



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG



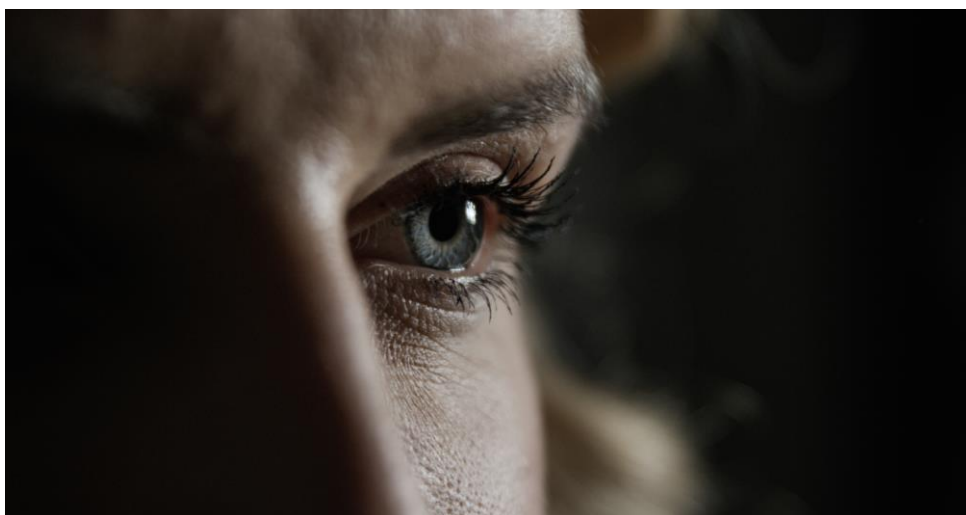
GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza Svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

La prevenzione del suicidio in Svizzera

Contesto, necessità di agire e piano d'azione



Im Rahmen der Bundesrätlichen Strategie

Gesundheit | Santé
Sanità | Sanadad **2020**

dialog ständige
nationale plattform
gesundheits von bund
politik und kantonen

Sigla editoriale

© Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) e fondazione Promozione Salute Svizzera

Redazione:

Esther Walter, Ufficio federale della sanità pubblica

Margreet Duetz Schmucki, Ufficio federale della sanità pubblica

Chantale Bürli, Ufficio federale della sanità pubblica (fino all'agosto del 2016)

Fabienne Amstad, fondazione Promozione Salute Svizzera

Adriana Haas, Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (fino al dicembre del 2015)

Daniela Schibli, Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (fino all'aprile del 2016)

Markus Kaufmann, Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (fino al novembre del 2016)

Editore: Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)

Data di pubblicazione: novembre 2016

Informazioni e ordinazione:

Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)

Unità di direzione politica della sanità

Divisione strategie della sanità

Casella postale, CH-3003 Berna

Telefono +41 (0)58 463 06 01

E-mail: gesundheitspolitik@bag.admin.ch

Internet: www.bag.admin.ch

Indice

1.	Sintesi.....	4
2.	Introduzione	6
2.1	Entità del fenomeno.....	6
2.2	Mandato politico e approccio	7
2.3	Definizioni e precisazioni concettuali	9
2.4	I costi sociali	10
3.	Gruppi di persone e metodi di suicidio	12
3.1	Introduzione e panoramica generale.....	12
3.2	Adolescenti e giovani adulti	14
3.3	Adulti	17
3.4	Persone anziane e molto anziane.....	19
3.5	Uomini e donne	21
3.6	Metodi di suicidio	23
3.7	Bilancio.....	27
4.	Il comportamento suicidario e i fattori che lo influenzano	28
4.1	Il comportamento suicidario	28
4.2	Fattori aggravanti.....	29
5.	La prevenzione del suicidio in Svizzera: attori e attività.....	31
5.1	Introduzione.....	31
5.2	Confederazione	31
5.3	Cantoni e Comuni.....	33
5.4	Fondazione Promozione Salute Svizzera	37
5.5	Organizzazioni non governative.....	38
6.	Piano d'azione prevenzione del suicidio in Svizzera	42
6.1	Mandato	42
6.2	Obiettivo	42
6.3	Obiettivi e misure.....	44
6.4	Attuazione	61
7.	Riferimenti bibliografici.....	63

1. Sintesi

Mandato	Nel 2014 il Parlamento ha adottato la mozione Ingold 11.3973 «Prevenzione del suicidio. Sfruttare maggiormente il margine di manovra a disposizione» ¹ che conferisce alla Confederazione l'incarico di presentare e attuare un piano d'azione per la prevenzione del suicidio. Il tema in questione riguarda tutta la società e chiama in causa numerosi attori della sanità.
Elaborazione congiunta	Pertanto la Confederazione ha esaminato un piano d'azione per la prevenzione del suicidio nel quadro del «Dialogo sulla politica nazionale della sanità» ² , che ha incaricato l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), la Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) e la fondazione Promozione Salute Svizzera di elaborare congiuntamente tale piano d'azione. Nella stesura della prima bozza del piano sono stati coinvolti un centinaio di esperti, tra cui persone che hanno avuto esperienze dirette con la suicidalità ³ . Alla consultazione della primavera del 2016 hanno partecipato 130 attori della sanità e di altri settori della società. Il presente piano d'azione riprende raccomandazioni internazionali (Organizzazione mondiale della sanità OMS 2014; Zalsman et al. 2016; Mann et al. 2005) per programmi di prevenzione del suicidio e tiene conto del contesto svizzero.
Premessa	Il Piano d'azione prevenzione del suicidio in Svizzera si focalizza sui suicidi non assistiti. In materia di suicidi assistiti, la Confederazione e i Cantoni s'impegnano promuovendo la medicina palliativa (cfr. excursus a pag. 12). Tra il 1980 e il 2010 il tasso di suicidi non assistiti è nettamente diminuito in Svizzera, ma dal 2010 è rimasto stabile. Il tasso standardizzato per età era di 13,3 suicidi ogni 100 000 abitanti nel 2013⁴, dato che colloca la Svizzera nella fascia intermedia nel confronto a livello europeo (fig. 1, pag. 8). Ogni anno in Svizzera si suicidano un migliaio di persone e altre 10 000 ricevono cure mediche in seguito a un tentato suicidio.
Obiettivo	Il piano d'azione si prefigge di diminuire in maniera duratura il numero di suicidi non assistiti e di tentati suicidi. L'obiettivo è ridurre di circa il 25 % il numero di suicidi per 100 000 abitanti entro il 2030, vale a dire salvare la vita a 300 persone ogni anno.
Contenuto del piano d'azione	Molti atti suicidari sono compiuti da persone che si trovano in uno stato di grave malessere psichico. Il piano d'azione vuole contribuire a ridurre gli atti suicidari durante crisi da stress– spesso passeggiare –o in caso di malattie psichiche. Il Piano d'azione per la prevenzione del suicidio è articolato in dieci obiettivi (cfr. sotto); il capitolo 6 illustra il loro contesto attuale in Svizzera e le misure chiave che ne risultano. La procedura di consultazione relativa alla bozza del piano d'azione svoltasi nella primavera del 2016 ha evidenziato che in Svizzera ci sono già molti progetti validi nel campo della prevenzione del suicidio. L'attuazione

¹ <https://www.parlament.ch/it/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20113973> (consultato il 20.09.2016)

² Il «Dialogo sulla politica nazionale della sanità» è una piattaforma permanente attraverso la quale Confederazione e Cantoni discutono temi e compiti in materia di politica della sanità e stringono gli accordi necessari.
<https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/dialog-nationale-gesundheitspolitik-staendige-plattform-bund-kantonen.html> (consultato il 2.11.2016).

³ Il termine «suicidalità» denota tutti i pensieri, le pulsioni e gli atti che, in momenti di crisi da stress o a causa di malattie fisiche, mirano a darsi la morte volontaria (cfr. cap. 2.3).

⁴ Per il calcolo del tasso standardizzato per età ci si è basati sull'European Standard Population (ESP) 2010. L'Ufficio federale di statistica utilizza in parte tassi standardizzati per età basati sull'ESP del 1976: questo spiega le differenze nei tassi di suicidio pubblicati.

del piano d'azione consentirà di divulgare queste buone pratiche tra gli attori e di sfruttare le sinergie. I progetti sono realizzati principalmente da Cantoni, Comuni, fornitori di servizi e organizzazioni non governative.

Il piano d'azione definisce i seguenti obiettivi:

- rafforzare le risorse personali e sociali;
- sensibilizzare e informare sulla suicidalità;
- offrire aiuto rapido e facilmente accessibile (p. es. numero d'emergenza di Telefono Amico);
- individuare per tempo la suicidalità e intervenire tempestivamente (p. es. con offerte formative destinate ai professionisti sul modello dell'iniziativa «Faire face au risque suicidaire» [Affrontare il rischio di suicidio] promossa nella Svizzera francese);
- assistere con efficacia i soggetti suicidari nel loro processo di guarigione;
- ridurre gli atti suicidari rendendo più difficile l'accesso a mezzi e metodi letali;
- sostenere i superstiti e chi lavora sul campo (p. es. gruppi di autoaiuto per i superstiti, offerte per collaboratori);
- dare più spazio al tema della prevenzione del suicidio nei media e promuovere l'uso dei mezzi di comunicazione digitali a scopi preventivi;
- incentivare le attività di monitoraggio e ricerca;
- diffondere gli esempi di buone pratiche provenienti dalla Svizzera o dall'estero.

Per conseguire questi dieci obiettivi il piano d'azione individua 19 misure chiave (tab. 30, pag. 45). L'attuazione del piano d'azione comincerà nel 2017.

Attuazione
congiunta e
coordinata

La prevenzione del suicidio è una questione che interessa tutta la società. Per il successo del piano d'azione è imprescindibile l'impegno congiunto di Confederazione, Cantoni, Comuni, fornitori di prestazioni medico-sanitarie e ONG.

Le attività correlate all'attuazione del piano d'azione saranno elaborate congiuntamente dagli attori sotto forma di partenariati e realizzate in modo coordinato. Al riguardo il piano d'azione definisce un quadro di orientamento e azione comune. Le misure di attuazione, ove possibile, si basano su esempi nazionali e internazionali di buone pratiche.

La Confederazione (UFSP) sostiene gli attori – nei limiti delle attuali risorse umane – nell'attuazione del piano d'azione svolgendo un lavoro di contatto e coordinamento ed elaborando le basi conoscitive. Impegnandosi sul piano attuativo, la Confederazione utilizzerà in modo più efficace il margine di manovra nella prevenzione del suicidio, dando così seguito alla richiesta formulata nella mozione Ingold.

2. Introduzione

2.1 Entità del fenomeno

Tre suicidi al giorno	Nel 2014 in Svizzera sono morti suicidi (escluso il suicidio assistito) 754 uomini e 275 donne: ciò vuol dire due/tre suicidi al giorno e per esempio un numero quattro volte superiore ai decessi causati da incidenti stradali (Ufficio federale di statistica 2015b).
Da 20 a 30 tentati suicidi al giorno	Secondo le stime, in Svizzera si verificano ogni anno circa 10 000 tentati suicidi che richiedono un trattamento medico (Muheim et al. 2013; Steffen et al. 2011). Il dato reale potrebbe tuttavia essere più elevato, poiché molti tentati suicidi non sono riconosciuti come tali o dichiarati, e non vengono dunque presi in carico.
Storie personali complicate	Le persone si suicidano a ogni età: adolescenti, adulti, anziani e persone molto anziane. La maggior parte degli atti suicidari si verifica durante momenti di crisi da stress – il più delle volte passeggiare – o in caso di malattie psichiche. Dietro ogni suicidio o tentato suicidio si cela una storia personale: talvolta un lungo calvario, a volte una crisi di corta durata. Le cause possono essere molteplici: malattie psichiche come depressione, disturbi della personalità o dipendenze, solitudine, dolori cronici, una crisi esistenziale, una delusione amorosa, un sentimento di frustrazione o problemi finanziari. Il più delle volte emerge un quadro complesso di vari fattori interagenti. Una malattia psichica o un singolo evento non possono da soli spiegare un suicidio o un tentato suicidio.
Determinanti sociali	I suicidi non sono solo una questione privata e non riguardano unicamente il settore medico. La suicidalità ⁵ è determinata da importanti fattori sociali come la disoccupazione di lunga durata o un passato migratorio. Un'efficace prevenzione del suicidio deve tenere dunque conto anche delle circostanze esterne al settore della salute.
Il suicidio non è una decisione razionale	Gli atti suicidari sono raramente il frutto di decisioni ponderate e razionali e generalmente sono compiuti in situazioni di grave disagio psichico. Spesso il suicidio (o il tentato suicidio) è visto da chi lo compie come l'unica via d'uscita da una situazione che percepisce come intollerabile. Non essendoci ai suoi occhi altre alternative, non ha libertà di scelta: «Non ci si suicida per scelta, piuttosto per mancanza di alternative» ⁶ . In molti casi misure di prevenzione dalla comprovata efficacia come quelle descritte nel piano d'azione (cfr. cap. 6) offrono un'alternativa e dunque sono utili.
I suicidi sono evitabili	È molto diffusa la convinzione che sia impossibile far cambiare idea a chi vuole togliersi la vita e che presto o tardi chi pensa al suicidio troverà il modo di portarlo a termine. Tuttavia diversi studi mostrano che la maggior parte delle persone alle quali è stato impedito di compiere un gesto estremo in seguito non muoiono suicide. È accertato per esempio che delle 515 persone che sono state convinte a non gettarsi dal ponte del Golden Gate di San Francisco, appena il 5 % è morto suicida nei 26 anni successivi (Seiden 1978). Le persone scampate a un tentato suicidio sono di regola felici di essere sopravvissute.
La responsabilità della società	Aiutare le persone che attraversano una crisi suicidaria è un compito che spetta all'intera società e che richiede l'impegno di tutti: singoli cittadini, professionisti e responsabili politici.

⁵ Il termine «suicidalità» denota tutti i pensieri, le pulsioni e gli atti che, in momenti di crisi da stress o a causa di una malattia fisica, mirano a togliersi la vita volontariamente.

⁶ <http://www.stopsuicide.ch/site/accueil> (consultato il 20.09.2016)

Superstiti

Ogni suicidio provoca enormi sofferenze all'entourage più stretto, che presenta un rischio di suicidio maggiore (Aguirre e Slater 2010). L'assistenza ai superstiti rientra dunque nella prevenzione.

Estratto da: «Darüber reden» Perspektiven nach Suizid: Lyrik und Prosa von Hinterbliebenen⁷.

Poi nella sua vita fece irruzione questa frase: «È morto di un suicidio». L'aveva letta in un libro, e qualcosa le scattò dentro. Possibile che non avesse pensato, colto, notato, compreso, voluto dire niente? Che non avesse fatto nulla? Questa leggera riformulazione smorzò di colpo la sua disperazione. La rabbia si sopì e dovette fare una pausa per riflettere. Era morto di suicidio come si muore di un incidente d'auto o di un infarto cardiaco? Ovvero che per quanto anch'egli avesse forse la sua parte di responsabilità, era in fondo vittima più che artefice del suo destino? Perché era da qui che nasceva la sua collera, dal fatto di considerarlo l'artefice del gesto. E ora vedendo le cose sotto un'altra luce, le era più difficile rievocare quella furia presuntuosa. Ciò che le restava era il dolore.

Colse tutta la verità della teoria secondo cui nessuno mette fine alla propria vita di spontanea volontà, ma perché il dolore è talmente forte da rendere insopportabile il continuare a vivere. E capì che espressioni come «morte volontaria» o «morte auto-inflitta» non esprimono correttamente ciò che succede a una persona che muore di suicidio.

Questa frase cambiò il suo atteggiamento: tutt'a un tratto lei non era più parte dell'equazione. Non aveva più senso parlare di colpe, e lei non aveva più diritto di essere arrabbiata con lui, perché lui non aveva fatto nulla.

Miriam Frisenda

2.2 Mandato politico e approccio

Elaborare e attuare un piano d'azione

Adottando la mozione Ingold⁸, il Parlamento svizzero nel 2014 ha dato incarico al Consiglio federale di rafforzare la prevenzione del suicidio in tutta la Svizzera. La Confederazione è stata dunque incaricata di «presentare e attuare un piano d'azione per la prevenzione del suicidio».

Un approccio partecipativo

Su incarico del Dialogo sulla politica nazionale della sanità, UFSP, la Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) e la fondazione Promozione Salute Svizzera hanno elaborato congiuntamente un piano d'azione per la prevenzione del suicidio.

Nella stesura della prima bozza sono stati coinvolti circa 100 professionisti, in particolare:

- specialisti del campo medico e non medico;
- rappresentanti della Confederazione e dei Cantoni;
- responsabili di programmi di prevenzione del suicidio di altri Paesi europei e dell'OMS;
- persone con esperienze personali di suicidalità.

Alla consultazione relativa alla prima bozza del piano, svoltasi nella primavera del 2016, hanno partecipato 130 attori appartenenti e non al settore sanitario.

Obiettivo: ridurre il numero di suicidi

Il piano d'azione si focalizza sui suicidi non assistiti. In materia di suicidi assistiti, la Confederazione e i Cantoni s'impegnano promuovendo la medicina palliativa (cfr. excursus a pag. 12).

Tra il 1980 e il 2010 il tasso di suicidi non assistiti è nettamente diminuito, ma

⁷ Weisshaupt 2013. Per gentile concessione dell'autrice e dell'editore.

⁸ <http://www.parlament.ch/Curia/Vista/id=20113973> (consultato l'11.08.2016)

dal 2010 è rimasto stabile. Inoltre varia significativamente in base al sesso e all'età.

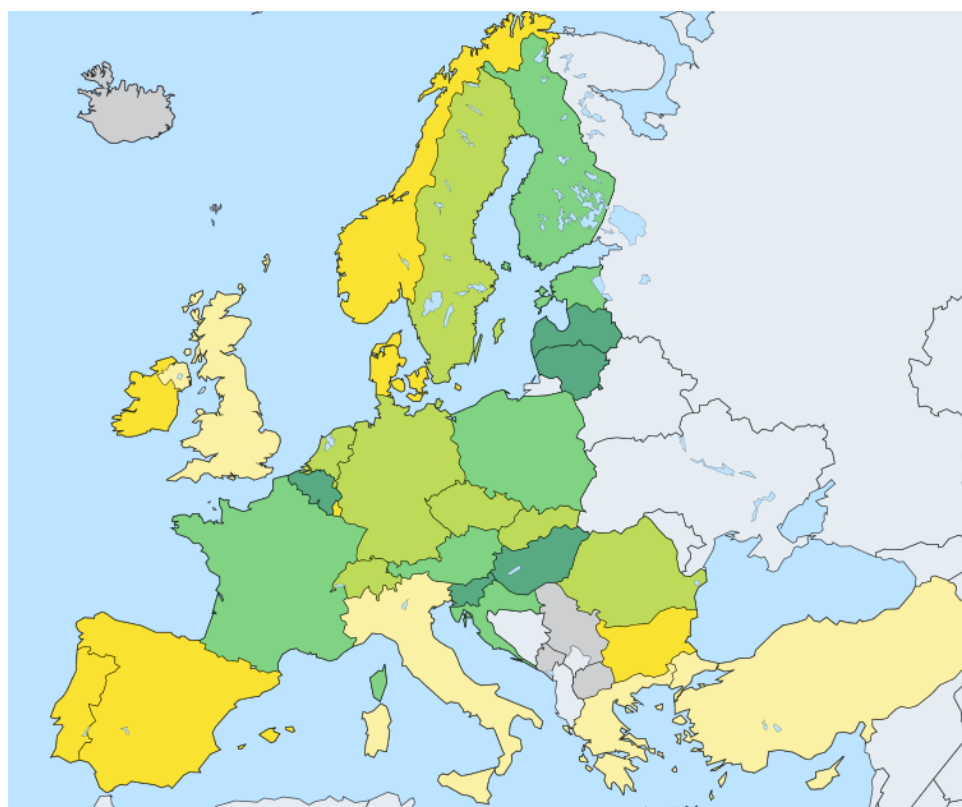
Nel 2013 il tasso di suicidi era di 13,3 per 100 000 abitanti, dato che colloca la Svizzera nella fascia intermedia rispetto agli altri Paesi europei (fig. 1).

1. Tasso di suicidi standardizzato per età ogni 100 000 abitanti

Legenda:

Decessi per
suicidio ogni
100 000 abitanti

	2.73 to 7.48
	7.48 to 11.28
	11.28 to 15.18
	15.18 to 16.96
	16.96 to 36.12



Fonte: eurostat⁹

Ogni anno in Svizzera si suicidano un migliaio di persone. Il piano d'azione si prefigge di diminuire in maniera duratura il numero di suicidi non assistiti e i tentati suicidi.

L'obiettivo è ridurre di circa il 25 % il numero di suicidi non assistiti ogni 100 000 abitanti entro il 2030, vale a dire salvare ogni anno la vita di circa 300 persone (Steck e Zwahlen 2016).

Attuazione

Per il successo del piano d'azione – che sarà attuato a partire dal 2017 – è imprescindibile l'impegno di Confederazione, Cantoni, Comuni, fornitori di prestazioni e ONG.

A livello federale, diversi dipartimenti e uffici sono competenti in materia di prevenzione del suicidio e sono chiamati a portare avanti il loro impegno. La Confederazione (UFSP) sostiene gli attori nell'attuazione del piano d'azione svolgendo lavoro di rete e coordinamento ed elaborando le basi conoscitive.

Anche i Cantoni si adoperano, con modalità e intensità diverse, nell'ambito della prevenzione del suicidio. Il loro impegno dovrebbe intensificarsi in futuro attraverso i programmi d'azione cantonali nel campo della salute mentale della fondazione Promozione Salute Svizzera, specialmente quelli incentrati sulla

prevenzione primaria del suicidio (promozione della salute mentale).

Nel quadro delle attività della Confederazione e dei Cantoni, la prevenzione del suicidio è collegata ad altre questioni di politica sociale e sanitaria (cfr. 5.2. Confederazione, pag. 31): sono dunque richiesti notevoli sforzi di coordinamento.

Le attività correlate all'attuazione del piano d'azione saranno elaborate congiuntamente dagli attori sotto forma di partenariati e realizzate in modo coordinato. A riguardo, il piano d'azione definisce un quadro orientativo e d'azione comune. Le misure di attuazione, ove possibile, si basano su esempi nazionali e internazionali di buone pratiche.

2.3 Definizioni e precisazioni concettuali

Suicidio	«Suicidio» deriva dal latino <i>sui caedere</i> che significa percuotersi, uccidersi. Il suicidio è dunque un'azione autodistruttiva, non una malattia (Organizzazione mondiale della sanità OMS 2014, pag. 12).
Infliggersi ferite...	Un atto suicidario ha come conseguenze lesioni gravi che provocano il decesso, nel caso di un suicidio portato a termine, o rimangono senza esito fatale nel caso di tentato suicidio. Comportamenti autodistruttivi di lunga durata, come per esempio l'anoressia o l'abuso di droghe, non sono considerati atti di lesione e quindi non sono forme di suicidio o di tentato suicidio.
... in modo intenzionale	Nella letteratura specialistica i suicidi sono classificati come «ferimenti intenzionali» (<i>intentional injuries</i>) in opposizione agli incidenti, che rientrano nei «ferimenti involontari» (<i>unintentional injuries</i> , per esempio incidenti stradali e cadute). Questa distinzione è contestata da alcuni esperti che considerano il suicidio come un incidente psichico (Ajdacic-Gross 2015).
Suicidalità	Con suicidalità s'intendono tutti i pensieri, le pulsioni e gli atti suicidari, dal desiderio di fare una «pausa» di vita (correndo il rischio di morire) al fatto di concepire il suicidio come una possibilità fino a pianificare un atto suicidario e a portarlo a compimento in modo mirato o impulsivo (Wolfersdorf 2008).
Tentato suicidio	Definire i tentati suicidi è ancora più difficile che definire i suicidi (Organizzazione mondiale della sanità 2016). I dati più significativi sulla materia ci provengono dalle segnalazioni dei medici. Negli studi multicentrici dell'OMS Europa condotti a Basilea e Berna (Steffen et al. 2011; Muheim et al. 2013) il tentato suicidio è definito come un «atto senza conseguenze mortali rappresentante un comportamento non abituale di un individuo che senza l'intervento di terzi provocherebbe un'autolesione o che consiste nell'assumere intenzionalmente una sostanza in dosi superiori a quelle prescritte o generalmente considerate come terapeutiche, con l'obiettivo di provocare cambiamenti attraverso le conseguenze attuali o attese» (Muheim et al. 2013, pag. 2).
Suicidi non assistiti	Il piano d'azione e gli obiettivi in esso formulati sono incentrati sui suicidi non assistiti, che nella statistica delle cause di morte dell'Ufficio federale di statistica (UST) sono qualificati come «suicidi». Nel presente rapporto il termine «suicidio» è generalmente usato per indicare i suicidi non assistiti.

2.4 I costi sociali

Suicidi: costi diretti e indiretti

I suicidi, considerati «decessi eccezionali», causano costi diretti e indiretti. I costi diretti comprendono spese mediche e non mediche, per esempio quelle legate alle indagini di polizia, a inchieste giudiziarie, a perizie medico-legali o ai lavori di pulizia. I suicidi sui binari ferroviari (suicidi ferroviari) provocano interruzioni di servizio con conseguenze finanziarie di ampia portata a causa di cancellazioni di treni e ritardi. L'assistenza e le cure alle persone coinvolte sul piano privato o professionale (famigliari, colleghi, categorie professionali direttamente implicate) comportano costi aggiuntivi. I parenti stretti hanno in alcuni casi diritto a prestazioni assicurative.

Nel caso dei suicidi consumati, i costi più ingenti sono tuttavia quelli indiretti, vale a dire quelli legati alla perdita di produttività e al reddito potenziale non percepito.

Anni potenziali di vita persi

In Svizzera i suicidi comportano ogni anno la perdita di circa 18 000 anni potenziali di vita (Ufficio federale di statistica 2013). È questo il numero di anni che le persone morte suicide avrebbero potuto vivere se non fossero decedute prima del loro 70° anno di vita. Parliamo dello stesso ordine di grandezza del numero di anni di vita persi a causa d'incidenti: queste due cause di morte rappresentano ciascuna il 13 % circa degli anni potenziali di vita persi in Svizzera.

Tentati suicidi: costi diretti

I tentati suicidi causano principalmente costi diretti legati alle cure e ai trattamenti medici. Uno studio condotto a Basilea ha calcolato i costi medici diretti dei tentati suicidi nel 2003 (Czernin et al. 2012), giungendo alla conclusione che ogni tentato suicidio genera in media costi pari a 19 000 franchi. Moltiplicando questo dato per i 10 000 tentati suicidi che ogni anno richiedono una presa in carico medica in Svizzera, i costi nazionali sono stimati a circa 200 milioni di franchi all'anno. Secondo lo studio, l'80 % dei costi era imputabile al 20 % dei casi. Gli autori ne deducono, dunque, che la prevenzione di un numero anche solo modesto di casi di suicidio può contribuire a ridurre i costi a carico della società.

