastri condivisi: i certificati di morte, sui quali i medici devono riportare le informazioni sanitarie che hanno portato al decesso, e il sistema di codifica delle cause di morte basato sulla Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD), rilasciata dall'OMS.

La condivisione di un modello di rilevazione, realizzato a partire da un sistema di regole per la codifica della causa di morte, è fondamentale per l'armonizzazione delle statistiche prodotte nei vari Paesi. La disponibilità, infine, di serie storiche che coprono un lungo periodo di tempo fanno di questa fonte la principale base per analisi sulla mortalità per causa.

In Italia, l'Istat rileva il fenomeno dei suicidi attraverso la rilevazione su "Decessi e cause di morte" e quella su "Suicidi e tentativi di suicidio". La prima è un'indagine totale che rileva informazioni di carattere sanitario e demo-sociale per tutti i decessi verificatisi sul territorio nazionale (popolazione presente); viene effettuata attraverso i modelli "Istat D4" e "Istat D4bis" sui quali il medico curante (o il necroscopo) deve indicare la sequenza morbosa che ha condotto al decesso e gli altri eventuali stati morbosi rilevanti. Il medico è tenuto, inoltre, a comunicare eventuali altre informazioni ottenute dopo la compilazione della scheda di morte, ad esempio tramite riscontri necroscopici che modificano o individuano con certezza la causa iniziale di morte o il tipo di lesione responsabile della morte.

L'Indagine deve rispondere ai requisiti di qualità richiesti dal Regolamento (Ce) N.1338/2008 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 16 Dicembre 2008, relativo alle Statistiche Comunitarie in materia di Sanità Pubblica e di Salute e Sicurezza sul luogo di Lavoro.

Il rispetto dei requisiti di copertura e di qualità del dato è garantito da un controllo capillare sul territorio del materiale pervenuto attraverso il confronto della numerosità dei dati individuali comunali con quanto riportato dagli stessi comuni sui modelli riepilogativi mensili (rilevazione mensile degli eventi demografici di stato civile); ciò permette di correggere informazioni presenti sulle schede di morte chiaramente errate e di recuperare quelle del tutto mancanti.

Le informazioni riportate dal medico vengono sottoposte a codifica ai fini della diffusione delle statistiche sulla mortalità. Queste fanno riferimento al concetto di causa iniziale di morte o, nel caso di morte violenta, alla modalità e alla lesione mortale, identificate tramite le regole di codifica emesse dall'OMS nella ICD. Il rilascio del dato di mortalità per causa deve avvenire, come prescritto dal citato Regolamento Europeo, entro 24 mesi dalla fine dell'anno di evento. Per le analisi sui suicidi si fa riferimento ai casi per i quali la modalità della lesione che ha causato il decesso sia riconducibile ad un "Autolesione intenzionale" (codici da "E950" a "E959" della IX revisione della ICD, in vigore fino ai dati relativi al 2002; codici da "X60" a "X84" e codice "Y870", della X revisione della ICD, utilizzata a partire dai dati del 2003).

La seconda indagine, quella su "Suicidi e tentativi di suicidio", basata su appositi modelli di rilevazione compilati dalle forze dell'ordine, viene effettuata attraverso i dati raccolti con il modello 173 da parte della Polizia di Stato, dell'Arma dei Carabinieri e della Guardia di Finanza. Le forze dell'ordine sono tenute a compilare tale modello desumendo le informazioni dal rapporto o verbale che devono trasmettere all'Autorità giudiziaria per denunciare l'ipotesi di reato di istigazione al suicidio. I dati vengono mensilmente inviati all'Istat, che li elabora e li pubblica annualmente.

Da uno studio avviato dall'Istat sulle due fonti è emerso che i dati non sempre sono coerenti tra loro. Fra il 1993 e il 2009, ad esempio, i decessi per suicidio rilevati attraverso la fonte giudiziaria sono passati da 4.119 a 2.986, mentre quelli da fonte sanitaria sono risultati 4.697 nel 1993 e 3.975 nel 2009 (Prospetto 4).

L'indagine "Suicidi e tentativi di suicidio" sottostima sistematicamente il fenomeno rispetto a quanto misurato da quella sulle cause di morte. Questa differenza, peraltro, non è costante nel tempo: si passa da un rapporto tra le due fonti pari all'87,7% nel 1993 a valori intorno al 75% negli anni successivi, con il picco negativo del 70% nel 2001; negli anni 2003 e 2006 il rapporto sale di nuovo a valori superiori all'80%, per poi riassetarsi intorno al 75% nel 2009. Non emergono particolari sottostime per sesso ed età (Prospetto 7).