Excursus

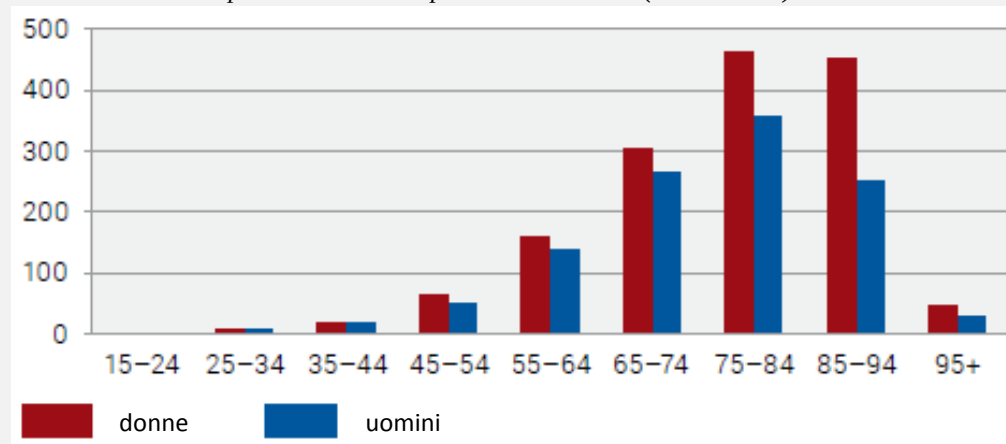
Suicidi assistiti

Secondo l'UST (Ufficio federale di statistica 2016), nel 2014 i casi registrati di suicidio assistito nella popolazione domiciliata in Svizzera sono stati 742, vale a dire l'1,2 % di tutti i decessi e il 26 % in più rispetto al precedente anno. Dal 2008 il numero di suicidi assistiti è aumentato ogni anno.

Al suicidio assistito ricorrono in prevalenza persone affette da gravi malattie fisiche. Nel 42 % dei casi la malattia iniziale dichiarata era il cancro, nel 14 % una malattia neurodegenerativa, nell'11 % una malattia cardiovascolare e nel 10 % una malattia dell'apparato locomotore (Ufficio federale di statistica 2016). Tra le altre malattie troviamo sindromi dolorose, la multimorbilità e altre patologie. La depressione è stata menzionata nel 3 % dei casi e la demenza è riscontrabile nello 0,8 % dei casi.

Nel periodo 2010-2014, il 94 % delle persone suicide aveva dai 55 anni in su (Ufficio federale di statistica 2016), 13 persone – ovvero lo 0,5 % dei casi di suicidi assistiti – avevano meno di 35 anni.

2. Suicidi assistiti per età e sesso nel periodo 2010-2014 (dati assoluti)



Fonte: Suicidio assistito e suicidio in Svizzera, UST 2016

Il Consiglio federale attua diverse misure per rafforzare l'autodeterminazione nella fase finale della vita, per esempio coordinando meglio la prevenzione e la diagnosi precoce delle malattie psichiche, attraverso la piattaforma Cure Palliative e garantendo un migliore coordinamento delle cure sanitarie. Il Consiglio federale segue inoltre con attenzione il Programma nazionale di ricerca «Fine della vita» (PNR 67), che si concluderà nel 2018, nonché i lavori di revisione delle direttive medico-etiche *Assistenza delle pazienti e dei pazienti terminali* intrapresi dall'Accademia svizzera delle scienze mediche (ASSM).

3. Gruppi di persone e metodi di suicidio

3.1 Introduzione e panoramica generale

Prevenzione del suicidio: a chi è rivolta?

Un sistema di prevenzione del suicidio efficace è attuabile solo se si chiariscono alcuni punti essenziali: a quali categorie di persone, distinte per età e sesso, deve rivolgersi primariamente la prevenzione del suicidio? Esistono, all'interno di queste categorie, fattori di rischio specifici del suicidio (o dei tentati suicidi)? Vengono usati metodi diversi per togliersi la vita?

Informazioni dettagliate su gruppi demografici e metodi suicidari sono riunite nei capitoli dal 3.2 al 3.6.

Condizione socioeconomica

La statistica delle cause di morte dell'UST non contiene indicatori affidabili sulla condizione socioeconomica delle persone suicide. Sono quindi utili gli studi che mettono in relazione la statistica delle cause di morte con i dati dei censimenti (cfr. Swiss National Cohort¹⁰). Dalle analisi emerge che nella fascia d'età 25-64 la mortalità per suicidio (non assistito) è più bassa nelle persone con una formazione terziaria rispetto a quelle con un livello d'istruzione inferiore, in particolare quelle che hanno terminato solo la scolarità obbligatoria. Il ruolo dell'istruzione e della formazione come fattore attenuante del rischio di suicidio è evidente sia nelle donne sia negli uomini di questa fascia d'età, e tendenzialmente è osservabile anche negli uomini sopra i 65 anni (Steck et al. 2016).

Tuttavia, anche le persone con un'ottima condizione socioeconomica sono a rischio di suicidalità: i medici – uomini e donne – presentano un tasso di suicidi superiore alla media della popolazione (Hostettler et al. 2012; Bovier et al. 2005).

Uomini e donne

Gli uomini suicidi sono nettamente più numerosi delle donne che decidono di togliersi la vita. Questa dissimmetria, riscontrabile in tutte le fasce d'età, è confermata da indicatori sia assoluti sia relativi (tab. 3 e fig. 4). I tentati suicidi sono invece più frequenti nelle donne. Nello studio multicentrico basilese sui tentati suicidi presi in carico dai medici (studio Monsue), due terzi dei soggetti erano donne, un terzo uomini (Muheim et al. 2013). Questa predominanza femminile era meno marcata nello studio multicentrico Monsue condotto a Berna (Steffen et al. 2011).

La prevenzione interessa tutte le fasce d'età

Su quali fasce d'età deve concentrarsi la prevenzione del suicidio? La risposta a questo interrogativo non dipende solo dall'indicatore selezionato, ma anche dalla decisione se si voglia porre l'accento sulla prevenzione dei suicidi o dei tentati suicidi.

Se si considera il *numero assoluto* di casi di suicidio, la prevenzione dovrebbe focalizzarsi sugli adulti di mezza età: questa fascia d'età (30-69 anni) registra l'incidenza più elevata (n.= 691, media del periodo 2009-2013). Il numero di casi è minore negli adolescenti e nei giovani adulti, da un lato, e nelle persone anziane e molto anziane, dall'altro (rispettivamente n.= 133 e n.= 227). Naturalmente con questo approccio il numero di anni considerati non è lo stesso per i vari gruppi target, ma dato che le misure di prevenzione sono spesso indirizzate a una fascia d'età specifica (p. es. nel contesto dei centri di formazione), è importante conoscere i dati assoluti per ciascun gruppo.

¹⁰ <http://www.swissnationalcohort.ch> (consultato il 20.09.2016)

In *termini relativi*, sono invece gli altri due gruppi a richiedere una particolare attenzione: adolescenti e giovani adulti per l'incidenza dei suicidi rispetto alle altre cause di morte (cfr. tab. 5), e persone anziane e molto anziane per il numero di suicidi ogni 100 000 abitanti della relativa fascia d'età (cfr. fig. 4). È tra gli adolescenti e i giovani adulti (16-29 anni) e tra le persone molto anziane (85 e più) che si registra inoltre il tasso più elevato di tentati suicidi (numero di tentativi per 100 000 abitanti della fascia d'età considerata) (Steffen et al. 2011).

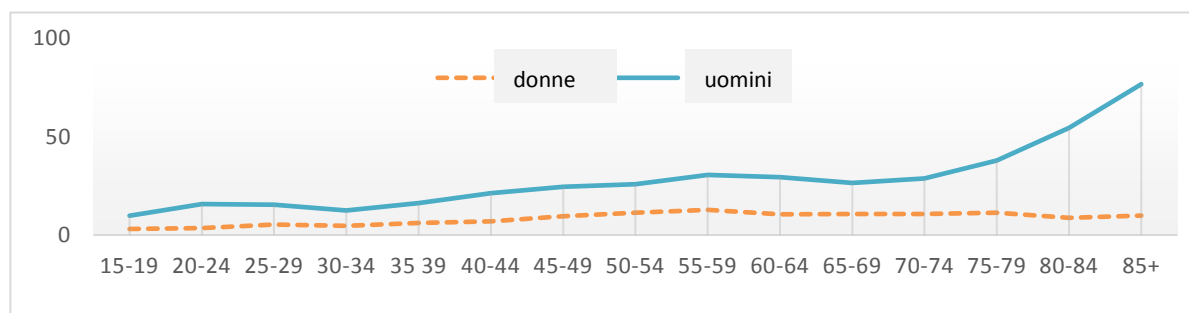
Evoluzione del tasso di suicidi Negli ultimi 20 anni il tasso di suicidi non assistiti è nettamente diminuito, ma dal 2010 è rimasto stabile. Il tasso di suicidi standardizzato per età (esclusi suicidi assistiti) era di 13,3¹¹ per 100 000 abitanti nel 2013 (uomini: 20,3; donne: 6,3) (Steck e Zwahlen 2016).

Pensieri suicidari Nella popolazione svizzera residente permanente, il 2 % dei giovani di età compresa tra 15 e 29 anni ha pensieri suicidari ogni giorno o ogni due giorni¹². Stiamo parlando di circa 30 000 giovani. L'1 % degli adulti (fascia 30-69 anni) e un buon 0,5 % delle persone dai 70 anni in su hanno pensieri suicidari almeno un giorno su due¹³.

3. Suicidi: dati assoluti (media del periodo 2009-2013)

Età	0-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90 +	Totale
Totale	32 3 %	101 10 %	110 10 %	201 19 %	215 20 %	165 16 %	118 11 %	88 8 %	21 2 %	1050 100 %
Uomini	25	79	80	148	151	118	83	70	16	769
Donne	7	22	30	53	64	47	35	18	5	281

4. Tasso di suicidi: numero di decessi per suicidio ogni 100 000 abitanti nella fascia di età considerata per donne e uomini (media del periodo 2009-2013)



5. Percentuale di suicidi sul totale dei decessi (media del periodo 2009-2013)

Età	0-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90 +	Totale
Totale	6 %	28 %	19 %	12 %	6 %	2 %	1 %	< 0,5 %	< 0,5 %	2 %
Uomini	8 %	31 %	22 %	14 %	7 %	3 %	1 %	1 %	< 0,5 %	3 %
Donne	3 %	22 %	15 %	9 %	5 %	2 %	1 %	< 0,5 %	< 0,5 %	1 %

Fonte delle figure / dei dati dei tre grafici precedenti: UST, Statistica delle cause di morte; analisi: UFSP 2015

¹¹ Per il calcolo dei tassi standardizzati per età ci si è basati sull'European Standard Population (ESP) 2010. L'UST utilizza in parte tassi standardizzati per età basati sull'ESP del 1976: questo spiega le differenze nei tassi di suicidio pubblicati.

¹² L'Indagine sulla salute in Svizzera 2012 includeva per la prima volta una domanda sui pensieri suicidari: «Nelle ultime 2 settimane, con quale frequenza ha pensato che sarebbe meglio morire o farsi del male in un modo o nell'altro?».

¹³ Va notato tuttavia che una percentuale elevata (15 %) di persone dai 75 anni in su non ha risposto alla domanda (*missing value*).

3.2 Adolescenti e giovani adulti

Un suicidio ogni tre giorni

Nel periodo 2009-2013, ogni anno in media 133 giovani (di meno di 30 anni, cfr. tab. 6) hanno messo fine ai loro giorni suicidandosi; 32 di loro non avevano ancora compiuto 20 anni. In entrambe le fasce d'età (meno e più di 20 anni), 8 su 10 erano maschi. Negli uomini di età compresa tra 20 e 29 anni, i suicidi rappresentano un terzo di tutti i decessi (cfr. tab. 5, pag. 13).

6. Suicidi di adolescenti e giovani adulti: media del periodo 2009-2013 (dati assoluti)

Età	0-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90 +	Totale
Totale suicidi	32	101	110	201	215	165	118	88	21	1050
Uomini	25	79	80	148	151	118	83	70	16	769
Donne	7	22	30	53	64	47	35	18	5	281

Fonte: UST, Statistica delle cause di morte; analisi: UFSP 2015

Elevato tasso di tentati suicidi

Tra gli adolescenti e i giovani adulti in Svizzera il tasso di tentati suicidi è nettamente più elevato che nelle altre fasce d'età (Muheim et al. 2013; Steffen et al. 2011).

Fattori di stress

Negli adulti la principale causa di suicidi o tentati suicidi sono le malattie psichiche; negli adolescenti e nei giovani adulti sono invece fattori di stress importanti come problemi relazionali o conflitti a scuola, sul luogo di formazione o al lavoro (Gysin-Maillart e Michel 2013). Non è tuttavia escluso che le malattie psichiche siano in realtà insufficientemente identificate e prese in carico soprattutto negli adolescenti (Steck et al., in press).

Problemi precedenti

Le difficoltà vissute nell'infanzia possono influire sulla suicidalità in fasi successive della vita. In un sondaggio tra reclute militari è emerso che negli uomini di 19 e 20 anni che a scuola erano stati facile bersaglio di derisioni o molestie o che avevano commesso atti di violenza a danno di terzi, i tentati suicidi erano 3, rispettivamente 1,5 volte più frequenti che nei giovani adulti che avevano avuto poche, o non avevano avuto, esperienze di aggressioni a scuola (Staubli e Killias 2011).

Segnali premonitori di una crisi

Negli adolescenti i cambiamenti di comportamento possono essere segnali predittivi deliberati o inconsapevoli di una situazione di crisi (Meister e Böckelmann 2015). Tra i segnali premonitori di una crisi si citano un improvviso calo del rendimento, abbattimento, irritazione, indifferenza, disimpegno sociale, rifiuto di andare a scuola, comportamento insolitamente rischioso o autodistruttivo. Occorre prestare particolare attenzione ai giovani silenziosi, introversi e che passano inosservati (Meister e Böckelmann 2015).

Solitudine

La mancanza di risorse sociali è un importante fattore predittivo di suicidi e tentati suicidi. Contrariamente a un'opinione molto diffusa, il sentimento di solitudine affligge più i giovani che le persone in età avanzata. In Svizzera un terzo dei giovani uomini e il 43 % delle giovani donne (15-34 anni) dichiarano di sentirsi talvolta soli (Schuler e Burla 2012). Giovani uomini e donne hanno meno spesso persone di fiducia a disposizione rispetto a chi è più anziano. Gli adolescenti che hanno tentato il suicidio evocano spesso la solitudine come fattore scatenante del loro gesto.

Impulsività

I giovani, specialmente giovani uomini, hanno la tendenza a mettere alla prova i limiti e ad agire in maniera impulsiva. Al contempo, però, fanno fatica a capire le conseguenze delle loro azioni, come per esempio l'irreversibilità del suicidio [Centre d'étude et de prévention du suicide (CEPS)]. Nella maggioranza dei casi i suicidi degli adolescenti sono «reazioni d'impulso», cioè il suicidio è la conseguenza di un atto impulsivo e non di una decisione volontaria deliberata (Meister e Böckelmann 2015).

LGBT e
intersessualità

LGBT è l'acronimo di «lesbiche, gay, bisessuali e transgender». Molti studi internazionali hanno messo in evidenza nelle persone LGBT una suicidalità e un tasso di suicidi più elevati che nelle persone eterosessuali (Organizzazione mondiale della sanità OMS 2014). Un recente studio condotto presso l'Università di Zurigo¹⁴ conferma questo assunto per i tentati suicidi in Svizzera (Wang et al. 2014), che negli adolescenti omosessuali e bisessuali risultano essere cinque volte più frequenti che negli adolescenti eterosessuali. Tre indagini nazionali su comportamenti suicidari e orientamento sessuale condotte nel 2002 avevano già fornito risultati analoghi (Wang et al. 2012).

Molti bambini piccoli il cui sesso non può essere stabilito in modo univoco sul piano biologico continuano a essere sottoposti come in passato a interventi chirurgici inutili ai quali non hanno acconsentito. Le sofferenze fisiche e psichiche che ne derivano possono provocare in età adolescenziale gravi crisi psicosociali che conducono anche al suicidio¹⁵.

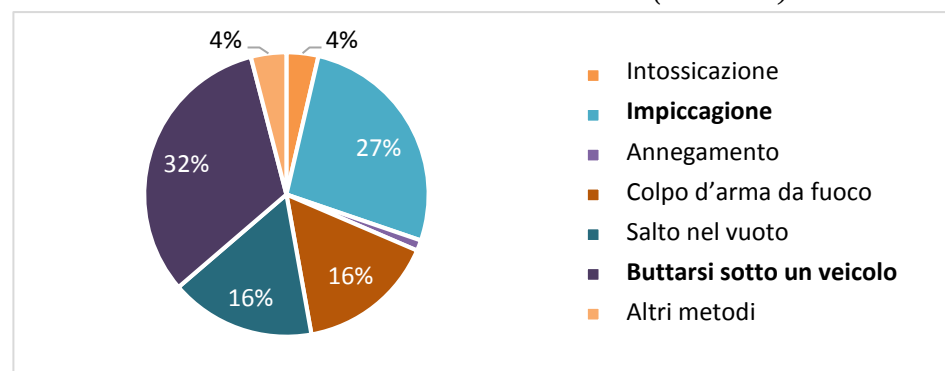
Adolescenti
maschi

Tra il 2004 e il 2013, 248 adolescenti maschi (fascia 10-19 anni) si sono tolti la vita. Il 32 % si è suicidato buttandosi sotto un veicolo (principalmente suicidi ferroviari), il 27 % per impiccagione, il 16 % lanciandosi nel vuoto e il restante 16 % con colpo d'arma da fuoco (fig. 7).

Nota:

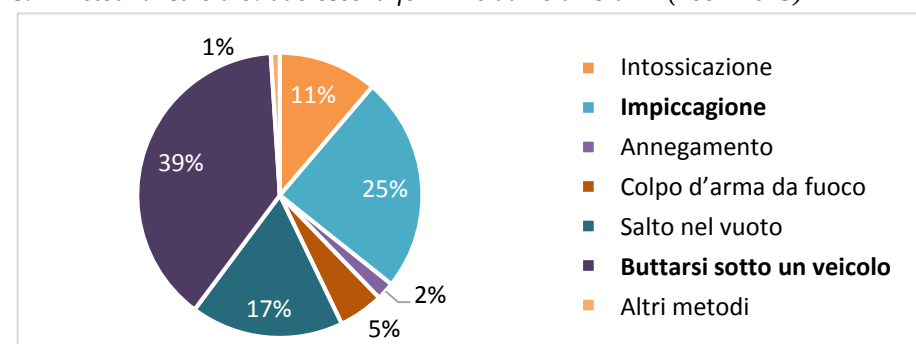
Le legende in
grassetto indicano
quote superiori al
20 %.

7. *Metodi di suicidio: adolescenti maschi da 10 a 19 anni (2004-2013)*



Fonte: UST, Statistica delle cause di morte; analisi: UFSP n. = 25 all'anno

8. *Metodi di suicidio: adolescenti femmine da 10 a 19 anni (2004-2013)*



Fonte: UST, Statistica delle cause di morte; analisi: UFSP n. = 10 all'anno

Adolescenti
femmine

Tra il 2004 e il 2013, 98 adolescenti femmine (fascia 10-19 anni) si sono tolte la vita. Il 39 % si è suicidato buttandosi sotto un veicolo, il 25 % per impiccagione e il 17 % lanciandosi nel vuoto (fig. 8).

¹⁴ Allo studio hanno partecipato quasi 6000 giovani uomini che prestavano servizio militare; sono stati coinvolti centri di reclutamento di 21 su 26 Cantoni.

¹⁵ http://www.nek-cne.ch/fileadmin/nek-cne-dateien/Themen/Stellungnahmen/it/NEK_Intersexualitaet.pdf (consultato il 24.10.2016)

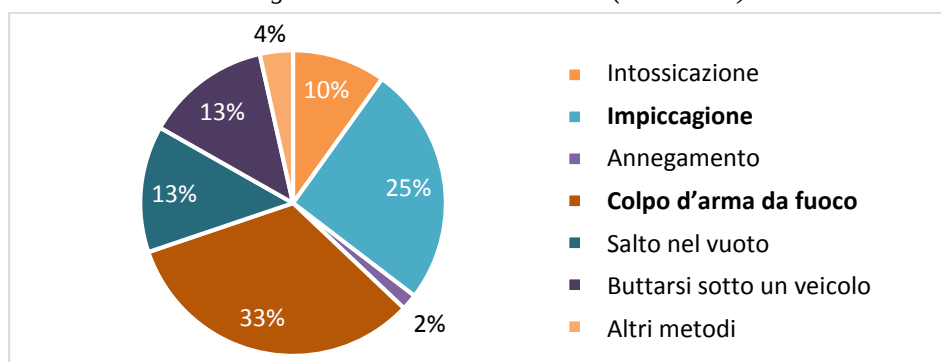
Giovani uomini

Tra il 2004 e il 2013, 828 giovani uomini (fascia 20-29 anni) si sono tolti la vita. Il 33 % si è suicidato con colpo d'arma da fuoco e il 25 % per impiccagione (fig. 9).

9. Metodi di suicidio: giovani uomini da 20 a 29 anni (2004-2013)

Nota:

Le legende in grassetto indicano quote superiori al 20 %.

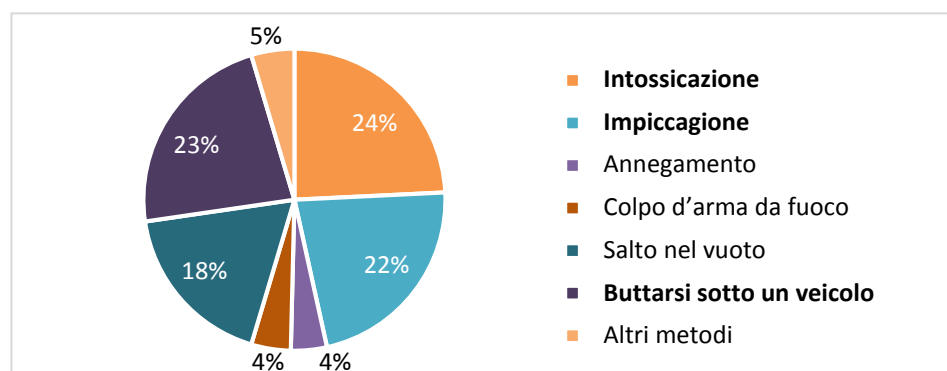


Fonte: UST, Statistica delle cause di morte; analisi: UFSP 2015 n.= 83 all'anno

Giovani donne

Tra il 2004 e il 2013, 260 giovani donne (fascia 20-29 anni) si sono tolte la vita. Il 24 % si è suicidato per intossicazione, il 23 % buttandosi sotto un veicolo e il 22 % per impiccagione (fig. 10).

10. Metodi di suicidio: giovani donne da 20 a 29 anni (2004-2013)



Fonte: UST, Statistica delle cause di morte; analisi: UFSP 2015 n.= 26 all'anno

Tentati suicidi

Per delineare un quadro completo della ripartizione uomini/donne è necessario tenere conto anche dei tentati suicidi. Il tasso più elevato di tentati suicidi documentati da medici riguarda la fascia di età dei giovani adulti (Steffen et al. 2011; Muheim et al. 2013). Dei 257 adolescenti (da 14 a 21 anni) ricoverati a Berna per tentato suicidio nel periodo 2004-2010, il 77 % aveva tra 18 e 21 anni e il 23 % tra 14 e 17 anni (Kupferschmid et al. 2013). Il 44 % (n.= 100) aveva già tentato il suicidio almeno una volta in precedenza. Tra le due fasce di età indicate non sono emerse differenze nella scelta del metodo di suicidio. Si sono invece profilate dissimmetrie tra i sessi: le ragazze ricorrono più frequentemente al metodo dell'intossicazione per suicidarsi, meno invece a quello del salto nel vuoto. Per maschi e femmine, i metodi di suicidio più utilizzati sono stati l'intossicazione e l'uso di oggetti taglienti o appuntiti per procurarsi lacerazioni o infliggersi colpi.

3.3 Adulti

Due suicidi al giorno

In Svizzera, nel periodo 2009-2013 ogni anno in media 691 adulti (fascia 30-60 anni, cfr. tab. 11) hanno messo fine ai loro giorni suicidandosi. Il 72 % erano uomini.

Tra gli uomini, nella fascia di età compresa tra 30 e 39 anni, un decesso su cinque è un suicidio (22 % del numero totale di decessi). L'incidenza dei suicidi (percentuale sul totale dei decessi) diminuisce con l'età: 14 % di morti suicidi nella fascia 40-49, 3 % nella fascia 60-69 (cfr. tab. 5, pag. 13). Ciò non significa tuttavia che i suicidi siano un problema di salute pubblica trascurabile nelle persone più anziane. Al contrario, è dimostrato che il tasso di suicidi per entrambi, uomini e donne, raddoppia tra i 30 e i 60 anni (cfr. fig. 4, pag. 13). Il tasso di tentato suicidio nella fascia di età 30-69 è invece più basso che nelle altre fasce d'età (Steffen et al. 2011).

11. Suicidi di adulti: media del periodo 2009-2013 (dati assoluti)

Età	0-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90 +	Totale
Totale suicidi	32	101	110	201	215	165	118	88	21	1050
Uomini	25	79	80	148	151	118	83	70	16	769
Donne	7	22	30	53	64	47	35	18	5	281

Fonte: UST, Statistica delle cause di morte; analisi: UFSP 2015

Malattie psichiche, fattori di rischio principali

Le malattie psichiche come depressioni, dipendenze e schizofrenia sono i principali fattori di rischio di suicidio in età adulta.

Le depressioni sono la prima concausa dei suicidi e dei tentati suicidi. Possono insorgere in qualsiasi fase della vita, ma sono più frequenti nei momenti di transizione; in età adulta per esempio l'ingresso nel mondo del lavoro, la nascita di un figlio (depressione post-parto), la menopausa o il pensionamento (Walti et al. 2009).

Attività professionale e disoccupazione

L'esercizio di un'attività lavorativa costituisce in età adulta uno dei più importanti fattori di protezione per la salute mentale. Difficoltà e conflitti al lavoro possono al contrario nuocere alla salute mentale.

La disoccupazione è considerata un fattore di rischio elevato delle malattie psichiche. Le persone disoccupate in età lavorativa presentano un rischio di tentato suicidio nettamente più marcato che le persone con un'occupazione: i dati dello studio di Basilea (periodo 2003-2006) indicano 506 tentati suicidi per 100 000 uomini disoccupati e 453 per 100 000 donne disoccupate, a fronte di un tasso di 39 per 100 000 (uomini) e di 123 per 100 000 (donne) nelle persone con un'attività lavorativa (Muheim et al. 2013).

Uno studio internazionale conferma la stretta correlazione tra disoccupazione e suicidio (Nordt et al. 2015). Nei 63 Paesi esaminati, circa 230 000 persone si sono tolte la vita ogni anno tra il 2000 e il 2011. In un caso su cinque è stato appurato un legame diretto o indiretto con la disoccupazione. Questo nesso è stato osservato anche nei Paesi dell'Europa occidentale. Sebbene la pubblicazione non contenga dati specifici sulla Svizzera, secondo gli autori (cfr. comunicato stampa) un suicidio su sette sarebbe imputabile alla disoccupazione¹⁶.

¹⁶ http://www.tagesanzeiger.ch/Arbeitslosigkeit_treibt_jährlich_45000_Menschen_in_den_Tod (consultato il 20.09.2016)

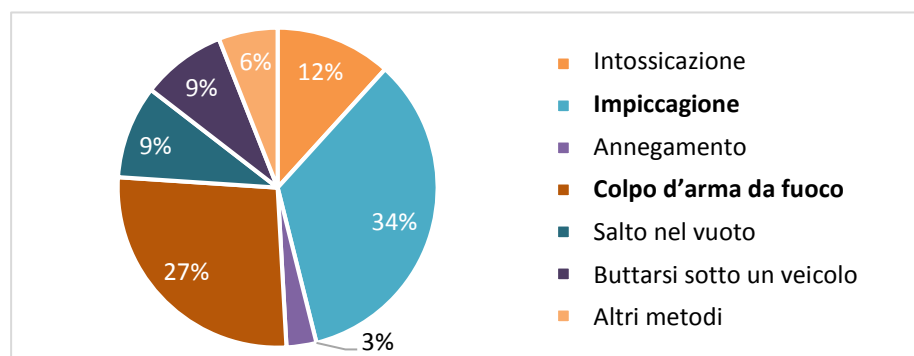
Uomini

Tra il 2004 e il 2013, 5031 uomini (fascia 30-69 anni) si sono tolti la vita. Il 34 % si è suicidato per impiccagione, il 27 % con colpo d'arma da fuoco e il 12 % per intossicazione (fig. 12).

12. Metodi di suicidio: uomini da 30 a 69 anni (2004-2013)

Nota:

Le legende in grassetto indicano quote superiori al 20 %.



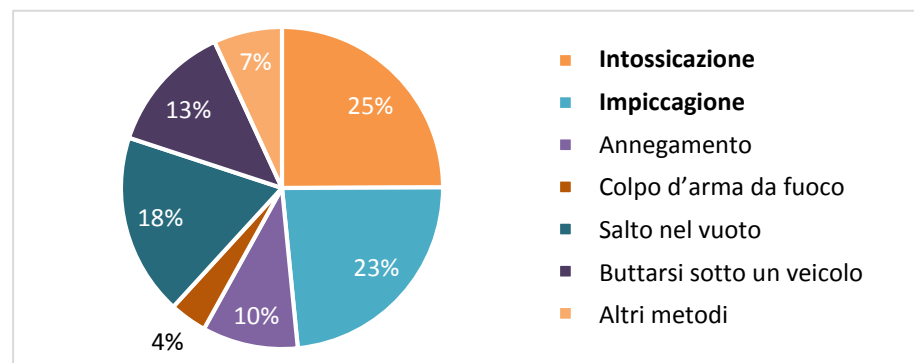
Fonte: UST, Statistica delle cause di morte; analisi: UFSP 2015

n.= 503 all'anno

Donne

Tra il 2004 e il 2013, 2005 donne (fascia 30-69 anni) si sono tolte la vita. Il 25 % si è suicidato per intossicazione, il 23 % per impiccagione e il 18 % lanciandosi nel vuoto (fig. 13).

13. Metodi di suicidio: donne da 30 a 69 anni (2004-2013)



Fonte: UST, Statistica delle cause di morte; analisi: UFSP 2015

n.= 201 all'anno

3.4 Persone anziane e molto anziane

Due suicidi ogni tre giorni

In Svizzera, nel periodo 2009-2013 ogni anno in media 227 persone anziane e molto anziane (dai 70 anni in su, cfr. tab. 14) hanno messo fine ai loro giorni suicidandosi (esclusi suicidi assistiti), cioè quasi il doppio rispetto ad adolescenti e giovani adulti (di meno di 30 anni).

Tuttavia, dato che il numero di decessi aumenta con l'età, i suicidi rappresentano meno dell'1 % dei decessi in questa fascia d'età (cfr. tab. 5, pag. 13). Tre persone suicide su quattro in questa fascia d'età sono uomini.

14. Suicidi di persone anziane e molto anziane: media del periodo 2009-2013 (dati assoluti)

Età	0-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90 +	Totale
Totale suicidi	32	101	110	201	215	165	118	88	21	1050
Uomini	25	79	80	148	151	118	83	70	16	769
Donne	7	22	30	53	64	47	35	18	5	281

Fonte: UST, Statistica delle cause di morte; analisi: UFSP 2015

Tasso di suicidi

Il tasso di suicidi (numero di suicidi ogni 100 000 abitanti della fascia di età considerata) aumenta progressivamente sia per uomini sia per donne durante l'età adulta (da 30 a 59 anni). A partire circa da 60 anni, questa tendenza si stabilizza per entrambi i sessi, ma mentre nelle donne il tasso di suicidi diminuisce addirittura lievemente in età molto avanzata (cfr. fig. 4, pag. 13), negli uomini segna un ulteriore marcato incremento dopo il 75° anno d'età.

Tasso di tentati suicidi

Secondo lo studio multicentrico condotto a Berna, il tasso di tentati suicidi nelle persone anziane (70-79 anni) è più basso che nelle altre fasce d'età, ma dopo la soglia degli 80 si ricolloca a un valore medio (Steffen et al. 2011). Nello studio multicentrico realizzato a Basilea, il tasso di tentati suicidi tra le persone anziane e molto anziane risulta inferiore alla media, dato riconducibile soprattutto al tasso di tentati suicidi molto basso nelle donne di questa età (Muheim et al. 2013).

I suicidi meditati sono rari

Anche in età avanzata il suicidio è raramente il frutto di decisioni meditate e ponderate (Stoppe 2012, pag. 1415). In circa il 90 % dei casi di suicidio compiuto a questa età, la persona è affetta da una malattia psichica, il più delle volte da depressione (Stoppe 2011). Nelle persone anziane le depressioni spesso non vengono riconosciute o correttamente diagnosticate, poiché vi è la tendenza ad attribuirle al processo d'invecchiamento e a interpretarle come disturbi somatici (Minder e Harbauer 2015).

Un'indagine condotta nei centri di cura in Svizzera ha rivelato – secondo quanto riferito dal personale curante – che in quasi tre residenti su dieci (28 %) era stata diagnosticata una depressione (Kaeser 2012), e che un altro terzo (34 %) mostrava sintomi depressivi senza che fosse stata emessa una diagnosi.

Multimorbilità e solitudine

Altri fattori, oltre alla depressione, che possono provocare atti suicidari in età avanzata sono i disturbi del sonno, malattie fisiche (emergenti), dolori e menomazioni (Stoppe 2011). Alla multimorbilità si aggiungono disperazione, isolamento sociale, vedovanza o onere di cura di un familiare (Stoppe 2012). In caso di morte del/della coniuge, il rischio di suicidio è elevato soprattutto negli uomini, non solo nella prima settimana di vedovanza (picco massimo), ma anche a distanza di un anno (Ajdacic-Gross et al. 2008).

Fattori di protezione

Molte persone anziane e molto anziane non maturano comportamenti suicidari pur avendo sperimentato sofferenze e tragedie nel corso della vita. Le risorse individuali e sociali (p. es. resilienza, spiritualità, integrazione sociale e poter parlare delle proprie difficoltà) rappresentano importanti fattori protettivi anche

in età avanzata (Steck et al. in press; Stoppe 2011).

Immagine della
vecchiaia nella
società

Gli atti suicidari devono sempre essere inquadrati nel contesto culturale. L'immagine della vecchiaia veicolata dalla società ha in quest'ottica un ruolo fondamentale (Nationales Suizidprogramm für Deutschland NaSPro [Programma nazionale contro il suicidio in Germania] 2015), proprio come il modo che essa ha di concepire la dignità e l'autonomia (Rüegger 2013; Minder e Harbauer 2015).

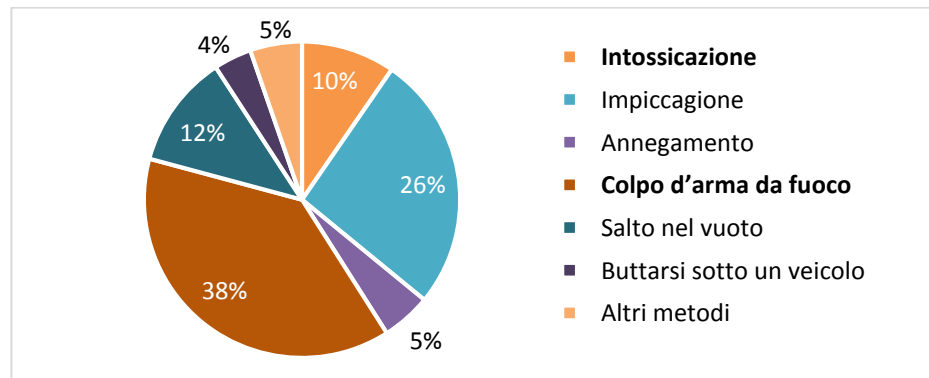
Uomini

Tra il 2004 e il 2013, 1676 uomini anziani con età superiore ai 70 anni si sono tolti la vita. Di questi, quasi quattro su dieci si sono suicidati con un colpo d'arma da fuoco (38 %) e un quarto per impiccagione (26 %; fig. 15). Negli uomini emerge una differenza tra gli *under* e gli *over* 85: i suicidi ferroviari sono inesistenti in età molto avanzata, ma a fronte di questo si registra un aumento dei suicidi per salto nel vuoto.

15. Metodi di suicidio: uomini dai 70 anni in su (2004-2013)

Nota:

Le legende in
grassetto indicano
quote superiori al
20 %.



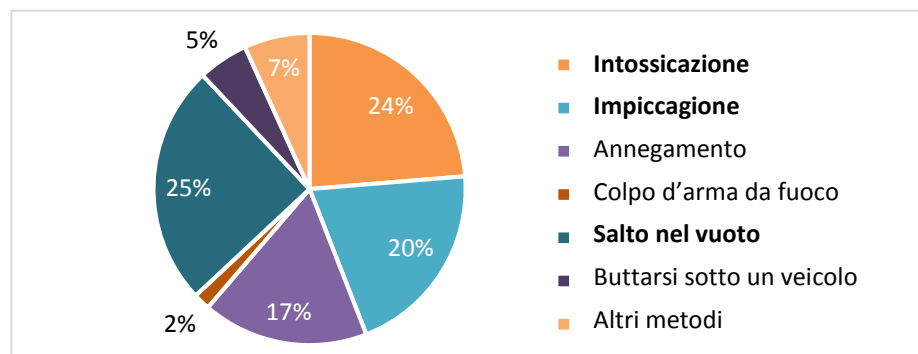
Fonte: UST, Statistica delle cause di morte; analisi: UFSP 2015 n.= 168 all'anno

Donne

Tra il 2004 e il 2013, 633 donne anziane (dai 70 anni in su) si sono tolte la vita. Di queste, un quarto si è suicidato lanciandosi nel vuoto e un altro quarto (24 %) per intossicazione (fig. 16). La metà dei suicidi in questa fascia d'età è dunque riconducibile a due metodi. Una donna su cinque (20 %) si dà la morte per impiccagione. La quota di suicidi per annegamento (17 %) è sorprendentemente elevata, giacché in nessun'altra fascia d'età, e nemmeno negli uomini, questo metodo di suicidio raggiunge un livello simile. Nelle donne dai 70 anni in su è documentato un solo caso all'anno di suicidio con colpo d'arma da fuoco.

Come per gli uomini, il numero donne con più di 85 anni che si suicida buttandosi sotto un veicolo è inesistente. A fronte di ciò, si registra invece un aumento dei suicidi per salto nel vuoto.

16. Metodi di suicidio: donne dai 70 in su (2004-2013)



Fonte: UST, Statistica delle cause di morte; analisi: UFSP 2015 n.= 63 all'anno

3.5 Uomini e donne

Uomini: due
suicidi al giorno

In Svizzera, nel periodo 2009-2013 ogni anno in media 769 uomini hanno messo fine ai loro giorni suicidandosi (cfr. tab. 17): ciò significa più di due al giorno. Le donne muoiono molto meno frequentemente di suicidio. La quota di suicidi tra gli uomini oscilla tra il 70 e l'80 % in tutte le fasce d'età e la percentuale complessiva si colloca al 73 %.

17. Suicidi uomini / donne: media del periodo 2009-2013 (dati assoluti)

Età	0-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90 +	Totale
Totale suicidi	32	101	110	201	215	165	118	88	21	1050
Uomini	25	79	80	148	151	118	83	70	16	769
Donne	7	22	30	53	64	47	35	18	5	281

Fonte: UST, Statistica delle cause di morte; analisi: UFSP 2015

Decessi e
percentuale di
suicidi

Nell'intero arco della vita i suicidi rappresentano negli uomini il 3 % dei decessi (tab. 5, pag. 13). Questa percentuale varia tuttavia notevolmente con l'età: la quota più elevata si ha negli uomini della fascia 20-29 anni, con un decesso su tre imputabile al suicidio. Per le donne di questa fascia d'età la proporzione è di uno su cinque.

Tasso di suicidi

In tutte le fasce d'età, il tasso di suicidi (numero di suicidi per 100 000 abitanti) negli uomini è nettamente superiore che nelle donne (fig. 4, pag. 13).

In entrambi i sessi, il tasso di suicidi aumenta nel corso della vita adulta e si stabilizza tra i 60 e i 75 anni. Dopo i 75 anni, il tasso di suicidi rimane stabile nelle donne, aumenta invece in maniera considerevole negli uomini (cfr. 3.4. Persone anziane e molto anziane, pag. 18).

Tentati suicidi

In Svizzera, il tasso di tentato suicidio è più elevato nelle donne che negli uomini (Steffen et al. 2011; Muheim et al. 2013). A Berna la differenza tra i sessi è «sorprendentemente piccola» (Steffen et al. 2011, pag. 9), mentre a Basilea il tasso di tentati suicidi nelle donne è il doppio rispetto a quello degli uomini (Muheim et al. 2013). Le donne usano solitamente metodi più «dolci», vale a dire con un grado di letalità inferiore, come l'intossicazione, che consentono più facilmente di evitare conseguenze fatali.

Immagine della
mascolinità nella
società

La percentuale elevata di uomini nelle statistiche sui suicidi si spiega in parte con l'immagine di mascolinità veicolata dalla società, solitamente associata a durezza, successo e prestazioni (Hollstein 2015).

Metodi a elevata
letalità

Gli uomini ricorrono effettivamente a metodi suicidari più «duri», cioè a elevata letalità: il 60 % dei suicidi avviene per impiccagione o colpo di arma da fuoco.

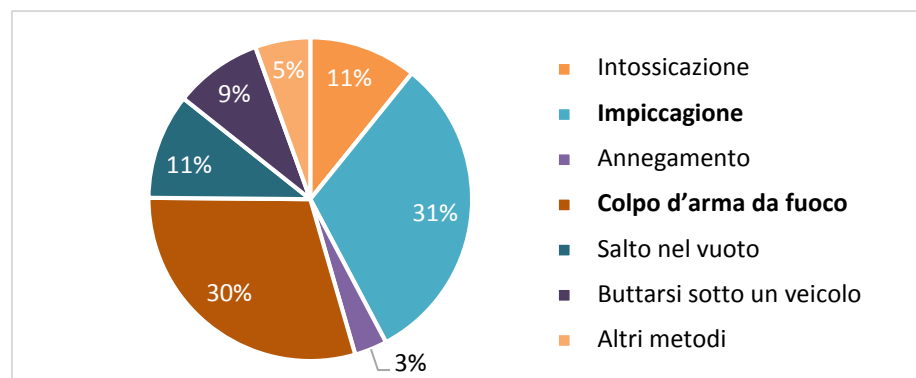
Uomini

Tra il 2004 e il 2013, 7783 uomini si sono tolti la vita. Il 31 % si è suicidato per impiccagione, il 30 % con colpo d'arma da fuoco, l'11 % lanciandosi nel vuoto e una percentuale equivalente per intossicazione (fig. 18).

18. Metodi di suicidio: uomini (2004-2013)

Nota:

Le legende in grassetto indicano quote superiori al 20 %.

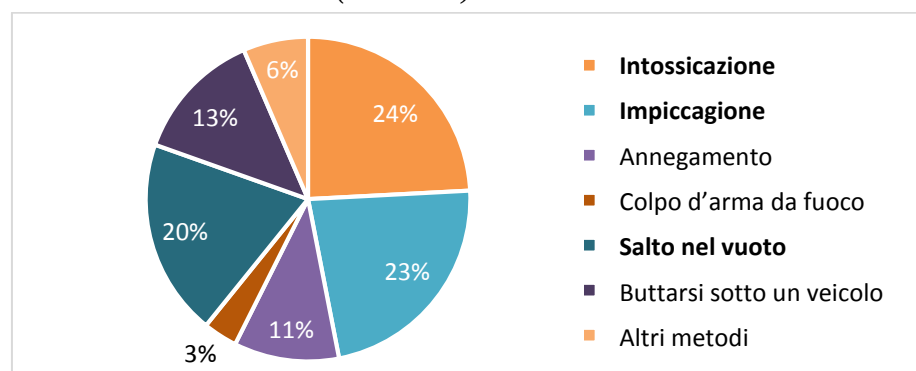


Fonte: UST, Statistica delle cause di morte; analisi: UFSP 2015 n.= 778 all'anno

Donne

Tra il 2004 e il 2013, 2996 donne si sono tolte la vita. Il 24 % si è suicidato per intossicazione, il 23 % per impiccagione, il 20 % lanciandosi nel vuoto, il 13 % buttandosi sotto un veicolo e il restante 11 % per annegamento (fig. 19).

19. Metodi di suicidio: donne (2004-2013)



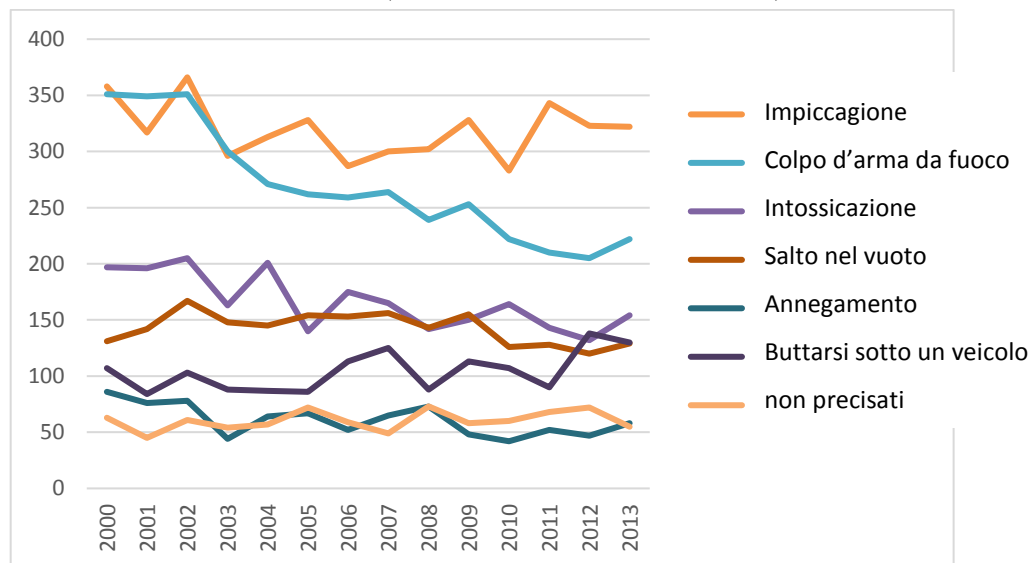
Fonte: UST, Statistica delle cause di morte; analisi: UFSP 2015 n.= 300 all'anno

3.6 Metodi di suicidio

Dal 2004 al 2013 in Svizzera si sono suicidate 10 779 persone: ciò significa più di 1100 suicidi all'anno, in media. Di queste 10 779 persone morte suicide, il 29 % si è tolto la vita per impiccagione, il 22 % con colpo d'arma da fuoco, il 15 % per intossicazione, il 13 % lanciandosi nel vuoto, il 10 % buttandosi sotto un veicolo (principalmente suicidi ferroviari), il 5 % per annegamento e il 6 % con metodi non precisati¹⁷.

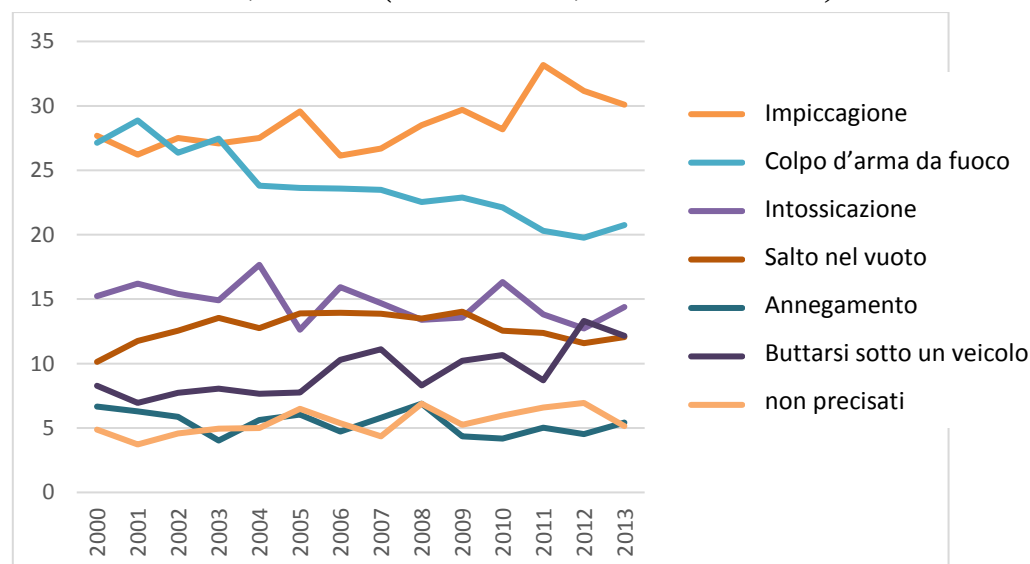
I grafici che seguono mostrano l'evoluzione negli ultimi anni, prima in dati assoluti (fig. 20) e poi in dati relativi (fig. 21), in percentuale.

20. Metodi di suicidio, 2000-2013 (dati assoluti, esclusi suicidi assistiti)



Fonte: UST, Statistica delle cause di morte; analisi: UFSP 2015

21. Metodi di suicidio, 2000-2013 (dati relativi in %, esclusi suicidi assistiti)



Fonte: UST, Statistica delle cause di morte; analisi: UFSP 2015

¹⁷ [https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/mortalite-causes-deces/specifiques.assetdetail.334531.html_\(consultato il 24.10.2016\)](https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/mortalite-causes-deces/specifiques.assetdetail.334531.html_(consultato il 24.10.2016)); analisi: UFSP

L'impiccagione è il metodo di gran lunga più utilizzato, come già in passato, seguita dal colpo d'arma da fuoco, che mantiene una posizione rilevante sebbene il numero di suicidi sia nettamente diminuito sia in termini assoluti (fig. 20) sia in termini relativi (fig. 21). Negli ultimi anni si nota un leggero aumento dei suicidi di persone che si sono buttate sotto un mezzo di trasporto (dati assoluti e relativi).

Di seguito si analizzano più nel dettaglio i metodi di suicidio che possono essere contrastati limitandone la disponibilità e l'accesso. Non vi rientrano l'impiccagione (tranne che in strutture come le carceri), l'annegamento e i metodi raggruppati nella categoria «altri» (provocarsi tagli, infliggersi colpi).

Colpo d'arma da fuoco

La Svizzera registra uno dei tassi di suicidio con arma da fuoco più elevati al mondo (Reisch 2011). Questo metodo di suicidio è praticato quasi esclusivamente da uomini e vi ricorre il 30 % degli uomini che si tolgono la vita.

Per attuare una prevenzione mirata è utile sapere attraverso quali canali le persone suicide hanno avuto accesso a un'arma da fuoco, sia direttamente, come proprietari, sia indirettamente, per esempio perché era disponibile un'arma nel nucleo familiare. In Svizzera, il servizio militare obbligatorio per gli uomini è uno dei canali d'accesso alle armi, oltre al possesso d'armi per ragioni private come la caccia, il tiro sportivo o il collezionismo.

Nel decennio 2000-2010, circa un terzo dei suicidi per colpo d'arma da fuoco registrati in Svizzera è stato compiuto con un'arma messa in circolazione attraverso l'esercito (Reisch et al. 2015¹⁸). Sono soprattutto gli uomini di età compresa tra 25 e 45 anni a essersi suicidati con un'arma di origine militare (Reisch et al. 2015), ovvero sia armi appartenenti all'esercito sia armi private acquisite dal proprietario al termine del servizio militare obbligatorio. Quasi la metà dei suicidi censiti nel periodo 2000-2010 sono stati portati a compimento con armi la cui provenienza non era riconducibile all'esercito. Secondo gli autori dello studio, armi della polizia o altre armi di servizio (p. es. quelle delle guardie di confine) hanno svolto un ruolo minore nella statistica dei suicidi.

Varie riforme della legislazione sull'esercito e sulle armi attuate negli ultimi anni hanno concorso a diminuire il numero di suicidi con arma da fuoco (cfr. 5.2. Confederazione). Nel 2013 circa 2500 armi militari sono passate in mani private al termine del servizio obbligatorio; nel 2007 erano circa 7000 e nel 2004 circa 32 000.

Le persone dai 70 anni in su sono sovra-rappresentate nei suicidi con arma da fuoco: complessivamente (considerati tutti i metodi) la loro quota è del 22 %, mentre per quanto riguarda i suicidi con arma da fuoco la loro proporzione raggiunge il 30 % (tab. 22, pag. 25).

¹⁸ Lo studio si focalizza sui suicidi esaminati negli istituti di medicina legale in Svizzera nel periodo 2000-2010.

22. Suicidi con arma da fuoco (totale 2009-2013)

Età	0-29 anni	30-49 anni	50-69 anni	Over 70	Totale
Uomini	114	223	403	326	1066
Donne	3	17	19	7	46
Totale	117	240	422	333	1112
Percent.*	11 %	22 %	38 %	30 %	100 %

* Per un confronto, la ripartizione per fasce d'età (considerati tutti i metodi di suicidio) è la seguente: 13 %, 30 %, 36 % e 22 %.

Fonte: UST, Statistica delle cause di morte; analisi: UFSP 2015

Intossicazione

Nell'85 % dei casi di auto-avvelenamento con esito fatale e nell'80 % dei tentati suicidi per intossicazione, i soggetti ingeriscono farmaci¹⁹ (suicidi: Reisch et al. 2015)²⁰; tentati suicidi: (Tox Info Suisse 2015). Il ricorso a sostanze chimiche per suicidarsi non è di certo trascurabile, ma è meno frequente rispetto all'assunzione di farmaci.

È noto che molti soggetti suicidari cercano un aiuto farmacologico nelle settimane o nei mesi che precedono la crisi suicida e che sono sovente i medicinali prescritti nell'ambito di queste consultazioni (p. es. antidepressivi) a essere in seguito utilizzati negli auto-avvelenamenti con intento suicidario (Michel et al. 1994). Gli analgesici (antidolorifici come il paracetamolo) trovano ampio uso nei suicidi per avvelenamento farmacologico, poiché sono acquistabili in farmacia anche in grandi quantità senza prescrizione medica (Steffen et al. 2011). Quantità anche modeste di paracetamolo possono provocare complicazioni gravi con conseguenze anche fatali.

I suicidi per intossicazione non riguardano una specifica fascia d'età in particolare (tab. 23), ma sono un metodo molto usato dalle donne.

23. Suicidi per intossicazione per età e sesso (totale 2009-2013)

Età	0-29 anni	30-49 anni	50-69 anni	Over 70	Totale
Uomini	48	145	144	72	409
Donne	27	96	145	66	334
Totale	75	241	289	138	743
Percent.*	10 %	32 %	39 %	19 %	100 %

* Per un confronto, la ripartizione per fasce d'età (considerati tutti i metodi di suicidio) è la seguente: 13 %, 30 %, 36 % e 22 %.

Fonte: UST, Statistica delle cause di morte; analisi: UFSP 2015

Salto nel vuoto

Tra i metodi suicidari cosiddetti «duri», cioè a elevata letalità, vi è il salto nel vuoto, che a differenza dell'impiccagione e dell'uso di arma da fuoco è utilizzato dalle donne con una frequenza simile a quella riscontrata negli uomini. Le persone che si suicidano lanciandosi nel vuoto soffrono in media più frequentemente di schizofrenia rispetto alle persone che ricorrono ad altri metodi di suicidio e sono nettamente più giovani delle persone che si tolgono la vita sparandosi o impiccandosi (Reisch et al. 2008).