PROSPETTO 7. DECESSI PER SUICIDIO PER GENERE, CONFRONTO TRA LE FONTI. Anni 1993-2010

	Indagine Decessi e cause di morte (a)			Indagine Suicidi e tentativi di suicidio (b)			Rapporto tra le due fonti (%) (b)/(a)		
	maschi	femmine	maschi e femmine	maschi	femmine	maschi e femmine	maschi	femmine	maschi e femmine
1993	3.516	1.181	4.697	3.108	1.011	4.119	88,4	85,6	87,7
1994	3.411	1.125	4.536	2.966	964	3.930	87,0	85,7	86,6
1995	3.430	1.139	4.569	2.926	985	3.911	85,3	86,5	85,6
1996	3.458	1.231	4.689	2.683	958	3.641	77,6	77,8	77,6
1997	3.547	1.147	4.694	2.615	844	3.459	73,7	73,6	73,7
1998	3.448	1.056	4.504	2.609	789	3.398	75,7	74,7	75,4
1999	3.105	1.010	4.115	2.258	753	3.011	72,7	74,6	73,2
2000	3.062	1.046	4.108	2.324	772	3.096	75,9	73,8	75,4
2001	3.050	980	4.030	2.117	702	2.819	69,4	71,6	70,0
2002	3.145	924	4.069	2.260	689	2.949	71,9	74,6	72,5
2003	3.078	997	4.075	2.526	835	3.361	82,1	83,8	82,5
2004	n.d.	n.d.	n.d.	2.507	758	3.265	-	-	-
2005	n.d.	n.d.	n.d.	2.192	700	2.892	-	-	-
2006	2.842	859	3.701	2.355	706	3.061	82,9	82,2	82,7
2007	2.893	864	3.757	2.210	657	2.867	76,4	76,0	76,3
2008	2.997	907	3.906	2.197	631	2.828	73,3	69,6	72,4
2009	3.091	880	3.975	2.343	643	2.986	75,8	73,1	75,1
2010	-	-	-	2.399	649	3.048	-	-	-

Fonte: Istat.

I dati dell'Indagine "Decessi e cause di morte" degli anni 2004 e 2005 non sono disponibili per causa di morte.

PROSPETTO 8. MORTALITÀ PER SUICIDIO IN ITALIA, CONFRONTO TRA LE FONTI. Anni 1993-2010, *quozienti per 100.000 abitanti*

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Indagine Decessi e cause di morte	8,3	8,1	8,1	8,3	8,3	8,0	7,3	7,3	7,1	7,2	7,1	-	-	6,3	6,4	6,6	6,7	-
Indagine Suicidi e tentativi di suicidio	7,3	7,0	6,9	6,5	6,1	6,0	5,3	5,5	5,0	5,2	5,9	5,7	5,0	5,2	4,9	4,7	5,0	5,0

Fonte: Istat.

I dati dell'Indagine "Decessi e cause di morte" degli anni 2004 e 2005 non sono disponibili per causa di morte.

L'analisi e il confronto delle due fonti nei casi di morte per suicidio evidenzia la migliore copertura del fenomeno da parte dell'Indagine "Decessi e cause di morte". Anche l'OMS fa riferimento a quest'ultima fonte per i confronti internazionali e per le analisi delle serie storiche delle statistiche sui suicidi, anche perché alla fonte giudiziaria sfuggono i casi di suicidio in cui il decesso si verifica a distanza di giorni dall'episodio che ha effettivamente causato la morte (tali casi vengono registrati come casi di "tentativo di suicidio") e che nelle statistiche di fonte giudiziaria non sono compresi molti casi di suicidio nelle carceri, fenomeno monitorato invece dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (D.A.P.).

D'altra parte, nel caso della fonte sanitaria, se il medico non indica chiaramente il tentativo di suicidio da parte del deceduto, il decesso, così come indicato dalle "Regole di codifica della causa di morte" della "Classificazione Internazionale delle Malattie", viene attribuito ad altre cause senza nessuna assunzione circa l'intento. E va anche detto che nei casi di suicidio rilevati da entrambe le indagini possono non coincidere le informazioni sulle principali caratteristiche socio-demografiche, a causa della diversa attenzione che è possibile dedicare alla loro raccolta da parte dei diversi soggetti coinvolti. Non sempre, infatti, le forze dell'ordine, in un caso, e l'ufficiale di stato civile, nel caso delle schede di morte, riescono ad avere accesso con la stessa accuratezza a queste informazioni.

Di fatto esiste una maggiore accuratezza in termini di copertura e monitoraggio per i dati rilevati con l'Indagine sui decessi e sulle cause di morte, date le raccomandazioni internazionali e la particolare cura con cui tale rilevazione viene svolta.

Per questi motivi l'Istat fornirà, d'ora in avanti, i dati sui suicidi utilizzando esclusivamente la rilevazione sui "Decessi e cause di morte", in quanto fonte più attendibile.

Utilizzando tale fonte si perde l'informazione sulla motivazione che ha portato al suicidio, ma va ricordato che essa risente di notevoli limiti dal punto di vista della produzione del dato statistico, dell'analisi e dell'interpretazione del fenomeno, in quanto non è possibile risalire con ragionevole attendibilità alla complessità di motivi che spingono una persona al suicidio. L'Istat considera tale informazione di minore qualità perché il suicidio è un fenomeno multidimensionale, in cui si intrecciano, nella individuazione delle cause e nella scelta delle modalità di esecuzione, fattori sia individuali che sociali. Per quanto riguarda l'individuazione delle motivazioni che hanno indotto al suicidio, infatti, in letteratura si ritiene che alla base di tale gesto vi sia una moltitudine di fattori concomitanti.

Si ribadisce quindi che, alla luce delle precedenti considerazioni, l'Indagine sui "Decessi e cause di morte", tenendo anche conto degli stringenti requisiti di qualità descritti e richiesti sia dall'OMS sia dai recenti regolamenti introdotti dalla Comunità Europea, è la fonte ufficiale più attendibile per le analisi del fenomeno dei suicidi in Italia.

Si ricorda infine che il suicidio è un evento con una forte componente di emulazione ed è pertanto assolutamente necessaria un'informazione responsabile da parte dei mezzi di informazione. Nel 2008 l'OMS, in collaborazione con l'associazione IASP (International Association for Suicide Prevention) ha emanato le linee guida per un corretto utilizzo del tema del suicidio da parte dei giornalisti: una serie di suggerimenti su come trattare i temi relativi ai suicidi evitando di alimentare effetti emulativi³.

³ http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_media.pdf