Le persone che si danno la morte gettandosi nel vuoto tendono a scegliere luoghi nelle vicinanze del loro domicilio, facilmente accessibili (Wohner et al. 2005). Il valore simbolico (Daigle 2005) e la copertura mediatica (Stack 2003)

¹⁹ I gruppi di medicinali più frequentemente usati nei suicidi sono: benzodiazepine, oppiacei / oppioidi, antidepressivi triciclici / tetraciclici e gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI). Nei tentati suicidi sono: paracetamolo, benzodiazepine (principalmente lorazepam) e farmaci antireumatici non steroidei (principalmente acido mefenaminico e ibuprofene).

²⁰ Lo studio si focalizza sui suicidi esaminati negli istituti di medicina legale in Svizzera nel periodo 2000-2010.

sembrano avere un ruolo importante nella scelta e nell'attrattiva del luogo dove portare a compimento questo gesto estremo.

Nei suicidi compiuti lanciandosi nel vuoto sono leggermente sovra-rappresentate le persone dai 70 anni in su: costituiscono infatti il 26 %, allorché la loro proporzione generale (considerati tutti i metodi) si situa al 22 % (tab. 24).

24. Suicidi lanciandosi nel vuoto (totale 2009-2013)

Età	0-29 anni	30-49 anni	50-69 anni	Over 70	Totale
Uomini	68	118	111	97	394
Donne	19	73	99	73	264
Totale	87	191	210	170	658
Percent.*	13 %	29 %	32 %	26 %	100 %

* Per un confronto, la ripartizione per fasce d'età (considerati tutti i metodi di suicidio) è la seguente: 13 %, 30 %, 36 % e 22 %.

Fonte: UST, Statistica delle cause di morte; analisi: UFSP 2015

Buttarsi sotto un treno

Buttarsi sotto un veicolo in movimento (principalmente un treno) è la quinta causa di morte per suicidio in Svizzera. La sua prevalenza varia tuttavia in base all'età e al sesso. Fino ai 20 anni è il metodo più comune per suicidarsi sia per maschi che per femmine, mentre le persone anziane e molto anziane vi ricorrono solo raramente.

Nonostante la sovra-rappresentazione di adolescenti e giovani adulti, quasi due terzi morti per suicidio ferroviario hanno un'età compresa tra 30 e 69 anni (tab. 25).

25. Suicidi ferroviari (totale 2009-2013)

Età	0-29 anni	30-49 anni	50-69 anni	Over 70	Totale
Uomini	118	119	118	35	390
Donne	50	60	62	16	188
Totale	168	179	180	51	578
Percent.*	29 %	31 %	31 %	9 %	100 %

* Per un confronto, la ripartizione per fasce d'età (considerati tutti i metodi di suicidio) è la seguente: 13 %, 30 %, 36 % e 22 %.

Fonte: UST, Statistica delle cause di morte; analisi: UFSP 2015

La statistica delle cause di morte elaborata dall'UST indica, dal 2012 al 2013, un aumento dei suicidi ferroviari (fig. 20 e 21, pag. 23), tendenza confermata anche dalle statistiche dell'Ufficio federale dei trasporti (tab. 26).

26. Morti e feriti gravi in incidenti suicidari su ferrovie e ferrovie a cremagliera (2010-2014)

Morti						Feriti gravi					
2010	2011	2012	2013	2014	2015	2010	2011	2012	2013	2014	2015
126	103	140	140	151	140	14	14	18	16	9	12

Fonte: Ufficio federale dei trasporti²¹.

²¹ https://www.bav.admin.ch/dam/bav/it/dokumente/aktuell-startseite/berichte/BAV-Sicherheitsbericht-15.pdf.download.pdf/BAV_Sicherheitsbericht_15_DE.pdf (consultato l'11.01.2016)

3.7 Bilancio

Frequenza	Ogni anno, in Svizzera, circa 1000 persone muoiono suicide e 10 000 ricevono assistenza medica per tentato suicidio.
Gruppi di persone	I dati raccolti indicano che in Svizzera gli atti suicidari concernono tutte le fasce d'età, uomini e donne indistintamente, e tutte le classi socioeconomiche. Dato che la suicidalità può toccare tutti, è fondamentale attuare una prevenzione universale. Pare tuttavia che alcuni gruppi presentino un rischio di suicidio superiore alla media, per esempio uomini molto anziani, disoccupati di lunga durata, adolescenti LGBT (lesbiche, gay, bisessuali e transgender) o persone che scontano pene privative della libertà. Per questi gruppi target servono misure preventive specifiche (prevenzione selettiva).
Metodi di suicidio	Circa il 20 % dei suicidi è compiuto con un'arma da fuoco, per mano quasi esclusivamente di uomini. Il 15 % circa delle persone che si suicidano sceglie l'intossicazione, in generale per mezzo di medicinali. L'intossicazione è un metodo suicidario più usato dalle donne che dagli uomini. Quasi il 15 % delle persone suicide opta per il salto nel vuoto e circa il 10 % per buttarsi sotto un veicolo (il più delle volte si tratta di suicidi ferroviari). Il suicidio ferroviario è il metodo più utilizzato dagli adolescenti.
Prevenzione	Per contrastare i metodi di suicidio citati esistono alcune misure di prevenzione che si sono rivelate efficaci, volte a ridurre la disponibilità o la possibilità di accesso ai mezzi suicidari. Quasi il 30 % dei suicidi in Svizzera avviene però per impiccagione: limitare l'accesso a questo metodo negli spazi pubblici è praticamente impossibile. Il 5 % circa muore per annegamento, metodo suicidario a cui è altrettanto difficile limitare l'accesso.

Estratto da: «Darüber reden» Perspektiven nach Suizid: Lyrik und Prosa von Hinterbliebenen (Weisshaupt 2013).

Ieri sono entrata in clinica psichiatrica. Mi sono annunciata io, e la mamma mi ha accompagnata. Il momento dell'ingresso è stato un po' caotico. La mamma era talmente stravolta dalle lacrime che all'inizio il personale non capiva chi dovesse prendere in carico. È comprensibile: l'ultima volta che si era recata in psichiatria, era per il papà.

Sono trascorsi alcuni giorni, qui in clinica. Mi rendo conto che mi sto riappacificando con le mie emozioni. Mi sento triste, in collera, impotente e debole, ma sono più calma e meno agitata. Amo la tranquillità. Mi faccio il sangue amaro per ogni cosa, ma qui in clinica mi sento protetta.

Sono passate due settimane. Ci sono stati alti e bassi. Faccio un sacco di cose e leggo molto. Per il momento mi sento bene qui in clinica, ma ho paura di lasciare questo luogo protetto.

È trascorsa un'altra settimana. Gli ultimi cinque giorni sono stati terribili. Non ho fatto altro che piangere. Oggi ho ritrovato un po' di serenità e riesco a ragionare in modo più chiaro.

Lo scorso fine settimana mi sono azzardata a uscire dalla clinica. Sono andata in campeggio con Sandra, la mia meravigliosa amica. I prossimi fine settimana proverò a stare da mia sorella. Farò i bagagli e uscirò da casa di mamma, voglio chiudere questo periodo da lei. Un periodo difficile e deprimente per me. In questo momento mi mancano tante cose. La vita e i miei amici. Di questa clinica conosco ormai quasi ogni angolo. Sto cercando di prepararmi per un esame alla scuola universitaria professionale. Mi piacerebbe ritrovare me stessa.

Il mio ultimo giorno qui in clinica. Non vedo l'ora di iniziare una nuova vita. Quante emozioni e quanti pensieri sono sorti da quando sono arrivata qui. Qui ho imparato ad amarmi. So che questo periodo difficile non è ancora terminato, e che mi rimarrà la paura di dover riaffrontare un'altra brutta depressione. Ma ora so che posso farcela. Ancora e ancora, se sarà necessario. Quante cose ti sei perso, papà! Perché non hai avuto la forza?

Vera Rohner (per gentile concessione dell'autrice e dell'editore)

4. Il comportamento suicidario e i fattori che lo influenzano

4.1 Il comportamento suicidario

Malattie
psichiatriche e
crisi psicosociali

Numerosi studi dimostrano che circa il 90 % delle persone suicide presentava sintomi di una diagnosi psichiatrica (Organizzazione mondiale della sanità OMS 2014), prevalentemente disturbi affettivi (depressione in primis), seguiti da dipendenze, disturbi della personalità e schizofrenia (Gysin-Maillart e Michel 2013). In alcuni casi, e tra questi figurano molti giovani, una crisi suicidaria acuta non è riconducibile a una malattia psichiatrica, bensì a un forte stress psicosociale (Gysin-Maillart e Michel 2013).

I pensieri suicidari sono una risposta comune a un livello elevato di sofferenza. Porre fine alla propria vita è considerata una o la sola possibilità per uscire da una crisi. Le persone che sviluppano pensieri suicidari generalmente non vogliono morire, ma cercano una via di scampo.

La maggior parte dei malati psichici (o delle persone che attraversano una crisi psicosociale) non muore suicida. Il rischio di morire di suicidio è del 4 % nelle persone con disturbi affettivi, del 7 % nelle persone con dipendenza da alcol, dell'8 % nelle persone che soffrono di disturbi bipolari e del 5 % nelle persone affette da schizofrenia (Organizzazione mondiale della sanità OMS 2014, pag. 40). Perché una malattia psichiatrica o una situazione di stress psichico possa culminare in una crisi suicidaria devono subentrare altri fattori. Il suicidio (o tentato suicidio) è il compimento di un atto, non una malattia (Reisch 2012).

Fattori scatenanti
di una crisi
suicidaria

Spesso la suicidalità è scatenata da situazioni traumatizzanti o da crisi legate a cambiamenti (p. es. violenza, decesso del/della partner, crisi d'identità o umiliazioni). In alcune persone i pensieri suicidari maturano all'improvviso e con furia, ma svaniscono in modo altrettanto rapido. In questi soggetti vi è il rischio di un suicidio d'impulso, soprattutto se questo tratto del carattere è già presente nella persona. In altri il peso della sofferenza aumenta in modo lento ma continuo fino a raggiungere una soglia critica, altri ancora sono esposti costantemente a un rischio di suicidio elevato (Ajdacic-Gross 2015).

Solo una ridotta percentuale di persone con pensieri suicidari li mette in atto. Sotto il peso della sofferenza e in preda alla disperazione, un individuo può non essere più in grado di ragionare in modo lucido e spingersi fino a tentare il suicidio. Una crisi suicidaria acuta è dominata dall'idea che l'unica soluzione ai problemi sia di mettere fine ai propri giorni. Il peso della sofferenza impedisce di intravedere altre vie di uscita dalla crisi e di cercare il contatto con persone che potrebbero fornire aiuto.

Spesso ciò che separa l'ideazione e la pianificazione del suicidio dal compimento del gesto estremo è la mancanza di controllo dei propri impulsi.

4.2 Fattori aggravanti

I fattori che espongono gli individui a un rischio più elevato di suicidio o tentato suicidio sono complessi e interagenti. Suicidi e tentati suicidi sono di rado il risultato di azioni pianificate con largo anticipo e di decisioni basate sul libero arbitrio (suicidio meditato). Nella maggioranza dei casi l'atto suicidario è la conseguenza di una situazione di crisi e il risultato di una concatenazione di fattori. Se da un lato questo spiega la difficoltà di prevedere in maniera attendibile i suicidi e i tentati suicidi, dall'altro, il fatto che i comportamenti siano influenzati da numerosi fattori offre l'opportunità di svolgere prevenzione, perché è possibile intervenire a diversi livelli.

Un quadro complesso di fattori interagenti	Oltre a fattori demografici come l'età e il sesso, il rischio individuale di suicidio o tentato suicidio è influenzato da fattori psichici, biologici, sociali e ambientali. Spesso è possibile stabilire un nesso senza che si possa tuttavia parlare di un vero rapporto di causa-effetto.
Fattori di rischio	L'OMS ha stilato un elenco di fattori di rischio individuali e ambientali (Organizzazione mondiale della sanità OMS 2014): tentati suicidi precedenti, malattie psichiche, alcolismo, problemi finanziari o disoccupazione, disperazione, dolori cronici, suicidi in famiglia, fattori genetici e biologici, relazioni conflittuali, fine di un rapporto, sentimenti di solitudine e mancanza di sostegno sociale, esperienze traumatiche o abusi, discriminazione, stress dovuto a esperienze migratorie, catastrofi naturali e guerre, stigmatizzazione sociale della richiesta d'aiuto, copertura mediatica irresponsabile, disponibilità di mezzi e metodi letali e ostacoli per accedere all'assistenza sanitaria.
Fattori di protezione	L'OMS cita, come fattori protettivi, solide relazioni sociali, religiosità e spiritualità, strategie di adattamento positive e la resilienza ²² (Organizzazione mondiale della sanità OMS 2014). In generale, una buona salute mentale – intesa come un insieme di risorse individuali, sociali e di comunità – è considerata un fattore di protezione (Bürli et al. 2015).
Prevenzione strutturale e prevenzione comportamentale	Conoscere i fattori di rischio e di protezione consente di intervenire sul piano della prevenzione. Nel caso dei suicidi, la prevenzione agisce sul contesto sociale (prevenzione strutturale) e sull'individuo (prevenzione comportamentale).
<i>Recovery</i> (recupero)	Non tutte le situazioni di disagio psichico e non tutte le crisi suicidarie sono evitabili con gli strumenti della prevenzione. Molte persone soffrono di disturbi psichici per anni o decenni e manifestano ripetutamente comportamenti suicidari. L'esperienza ha dimostrato però che il recupero (<i>recovery</i>) è possibile anche dopo un lungo calvario. La prevenzione del suicidio deve dunque tenere conto delle conoscenze empiriche di chi, dopo aver sofferto di disturbi psichici, è riuscito a guarire.

²² Per «resilienza» s'intende la capacità mentale e fisica di superare senza danni permanenti le crisi della vita, per esempio malattie gravi, disoccupazione di lunga durata o la perdita di persone care. I principali fattori che favoriscono la resilienza sono l'ambiente sociale ed economico della persona, la sua vitalità biologica e il suo modo più o meno pragmatico di affrontare e risolvere i problemi (Richardson und Waite 2002).

Excursus

Stress psichico dei migranti

Trasferirsi o soggiornare per un periodo in Svizzera può causare notevole stress psichico, soprattutto se è una scelta forzata (Nosetti e Jossen 2012; Küchenhoff 2013). Le esperienze traumatizzanti nel Paese d'origine, lo sradicamento, la perdita di statuto, un avvenire incerto o difficoltà economiche in Svizzera mettono a dura prova i migranti (Nosetti e Jossen 2012).

Alcuni studi rappresentativi su donne immigrate provenienti dalla Turchia indicano un tasso di tentato suicidio più elevato in questo gruppo della popolazione: nel Cantone di Basilea Città, le giovani migranti turche registrano un tasso di tentato suicidio tre volte superiore a quello delle giovani svizzere (Brückner et al. 2011). Le immigrate turche di seconda generazione sono particolarmente a rischio di atti suicidari (Yilmaz e Riecher-Rössler 2008). La violenza nella relazione coniugale o in famiglia è spesso l'elemento scatenante dei tentati suicidi (Brückner et al. 2011; Yilmaz e Riecher-Rössler 2008).

Il sostegno sociale è un fattore fondamentale per la salute, e nella popolazione migrante lo è ancor di più che nelle persone senza un trascorso migratorio (Ufficio federale della sanità pubblica 2012). Ma sono proprio i migranti, più che i cittadini svizzeri, a soffrire di solitudine: il 45 % dei cittadini provenienti da uno Stato dell'UE, dell'AELS o da un altro Paese europeo dice di sentirsi solo, contro un terzo degli svizzeri. Nelle persone provenienti da Paesi extraeuropei questo tasso raggiunge addirittura il 62 %.

La situazione è particolarmente difficile per le persone con uno statuto di soggiorno incerto (Nosetti e Jossen 2012) e per i richiedenti l'asilo minorenni non accompagnati (Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo²³). Secondo uno studio condotto in Svizzera, il 41 % dei richiedenti l'asilo (tra quelli selezionati a caso) soffre di disturbi psichici, in prevalenza depressioni gravi e disturbi da stress post-traumatico (Maier et al. 2010). In molti casi è stata accertata una comorbidità psichiatrica. I richiedenti l'asilo sono ricorsi ai servizi medici due volte di più che la popolazione svizzera, in media, generando costi sanitari più elevati, ma di rado hanno ricevuto un trattamento specifico per i problemi psichici che presentavano.

In Svizzera vi è un'ampia offerta transculturale in materia di salute destinata specificamente ai migranti, come per esempio i centri di terapia e consulenza Appartenances a Losanna, Vevey e Yverdon, il programma Santé Migrants degli ospedali universitari di Ginevra (HUG) e le consultazioni per i migranti dei Servizi psichiatrici universitari di Berna (UPD). Per le persone che hanno vissuto esperienze di violenza estrema esistono in Svizzera cinque centri di terapia per le vittime di tortura e di guerra riuniti nell'associazione Support for Torture Victims.

²³ <https://www.bsv.admin.ch/bsv/it/home/politica-sociale/kinder-und-jugendfragen/kinderrechte.html> (consultato il 24.10.2016)

5. La prevenzione del suicidio in Svizzera: attori e attività

5.1 Introduzione

Gli attori della prevenzione del suicidio

La prevenzione del suicidio è una responsabilità collettiva della società e chiama in causa i tre livelli istituzionali (Confederazione, Cantoni e Comuni). Le organizzazioni non governative svolgono anch'esse un ruolo importante.

Di seguito viene illustrato brevemente il funzionamento della prevenzione del suicidio in Svizzera.

5.2 Confederazione

L'impegno della Confederazione

La prevenzione del suicidio è un compito che compete a vari dipartimenti e uffici. La Confederazione vi svolge un ruolo per lo più indiretto (p. es. erogando aiuti finanziari, cfr. cap. 5.5), ma puntualmente interviene anche con azioni dirette.

Le attività tese a promuovere la salute mentale della popolazione hanno un impatto significativo sul tasso di suicidi. In quest'area tematica operano l'UFSP, la Segreteria di Stato dell'economia (SECO) e – in tema di gioventù e di integrazione dei malati psichici – anche l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS).

La prevenzione del suicidio dovrà essere coordinata strettamente con queste attività e con i mandati parlamentari in corso, per esempio:

- il progetto «Santé psychique en Suisse. État des lieux et champs d'action» (2015)²⁴,
- i postulati 13.3370 «Provvedimenti previsti nel settore della salute mentale in Svizzera»²⁵, 10.3255 «Il futuro della psichiatria»²⁶, 14.3191 «Integrazione dei malati psichici nel mondo del lavoro»²⁷ e l'ulteriore sviluppo dell'AI,
- la Strategia nazionale Dipendenze,
- la Rete Svizzera educazione + salute,
- la Strategia nazionale sulla prevenzione delle malattie non trasmissibili (Strategia MNT),
- i lavori di coordinamento per l'attuazione della Convenzione sui diritti del fanciullo.

Anche l'Ufficio federale di giustizia (UFG) e la Segreteria di Stato della migrazione (SEM) possono concorrere a ridurre il numero di suicidi: il primo, attraverso la legislazione in materia di violenza domestica, aiuto alle vittime di reati ed esecuzione delle pene e delle misure, la seconda attraverso la sua politica migratoria. L'Ufficio federale delle strade (USTRA) ha emanato una direttiva sulla prevenzione del suicidio dai ponti²⁸. L'UST elabora una statistica delle cause di morte e raccoglie quindi dati di base sui suicidi. Attraverso le riforme dell'esercito, il Dipartimento federale della difesa, della protezione della

²⁴ <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/themen/mensch-gesundheit/psychische-gesundheit/politische-auftraege-im-bereich-psychische-gesundheit/dialogbericht-psychische-Gesundheit.html> (consultato il 20.09.2016)

²⁵ http://www.parlament.ch/Curia_Vista/id=20133370 (consultato il 24.10.2016)

²⁶ http://www.parlament.ch/Curia_Vista/id=20103255 (consultato il 24.10.2016)

²⁷ http://www.parlament.ch/Curia_Vista/id=20143191 (consultato il 24.10.2016)

²⁸ Queste direttive sono basate sui risultati del primo studio riguardante i ponti in Svizzera (Reisch et al. 2006). Il secondo studio ha evidenziato la necessità di apportare alcune modifiche alle direttive includendovi anche i criteri «Vicinanza alle strutture psichiatriche» e «Situazione in caso di costruzione di un nuovo ponte» Reisch 2014; Reisch et al. 2014).

popolazione e dello sport (DDPS) ha contribuito a ridurre il numero di suicidi con arma da fuoco. L'Ufficio federale dei trasporti (UFT) fornisce supporto in materia di sicurezza alle aziende e alle società di trasporto.

In tema di riduzione della disponibilità e dell'accessibilità ai mezzi e ai metodi letali assumono particolare rilevanza la legge militare e la legge sulle armi, da un lato, e la legge sugli agenti terapeutici, dall'altro.

Legge militare e legge sulle armi

Negli ultimi dieci anni varie modifiche legislative hanno ridotto la disponibilità e l'accesso alle armi da fuoco nella popolazione. Sebbene questi progetti non fossero maturati con l'intento di prevenire i suicidi (Haas e Schibli 2015), è stato dimostrato che le restrizioni si sono tradotte in un calo della percentuale di suicidi compiuti con arma da fuoco. Solo una percentuale ridotta (22 % dei casi) è stata compensata da un aumento del ricorso ad altri metodi (Reisch et al. 2013).

Nel 2004 sono stati introdotti importanti cambiamenti legislativi con l'abbassamento dei limiti d'età che determinano l'obbligo di prestare servizio militare: ciò ha comportato una diminuzione significativa del numero di armi di ordinanza detenute a domicilio dai militari attivi. Inoltre sono state inasprite le regole per l'acquisto e il possesso di armi militari da parte di privati e dal 2008 è stata agevolata la restituzione delle armi in eccesso (depositabili gratuitamente e in qualsiasi momento presso la polizia). Dal 2010 chiunque intenda acquistare un'arma militare al termine del servizio militare necessita inoltre di un permesso d'acquisto di armi. Si è dunque ridotto drasticamente il numero di armi militari passate nelle mani di privati. Un altro aspetto fondamentale è l'impegno profuso dalla Confederazione per migliorare lo scambio d'informazioni tra le istanze incaricate di controllare le domande di acquisto di armi (p. es. tra autorità federali e cantonali, ma anche tra autorità civili e militari).

In Svizzera, in linea di principio, le armi usate nei tentati suicidi non vengono restituite ai proprietari. Se la persona ne fa richiesta, la polizia dispone di regola una perizia psichiatrica per accertare che la restituzione dell'arma non costituisca una minaccia né per la persona interessata né per terzi.

Excursus

Omicidio-suicidio

Un omicidio su due (compresi i tentati omicidi) è commesso in un contesto di violenza domestica (Ufficio federale di statistica 2006). Nel 35 % dei casi vengono usate armi bianche, nel 30 % dei casi armi da fuoco. Nei (pluri)omicidi seguiti da suicidio vengono impiegate in prevalenza armi da fuoco (Grabherr et al. 2010). La disponibilità di armi da fuoco è un fattore decisivo negli omicidi-suicidi, poiché avendo a disposizione un'arma è molto più facile uccidere diverse persone e poi darsi la morte (anche in caso di furia omicida). In nove casi su dieci di omicidio plurimo seguito da suicidio commesso da svizzeri vengono usate armi da fuoco (Ufficio federale per l'uguaglianza fra uomo e donna. 2012; Killias et al. 2006; Markwalder e Killias).

Legge sugli agenti terapeutici

La prassi in materia di prescrizione, l'obbligo della ricetta medica, la grandezza delle confezioni e le pratiche di vendita e consulenza nelle farmacie possono influenzare il numero di suicidi e tentati suicidi per mezzo di medicinali. Limitare l'accesso ai medicinali più usati per suicidarsi impone però che si analizzino le conseguenze sanitarie negative che questa restrizione potrebbe comportare.

L'accesso agevolato agli agenti terapeutici proposto dal Parlamento nella revisione della pertinente legge è contrario all'obiettivo della prevenzione del suicidio. Il Consiglio federale terrà conto di queste esigenze di prevenzione nell'attuazione della legge. Nelle disposizioni d'esecuzione del quarto pacchetto di ordinanze sugli agenti terapeutici si punterà a raggiungere un compromesso soddisfacente per gli attori della sanità e per la popolazione.

Legge sulla
statistica federale

La statistica delle cause di morte elaborata dall'UST fornisce dati rilevanti sui suicidi, ma le informazioni in essa contenute sono rudimentali, giacché i metodi di suicidio sono rilevati solo a livello aggregato e mancano informazioni sul luogo del decesso. Sui tentati suicidi non sono disponibili dati di routine su scala nazionale: un rilevamento di questi dati è stato effettuato dal 2004 al 2010 nell'agglomerazione di Berna e dal 2003 al 2006 a Basilea secondo il metodo degli studi multicentrici dell'OMS/MONSUE (Multicenter Study on Suicidal Behaviour) (per Berna: Steffen et al. 2011; per Basilea: Muheim et al. 2013).

Excursus

Fonti di dati
quantitativi

La statistica delle cause di morte dell'UST fornisce dati di routine sui suicidi a livello nazionale.

Tra le altre (potenziali) fonti utili per la statistica nazionale su suicidi, tentati suicidi, suicidalità e fattori di rischio e di protezione (p. es. salute mentale, isolamento, cure sanitarie)²⁹ si citano:

- gli istituti di medicina legale;
- la statistica medica ospedaliera;
- la statistica ospedaliera;
- Tox Info;
- il sistema di dichiarazione Sentinella;
- la statistica criminale di polizia;
- la statistica sulla privazione della libertà;
- l'Indagine sulla salute in Svizzera;
- lo Swiss Household Panel;
- le inchieste federali fra i giovani (ch-x);
- lo Swiss National Cohort (collegato p. es. alla statistica delle cause di morte).

Fonti di dati
qualitativi

I dati quantitativi non consentono da soli di rispondere a tutte le questioni sulla tendenza al suicidio e la prevenzione del suicidio. Gli studi qualitativi forniscono importanti informazioni complementari. Le conoscenze empiriche dei diretti interessati, dei familiari e dei superstiti sono fonti utili per gli studi qualitativi.

Interventi basati
sulle evidenze e
valutazione
dell'efficacia

Senza dati probanti è impossibile programmare interventi di prevenzione del suicidio basati su elementi fattuali. Il monitoraggio e la ricerca consentono di analizzare l'efficacia degli interventi.

5.3 Cantoni e Comuni

L'impegno dei
Cantoni: uno
sguardo d'insieme

Negli ultimi anni quasi tutti i Cantoni hanno sviluppato, in collaborazione con i Comuni, attività di promozione della salute mentale. Un compendio completo delle attività gestite dai Cantoni nel campo della promozione della salute mentale (p. es. sostegno all'Alleanza contro la depressione) è contenuto nel rapporto «Salute mentale in Svizzera» (disponibile in tedesco e francese) (Bürli et al. 2015, pag. 29).

I Comuni sono un anello fondamentale poiché attraverso le loro strutture (scuole, istituti, centri di consulenza) e i loro settori di competenza (p. es. i servizi sociali) possono rivolgersi ai gruppi target e svolgere un ruolo attivo nell'attuazione

²⁹ Si possono ricavare dati utili anche da rilevamenti isolati condotti a livello nazionale come l'Indagine sullo stato di salute delle persone anziane in istituzione (ISAI) 2008/09.

delle misure.

Da un'indagine³⁰ (stato: aprile 2015) è emerso che solo pochi Cantoni (VD, VS e ZG) hanno lanciato attività di prevenzione del suicidio – che vanno oltre la promozione della salute mentale – nel quadro di un programma specifico. A settembre del 2015 anche il Cantone di Zurigo ha avviato un programma interdipartimentale di prevenzione del suicidio.

Sebbene solo pochi Cantoni integrino le attività di prevenzione del suicidio in un programma coordinato, molti di loro si attivano puntualmente in questo ambito, o come promotori o come co-finanziatori di attività promosse da attori non cantonali.

Acquisizione dei
dati nei Cantoni

Giudicando insufficienti i dati rilevati dalla Confederazione (UST), alcuni Cantoni hanno cominciato a raccogliere dati sui suicidi e i tentati suicidi sul proprio territorio (in collaborazione con la polizia, gli istituti di medicina legale e il ministero pubblico). I lavori sono stati in parte sospesi nella speranza che il Piano d'azione prevenzione del suicidio fornisca una soluzione a livello nazionale.

Assistenza
medica

I Cantoni sono responsabili dell'assistenza medica sul proprio territorio. Nel quadro della prevenzione del suicidio devono garantire cure sufficienti e di buona qualità ai malati psichici e alle persone con dipendenze, accordando particolare attenzione ai soggetti che hanno tentato il suicidio e garantendo assistenza e un accompagnamento adeguato ai superstiti o alle categorie professionali direttamente coinvolte.

Nei pazienti con sintomi somatici va posto l'accento sul riconoscimento precoce di malattie psichiche, crisi psicosociali o suicidarie e atti suicidari. I medici del settore ambulatoriale e stazionario e il personale sanitario che lavora in ospedali e istituti hanno in quest'ottica un'importante funzione di individuazione precoce e triage. Occorre trattare le persone gravemente malate o con multimorbilità con particolare attenzione. Le cure palliative sono una componente importante della prevenzione del suicidio.

Il riconoscimento precoce e il triage pongono maggiori difficoltà nel caso dei migranti, da un lato a causa della barriera linguistica e, dall'altro, perché le crisi spesso si manifestano in maniera diversa che nelle persone senza un passato migratorio.

Il riconoscimento precoce, la presa in carico e il trattamento delle persone che attraversano una crisi suicidaria richiedono competenze specialistiche, ma l'atteggiamento del personale è un aspetto altrettanto importante, poiché le persone che soffrono di disturbi psichici hanno bisogno di essere trattate con empatia.

Quasi tutti i Cantoni si sono dotati di strutture psichiatriche o sociopsichiatriche ambulatoriali e stazionarie, ma i servizi di pronto intervento in caso di crisi attivi tutti i giorni della settimana, 24 ore su 24, non sono disponibili ovunque. Talvolta si riscontrano difficoltà legate alle conoscenze linguistiche insufficienti del personale specializzato, o a ostacoli che impediscono di accedere alle cure o ancora ai tempi d'attesa, soprattutto nei servizi di psichiatria infantile e giovanile (Haemmerle 2007). Alcuni riferiscono che quando sono in preda a una fase suicidaria non si rivolgono ai centri specializzati negli interventi di crisi poiché sanno che verrebbero trasferiti in strutture stazionarie, prospettiva che vogliono

³⁰ Condotta dalla Rete Salute Psichica Svizzera nella primavera del 2015. All'indagine hanno risposto 25 Cantoni e i dati sono stati completati con ricerche svolte dalla Rete Salute Psichica Svizzera.

invece evitare. Le persone con disturbi psichici gradiscono le soluzioni intermedie, perché la presa in carico va oltre il trattamento ambulatoriale (quindi oltre un colloquio ogni due settimane con lo psicoterapeuta), ma non comporta ricoveri (spesso ripetuti) in strutture stazionarie. In futuro sarà fondamentale potenziare l'offerta di modelli intermedi di assistenza psichiatrica, per esempio servizi di équipe mobili e cure a domicilio³¹.

Excursus

Suicidi di pazienti ricoverati in cliniche psichiatriche

Nel 2011, 43 pazienti si sono tolti la vita in Svizzera mentre erano ricoverati in una clinica psichiatrica. Il numero dei suicidi in queste strutture è rimasto più o meno stabile negli ultimi dieci anni³².

Il rischio di suicidio nei pazienti ricoverati in una clinica psichiatrica è circa 50 volte più elevato che nel resto della popolazione (Ajdacic-Gross et al. 2009). La maggioranza dei suicidi avviene fuori dalla clinica durante il fine settimana, dopo che si era valutato ed escluso il rischio di suicidio. Questo illustra la difficoltà di prevedere la tendenza al suicidio in modo affidabile, anche per gli specialisti (Ajdacic-Gross 2015).

Nel quadro del progetto «Sicurezza dei pazienti nell'assistenza psichiatrica» realizzato dalla fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera e finanziato in larga misura dalla FMH, in collaborazione con esperti è stato elaborato un piano d'azione che dedica ampio spazio alla prevenzione del suicidio (Mascherek 2015; Mascherek e Schwappach 2016).

Prevenzione del suicidio nei Comuni

Non è chiaro in che misura i consultori comunali siano sensibilizzati in materia di prevenzione del suicidio, ma è certo che rivestono un ruolo fondamentale nel riconoscimento e nell'intervento precoce. I servizi per le questioni giovanili, i centri specializzati nelle dipendenze e i servizi sociali sono gli interlocutori più indicati per svolgere attività di prevenzione del suicidio. In generale vi è una carenza di centri per anziani, adolescenti LGBT, migranti e uomini. Affinché le strutture e i servizi comunali siano effettivamente utilizzati al momento del bisogno, devono essere facilmente accessibili (offerta a bassa soglia)³³. È importante inoltre che i servizi di consulenza collaborino con le linee telefoniche d'emergenza e con i servizi psichiatrici e sociopsichiatrici.

Prevenzione del suicidio nei luoghi di formazione

I suicidi sono rari negli anni della scolarità obbligatoria. Per i bambini di questa età le offerte nel settore della gestione delle crisi sono relativamente numerose, ma si focalizzano sugli interventi in caso di crisi acute, ovvero visibili, e non tanto sul rilevamento e intervento precoce (R+I)³⁴, un concetto non ancora diffuso ovunque. L'approccio R+I, promosso nell'ambito della prevenzione delle dipendenze e della violenza, offre interessanti opportunità per la prevenzione del suicidio.

Sebbene i suicidi nell'età della scuola dell'obbligo siano rari, questa fase della vita è cruciale per la prevenzione, perché è durante l'infanzia e l'adolescenza che si costruiscono le basi dell'integrità psichica dell'individuo adulto. La scuola

³¹ Cfr. «Il futuro della psichiatria» (2016; disponibile in francese e tedesco). Rapporto in adempimento del postulato Philipp Stähelin (10.3255).

³² http://www.hplus.ch/it/cifre_fatti/monitoraggio_di_h_degli_ospedali_e_delle_cliniche/psichiatria/prestazioni/dimissione/ (consultato il 20.09.2016)

³³ Le strutture e i servizi a bassa soglia sono facilmente accessibili in termini sia fisici (posizione geografica e organizzazione) sia economici e sono percepiti come accettabili, cioè assicurano l'anonimato, sono efficaci e non presentano barriere sociali o culturali (p. es. lingua, età, sesso, religione o appartenenza etnica).
Fonte: <http://www.bag.admin.ch/glossar/index.html?action=id&id=501&lang=it> (consultato il 20.09.2016)

³⁴ <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/themen/mensch-gesundheit/kinder-jugendgesundheit/frueherkennung-fruehintervention-bei-jugendlichen.html> (consultato il 20.09.2016)

è un ambiente fondamentale per lo sviluppo di bambini e adolescenti e per la promozione della loro salute mentale.

I suicidi sono più frequenti nella formazione professionale e terziaria: a questo livello sono dunque necessarie misure di prevenzione specifiche. In Svizzera i progetti in questi due comparti della formazione sono però sporadici³⁵.

Excursus

Suicidi negli stabilimenti di privazione della libertà

La statistica sulla privazione della libertà riporta 85 suicidi nel periodo 2003-2013 (Ufficio federale di statistica 2015a), ovvero in media quasi 8 casi all'anno. Da un anno all'altro si registrano tuttavia notevoli fluttuazioni: da 2 casi nel 2013 a 14 casi nel 2006. In ragione della casistica limitata è difficile fare previsioni sull'evoluzione futura.

Degli 85 suicidi, 51 sono avvenuti in carcerazione preventiva, 26 nella fase di esecuzione delle pene (compresa l'esecuzione anticipata della pena) e 8 in altri regimi di carcerazione (p. es. in vista di rinvio coatto). In rapporto al numero di detenuti, i suicidi in regime di carcerazione preventiva sono superiori alla media.

Dati supplementari sui suicidi in carcere provengono dagli istituti di medicina legale, che nel periodo 2000-2010 hanno esaminato 50 casi (Gauthier et al. 2015) estrapolando le seguenti informazioni: il 98 % delle persone suicide erano uomini (una sola donna morta suicida); un terzo era di nazionalità svizzera e quasi due terzi avevano un impiego fisso; nel 61 % dei casi sono stati accertati problemi psichiatrici all'origine del suicidio (oltre ad altre possibili cause quali la detenzione in sé o conflitti interpersonali); il 35 % ha lasciato una lettera d'addio; l'84 % si è suicidato impiccandosi e di questi, il 72 % ha usato come ancoraggio un punto sufficientemente alto per non toccare con i piedi per terra, il più delle volte una finestra; le persone hanno utilizzato vestiti o lenzuola; il secondo metodo di suicidio più usato è stata l'intossicazione per mezzo di medicinali.

L'OMS e l'Associazione internazionale per la prevenzione dei suicidi (IASP) hanno elaborato una guida sulla prevenzione del suicidio destinata al personale dei servizi di esecuzione delle pene (Organizzazione mondiale della sanità OMS e l'Associazione internazionale per la prevenzione dei suicidi IASP 2007). Nel dicembre del 2015 l'Assemblea generale delle Nazioni Unite ha adottato i nuovi standard minimi per il trattamento dei prigionieri (*The United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners*)³⁶. Le cosiddette «Mandela rules» (regole di Mandela) riprendono numerosi principi del Consiglio d'Europa in materia penitenziaria, ma si spingono oltre per quanto riguarda il ricorso alle misure di isolamento, una questione cruciale nella prevenzione del suicidio.

La prevenzione del suicidio nei regimi di prevenzione della libertà è parte della medicina carceraria. L'assistenza sanitaria e l'esecuzione delle pene e delle misure sono di competenza dei Cantoni. Non esistono pertanto regole uniformi di medicina penitenziaria. Per migliorare e armonizzare la situazione a livello nazionale, la Conferenza delle direttrici e dei direttori dei dipartimenti cantonali di giustizia e polizia (CDDGP) e la Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) hanno istituito nel 2013 Salute Carceraria Svizzera (SPS)³⁷, il Collegio interdisciplinare nazionale per le questioni di salute in carcere.

³⁵ P. es. per le aziende di tirocinio: «Zwischen Lebenslust- und Lebensfrust – Eine Unterrichts- und Interventionshilfe zur Suizidprävention», redatto dalla Fachhochschule Nordwestschweiz e dalla Suizid-Netz Aargau; per la formazione terziaria: la rete Krise & Suizid dell'Università e del PF di Zurigo.

³⁶ http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Brochure_on_the_UN_SMRs.pdf (consultato l'11.08.2016).

³⁷ <http://sante.prison.ch/it/> (consultato il 20.09.2016).

Raramente lo Stato è così direttamente e pienamente responsabile della salute dei suoi cittadini come quando li priva della loro libertà e li imprigiona.

5.4 Fondazione Promozione Salute Svizzera

Mandato	La fondazione Promozione Salute Svizzera ha ricevuto il mandato legale di avviare, coordinare e valutare misure di prevenzione e di promozione della salute. La fondazione è sostenuta dai Cantoni e dagli assicuratori.
La salute mentale nella gestione della salute in azienda	Dal 2006 la salute mentale rientra nelle priorità strategiche della fondazione Promozione Salute Svizzera. Finora la fondazione si è concentrata sulle misure volontarie di gestione della salute in azienda (GSA), non solo perché il lavoro ha un ruolo fondamentale per la salute mentale, ma anche perché la metà della popolazione svizzera esercita un'attività professionale e gran parte di queste persone lavora per 40 anni o per un periodo ancora più lungo. Promozione Salute Svizzera elabora misure testate nella pratica e validate dalle cerchie scientifiche per aiutare le aziende ad attuare provvedimenti di promozione della salute dei dipendenti.
La salute mentale nei programmi d'azione cantonali	Dal 2007 la fondazione Promozione Salute Svizzera coordina programmi d'azione cantonali (PAC) pluriennali che raggruppano e mettono in relazione misure orientate ai risultati. In passato questi programmi si sono focalizzati sui temi dell'alimentazione e dell'attività fisica nei bambini e negli adolescenti. A luglio del 2016 il Dipartimento federale dell'interno (DFI) ha approvato il supplemento di premio delle casse malati. Grazie a questo aumento, nei PAC si potranno ora integrare sia il tema della salute mentale sia il gruppo target delle persone anziane. La fondazione Promozione Salute Svizzera contribuisce così alla riuscita dei progetti del Dialogo sulla politica nazionale della sanità e della strategia MNT. Attraverso i PAC, la fondazione offre ai Cantoni interessati un quadro concettuale uniforme che garantisce standard qualitativi comparabili e sufficiente flessibilità per eventuali adattamenti alle specificità regionali. I Cantoni possono adeguare la portata dei pacchetti di misure alle loro esigenze e alle loro capacità e sono responsabili dell'orientamento e dell'attuazione delle misure concrete. I PAC sono finanziati per almeno il 50 per cento dai Cantoni e per la restante parte da Promozione Salute Svizzera. Basandosi sulle conoscenze scientifiche, le misure dei PAC in materia di salute mentale saranno tese a rafforzare le risorse sia dei diretti interessati sia del loro entourage. Le misure si concentreranno in particolare su bambini e adolescenti e persone anziane e sulle persone di riferimento (genitori, familiari che li assistono ecc.). I PAC contribuiscono così alla prevenzione e al riconoscimento precoce delle malattie psichiche e del suicidio.

5.5 Organizzazioni non governative

Associazioni per la prevenzione del suicidio

Le organizzazioni non governative (ONG) sono attori chiave nella prevenzione del suicidio in Svizzera. Operano principalmente in contesti non medici. Alcune ONG si occupano esplicitamente ed esclusivamente della prevenzione del suicidio. Le loro attività sono riassunte nella tabella 27.

27. Associazioni in Svizzera che si occupano esplicitamente ed esclusivamente di prevenzione del suicidio

Associazioni per la prevenzione del suicidio	Specialisti				Popolazione	
	Ricerca	Lavoro di collegamento	Formazione continua	Materiale informativo	Informazione e sensibilizzazione ³⁸	Consulenza e aiuto ³⁹
CH: Ipsilon	✓	✓	✓	✓	✓	
AG: Suizid-Netz		✓	✓	✓	✓	
BE: Fachgruppe Suizidprävention		✓	✓	✓	✓	
BE (parte francofona): Résiste		✓	✓	✓	✓	✓
FR: PréSuiFri		✓	✓	✓		
F-CH: STOP SUICIDE		✓	✓	✓	✓	
JU: Résiste		✓	✓	✓	✓	✓
NE: Parlons-en		✓	✓	✓	✓	✓
VS: Parspas			✓	✓	✓	✓
ZH: FSSZ	✓	✓	(✓)	✓	✓	
D-CH: Trauernetz		✓	✓		✓	✓

Molte ONG si occupano di prevenzione del suicidio nel quadro di un più ampio campo di attività.

Affinché le persone che attraversano crisi suicidarie facciano ricorso alle offerte disponibili, queste devono essere facilmente e rapidamente accessibili ed essere sufficientemente pubblicizzate.

Linee telefoniche d'emergenza e servizi di consulenza

I servizi raggiungibili 24 ore su 24, 365 giorni all'anno, sono fondamentali. Le linee telefoniche d'emergenza mettono immediatamente in contatto con un interlocutore, mentre SMS ed e-mail richiedono attese più lunghe, di ore o giorni, prima che la persona in preda a una crisi possa ricevere una risposta. Il Telefono Amico (143) e Consulenza + Aiuto (147) di Pro Juventute sono due importanti linee telefoniche di aiuto. Presenti in tutte le regioni e fruibili in tutte le lingue nazionali, si rivolgono a tutte le fasce d'età e prestano aiuto in ogni situazione. Altri numeri d'emergenza hanno una copertura regionale. Esistono inoltre numeri di emergenza e soccorso medico attivi 24 ore su 24, che però vengono usati con molta più reticenza dalle persone in cerca di aiuto. La Confederazione (UFAS) eroga aiuti finanziari a Consulenza + Aiuto 147 e a Stop Suicide.

I servizi d'informazione e consulenza su varie tematiche (p. es. malattie psichiche, dipendenze, violenza e *coming-out*) sono quindi altrettanto importanti. Sono gestiti non solo dalle ONG, ma spesso anche dai Comuni, che li integrano nelle loro strutture. Alcuni consultori sono raggiungibili unicamente negli orario d'ufficio, in alcuni casi non è consentito l'anonimato e per altri è richiesto un appuntamento: in situazioni di crisi acute, tutti questi fattori sono percepiti come ostacoli insormontabili. I servizi via SMS o e-mail hanno il vantaggio di

³⁸ Informazioni sulla problematica del suicidio, ma anche sulle malattie psichiche.

³⁹ Per i diretti interessati, i loro familiari o entrambi.

consentire l'anonimato. L'ideale è che le linee telefoniche d'emergenza e i consultori specializzati in tematiche o gruppi target uniscano le loro forze e collaborino: le prime sono infatti raggiungibili in qualsiasi momento per casi d'urgenza e possono indirizzare le persone ai consultori o ai servizi di assistenza più idonei. È importante assicurarsi che anche gli uomini ricorrano a questi servizi.

Prevenzione dell'isolamento e interventi mirati

La promozione delle risorse sociali, per esempio attraverso la partecipazione alla vita sociale e la prevenzione dell'isolamento, è una componente importante a tutti e tre i livelli della prevenzione del suicidio: primario, secondario e terziario. (Amstad e Bürli 2015). Avere una vita sociale non mette tuttavia completamente al riparo da forti sentimenti di solitudine, che sono comuni e diffusi in tutte le fasce d'età. Le malattie psichiche aumentano il rischio d'isolamento sociale.

La tabella 28 mostra alcune attività svolte dalle ONG per contrastare l'isolamento e promuovere la partecipazione alla vita sociale:

28. Progetti per contrastare l'isolamento e promuovere la partecipazione alla vita sociale

Titolo	Tipologia	Cantone/i o città
Progetto Via - Best Practice per la promozione della salute in età avanzata	Programma	CH
Gesund altern	Programma	ZG
femmesTISCHE	Luogo d'incontro	AG/AR/BS/BE/GE/LU/NW/OW/SG/SO/SZ/TG
TAVOLATA – Un piacevole momento di incontro	Luogo d'incontro	AG/BE/BS/BL/GR/JU/LU/NE/NW/OW/SG/SH/SZ/TG/TI/UR/ZG/ZH
Café Yucca	Luogo d'incontro	ZH
Café Balance	Luogo d'incontro	BS
Väter für Väter	Luogo d'incontro	Città di Zurigo
Servizio trasporti e servizio visite e accompagnamento della Croce Rossa Svizzera	Aiuto di vicinato	CH
Va bene – Besser leben zuhause	Aiuto di vicinato	ZH
Quartiers solidaires	Aiuto di vicinato	VD

Prevenzione del suicidio nelle aziende

La prevenzione del suicidio in senso stretto occupa una posizione marginale all'interno delle aziende. Le problematiche più tematizzate sono la prevenzione del burn-out e la gestione dello stress (Fässler et al. 2015).

Formazione di professionisti non medici

Formare divulgatori (moltiplicatori) è essenziale affinché le figure professionali in centri di formazione, servizi per l'impiego, Comuni, aziende, istituti, carceri, chiese, associazioni, esercito, polizia, consultori e linee telefoniche d'emergenza possano assolvere le loro funzioni di individuazione e intervento precoce. Le offerte formative per i moltiplicatori, in parte già esistenti – e più radicate nella Svizzera francese che in Svizzera tedesca – andrebbero potenziate e diffuse su tutto il territorio. La formazione del personale all'interno delle forze di polizia e delle autorità di esecuzione delle pene varia da un Cantone all'altro. I dipendenti delle FFS seguono una formazione sul tema della prevenzione del suicidio.

Le formazioni non devono limitarsi a impartire conoscenze specialistiche, poiché l'atteggiamento dei moltiplicatori è un aspetto altrettanto importante nel gestire le persone con disagi psichici. Chi attraversa una crisi suicidaria ha bisogno di un interlocutore che sappia dare prova di una buona dose di empatia.

Copertura mediatica

Il modo in cui i media riportano le notizie sui suicidi ha una forte influenza, sia positiva sia negativa, sull'atteggiamento della società e degli individui verso questo argomento.

Al punto 7.9 delle Direttive relative alla «Dichiarazione dei doveri e dei diritti del giornalista» emanate dal Consiglio svizzero della Stampa sono specificati i casi in cui si può riferire sui suicidi. Le direttive pubblicate dalla Federazione dei medici svizzeri (FMH) nel 1994 sono state rielaborate dall'associazione Ipsilon e pubblicate online nel 2004⁴⁰. Da allora, altri attori hanno emanato raccomandazioni per chi lavora nei media⁴¹.

Varie organizzazioni s'impegnano per assicurare un trattamento adeguato delle informazioni e per una migliore sensibilizzazione dei professionisti dei media al tema del suicidio. Tra queste figurano il gruppo specializzato per la prevenzione del suicidio (Fachgruppe für Suizidprävention) del Cantone di Berna, la rete Suizid-Netz in Argovia, l'organizzazione Parlons-en a Neuchâtel e l'organizzazione Stop Suicide nella Svizzera francese.

Dalle esperienze di Stop Suicide emerge che i giornalisti della Svizzera francese conoscono a malapena le direttive e le raccomandazioni in essere, sia quelle riferite alla loro professione sia quelle provenienti dagli attori della prevenzione del suicidio (Stop Suicide 2012, pag. 18). Nel 2011 il Consiglio della stampa ha dato ragione a Stop Suicide in una causa legale intentata contro un giornale della Svizzera francese (Stop Suicide 2012, pag. 15).

Excursus

Effetti positivi e negativi della copertura mediatica

I media hanno un'influenza positiva quando contribuiscono a creare consapevolezza in merito al tema del suicidio, quando sconfessano idee errate informando l'opinione pubblica, quando presentano casi di crisi risolte e modi di uscire da una crisi o ancora quando citano le offerte di aiuto esistenti (Tomandl et al. 2014; Organizzazione mondiale della sanità OMS 2014; Niederkrötenhaller et al. 2010).

Hanno invece un'influenza negativa (Organizzazione mondiale della sanità OMS 2008; Tomandl et al. 2014) quando le notizie mettono in evidenza, ripetutamente e in maniera sensazionalistica, semplicistica, pretestuosa o addirittura eroica o romantica, casi di suicidio o tentato suicidio fornendo informazioni dettagliate che possono indurre i lettori a identificarsi con la persona morta suicida e a emulare il gesto. Rivelare il luogo del suicidio e specificare il metodo utilizzato, in particolare riportando particolari e pubblicando fotografie, è irresponsabile. Se a togliersi la vita è una personalità pubblica è richiesta particolare cautela nel divulgare la notizia.

Analisi dei media

Un'analisi condotta nel 2013 nella Svizzera francese in cui sono stati esaminati 400 articoli sul tema del suicidio ha evidenziato diversi difetti nella stampa (Stop Suicide 2014). I suicidi di personaggi famosi sono stati sovrarappresentati e ci si è focalizzati eccessivamente sui suicidi, lasciando invece poco spazio ai tentati suicidi e ai pensieri suicidari. Trattare casi di persone con pensieri suicidari senza un epilogo fatale farebbe capire che esistono altri modi per superare una crisi suicidaria. Oltre il 40 % degli articoli esaminati menzionava il metodo di suicidio e in alcuni casi era specificato il luogo (il più delle volte un ponte). Circa la metà (49 %) delle notizie non forniva spiegazioni sulle ragioni del suicidio e il 29 % lo faceva in maniera semplicistica o indicava un solo fattore. Solo un articolo su cinque (22 %) descriveva la complessità del contesto in cui

⁴⁰ http://www.ipsilon.ch/fr/medias/directives_pour_medias.cfm (consultato l'11.08.2016).

⁴¹ <http://www.stopsuicide.ch/site/medias> (consultato l'11.08.2016).

Copertura
mediatica dei
suicidi compiuti
gettandosi nel
vuoto

matura un suicidio e appena il 19 % affrontava uno o più aspetti della prevenzione del suicidio (p. es. campagne, possibilità di limitare l'accesso alle armi o ai binari, offerte di aiuto).

Diversi studi hanno dimostrato che divulgare informazioni sui suicidi compiuti gettandosi nel vuoto può incoraggiare atti emulativi nello stesso luogo, in particolare se si tratta di ponti. Anche gli studi sui ponti in Svizzera forniscono dati che comprovano l'esistenza di una correlazione tra il numero di suicidi di questo tipo e l'intensità della copertura mediatica. Si è potuto constatare inoltre che in alcuni casi i suicidi sono avvenuti anche dopo l'adozione di misure di sicurezza strutturali sul ponte. Al riguardo vi è il rischio che gli operatori dei media diffondano la notizia dell'accaduto come prova dell'inefficacia delle misure adottate. È dunque importante informare i professionisti dei media sulle misure strutturali adottate nell'ambito della prevenzione del suicidio (Reisch et al. 2014).

Excursus

Cyberbullismo e
sexting

Il cyberbullismo (detto anche cybermobbing) è la pratica di divulgare testi, immagini o filmati attraverso i mezzi di comunicazione digitali per diffamare, compromettere o molestare una persona con atti ripetuti o persistenti nel tempo. Il Consiglio federale ha adottato un rapporto sul cyberbullismo nel 2010⁴² e successivamente nel 2015, da cui si evince che il fenomeno tocca in particolare bambini, adolescenti e giovani, in entrambe le vesti di vittime e bulli. Il cyberbullismo può avere risvolti drammatici come stati d'ansia, depressioni e pensieri suicidari.

Nello studio svizzero JAMES, il 28 % degli adolescenti intervistati (fascia d'età 12-19 anni) ha dichiarato che loro foto o video erano stati messi online senza il loro consenso (Willemse et al. 2014). Il 22 % degli adolescenti ha ammesso di aver subito attacchi su Internet, il 12 % di essere stato oggetto di immagini o testi offensivi diffusi per telefono cellulare e l'8 % di aver inviato foto o video erotici o provocanti di sé stessi tramite il cellulare. Quest'ultimo caso cela il rischio che il destinatario riutilizzi il materiale in modo improprio e lo condivida con terzi senza il consenso della persona interessata (sexting).

Nel diritto svizzero il cyberbullismo e il sexting non sono menzionati esplicitamente tra i reati punibili, ma secondo il Consiglio federale⁴³ questi due atti sono già oggi perseguibili in virtù delle disposizioni penali vigenti. Chi subisce una lesione della personalità può intentare una causa civile. Si applica inoltre la legge sulla protezione dei dati.

L'azione di contrasto al cyberbullismo promossa dalla Confederazione e dai Cantoni s'iscrive nell'area tematica «Gioventù e media». Gli strumenti di protezione di carattere normativo hanno un'efficacia limitata e servono dunque misure parallele che consentano agli educatori di accompagnare i bambini nell'uso dei media e di fornire loro sostegno nell'affrontare ed elaborare le esperienze difficili. Dal canto loro, bambini e adolescenti devono acquisire la capacità di comprendere e valutare la portata e le possibili conseguenze delle loro azioni. Per il resto Confederazione e Cantoni trattano il tema del cyberbullismo nell'area tematica «Gioventù e media»⁴⁴ (Ribeaud et al. 2015).

⁴² <https://www.cybercrime.admin.ch/dam/data/fedpol/aktuell/news/informationen/ber-br-i.pdf> (consultato il 15.09.2016)

⁴³ http://www.bsv.admin.ch/themen/kinder_jugend_alter/00071/index.html?lang=it -> Rapporto del Consiglio federale «Giovani e media» (consultato il 15.09.2016)

⁴⁴ <http://www.jugendundgewalt.ch/it.html> (consultato il 15.09.2016)

6. Piano d'azione prevenzione del suicidio in Svizzera

6.1 Mandato

Mandato Nel 2014 le Camere federali hanno approvato la mozione Ingold 11.3973 «Prevenzione del suicidio. Sfruttare maggiormente il margine di manovra a disposizione», conferendo al Consiglio federale l'incarico di rafforzare la prevenzione del suicidio su tutto il territorio. La Confederazione (UFSP) è stata dunque incaricata di «presentare e attuare un piano d'azione per la prevenzione del suicidio». La prevenzione del suicidio è una responsabilità collettiva della società e chiama in causa numerosi attori del settore sanitario.

Elaborazione del piano d'azione La Confederazione ha esaminato l'elaborazione del piano d'azione nel quadro del «Dialogo sulla politica nazionale della sanità»⁴⁵, che ha incaricato l'UFSP, la Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) e la fondazione Promozione Salute Svizzera di elaborare congiuntamente tale piano d'azione.

Nella stesura della prima bozza del piano sono stati coinvolti un centinaio di esperti, tra cui:

- specialisti del settore medico e non medico;
- rappresentanti della Confederazione e dei Cantoni;
- responsabili di programmi di prevenzione del suicidio di altri Paesi europei e dell'OMS;
- persone che hanno sperimentato personalmente la tendenza al suicidio.

Alla consultazione relativa alla prima bozza del piano, svoltasi nella primavera del 2016, hanno partecipato 130 attori della sanità e di altri settori della società.

Il presente piano d'azione si fonda su raccomandazioni internazionali (Organizzazione mondiale della sanità OMS 2014; Zalsman et al. 2016; Mann et al. 2005) per programmi di prevenzione del suicidio e tiene conto del contesto svizzero.

6.2 Obiettivo

Suicidi e tasso di suicidi, dati attuali Ogni anno in Svizzera più di 1000 persone si tolgono la vita (suicidio non assistito). Il tasso di suicidi standardizzato per età (esclusi i suicidi assistiti) era di 13,3⁴⁶ per 100 000 abitanti nel 2013 (uomini: 20,3; donne: 6,3) (Steck e Zwahlen 2016).

Negli ultimi 20 anni il tasso di suicidi non assistito è nettamente diminuito, ma dal 2010 è rimasto stabile. Il calo tendenziale del tasso di suicidi è legato probabilmente a fattori generali quali la congiuntura economica stabile e il miglioramento della presa in carico delle persone affette da disturbi psichici in Svizzera, ma anche il proliferare negli ultimi anni delle azioni di prevenzione del suicidio da parte di attori pubblici e privati.

Obiettivo Il Piano d'azione prevenzione del suicidio si prefigge di ridurre ulteriormente e in

⁴⁵ Il «Dialogo sulla politica nazionale della sanità» è la piattaforma permanente attraverso la quale Confederazione e Cantoni discutono temi e compiti in materia di politica della sanità e stringono gli accordi necessari.
<https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/dialog-nationale-gesundheitspolitik-staendige-plattform-bund-kantonen.html> (consultato il 2016/02/11).

⁴⁶ Il calcolo dei tassi standardizzati per età si basa sull'European Standard Population (ESP) 2010. L'UST utilizza in parte tassi standardizzati per età basati sull'ESP del 1976: questo spiega le differenze nei tassi di suicidio pubblicati.

maniera duratura il tasso, vale a dire il numero di casi in rapporto alla popolazione, di suicidi non assistiti e di tentati suicidi in Svizzera.

Lo stallo osservato dal 2010 indica che occorre intensificare gli sforzi in questo senso. Secondo Steck e Zwahlen (2016) è improbabile che nei prossimi 20 anni il tasso di suicidi segni un calo paragonabile a quello registrato negli ultimi due decenni. È vero infatti che tanto più basso è il tasso di suicidi, maggiori dovranno essere gli sforzi nel campo della prevenzione per poter imprimervi un ulteriore calo.

Se la tendenza al ribasso osservata nel periodo 1995-2013 continuasse agli stessi ritmi, il tasso di suicidi degli uomini potrebbe scendere a circa 14 casi per 100 000 abitanti entro il 2030 e quello delle donne a circa 4 casi per 100 000 abitanti (Steck e Zwahlen 2016). Ciò significherebbe un calo del tasso di suicidi del 30 % negli uomini e del 40 % nelle donne tra il 2013 e il 2030, obiettivo che pare troppo ottimistico.

Riduzione del
tasso di suicidi di
circa il 25 % entro
il 2030

Il piano d'azione si prefigge dunque di ridurre di circa il 25 % il numero di suicidi per 100 000 abitanti entro il 2030 (rispetto al 2013), portando il tasso di suicidi a circa 10 casi per 100 000 abitanti nel 2030 (uomini: circa 15 casi per 100 000 abitanti; donne: circa 5 casi per 100 000 abitanti).

Un confronto con i tassi di suicidio di altri Paesi europei⁴⁷ mostra che questo obiettivo è realistico. A titolo d'esempio, Gran Bretagna, Spagna, Italia e Lussemburgo presentavano già nel 2013 un tasso di suicidi tra gli uomini inferiore a 15 casi per 100 000 abitanti. Norvegia, Portogallo, Paesi Bassi e Danimarca si situavano appena al di sopra di questa soglia. Per quanto riguarda le donne, nel 2013 Gran Bretagna, Spagna, Italia, Portogallo e Grecia indicavano un tasso di suicidi non superiore a 5 casi per 100 000 abitanti.

Circa 300 suicidi
in meno ogni
anno

Se la Svizzera raggiungerà l'obiettivo prestabilito, a lungo termine (2030) si potrà salvare ogni anno la vita a circa 300 persone, risparmiando enormi sofferenze a circa 3000 familiari e cari (Steck e Zwahlen 2016).

Tuttavia, per effetto della crescita demografica prevista, il numero annuo di decessi per suicidio oscillerebbe pur sempre intorno al migliaio (Steck e Zwahlen 2016). I dati riportati sopra (numero di suicidi futuri) sono stime basate sullo scenario medio di crescita demografica della popolazione svizzera elaborato dall'UST. Secondo questo scenario, la popolazione residente permanente continuerà a crescere in Svizzera e nel 2030 toccherà la soglia dei 9,5 milioni di persone, di cui 2,2 milioni costituiti di persone dai 65 anni in su (la fascia con il più alto tasso di suicidi).

Tentati suicidi

Non essendo disponibili dati nazionali, non è possibile formulare obiettivi concreti nell'ambito della prevenzione dei tentati suicidi (Steck e Zwahlen 2016).

⁴⁷ <http://ec.europa.eu/eurostat> (consultato il 30.08.2016).

6.3 Obiettivi e misure

Il piano d'azione della Confederazione e dei Cantoni intende contribuire a ridurre gli atti suicidari durante crisi da stress – spesso passeggiare – o in caso di malattie psichiche.

Dieci obiettivi

Nel piano d'azione sono formulati dieci obiettivi in materia di prevenzione del suicidio (fig. 29).

29. *Obiettivi del Piano d'azione prevenzione del suicidio in Svizzera*

IX. Monitoraggio e ricerca per :	I. Rafforzare le risorse II. Sensibilizzare e informare III. Garantire facile accesso alle offerte di aiuto IV. Riconoscere e intervenire precocemente V. Garantire una presa in carico e un trattamento efficaci VI. Ridurre la disponibilità di mezzi suicidari VII. Fornire sostegno ai superstiti e alle persone implicate VIII. Prevenzione del suicidio nella copertura mediatica e nella comunicazione digitale	X. Diffondere le buone pratiche per :
----------------------------------	--	---------------------------------------

A ogni obiettivo sono associate misure chiave decisive per la sua realizzazione.

19 misure generali e specifiche

Le misure chiave sono indirizzate a:

- tutta la popolazione;
- persone che presentano fattori di rischio e sono dunque a rischio di suicidio o persone che hanno già compiuto azioni tese al suicidio;
- il loro entourage;
- professionisti e moltiplicatori.

30. *Obiettivi del piano d'azione e relative misure chiave*

Obiettivo I	In Svizzera la popolazione dispone di risorse personali e sociali che le consentono di resistere allo stress psichico.
I.1	Moltiplicare le azioni tese a rafforzare le risorse personali e sociali di bambini, adolescenti, adulti e persone anziane.
Obiettivo II	La popolazione è informata sul tema della suicidalità e sulle possibilità di prevenzione.
II.1	Progettare una campagna nazionale di prevenzione del suicidio per informare la popolazione sul tema della suicidalità e delle possibilità di prevenzione.
II.2	Diffondere le azioni di sensibilizzazione che consentono ai moltiplicatori di informare sulla tendenza suicida e sulle possibilità di prevenzione entrando in diretto contatto con i gruppi a rischio.
Obiettivo III	Le persone a rischio di suicidio e il loro entourage conoscono i servizi di consulenza e di aiuto d'emergenza e vi fanno ricorso.
III.1	Assicurare la continuità e promuovere il ricorso alle offerte di consulenza e di aiuto in caso d'emergenza.
Obiettivo IV	Le persone con importanti funzioni di riconoscimento e intervento precoce sono in grado di individuare la suicidalità e di prestare l'aiuto necessario.
IV.1	Diffondere offerte formative in materia di suicidalità e di prevenzione del suicidio per le categorie interessate degli ambienti medici e non medici.
IV.2	Creare strutture e processi all'interno di organizzazioni e istituzioni per facilitare le funzioni di riconoscimento e intervento precoce.
Obiettivo V	Le persone a rischio di suicidio e le persone che hanno tentato il suicidio sono assistite e curate conformemente ai bisogni, senza tempi d'attesa e in modo specifico.
V.1	Implementare le misure contenute nel rapporto sul futuro della psichiatria in Svizzera, tenendo conto dei bisogni di cura specifici delle persone a rischio di suicidio o che hanno tentato il suicidio.
V.2	Consolidare le raccomandazioni sugli interventi di prevenzione secondaria efficaci per impedire ricadute dopo un tentato suicidio o dopo la dimissione dalla clinica psichiatrica.
V.3	Garantire la prevenzione del suicidio in tutti gli istituti di privazione della libertà.
Obiettivo VI	Ridurre la disponibilità di mezzi e metodi suicidari.
VI.1	Integrare nelle direttive e nelle norme dell'edilizia le possibilità di prevenzione del suicidio nel campo delle costruzioni e sensibilizzare e informare i professionisti del settore.
VI.2	Tenere conto delle esigenze della prevenzione del suicidio nella legge sugli agenti terapeutici, e relative ordinanze, ponderando anche gli altri aspetti della sanità pubblica.
VI.3	Considerare la prevenzione del suicidio al momento di prescrivere e dispensare medicinali e diffondere iniziative di restituzione e raccolta dei farmaci.
VI.4	Organizzare azioni di raccolta delle armi accompagnate da campagne d'informazione.
Obiettivo VII	Mettere a disposizione dei superstiti e delle categorie professionali direttamente coinvolte offerte di sostegno per superare il difficile momento.
VII.1	Allestire offerte di sostegno adattate ai superstiti e alle categorie professionali implicate e provvedere a informare gli interessati.
Obiettivo VIII	I media riportano le notizie sui suicidi in modo responsabile e rispettoso per promuovere la prevenzione e contrastare le emulazioni. I mezzi di comunicazione digitali sono utilizzati in modo responsabile e rispettoso e non inducono ad atti suicidari.
VIII.1	Sensibilizzare giornalisti e portavoce dei media in merito al trattamento delle notizie sui suicidi e fornire loro supporto.
VIII.2	Sensibilizzare gli adolescenti a utilizzare Internet e i mezzi di comunicazione digitali in modo responsabile e rispettoso, fornendo loro un sostegno mirato.
Obiettivo IX	Gli attori della prevenzione del suicidio dispongono di basi scientifiche e di dati pertinenti per impostare e valutare il loro lavoro.
IX.1	Rilevare e interpretare dati di routine quantitativi per orientare e valutare le azioni di prevenzione del suicidio.
IX.2	Colmare le lacune conoscitive in materia di prevenzione primaria, secondaria e terziaria attraverso studi qualitativi e quantitativi.
Obiettivo X	Gli attori della prevenzione del suicidio hanno a disposizione buone pratiche cui ispirarsi.
X.1	Repertoriare le buone pratiche in materia di prevenzione del suicidio e metterle a disposizione degli attori.

Obiettivo I	
Rafforzare le risorse	In Svizzera la popolazione dispone di risorse personali e sociali che le consentono di resistere allo stress psichico.
Contesto	<u>Lo stress acuto e cronico</u> causato per esempio dalla perdita di una persona cara o dalla povertà fa parte della vita. Le <u>risorse personali</u> (p. es. l'empatia) e le <u>risorse sociali</u> (p. es. una buona rete sociale) aiutano ad affrontare e gestire lo stress senza perdere l'equilibrio psichico e favoriscono la salute mentale. Risorse personali e risorse sociali <u>si rafforzano a vicenda</u>: chi per esempio ha buone capacità comunicative saprà crearsi una cerchia di amici su cui poter contare nei momenti di stress. Le risorse personali e sociali sono dunque <u>fattori di protezione</u> che aiutano a prevenire derive suicidarie quando si è confrontati con eventi stressanti o con lo stress cronico.
Più in dettaglio	Tra le risorse personali che è bene rafforzare vi sono le <u>competenze di vita</u> descritte dall'OMS: avere autoconsapevolezza e stima di sé, mostrare empatia, pensare in modo critico e creativo, saper comunicare e relazionarsi con gli altri, saper prendere decisioni con cognizione di causa e risolvere i problemi, saper gestire lo stress e le proprie emozioni. Sul piano delle risorse sociali è importante anzitutto consolidare <u>rapporti sociali stabili</u>. Il rafforzamento delle risorse personali e sociali è un obiettivo fondamentale da perseguire nei vari <u>ambiti dell'esistenza</u> e in tutte le <u>fasi della vita</u>.
Misure chiave	
I. 1 Interventi per rafforzare le risorse	Moltiplicare le azioni tese a rafforzare le risorse personali e sociali di bambini, adolescenti, adulti e persone anziane.
Attuazione	Il rafforzamento delle risorse personali e sociali è in generale un <u>obiettivo prioritario della promozione della salute</u>. Molti attori sono già attivi nell'ambito in queste misure chiave, per esempio nella prevenzione della violenza e delle dipendenze o nella gestione della salute in azienda. Il Piano d'azione prevenzione del suicidio non prevede attività specifiche in questo ambito e fa leva sull'<u>attuazione delle iniziative esistenti</u>⁴⁸.
Attori principali	Fondazione Promozione Salute Svizzera (principalmente nel quadro dei programmi d'azione cantonali), Cantoni
Altri attori	Comuni, ONG e uffici federali preposti (UFSP, UFAS, SECO, UFU), CDS e le sue conferenze tecniche

⁴⁸ In particolare sull'attuazione delle misure definite nel rapporto «Salute mentale in Svizzera» (non disponibile in italiano) pubblicato nella primavera del 2015 dal Dialogo sulla politica nazionale della sanità o sulle raccomandazioni del rapporto «Salute psichica lungo l'intero arco della vita» della fondazione Promozione Salute Svizzera.

Obiettivo II	
Sensibilizzare e informare	La popolazione è informata sul tema della suicidalità e sulle possibilità di prevenzione.
Contesto	Nell'opinione pubblica sono diffuse <u>idee errate</u> sui suicidi, per esempio che gli atti suicidari nascono da decisioni razionali (autodeterminazione) o che non è possibile evitarli. I fattori di rischio della suicidalità, tra cui le malattie psichiche, sono avvolti da uno <u>stigma sociale</u>. Percezioni errate e stigmatizzazione <u>scoraggiano</u> le persone colpite e il loro entourage dal <u>cercare e accettare aiuto a uno stadio precoce</u>.
Più in dettaglio	Le misure di sensibilizzazione contribuiscono ad <u>abbattere i tabù</u> e a <u>destigmatizzare</u> la suicidalità e informano sulle <u>possibilità di prevenzione</u>. Pongono l'accento sul <u>superamento delle crisi</u> e forniscono informazioni sui <u>servizi a bassa soglia</u>⁴⁹ (p. es. linee di consulenza telefonica e numeri d'emergenza). Le campagne e le azioni di sensibilizzazione sfruttano le possibilità offerte da Internet e dai <u>media sociali</u>. Le azioni di sensibilizzazione si rivolgono a tutta la popolazione, ma in modo mirato anche alle persone che presentano <u>fattori di rischio e sono quindi più esposte alla suicidalità</u> nonché al loro entourage. L'OMS cita diversi fattori individuali, sociali e di comunità legati a un rischio più elevato di suicidio o tentato suicidio: tentati suicidi precedenti, malattie psichiche, alcolismo, problemi finanziari o disoccupazione, disperazione, dolori cronici, suicidi in famiglia, fattori genetici e biologici, relazioni conflittuali, fine di un rapporto, sentimenti di solitudine e mancanza di sostegno sociale, esperienze traumatiche o abusi, discriminazione, stress dovuto a esperienze migratorie, catastrofi naturali e guerre, stigmatizzazione sociale della richiesta d'aiuto, copertura mediatica irresponsabile, disponibilità di mezzi e metodi letali e ostacoli per accedere all'assistenza sanitaria (Organizzazione mondiale della sanità OMS 2014).

Misure chiave

II. 1 Campagna di prevenzione del suicidio	Progettare una campagna nazionale di prevenzione del suicidio per informare la popolazione sul tema della suicidalità e delle possibilità di prevenzione.
Attuazione	In Svizzera sono state e vengono lanciate <u>puntualmente campagne di sensibilizzazione</u> sul tema della suicidalità, come la campagna mirata ai giovani «Là pour toi», o sui fattori di rischio, come le campagne «Come stai» e «du-bist-du» rivolta alle persone LGBT (lesbiche, gay, bisessuali e transgender). Anche le campagne di divulgazione delle <u>linee di consulenza telefonica e dei numeri d'emergenza</u> a bassa soglia (p. es. Telefono Amico e Pro Juventute) hanno un'importante funzione preventiva.

⁴⁹ Le strutture e i servizi a bassa soglia sono facilmente accessibili in termini sia fisici (posizione geografica e organizzazione) sia economici e sono percepiti come accettabili, cioè assicurano l'anonimato, sono efficaci e non presentano barriere sociali o culturali (p. es. lingua, età, sesso, religione o appartenenza etnica).

Fonte: <http://www.bag.admin.ch/glossar/index.html?action=id&id=501&lang=it> (consultato il 20.09.2016)

Nel 2015 le FFS hanno deciso di lanciare una prima campagna di prevenzione del suicidio a livello nazionale (avviata nell'autunno del 2016 per una durata di 3 anni). Le FFS strinsero in quell'occasione un partenariato con il Cantone di Zurigo che stava pianificando una campagna di prevenzione del suicidio nel quadro del pertinente programma cantonale. L'elaborazione del progetto è stata seguita da un comitato tecnico. Grazie a questo supporto le FFS e il Cantone di Zurigo sono riusciti a convincere numerosi altri attori a partecipare alla campagna nel ruolo di moltiplicatori: attraverso queste figure si vogliono raggiungere in modo mirato anche le persone che presentano fattori di rischio e sono più esposte alla suicidalità nonché il relativo entourage.

Dialogando con i vari attori si dovrà capire come poter utilizzare gli strumenti creati per la campagna (sito Internet, opuscoli ecc.) anche dopo il 2018 per gli scopi della prevenzione del suicidio.

Attori principali	FFS (2016-2018), Cantone di Zurigo e altri Cantoni interessati
Altri attori	Confederazione (UFSP), ONG (in particolare Telefono Amico e Pro Juventute come partner per le linee telefoniche d'emergenza).

II. 2 Azioni di sensibilizzazione	Diffondere le azioni di sensibilizzazione che consentono ai moltiplicatori di informare sulla tendenza suicida e sulle possibilità di prevenzione entrando in diretto contatto con i gruppi a rischio.
--------------------------------------	--

Attuazione	Oltre alle campagne citate sopra (II.1), per lo più mediatiche, è indispensabile servirsi di altri <u>canali di comunicazione</u> per sensibilizzare sia <u>le persone che</u> presentano fattori di rischio e sono dunque <u>più esposte alla suicidalità</u> sia il loro entourage. Queste azioni di sensibilizzazione possono iscriversi nelle campagne mediatiche o essere concepite come iniziative indipendenti. Idealmente vanno coinvolti moltiplicatori che dialogano direttamente con le persone a rischio (a tu per tu). Le <u>azioni di sensibilizzazione</u> sul tema della suicidalità e delle possibilità di prevenzione possono essere inserite in vari contesti, sia medici (p. es. nell'ambito dell'assistenza sanitaria) sia non medici (scuole, istituti, uffici AI, esercito). Nel quadro dell'attuazione del piano d'azione si dovranno promuovere altre azioni di sensibilizzazione, e in quelle <u>esistenti</u> (p. es. prevenzione della violenza e delle dipendenze, prevenzione del burn-out, azioni di prevenzione rivolte agli anziani) andrà <u>integrato</u> maggiormente il tema della suicidalità e della prevenzione. Le azioni di sensibilizzazione vanno concepite con la massima prudenza per evitare di innescare atti suicidari.
Attori principali	ONG, società specializzate, associazioni professionali, organizzazioni mantello in relazione a gruppi a rischio
Altri attori	Fondazione Promozione Salute Svizzera (principalmente nel quadro dei programmi d'azione cantonali), Cantoni, Comuni e uffici federali preposti (UFSP, UFAS, SECO, UFU, fedpol, Aggruppamento Difesa / Esercito svizzero), società di tiro e associazioni di caccia.

Obiettivo III Garantire facile accesso alle offerte di aiuto	
Le persone a rischio di suicidio e il loro entourage conoscono i servizi di consulenza e di aiuto d'emergenza e vi fanno ricorso.	
Contesto	Le linee di consulenza telefonica e i numeri d'emergenza sono fondamentali poiché chi chiama può parlare immediatamente con un interlocutore. Questi servizi di consulenza sono gestiti da ONG e da fornitori di prestazioni mediche. I servizi via SMS o e-mail implicano tempi di reazione più lunghi alle richieste di aiuto delle persone colpite o dei loro familiari, ma hanno il vantaggio di assicurare l'anonimato. Un'eccessiva dispersione di numeri d'emergenza, oltre a essere molto costosa, ne pregiudica la popolarità.
Più in dettaglio	È necessario adattare i servizi di consulenza e di aiuto in caso d'emergenza ai bisogni delle persone interessate e del loro entourage. Va promossa la collaborazione tra gli attori e i servizi di consulenza e di aiuto in caso d'emergenza. Occorre inoltre garantire la qualità dei servizi offerti, specialmente quando si fa ricorso a volontari o a giovani.
Misure chiave	
III. 1 Servizi di consulenza e di aiuto in caso d'emergenza a bassa soglia	Assicurare la continuità e promuovere il ricorso alle offerte di consulenza e di aiuto in caso d'emergenza.
Attuazione	Il Telefono Amico (per adulti, tel. 143) e la linea telefonica di Pro Juventute (per bambini e adolescenti, tel. 147) sono due <u>servizi di consulenza e di aiuto in caso d'emergenza</u> presenti su scala nazionale e attivi 24 ore su 24. Questi due attori promuovono e divulgano in modo mirato i loro servizi e ne valutano la fruizione per adattare l'offerta ai bisogni specifici dei gruppi target. La garanzia della qualità è un aspetto centrale per questi due promotori, sempre aperti a nuove misure che consentano di potenziare l'offerta e promuoverne l'utilizzo (p. es. attraverso i media sociali). Ciò che in parte manca sono le basi di conoscenze necessarie (entrambi non dispongono p. es. di dati attuali sulla popolarità dei loro servizi telefonici). Per le piccole ONG, garantire la qualità è più difficile in ragione delle risorse il più delle volte limitate. I <u>criteri qualitativi</u> possono riguardare per esempio la formazione e la supervisione dei consulenti, le loro funzioni (nel caso di volontari e in particolare di giovani), il grado di popolarità delle offerte, la fruizione dei servizi, l'accessibilità, le capacità e i tempi di risposta o ancora la collaborazione con altri servizi di consulenza di Cantoni, Comuni o ONG.
Attori principali	Telefono Amico, Pro Juventute
Altri attori	ONG che gestiscono linee telefoniche d'emergenza e servizi di SMS ed e-mail, uffici federali preposti (UFAS)

Obiettivo IV Riconoscere e intervenire precocemente	
Le persone con importanti funzioni di riconoscimento e intervento precoce⁵⁰ sono in grado di individuare la suicidalità e di prestare l'aiuto necessario.	
Contesto	Individuare tempestivamente i soggetti a rischio di suicidio e valutare correttamente il rischio è <u>difficile anche per gli specialisti</u>. Suicidi e tentati suicidi sono spesso preceduti da segnali premonitori (verbali o comportamentali), ma specialmente tra gli adolescenti non è raro che il gesto estremo avvenga senza alcun preavviso. Conoscere i segnali predittivi può consentire di individuare tempestivamente la suicidalità e predisporre l'aiuto necessario. Un compito così impegnativo non può essere affidato a singole persone: occorre dunque creare <u>processi e strutture</u> di supporto interni o esterni all'azienda (p. es. programmi di prevenzione del suicidio nelle cliniche psichiatriche, nelle carceri ecc.). Il riconoscimento e l'intervento tempestivo sono cruciali <u>sia nei contesti medici che in quelli non medici</u>. Nel caso della suicidalità, sono due aspetti fondamentali <u>in tutte le fasce d'età</u>.
Più in dettaglio	Per poter individuare tempestivamente i soggetti a rischio è indispensabile conoscere i <u>fattori di rischio</u> e i <u>segnali premonitori</u>. Ciò vale soprattutto per chi non ha contatti regolari con soggetti suicidari. Conoscere le <u>basi legali</u> è un requisito essenziale per chi lavora nell'intervento precoce: si pensi per esempio ai diritti e ai doveri di comunicare e segnalare i casi. Sarebbe dunque auspicabile che la formazione di base delle categorie interessate includesse un <u>modulo di sensibilizzazione</u> e che nei programmi di <u>perfezionamento e aggiornamento</u> fosse tematizzato maggiormente l'argomento. Oltre a trattare la suicidalità e la prevenzione del suicidio nei cicli di formazione, sarebbe utile promuovere <u>manifestazioni a bassa soglia</u> per incentivare la <u>collaborazione interprofessionale</u>.
Misure chiave	
IV. 1 Offerte formative	Diffondere offerte formative in materia di suicidalità e di prevenzione del suicidio per le categorie interessate degli ambienti medici e non medici.
Attuazione	Le offerte formative possono essere <u>integrate nei cicli di formazione</u> o essere divulgate nel quadro di <u>manifestazioni</u> tematiche <u>a bassa soglia</u>. Le offerte formative esistenti sono numerose e indirizzate a diverse categorie professionali. Nella Svizzera francese è proposto il corso di formazione continua interprofessionale «faire face au risque suicidaire» (affrontare il rischio suicidario) e diverse scuole universitarie professionali stanno allestendo corsi per professionisti che operano nel settore della sanità o del lavoro sociale.

⁵⁰ In contesti non medici: operatori sociali, consulenti degli uffici regionali di collocamento (URC) e degli uffici AI, personale degli uffici di esecuzione e personale di strutture carcerarie. In contesti medici: medici, soccorritori e farmacisti. Un'attenzione particolare va accordata al personale medico specializzato che assiste le persone anziane.

	Molte città e regioni organizzano manifestazioni a bassa soglia per incentivare i contatti regionali e interprofessionali («Suizidrapporte» a Zurigo, Winterthur, San Gallo e Bienne e le iniziative delle reti «Réseau Entraide Valais» e «aiRe d'ados»). Le offerte formative tengono se possibile conto delle diverse <u>prospettive di professionisti del settore, familiari e diretti interessati</u>. Un altro aspetto da considerare è che le <u>origini e l'ambiente culturale</u> influenzano il modo in cui si manifestano crisi e segnali premonitori. Oltre a <u>trasmettere conoscenze teoriche</u>, la formazione deve lavorare sulle capacità di <u>conduzione dei colloqui e sui sistemi di valori personali</u>, e questo vale sia per i contesti medici che per quelli non medici. L'attuazione del piano d'azione deve poggiare sulle offerte esistenti. L'iniziativa spetta in primo luogo ai responsabili della formazione delle categorie professionali menzionate. Invece di allestire nuove offerte, gli attori devono poter <u>fruire delle iniziative esistenti e delle esperienze</u> altrui. La Confederazione può sostenere gli attori mettendo loro a disposizione le basi di conoscenze od organizzando simposi per incentivare gli scambi.
Attori principali	Responsabili pubblici e privati delle offerte di formazione in contesti medici e non medici.
Altri attori	
IV. 2 Strutture e processi di supporto	Creare strutture e processi all'interno di organizzazioni e istituzioni per facilitare le funzioni di riconoscimento e intervento precoce.
Attuazione	Organizzazioni e istituzioni devono dotarsi di <u>strutture e processi interni o esterni</u> per sostenere gli specialisti e i professionisti nell'assolvimento delle loro funzioni di riconoscimento e intervento precoci. I <u>piani di prevenzione del suicidio</u> sono dispositivi utili per esempio nelle case di cura e per anziani o negli stabilimenti di privazione della libertà. Gli <u>sportelli telefonici per i professionisti</u> (p. es. della polizia) e i <u>servizi di psichiatria di consulenza e liaison</u> per i medici sono strutture esterne efficaci già presenti sul territorio. In caso di ostacoli linguistici occorre sollecitare <u>servizi di mediazione interculturale</u>. Una <u>cultura del dialogo</u> favorisce in generale sia il riconoscimento sia l'intervento precoci. La <u>prevenzione del suicidio</u> nel quadro del lavoro sociale di <u>prossimità</u> è utile per identificare e prestare aiuto alle persone a rischio di suicidio anche al di fuori delle organizzazioni e istituzioni.
Attori principali	Diverse istituzioni e organizzazioni (p. es. case di cura e per anziani, ospedali e cliniche, stabilimenti di privazione della libertà, esercito ecc.) e le relative organizzazioni mantello.
Altri attori	ONG e uffici preposti della Confederazione (Aggruppamento Difesa / Esercito svizzero, fedpol, SEM) e dei Cantoni (CDS, CDPE, CDOS e CDDGP).

Obiettivo V

Garantire una presa in carico e un trattamento efficaci

Le persone a rischio di suicidio e le persone che hanno tentato il suicidio sono assistite e curate conformemente ai bisogni, senza tempi d'attesa e in modo specifico.

Contesto

Le persone a rischio di suicidio e le persone che hanno tentato il suicidio devono ricevere assistenza e cure psichiatriche o sociopsichiatriche specifiche, tempestive e conformi ai bisogni, poiché secondo la letteratura scientifica una larga maggioranza soffre di malattie psichiche.

Ciò non vale generalmente per le persone la cui condotta suicidaria è imputabile a una malattia mortale incurabile o a dolori cronici.

Più in dettaglio

L'assistenza e il trattamento dovrebbero essere adattati nella misura del possibile ai bisogni delle persone a rischio e tenere conto della loro capacità di discernimento. La sicurezza dei diretti interessati e di terzi va garantita se possibile senza ricorrere a misure coercitive.

Sarebbe necessario coinvolgere le persone di riferimento nei percorsi terapeutici e informate sulle offerte di sostegno esistenti.

Sarebbe bene tenere conto dell'esperienza diretta delle persone con tendenza al suicidio che sono riuscite a guarire.

Il ricovero non dovrebbe diventare la soluzione in caso di mancanza di alternative. A questo proposito è necessario garantire forme di assistenza intermedie (ambulatori, centri d'intervento in caso di crisi, cliniche diurne, équipe a domicilio) per tutte le fasce d'età.

Occorre evitare vuoti assistenziali (p. es. dopo la dimissione dalla clinica) e rotture (come il cambiamento di psicoterapeuta) e va prestata particolare attenzione agli adolescenti minorenni a rischio di suicidio che, una volta divenuti adulti, vengono trasferiti in altre strutture di assistenza.

Dopo un tentato suicidio o la dimissione da un istituto di cure stazionarie va garantita la continuità della presa in carico e del trattamento con una serie di interventi efficaci (post-cura).

Le persone che potrebbero sviluppare una tendenza al suicidio perché affette da malattie mortali incurabili o da dolori cronici devono essere affiancate e seguite già a uno stadio precoce da professionisti della medicina palliativa.

Tutti gli stabilimenti di privazione della libertà dovrebbero dotarsi di piani per la prevenzione del suicidio. Le autorità cantonali hanno doveri speciali di assistenza nei confronti delle persone detenute.

Misure chiave

V. 1

Assistenza
(socio)psichiatrica

Implementare le misure contenute nel rapporto sul futuro della psichiatria in Svizzera, tenendo conto dei bisogni di cura specifici delle persone a rischio di suicidio o che hanno tentato il suicidio.

Attuazione

Il rapporto del Consiglio federale sul futuro della psichiatria in Svizzera adottato nella primavera del 2016⁵¹ giunge alla conclusione che la Svizzera dispone di strutture di assistenza psichiatrica di elevata qualità che offrono terapie e cure adeguate ai bisogni di molti pazienti psichiatrici. Tuttavia, in alcuni ambiti sono necessari interventi che contribuiranno anche a

⁵¹ Ufficio federale della sanità pubblica 2016

	rafforzare la prevenzione del suicidio: • migliorare i dati statistici di base per la pianificazione dell'offerta; • potenziare la qualità e migliorare il coordinamento dell'offerta; • finanziare a lungo termine le strutture di assistenza intermedie; • incentivare la qualificazione di specialisti nel campo della psichiatria. Nel quadro del progetto «Sicurezza dei pazienti nell'assistenza a malati psichici» della fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera, in collaborazione con esperti è stato elaborato un piano d'azione nel quale la prevenzione del suicidio occupa una posizione di primo piano.
Attori principali	Cantoni (CDS), Confederazione (UFSP, UST), Obsan
Altri attori	Fornitori di prestazioni del settore sanitario
V. 2 Interventi di prevenzione secondaria	Consolidare le raccomandazioni sugli interventi di prevenzione secondaria efficaci per impedire ricadute dopo un tentato suicidio o dopo la dimissione dalla clinica psichiatrica.
Attuazione	La prevenzione secondaria è offerta alle persone dopo un tentato suicidio (p. es. in pronto soccorso) e ai soggetti a rischio di suicidio dopo un ricovero in clinica nel settore stazionario (con o senza tentato suicidio). Lo scambio di conoscenze tra professionisti in merito agli interventi di prevenzione secondaria che hanno dato prova di essere efficaci⁵² può migliorarne la qualità.
Attori principali	Fornitori di prestazioni del settore sanitario
Altri attori	Organizzazioni di persone colpite e familiari
V. 3 Prevenzione del suicidio negli stabilimenti di privazione della libertà	Garantire la prevenzione del suicidio in tutti gli istituti di privazione della libertà.
Attuazione	Allo scopo di migliorare <u>le condizioni di salute negli stabilimenti svizzeri di privazione della libertà</u>, la Conferenza delle direttrici e dei direttori dei dipartimenti cantonali di giustizia e polizia (CDDGP) e la CDS hanno creato la piattaforma «Salute Carceraria Svizzera», che mira a uniformare l'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari in Svizzera e promuove il dialogo interdisciplinare tra i professionisti della sanità e quelli del settore carcerario. Le malattie psichiche e la prevenzione del suicidio sono un'area d'intervento riconosciuta. Nel 2016 la CDDGP ha incaricato un gruppo di esperti di elaborare raccomandazioni sull'assistenza psichiatrica nel settore penitenziario.
Attori principali	Cantoni, concordati sull'esecuzione delle pene
Altri attori	Salute Carceraria Svizzera

⁵² P. es. Attempted Suicide Short Intervention Program ASSIP (Gysin-Maillart et al. 2016).

Obiettivo VI

Ridurre la disponibilità di mezzi suicidari

Ridurre la disponibilità di mezzi e metodi suicidari.

Contesto

Riducendo la disponibilità di metodi letali si concede più tempo per riflettere alle persone in preda a una crisi suicidaria. Spesso gli impeti suicidari dovuti a crisi da stress o a malattie psichiche sono infatti solo passeggeri. Ostacolando l'accesso ai mezzi e metodi letali, anche l'entourage ha possibilità di intervenire.

Limitare la disponibilità di metodi suicidari è un provvedimento efficace, poiché chi pianifica il suicidio solitamente sceglie un metodo o addirittura un luogo preciso.

Questi interventi restrittivi sono attuabili in linea di principio con regolamentazioni o misure edilizie (prevenzione strutturale), ma anche attraverso campagne di sensibilizzazione pubblica che pongano l'accento sull'importanza di custodire con la massima cautela i mezzi potenzialmente letali (specialmente armi da fuoco e medicinali) (prevenzione comportamentale).

Le misure efficaci di prevenzione del suicidio sono talvolta in contrasto con altri interessi della società (conservazione dei beni culturali, responsabilità individuale dei cittadini p. es. per quanto riguarda il possesso di armi o l'accesso agli agenti terapeutici).

Più in dettaglio

Per ridurre il numero di suicidi compiuti gettandosi nel vuoto occorre esaminare le possibilità preventive nell'ambito dell'edilizia (concernenti in particolare edifici alti, ponti, torri, punti panoramici e impianti ferroviari, ma anche cliniche psichiatriche, ospedali e stabilimenti di privazione della libertà).

Riguardo al metodo dell'intossicazione ci si deve focalizzare sugli agenti terapeutici, senza tuttavia trascurare le sostanze chimiche, che sono meno utilizzate dei medicinali, ma potrebbero trovare crescente impiego tra i nuovi metodi di suicidio.

Quanto alle armi da fuoco si intende potenziare la prevenzione comportamentale garantendo la continuità degli strumenti esistenti. Campagne d'informazione mirate permettono di sensibilizzare specifici gruppi a rischio e il loro entourage nonché le categorie professionali interessate (cfr. misure chiave III.1, III.2, IV.1 e IV.2). Il popolo e il Parlamento svizzero hanno respinto in più occasioni le misure di regolamentazione tese a ostacolare l'accesso dei privati alle armi da fuoco ed è per questo che esse non figurano nel Piano d'azione prevenzione del suicidio in Svizzera. Occorre dunque incoraggiare le organizzazioni e le istituzioni che hanno a che fare con le armi da fuoco a impegnarsi volontariamente nella prevenzione del suicidio.

Per ridurre il numero di suicidi compiuti buttandosi sotto un mezzo di trasporto si mira a rafforzare in particolare gli interventi di prevenzione nel settore dei trasporti ferroviari, giacché i suicidi sulle strade sono relativamente rari. I provvedimenti edilizi nel settore dei trasporti ferroviari sono elencati nella misura chiave VI.1 (prevenzione strutturale), le misure della prevenzione comportamentale invece nella misura chiave IV.1.

Impedire le impiccagioni nei luoghi pubblici e negli ambienti privati attraverso interventi strutturali è praticamente impossibile.

Misure chiave

VI. 1 Prevenzione del suicidio nell'edilizia	Integrare nelle direttive e nelle norme dell'edilizia le possibilità di prevenzione del suicidio nel campo delle costruzioni e sensibilizzare e informare i professionisti del settore.
Attuazione	Grazie all'<u>indagine del gruppo di lavoro ponti</u> svolta per conto dell'USTRA sono già stati messi in sicurezza diversi «luoghi sensibili» (<i>hotspot</i>). L'USTRA ha emanato delle direttive sulla prevenzione del suicidio dai ponti. Queste linee guida si basano sui risultati del primo studio sui ponti condotto in Svizzera⁵³. Il secondo studio (follow-up) contiene altre raccomandazioni⁵⁴ che non è ancora stato possibile integrare nelle norme edilizie in vigore. Per far sì che le misure di prevenzione in ambito edilizio siano integrate nelle <u>nuove costruzioni</u> occorre sensibilizzare i committenti di opere pubbliche e private e fornire loro consulenza tecnica. La <u>messa in sicurezza degli hotspot</u> presuppone un lavoro di censimento e di sensibilizzazione dei gestori/proprietari, cui va garantita assistenza tecnica. Nel settore dei <u>trasporti ferroviari</u>, in particolare in seno alle FFS, i provvedimenti edilizi per la prevenzione del suicidio sono un tema rilevante. L'accesso ai binari è stato reso più difficile specialmente in prossimità delle cliniche psichiatriche. Si stanno inoltre mettendo a punto progetti pilota innovativi in questo ambito. L'UFT dà supporto in materia di sicurezza alle aziende e alle società di trasporto. Per attuare queste misure si devono sfruttare le <u>sinergie con gli attori della prevenzione degli infortuni nel settore delle costruzioni</u>.
Attori principali	Uffici federali preposti (USTRA, UFT), Conferenza svizzera dei direttori delle pubbliche costruzioni, della pianificazione del territorio e dell'ambiente (DCPA), Ufficio prevenzione infortuni, FFS
Altri attori	
VI. 2 Prevenzione del suicidio nella legge sugli agenti terapeutici	Tenere conto delle esigenze della prevenzione del suicidio nella legge sugli agenti terapeutici, e relative ordinanze, ponderando anche gli altri aspetti della sanità pubblica.
Attuazione	Le esigenze della prevenzione del suicidio sono integrate nella revisione della legge sugli agenti terapeutici (2^a tappa) e nelle relative <u>disposizioni d'esecuzione del quarto pacchetto di ordinanze sugli agenti terapeutici</u>. Nell'interesse della prevenzione del suicidio, la dispensazione di alcuni medicinali che secondo le statistiche vengono usati frequentemente nei suicidi e nei tentati suicidi va regolamentata in maniera restrittiva (in base alle categorie di dispensazione). Un inasprimento delle condizioni di dispensazione dei farmaci è però contrario a uno degli obiettivi della revisione della LATer, vale a dire semplificare l'automedicazione. Nella revisione si cercherà dunque di ponderare i diversi interessi della salute pubblica e di

⁵³ Reisch et al. 2006

⁵⁴ Reisch et al. 2014

	trovare un compromesso.
Attori principali	UFSP, Swissmedic
Altri attori	Società specializzate, associazioni professionali, organizzazioni mantello, fornitori di prestazioni del settore sanitario
VI. 3 Obbligo di diligenza e ritiro dei medicinali	Considerare la prevenzione del suicidio al momento di prescrivere e dispensare medicinali e diffondere iniziative di restituzione e raccolta dei farmaci.
Attuazione	L'<u>obbligo di diligenza</u> di medici e farmacisti è sancito nella legge sugli agenti terapeutici. Con gli attori interessati va chiarito accuratamente se vi siano possibilità di migliorare la prevenzione del suicidio in fase di prescrizione e di dispensazione dei farmaci, senza generare oneri amministrativi aggiuntivi. I Cantoni sono responsabili della raccolta dei rifiuti speciali provenienti dalle economie domestiche (p. es. medicinali scaduti). I farmaci scaduti o inutilizzati vanno consegnati ai <u>centri di raccolta abilitati a smaltirli</u>. Studi medici e farmacie non sono tenuti a riprenderli, ma spesso rendono questo servizio, talvolta su incarico dei Cantoni o dei Comuni. Il Cantone di Zugo ha promosso attivamente campagne di raccolta.
Attori principali	Società specializzate, associazioni professionali, organizzazioni mantello, fornitori di prestazioni del settore sanitario, Cantoni
Altri attori	Confederazione (UFSP)
VI. 4 Ritiro di armi	Organizzare azioni di raccolta delle armi accompagnate da campagne d'informazione.
Attuazione	Le azioni di sensibilizzazione in materia di armi da fuoco hanno l'obiettivo di <u>limitare a titolo preventivo e su base volontaria il possesso di armi da fuoco tra i privati</u>. Nel cantone di Ginevra, l'ONG Stop Suicide ha elaborato raccomandazioni in questo senso nel quadro di un workshop svolto nel 2016 cui hanno partecipato rappresentanti dell'esercito, della polizia, dei vigili del fuoco e delle società di tiro. Sarebbe utile che i risultati di queste iniziative venissero trasmessi agli attori interessati.
Attori principali	Confederazione (fedpol, Aggruppamento Difesa / Esercito svizzero) e Cantoni (CDDGP), comandanti di circondario
Altri attori	ONG, società di tiro e associazioni di caccia
Obiettivo VII	
Nella fase post-suicidio, fornire sostegno ai superstiti e alle persone implicate	Mettere a disposizione dei superstiti e delle categorie professionali direttamente coinvolte offerte di sostegno per superare il difficile momento.
Contesto	I suicidi causano <u>enormi sofferenze</u> ai superstiti o alle persone implicate in veste professionale. I suicidi in famiglia rappresentano inoltre un fattore di rischio per il ripetersi di atti suicidari. <u>Per ogni suicida</u> vengono esposte a notevole stress psichico <u>fino a dieci persone a lui vicine</u>.

Più in dettaglio

I superstiti devono poter contare su un sostegno a breve o a lungo termine in base alle necessità. La gestione del trauma comincia nel momento in cui viene comunicata la notizia del suicidio. Occorre fornire ai superstiti un sostegno psicologico d'emergenza quando s'informa dell'accaduto. Lo stesso vale per l'assistenza ai familiari di malati psichici scomparsi.

Anche alle persone implicate in veste professionale andrebbe garantito un sostegno a breve o a lungo termine, in base alle esigenze: s'intende qui il personale delle organizzazioni di pronto intervento e delle società ferroviarie (macchinisti, agenti di accompagnamento dei treni o addetti alle pulizie).

Misure chiave

VII. 1 Sostegno ai superstiti e alle persone implicate in veste professionale		Allestire offerte di sostegno adattate ai superstiti e alle categorie professionali implicate e provvedere a informare gli interessati.
Attuazione	Le offerte di <u>sostegno professionale</u> (p. es. psicoterapia ambulatoriale individuale o di gruppo) e i <u>gruppi di auto-aiuto</u> possono essere di grande supporto per i <u>superstiti</u> e deve affrontare il trauma del suicidio. I bisogni dei minori devono essere trattati con particolare riguardo. A Berna, Zurigo e Bienne è attivo il gruppo di auto-aiuto Nebelmeer/Mer de brouillard destinato ai giovani che hanno perso un genitore morto suicida. L'associazione Regenbogen/Arc-en-ciel, presente in numerose regioni della Svizzera, organizza gruppi di auto-aiuto per i genitori che hanno perso un figlio (non solo per suicidio). L'associazione Refugium coordina gruppi di auto-aiuto per i superstiti, mentre l'associazione Trauernetz offre servizi di consulenza dopo decessi traumatizzanti e si adopera per mettere in contatto e formare specialisti sul tema della prevenzione secondaria in materia di suicidio. Nella Svizzera francese è attiva la fondazione As'trame, che offre diverse forme di sostegno a chi ha perso una persona cara. <u>Su tutto il territorio</u> andranno istituite offerte professionali di comprovata efficacia o gruppi di auto-aiuto. Sarà necessario <u>informare</u> sistematicamente i superstiti. I <u>datori di lavoro</u> devono tutelare e migliorare la salute non solo fisica, ma anche mentale dei loro dipendenti. La legge sul lavoro e le norme in materia di protezione della salute li obbligano ad adottare misure adeguate per evitare che i dipendenti implicati in un suicidio sviluppino disagi psichici.	
Attori principali	Per i superstiti: fornitori di prestazioni medico-sanitarie, ONG, chiese. Per i professionisti coinvolti: aziende interessate, uffici federali preposti (SECO)	
Altri attori	Cantoni	

Obiettivo VIII Prevenzione del suicidio nella copertura mediatica e nella comunicazione digitale	
	I media riportano le notizie sui suicidi in modo responsabile e rispettoso per promuovere la prevenzione e contrastare le emulazioni. I mezzi di comunicazione digitali sono utilizzati in modo responsabile e rispettoso e non inducono ad atti suicidari.
Contesto	La mediatizzazione dei suicidi può innescare atti <u>emulativi</u> o al contrario avere un effetto <u>preventivo</u> («effetto Werther» il primo, «effetto Papageno» il secondo⁵⁵). Ciò vale per la stampa, la televisione, la radio, ma anche per Internet e i media sociali. <u>Internet</u> permette di rivolgersi alle persone a rischio di suicidio difficilmente raggiungibili attraverso i canali tradizionali. In linea generale <u>Internet e i mezzi di comunicazione digitale</u> sono utilizzati per scopi di prevenzione del suicidio, ma in essi si celano anche dei rischi.
Più in dettaglio	Giornalisti, redazioni e responsabili delle relazioni con i media dovrebbero essere <u>maggiormente consapevolizzati</u> sul ruolo che rivestono quando riportano notizie di suicidi: potrebbe essere utile fornire loro un <u>sostegno</u> adeguato. Anche i <u>responsabili della formazione</u> dei giornalisti devono essere sensibilizzati al tema della prevenzione del suicidio. È fondamentale che soprattutto gli <u>adolescenti</u> capiscano l'importanza di <u>usare Internet e i mezzi di comunicazione digitale</u> in modo responsabile e rispettoso per evitare che altri, o loro stessi, siano indotti a compiere atti suicidari.
Misure chiave	
VIII. 1 Prevenzione del suicidio nella copertura mediatica	Sensibilizzare giornalisti e portavoce dei media in merito al trattamento delle notizie sui suicidi e fornire loro supporto.
Attuazione	Questo lavoro di sensibilizzazione e supporto dovrebbe rivolgersi a <u>giornalisti, redazioni e responsabili delle relazioni con i media</u> (nel settore della sanità e del sociale, presso uffici di polizia e giustizia). Sarebbe utile fornire loro <u>linee guida e raccomandazioni</u> concise e pregnanti, mettendo loro a disposizione <u>interlocutori e materiale illustrato</u>. Tutti i processi all'interno delle redazioni dovrebbero mirare a una copertura mediatica a servizio della prevenzione del suicidio. È importante promuovere i <u>contatti personali</u> tra i professionisti dei media ed esperti nella prevenzione del suicidio. Nella <u>Svizzera francese</u>, l'organizzazione ginevrina Stop Suicide svolge un lavoro <u>sistematico</u> di sensibilizzazione e accompagnamento delle figure professionali che intervengono nella copertura mediatica dei suicidi. Nella <u>Svizzera tedesca</u> questo genere d'impegno è più <u>occasionale</u> ed è lasciato principalmente all'iniziativa individuale di singoli specialisti della prevenzione del suicidio. Diverse ONG svizzere hanno redatto <u>linee guida e</u>

⁵⁵ Dopo la pubblicazione del romanzo *I dolori del giovane Werther* di J. W. Goethe nel 1774 si osservò un aumento del numero di suicidi tra giovani uomini. Nel romanzo *Il flauto magico* di Mozart, i tre fanciulli riescono a dissuadere l'uccellatore Papageno dal suicidio mostrandogli le possibili alternative.

	<u>raccomandazioni</u> per una copertura mediatica del suicidio a effetto preventivo (Ipsilon, Stop Suicide, associazione LEBE). L'esperienza mostra che la collaborazione tra giornalisti e specialisti della prevenzione del suicidio è difficile in ragione degli interessi divergenti. Durante l'elaborazione del Piano d'azione prevenzione del suicidio, Stop Suicide ha stilato – insieme a un gruppo di giornalisti – un decalogo per una migliore cooperazione tra le due figure professionali da mettere in pratica contestualmente all'attuazione del piano d'azione.
Attori principali	ONG, operatori interessati dei media
Altri attori	
VIII. 2 Prevenzione del suicidio nella comunicazione digitale	
	Sensibilizzare gli adolescenti a utilizzare Internet e i mezzi di comunicazione digitali in modo responsabile e rispettoso, fornendo loro un sostegno mirato.
Attuazione	L'Assemblea federale e il Consiglio federale hanno trattato a più riprese interventi e interrogazioni politiche su questi temi (cybermobbing, protezione della gioventù dai rischi dei media, criminalità su Internet ecc.). Nel 2015 il Consiglio federale è giunto alla conclusione che non vi è la necessità di <u>normative specifiche</u> sul cybermobbing, poiché le disposizioni penali e civili esistenti prevedono già sanzioni per questo genere di pratiche. La <u>protezione dell'infanzia e della gioventù dai rischi dei media</u> è sostenuta in Svizzera da varie iniziative pubbliche e private, tra cui la Piattaforma nazionale per la promozione delle competenze medialì. Il Piano d'azione prevenzione del suicidio vuole garantire la <u>continuità delle iniziative esistenti</u>.
Attori principali	Confederazione e Cantoni (UFAS, UFCOM, Servizio nazionale di coordinazione per la lotta contro la criminalità su Internet SCOCI, Prevenzione Svizzera della Criminalità PSC)
Altri attori	ONG
Obiettivo IX Monitoraggio e ricerca	
	Gli attori della prevenzione del suicidio dispongono di basi scientifiche e di dati pertinenti per impostare e valutare il loro lavoro.
Contesto	Per sviluppare e orientare la prevenzione primaria, secondaria e terziaria del suicidio in base agli obiettivi prefissati e per verificarne <u>l'efficacia</u> è indispensabile disporre di <u>dati probanti</u> .
Più in dettaglio	Occorre garantire a lungo termine la disponibilità di <u>dati di routine</u> quantitativi affidabili e riferiti a tutta la Svizzera. I dati su suicidi non assistiti, suicidi assistiti e tentati suicidi devono consentire di individuare precocemente i nuovi metodi di suicidio. Vanno condotti <u>studi quantitativi e qualitativi</u> per colmare le lacune conoscitive esistenti. Le <u>conoscenze maturate con l'esperienza</u> dalle persone interessate, dai familiari e dai superstiti sono una preziosa base empirica per pianificare gli interventi. Questi ultimi devono essere sottoposti a una <u>valutazione accurata</u>.

Misure chiave

IX. 1 Dati di routine su suicidi e tentati suicidi	
	Rilevare e interpretare dati di routine quantitativi per orientare e valutare le azioni di prevenzione del suicidio.
Attuazione	L'UST raccoglie <u>dati sui suicidi</u> nel quadro della statistica delle cause di morte. Per i ricercatori sarebbe utile disporre di dati più circostanziati. I <u>tentati suicidi</u> non sono censiti con regolarità in Svizzera. Nel quadro degli studi multicentrici dell'OMS, gli ospedali universitari di Berna e Basilea hanno partecipato ad alcuni rilevamenti sui tentati suicidi (dal 2004 al 2010). Nella Svizzera francese è in corso di preparazione un monitoraggio sui tentati suicidi. L'Indagine sulla salute in Svizzera (ISS) del 2012 conteneva per la prima volta domande sui pensieri suicidari, in quella del 2017 sono stati inseriti alcuni quesiti sui tentati suicidi. L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) rileva già oggi dati sui suicidi nell'ambito del suo monitoraggio sulla salute psichica in Svizzera.
Attori principali	Confederazione e Cantoni (UFSP, UST e Obsan).
Altri attori	
IX. 2 Studi sulla prevenzione del suicidio	
	Colmare le lacune conoscitive in materia di prevenzione primaria, secondaria e terziaria attraverso studi qualitativi e quantitativi.
Attuazione	In Svizzera il tema del suicidio e dei tentati suicidi è oggetto di numerosi studi e ricerche che in parte nascono come lavori in gruppi, ma il più delle volte sono il risultato dell'impegno di singoli ricercatori. Ipsilon, l'organizzazione mantello nel campo della prevenzione del suicidio in Svizzera, ha istituito un gruppo di ricerca consacrato a questo tema. Nell'ambito delle sue <u>attività di ricerca</u>, la Confederazione può sostenere puntualmente i lavori che concorrono all'attuazione del Piano d'azione prevenzione suicidio. Nell'ambito del <u>Programma di promozione di offerte di sgravio per chi presta cure ai congiunti</u> 2017-2021 promosso dalla Confederazione si potranno vagliare proposte di sostegno e sgravio per i familiari delle persone a rischio di suicidio.
Attori principali	Confederazione e Cantoni (UFSP, UST e Obsan).
Altri attori	ONG, scuole universitarie professionali e università, cliniche e ospedali universitari.
Obiettivo X	
Diffondere le buone pratiche	Gli attori della prevenzione del suicidio hanno a disposizione buone pratiche cui ispirarsi.
Contesto	In Svizzera e all'estero i progetti nel campo della prevenzione del suicidio sono numerosi e molto vari. È quanto emerge dalla consultazione relativa alla prima versione del piano d'azione. Divulgare le buone pratiche consente agli attori di sfruttare le sinergie e applicare le strategie più efficaci.
Più in dettaglio	Gli obiettivi e le azioni chiave del piano d'azione integrano le <u>migliori pratiche</u>

nazionali e internazionali che vengono così messe a disposizione degli attori interessati.

Se possibile, per ogni misura chiave vengono indicate persone esperte disposte a fornire consulenza nella fase di sviluppo e implementazione o a intervenire nelle vesti di relatori. Nel pool di esperti sono rappresentati anche i familiari e persone che conoscono la suicidalità per esperienza diretta.

Misure chiave

X. 1 Buone pratiche	Repertoriare le buone pratiche in materia di prevenzione del suicidio e metterle a disposizione degli attori.
Attuazione	La <u>raccolta di buone pratiche</u> si fonda sull'inventario realizzato durante la consultazione relativa al piano d'azione svoltasi nella primavera del 2016. Le migliori prassi saranno rilevate sistematicamente e messe a disposizione degli attori in una forma adeguata. Nella raccolta confluiranno anche le buone pratiche di altri Paesi.
Attori principali	Confederazione (UFSP)
Altri attori	Tutti gli attori e i moltiplicatori della prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

6.4 Attuazione

Un compito che coinvolge tutta la società

La prevenzione del suicidio è una responsabilità collettiva della società. Per il successo del piano d'azione è quindi imprescindibile l'impegno congiunto di Confederazione, Cantoni, Comuni, fornitori di prestazioni medico-sanitarie, società specializzate, associazioni professionali, organizzazioni mantello e ONG.

La consultazione della bozza del piano d'azione nella primavera del 2016 ha evidenziato che molti attori sono disposti a sostenerne l'attuazione.

Confederazione

Finora la Confederazione ha avuto un ruolo per lo più indiretto nella prevenzione del suicidio, ma in alcuni casi è intervenuta con azioni dirette (cfr. 5.2).

La prevenzione del suicidio è un compito trasversale che interessa diversi ambiti della politica. A livello federale sono responsabili diversi dipartimenti e uffici:

- Dipartimento federale dell'interno (DFI): UFSP, UST⁵⁶, UFAS, Swissmedic e UFU;
- Dipartimento federale di giustizia e polizia (DFGP): UFG, fedpol e SEM;
- Dipartimento federale della difesa, della protezione della popolazione e dello sport (DDPS): Aggruppamento Difesa / Esercito svizzero;
- Dipartimento federale dell'economia, della formazione e della ricerca (DEFR): SECO e SEFRI;
- Dipartimento federale dell'ambiente, dei trasporti, dell'energia e delle comunicazioni (DATEC): UFT, USTRA, UFCOM e UFAM

Nei limiti delle attuali risorse umane, la Confederazione (UFSP) sostiene gli attori nell'attuazione del piano d'azione svolgendo lavoro di collegamento e coordinamento ed elaborando le basi conoscitive.

⁵⁶ E l'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) che lavora per la Confederazione e i Cantoni.

Per le attività di collegamento e coordinamento l'UFSP collabora strettamente con la Rete Salute Psichica Svizzera che beneficia del sostegno di Confederazione, Cantoni e della fondazione Promozione Salute Svizzera.

Per quanto concerne le misure chiave, l'UFSP è responsabile dell'attuazione di quelle legate agli obiettivi trasversali «Monitoraggio e ricerca» (IX) e «Buone pratiche» (X). Mettendo a disposizione ed elaborando i dati rilevanti e divulgando le buone pratiche, la Confederazione sostiene l'attuazione del piano d'azione nel suo insieme. Inoltre, come indicato al punto 6.3, la maggior parte delle misure chiave associate agli obiettivi da I a VII del piano d'azione coinvolge uno o più uffici federali.

Grazie al suo impegno sul piano attuativo, la Confederazione utilizzerà in modo più efficace il margine di manovra nella prevenzione del suicidio, dando così seguito alla richiesta formulata nella mozione Ingold.

Cantoni

Diversi ambiti della prevenzione del suicidio sono di competenza dei Cantoni (cfr. 5.3). Gli attori principali a questo livello sono i dipartimenti cantonali di giustizia e polizia, della sanità e della socialità, dell'educazione e delle costruzioni, coadiuvati dalle rispettive conferenze dei direttori.

I Cantoni sono partner fondamentali per la realizzazione di numerosi obiettivi definiti nel piano d'azione:

- obiettivo I: p. es. sostegno al programma Alleanza contro la depressione;
- obiettivo II: p. es. sostegno alla campagna «Comment vas-tu?» e alla campagna di prevenzione del suicidio «Parlare può salvare»;
- obiettivo III: p. es. sostegno o mandati di prestazioni con i numeri d'emergenza di Telefono Amico (143) e Pro Juventute (147);
- obiettivo IV: p. es. progetti nelle scuole o offerte di formazione continua per moltiplicatori;
- obiettivo V: nel quadro dell'assistenza sanitaria e dell'esecuzione delle pene e delle misure;
- obiettivo VI: attraverso leggi e disposizioni e misure esecutive in materia di accesso ai mezzi e ai metodi suicidari.

Promozione Salute Svizzera

La fondazione Promozione Salute Svizzera concorre all'attuazione delle misure chiave del piano d'azione incentrate sulla promozione della salute mentale nelle diverse fasi della vita. Il suo contributo si concretizza nei programmi d'azione cantonali e nelle attività inerenti alla gestione della salute in azienda, ma passa anche attraverso il sostegno finanziario e tecnico ai Cantoni e alle ONG.

7. Riferimenti bibliografici

Aguirre, Regina; Slater, Holli (2010): Suicide postvention as suicide prevention: Improvement and expansion in the United States. In: *Death Studies* 34, pag. 529-540.

Ajdacic-Gross, V.; Lauber, C.; Baumgartner, M.; Malti, T.; Rössler, W. (2009): In-patient suicide -a 13-year assessment. In: *Acta psychiatrica Scandinavica* 120 (1), pag. 71-75. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2009.01380.x.

Ajdacic-Gross, Vladeta (2015): Zwischen traurig und hoffnungsvoll. Suizid, Selbstmord, Selbsttötung, Freitod, Personenunfall und die Prävention. In: *Sozial Aktuell* (5), pag. 10-14.

Ajdacic-Gross, Vladeta; Ring, Mariann; Gadola, E.; Lauber, C.; Boop, M.; Gutzwiller, F.; Rössler, W. (2008): Suicide after bereavement: an overlooked problem. In: *Psychological Medicine* 38 (5), pag. 673-676. DOI: 10.1017/S0033291708002754.

Amstad, Fabienne; Bürli, Chantale (2015): Prävention und Intervention von Vereinsamung. Grundlagendokument im Rahmen der Erarbeitung des Aktionsplans Suizidprävention Schweiz. Non pubblicato. Editore da Promozione Salute Svizzera e Ufficio federale della sanità pubblica.

Bovier, Patrick; Bouvier Gallacchi, Martine; Goehring, Catherine; Künzi, Beat (2005): Wie gesund sind die Hausärzte in der Schweiz? In: *Primary Care* 5 (10).

Brückner, B.; Muheim, Flavio; Berger, Pascal; Riecher-Rössler, Anita (2011): Charakteristika von Suizidversuchen türkischer Migranten im Kanton Basel-Stadt. Resultate der WHO/EURO-Multizenterstudie. In: *Nervenheilkunde* (7), pag. 517-522.

Bürli, Chantale; Amstad, Fabienne; Duetz Schmucki, Margreet; Schibli, Daniela (2015): Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandesaufnahme und Handlungsfelder. Editore dall'Ufficio federale della sanità pubblica, Berna.

Centre d'étude et de prévention du suicide (CEPS): Qu'est-ce que le suicide à l'adolescence? Consultabile online all'indirizzo <http://ceps.hug-ge.ch/>, consultato l'ultima volta il 28.7.2015.

Czernin, Stephanie; Vogel, Marc; Flückiger, Matthias; Muheim, Flavio; Bourgnon, Jean-Claude; Reichelt, Miko et al. (2012): Cost of attempted suicide: a retrospective study of extent and associated factors. In: *Swiss medical weekly* 142, pag. w13648. DOI: 10.4414/smw.2012.13648.

Daigle, M. S. (2005): Suicide prevention through means restriction: assessing the risk of substitution: a critical review and synthesis. In: *Accident Analysis and Prevention* 37 (4), pag. 625-632.

Fässler, Sarah; Hanimann, Anina; Lauberau, Birgit; Oetterli, Manuela (2015): Literaturstudie und Bestandesaufnahme zu Sekundär- und Tertiärprävention bei Suizidalität: Früherkennung und Angebote im nicht-medizinischen und medizinischen Setting. Grundlagendokument im Rahmen der Erarbeitung des Aktionsplans Suizidprävention Schweiz. INTERFACE. Lucerna.

Gauthier, Salskia; Reisch, Thomas; Bartsch, Christine (2015): Swiss Prison Suicides between 2000 and 2010. Can we develop prevention strategies based on detailed knowledge of suicide methods? In: *Crisis* 36 (2), pag. 110-116. DOI: 10.1027/0227-5910/a000302.

Grabherr, S.; Johnner, S.; Dilitz, C.; Buck, U.; Killias, M.; Mangin, P.; Plattner, T. (2010): Homicide-suicide cases in Switzerland and their impact on the Swiss Weapon Law. In: *American Journal of forensic medicine and pathology* 31 (4), pag. 335-349.

Gysin-Maillart, Anja; Michel, Konrad (2013): Kurztherapie nach Suizidversuch. ASSIP - Attempted Suicide Short Intervention Program. Therapiemanual. Berna: Hans Huber.

Gysin-Maillart, Anja; Schwab, Simon; Soravia, Leila; Megert, Millie; Michel, Konrad (2016): A Novel Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide: A 24-months Follow-Up Randomized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). In: *PLoS medicine* 13 (3), pag. e1001968. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001968.

- Haas, Adriana; Schibli, Daniela (2015): Einschränkung der Verfügbarkeit suizidaler Mittel. Grundlagendokument im Rahmen der Erarbeitung des Aktionsplans Suizidprävention Schweiz. Non pubblicato. Edito dal segretariato centrale della CDS.
- Haemmerle, Patrick (2007): Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in der Schweiz - Ist-Zustand und Perspektiven. Master-Thesis zur Erlangung des Master of Public Health.
- Hollstein, Walter (2015): Der Suizid, die SBB und die Männer. Eine öffentliche Problematisierung findet nicht statt. In: *Basler Zeitung*, 27.5.2015.
- Hostettler, Stefanie; Hersperger, Martina; Herren, Daniel (2012): Ärztliches Wohlbefinden beeinflusst die Behandlungsqualität. In: *Schweizerische Ärztezeitung* 93 (18).
- Kaeser, Martine (2012): Gesundheit von Betagten in Alters- und Pflegeheimen. Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (2008/09). Con la collaborazione di Mario Storni. Edito dall'Ufficio federale di statistica, Neuchâtel.
- Killias, M.; Dilitz, C.; Bergerioux, M. (2006): Familiendramen - ein schweizerischer "Sonderfall". In: *Crimiscope* 33 (dicembre 2006).
- Küchenhoff, Bernhard (2013): Migration und Suizidalität. In: *Psychiatrie & Neurologie* (4), pag. 12-15.
- Kupferschmid, Stephan; Gysin-Maillart, Anja; Bühler, Salome K.; Steffen, Timur; Michel, Konrad; Schimmelmänn, Benno G.; Reisch, Thomas (2013): Gender differences in methods of suicide attempts and prevalence of previous suicide attempts. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 41 (6), pag. 401-405. DOI: 10.1024/1422-4917/a000256.
- Maier, Thomas; Schmidt, Martina; Mueller, Julia (2010): Mental Health and healthcare utilisation in adult asylum seekers. In: *Swiss medical weekly* (140). DOI: 10.4414/smw.2010.13110.
- Mann, J. John; Apter, Alan; Bertolote, Jose; Beautrais, Annette; Currier, Dianne; Haas, Ann; Hegerl, Ulrich (2005): Suicide Prevention Strategies. A Systematic Review.
- Markwalder, Nora; Killias, M.: Homicide in Switzerland. In: *Handbook of European Homicide Research*, pag. 343-354.
- Mascherek, Anna (2015): Patientensicherheit in der psychiatrischen Versorgung. In: *Schweizerische Ärztezeitung* 96 (38), pag. 1355-1357.
- Mascherek, Anna; Schwappach, David (2016): Patient safety priorities in mental healthcare in Switzerland: a modified Delphi study. In: *BMJ open* 6 (8), pag. e011494. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-011494.
- Meister, Barbara; Böckelmann, Christine (2015): Suizid und Schule. Prävention Früherkennung Intervention. Edito da Bildungsdirektion Kanton Zürich & Forum für Suizidprävention und Suizidforschung, Zurigo.
- Michel, Konrad; Arestegui, G.; Spuhler, T. (1994): Suicide with psychotropic drugs in Switzerland. In: *Pharmacopsychiatry* 27 (3), pag. 114-118.
- Minder, Jacqueline; Harbauer, Gregor (2015): Suizid im Alter. In: *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry* 166 (3), pag. 67-77.
- Muheim, Flavio; Eichhorn, Martin; Berger, Pascal; Czernin, Stephanie; Stoppe, Gabriela; Keck, Merle; Riecher-Rössler, Anita (2013): Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. In: *Swiss medical weekly* 143, pag. w13759. DOI: 10.4414/smw.2013.13759.
- Nationales Suizidprogramm für Deutschland NaSPro (2015): Wenn alte Menschen nicht mehr leben wollen. Situation und Perspektiven der Suizidprävention im Alter, consultato l'ultima volta il 20.6.2015.

Niederkrötenenthaler, Thomas; Voracek, Martin; Herberth, Arno; Till, Benedikt; Strauss, Markus; Etzersdorfer, Elmar et al. (2010): Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. In: *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 197 (3), pag. 234-243. DOI: 10.1192/bjp.bp.109.074633.

Nordt, Carlos; Warnke, Ingeborg; Seifritz, Erich; Kawohl, Wolfram (2015): Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000–11. In: *The Lancet Psychiatry* 2 (3), pag. 239-245. DOI: 10.1016/S2215-0366(14)00118-7.

Nosetti, Laura; Jossen, Anja (2012): Die Sprechstunde für MigrantInnen - ein multimodales Behandlungskonzept für psychisch kranke MigrantInnen. Editore da Università Psichiatrica Dienste Bern e Ufficio federale della sanità pubblica, Berna.

Organizzazione mondiale della sanità OMS (2016): Practical manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm. Editore dall'Organizzazione mondiale della sanità OMS, Ginevra, Svizzera.

Organizzazione mondiale della sanità OMS (2008): Preventing Suicide. A Resource for Media Professionals. Editore dall'Organizzazione mondiale della sanità OMS e dall'Associazione Internazionale per la Prevenzione del Suicidio IASP, Ginevra, Svizzera. Consultabile online all'indirizzo http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_media.pdf.

Organizzazione mondiale della sanità OMS (2014): Preventing suicide - A global imperative. Editore dall'Organizzazione mondiale della sanità OMS.

Organizzazione mondiale della sanità OMS, Associazione Internazionale per la Prevenzione del Suicidio IASP (2007): Suizidprävention. Ein Leitaden für Mitarbeiter des Justizvollzugsdienstes. Editore dall'Organizzazione mondiale della sanità OMS e dall'Associazione Internazionale per la Prevenzione del Suicidio IASP, Ginevra, Svizzera, consultato l'ultima volta il 17.12.2015

Reisch, Thomas (2011): Die Schweiz im glücklichen Sinkflug. In: *Schweizerische Ärztezeitung* 92 (1/2), pag. 11-13.

Reisch, Thomas (2012): Wo kann Suizidprävention ansetzen? Vorschlag eines 6-Phasen-Modells suizidaler Krisen. In: *Psychiat Prax* (39), pag. 257-258.

Reisch, Thomas (2014): Ergebnisse der Schweizer Brückenstudie. Deutsche Gesellschaft für Soziologie. Reischburg, 2014.

Reisch, Thomas; Bartsch, Christine; Ajdacic-Gross, Vladeta (2015): Nationalfondsstudie 32003B_133070. Suicide in Switzerland: A detailed national survey of the years 2000 to 2010.

Reisch, Thomas; Schuster, U.; Jenny, C. Michel, K. (2006): Suizidprävention bei Brücken: Grundlagen. Forschungsbericht zum Forschungsauftrag AGB 2003/013 (Gruppo di lavoro Ponti). Editore da VSS, Zurigo.

Reisch, Thomas; Schuster, U.; Michel, Konrad (2008): Suicide by jumping from bridges and other heights: social and diagnostic factors. In: *Psychiatry research* 161 (1), pag. 97-104.

Reisch, Thomas; Steffen, Timur; Eggenberger, N. (2014): Suizidprävention bei Brücken: Follow-Up. Forschungsauftrag 2009/014 su incarico del gruppo di lavoro Ponti (AGB).

Reisch, Thomas; Steffen, Timur; Habenstein, Astrid; Tschacher, W. (2013): Change in suicide rates in Switzerland before and after firearm restriction resulting from the 2003 "Army XXI" reform. In: *American journal of psychiatry* 170 (9), pag. 977-984.

Ribeaudo, Denis; Lucia, Sonja; Stadelmann, Sophie (2015): Évaluation et ampleur de la violence parmi les jeunes. Résultats d'une étude comparative entre les cantons de Vaud et de Zurich. Editore dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali UFAS. Losanna e Zurigo (Rapporto di ricerca, 17/15). Consultabile online all'indirizzo http://www.jeunesetviolence.ch/fileadmin/user_upload_jug/7_Nationales_Programm/17-15f_eBericht_neu.pdf, consultato l'ultima volta il 14.10.2016.

- Richardson, G. E.; Waite, P. J. (2002): Mental Health Promotion through Resilience and Resiliency Education. In: *International Journal of Emergency Mental Health* (4), pag. 65-75.
- Rüegger, Heinz (2013): Zur Bedeutung gesellschaftlicher Einstellungen zum Alter im Blick auf Alterssuizide. Gerontologisch-ethische Überlegungen. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Ethik* 4, pag. 9-38.
- Schuler, Daniela; Burla, Laila (2012): Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012. obsan (rapporto di obsan, 52).
- Seiden, R. H. (1978): Where are they now? A follow-up study of suicide attempters from the Golden Gate Bridge. In: *Suicide Life Threat Behaviour* 8 (4), pag. 203-216.
- Stack, S. (2003): Media coverage as a risk factor in suicide. In: *Journal of epidemiology and community health* 57 (4), pag. 238-240.
- Staubli, Silvia; Killias, M. (2011): Long-term outcomes of passive bullying during childhood: Suicide attempts, victimization and offending. In: *European Journal of Criminology* 8 (5), pag. 377-385.
- Steck, Nicole; Egger, Matthias; Schimmelmänn, Benno; Kupferschmid, Stephan: Suicide in Children and Adolescents: Findings from the Swiss National Cohort in press.
- Steck, Nicole; Egger, Matthias; Zwahlen, Marcel (2016): Assisted and unassisted suicide in men and women: longitudinal study of the Swiss population. In: *British Journal of Psychiatry* 208, pag. 1–7. DOI: 10.1192/bjp.bp.114.160416.
- Steck, Nicole; Zwahlen, Marcel (2016): Quantifizierung der Ziele des Aktionsplans Suizidprävention, su incarico dell'Ufficio federale della sanità pubblica.
- Steffen, Timur; Maillart, Anja; Michel, Konrad; Reisch, Thomas (2011): Monitoring des suizidalen Verhaltens in der Agglomeration Bern der Jahre 2004 bis 2010. Editio dall'Ufficio federale della sanità pubblica, Berna.
- Stop Suicide (2012): La médiatisation du suicide dans la presse écrite romande. Janvier à juin 2012. Stop Suicide. Consultabile online all'indirizzo http://www.stopsuicide.ch/site/sites/default/files/docs/rapport_mediatisation_suicide.pdf, consultato l'ultima volta il 2.8.2015.
- Stop Suicide (2014): LA MÉDIATISATION DU SUICIDE DANS LA PRESSE ÉCRITE ROMANDE : RAPPORT 2013. Editio da Stop Suicide. Consultabile online all'indirizzo <http://www.stopsuicide.ch/site/sites/default/files/docs/La%20Mediatisation%20du%20suicide%20en%202013.pdf>, consultato l'ultima volta il 2.8.2015.
- Stoppe, Gabriela (2011): Strategien zur Suizidprävention im Alter. Risikopatienten aktiv ansprechen. In: *Der Neurologe & Psychiater* 12 (11), pag. 2-5.
- Stoppe, Gabriela (2012): Psychische Gesundheit im Alter: Lasst uns mehr dafür tun! In: *Schweizerische Ärztezeitung* 93 (39), pag. 1413-1415.
- Tomandl, Gerald; Sonneck, Gernot; Stein, Claudius; Niederkrotenthaler, Thomas (2014): Leitfaden zur Berichterstattung über Suizid. Consultabile online all'indirizzo http://www.kriseninterventionszentrum.at/dokumente/pdf3_Leitfaden_Medien.pdf, consultato l'ultima volta il 3.12.2015.
- Tox Info Suisse (2015): Suizidale Intoxikationen. Fallauswertung 1995-2014. Editio da Tox Info Suisse.
- Ufficio federale della sanità pubblica (2012): Gesundheit der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz: Wichtigste Ergebnisse des zweiten Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung in der Schweiz. Editio dall'Ufficio federale della sanità pubblica, Berna.
- Ufficio federale della sanità pubblica (2016): Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz. Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255). Editio dall'Ufficio federale della sanità pubblica, Berna.

- Ufficio federale di statistica (2006): Tötungsdelikte. Fokus häusliche Gewalt. Polizeilich registrierte Fälle 2000-2004. Consultabile online all'indirizzo <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/diritto-giustizia/polizia/violenza.assetdetail.343128.html>, aggiornato l'ultima volta il 09.05.2017.
- Ufficio federale di statistica (2013): Gesundheit - Verlorene potenzielle Lebensjahre. Editto dall'Ufficio federale di statistica. Consultabile online all'indirizzo <http://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/verlorene-potenzielle-lebensjahre>, controllato l'ultima volta il 09.05.2017.
- Ufficio federale di statistica (2015a): Freiheitsentzug, Todesfälle und Suizide. Consultabile online all'indirizzo <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home.assetdetail.1823696.html>, aggiornato l'ultima volta nel 2015, controllato l'ultima volta il 09.05.2017.
- Ufficio federale di statistica (2015b): Häufigste Todesursachen. Editto dall'Ufficio federale di statistica, Neuchâtel. Consultabile online all'indirizzo <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/salute/stato-salute/mortalita-cause-morte/specifiche.html>, controllato l'ultima volta il 09.05.2017.
- Ufficio federale di statistica (2016): Assistierter Suizid (Sterbehilfe) und Suizid in der Schweiz. Editto dall'Ufficio federale di statistica, Neuchâtel.
- Ufficio federale per l'uguaglianza fra donna e uomo (2012): Violenza domestica e delitti commessi con armi da fuoco - Scheda informativa 4. Edita dall'Ufficio federale per l'uguaglianza fra donna e uomo. Consultabile online all'indirizzo <https://www.ebg.admin.ch/ebg/it/home/documentazione/pubblicazioni/pubblicazioni-sulla-violenza/schede-informative-violenza-domestica.html>, aggiornato l'ultima volta il 09.05.2017.
- Walti, Hanspeter; Blattmann, Regula; Hess-Candinas, Claudia; Glanzmann Neutzler, Sonya (2009): Früherkennung und Suizidprävention im Kanton Zug. 2010-2015. Editto dal Cantone di Zugo.
- Wang, Jen; Dey, M.; Soldati, L.; Weiss, Mitchell G.; Mohler-Kuo, Meichun (2014): Psychiatric disorders, suicidality, and personality among young men by sexual orientation. In: *European Psychiatry* 29 (8), pag. 514-522. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2014.05.001.
- Wang, Jen; Häusermann, Michael; Wydler, Hans; Mohler-Kuo, Meichun; Weiss, Mitchell G. (2012): Suicidality and sexual orientation among men in Switzerland: Findings from 3 probability surveys. In: *Journal of Psychiatric Research* 46 (8), pag. 980-986. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2012.4.2014.
- Wang, Jen; Plöderl, Martin; Häusermann, Michael; Weiss, Mitchell G. (2015): Understanding Suicide Attempts Among Gay Men From Their Self-perceived Causes. In: *The Journal of Nervous and Mental Disease* 203 (7), pag. 499-506. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000319.
- Weisshaupt, Jörg (Ed.) (2013): Darüber reden. Perspektiven nach Suizid: Lyrik und Prosa von Hinterbliebenen. Basilea: Johannes Petri.
- Willemse, I.; Waller, G.; Genner, S.; Suter, L.; Oppliger, S.; Huber, A. L.; Süss, D. (2014): JAMES - Jugend, Aktivitäten, Medien - Erhebung Schweiz. Editto da ZHAW Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. ZHAW Departement Angewandte Psychologie.
- Wohner, J.; Schmidtke, A.; Sell, R. (2005): Ist die Verhinderung von Hot-spots suizidpräventiv. In: *Suizidprophylaxe* (32), pag. 114-119.
- Wolfersdorf, Manfred (2008): Suizidalität. In: *Der Nervenarzt* 79 (11), pag. 1319-1336. DOI: 10.1007/s00115-008-2478-2.
- Yilmaz, Tarik A.; Riecher-Rössler, Anita (2008): Suizidversuche in der ersten und zweiten Generation der ImmigrantInnen aus der Türkei. In: *Neuropsychiatrie* 22 (4).
- Zalsman, Gil; Hawton, Keith; Wasserman, Danuta; van Heeringen, Kees; Arensman, Ella; Sarchiapone, Marco et al. (2016): Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. In: *The Lancet Psychiatry* 3 (7), pag. 646-659. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30030-X.