



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'INSUBRIA
Dipartimento di Biotecnologie e Scienze della Vita

Dottorato di Ricerca in Medicina e Scienze Umane XXVI Ciclo
Direttore Prof. Giuseppe Armocida

Il suicidio giovanile in Provincia di Varese dal 1980 al 1999

Relatrice
Chiar.ma Prof.ssa Jutta Maria Birkhoff

Tesi di Dottorato del
Dott. Marco Chiaravalli
Matricola 242598

Anno Accademico 2012/2013

INDICE

Capitolo 1	
Introduzione e scopo dello studio	Pag. 1
Capitolo 2	
Epidemiologia e fattori di rischio del suicidio giovanile: uno studio comparativo della letteratura scientifica 1993-2013	Pag. 10
2.1 Che cos'è il suicidio?	Pag. 16
2.1.1 Il Lessico del suicidio	Pag. 16
2.1.2 Il suicidio secondo Durkheim	Pag. 18
2.2 Una probabile “misclassificazione dei dati”	Pag. 20
2.3 Epidemiologia	Pag. 25
2.3.1 Il suicidio e la classificazione delle principali cause di mortalità giovanile	Pag. 25
2.3.2 Evoluzione del tasso di suicidio negli ultimi sessant'anni	Pag. 27
2.3.3 Il paradosso di genere	Pag. 32
2.3.4 La metodologia	Pag. 35
2.3.5 Quando e dove avviene il suicidio	Pag. 39
2.4 Fattori di rischio	Pag. 41
2.4.1 Fattori di rischio per genere	Pag. 42
2.4.2 Fattori di rischio individuali	Pag. 44
2.4.3 L'orientamento sessuale è un fattore di rischio?	Pag. 52
2.4.4 La famiglia: fattore di rischio o fattore protettivo?	

2.4.5 La comunità: fattore di rischio o fattore protettivo?	Pag. 56
2.4.6 Il contagio da suicidio	Pag. 60
2.4.7 Fattori di rischio socio-demografici	Pag. 62
	Pag. 65
2.5 Conclusioni	Pag. 70
Capitolo 3 Il suicidio giovanile in Europa dal 2000 al 2010	Pag. 72
Capitolo 4 Materiali e metodi	Pag. 77
Capitolo 5 Analisi della casistica	Pag. 78
5.1 Quando sono avvenuti questi suicidi?	Pag. 83
5.2 Dove sono avvenuti i suicidi nella nostra Provincia?	Pag. 88
5.3 Come si distribuiscono i suicidi in relazione alle fasce d'età?	Pag. 90
5.4 La professione dei suicidi	Pag. 91
5.5 Le modalità usate per attuare il suicidio	Pag. 93
5.6 Fattori concorrenti/coesistenti	Pag. 96

Capitolo 6 Discussione e conclusioni	Pag. 101
Capitolo 7 Bibliografia	Pag. 119
Capitolo 8 Ringraziamenti	Pag. 141

Capitolo 1

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

L'atto suicida ha da sempre interessato gli studiosi che si occupano di psicopatologia e cercano di approfondire i complessi meccanismi della mente. Il suicidio, come e forse più di altra azione umana, dipende da numerose concause di tipo psicosociale, culturale, sociopolitica e biologica e non è possibile tentare di fornire una spiegazione che voglia essere esaustiva senza tenendo conto dei risultati delle ricerche condotte dagli antropologi, dagli storici, dagli psicologi, dai biologi.

Storicamente, primi studi scientifici in tema di suicidio risalgono al periodo illuminista, nati nel contesto delle teorie criminologiche basate sugli aspetti giuridici dell'atto. Tali studi, con l'avvento del positivismo, mutarono la propria attenzione, focalizzandola verso una prospettiva sociale: dall'atto in sé, l'interesse dei ricercatori si spostò sulle motivazioni che spingono un soggetto a suicidarsi. Gli eventi suicidari furono quindi oggetto di studio "statistico", condotto mediante analisi scientifiche empiriche da parte dei cosiddetti "statistici morali" che, per spiegare fenomeni sociali, utilizzarono dati statistici e demografici: variabili quali sesso, religione età, professione ed altre caratteristiche dell'individuo sociale furono per la prima volta prese in esame.

Nella seconda metà dell'Ottocento, Enrico Morselli, esponente della statistica morale, fu tra i primi studiosi ad intraprendere una ricerca significativa sul suicidio. Egli, partendo dal presupposto che il suicidio è la conseguenza di accadimenti avvenuti in periodi antecedenti, teorizza che il gesto suicidario risponde a leggi e condizionamenti derivanti dalla società e che il gesto può esse compreso solo con una interpretazione psicologica e sociale. Morselli parte dalla definizione di suicidio come "atto volontario (non libero) che muove da un processo logico, di cui certamente in molti casi restano ignote le

premesse; esso è la manifestazione estrinseca di un fenomeno di coscienza che sfugge, perché la statistica non si estende al di là dei caratteri esterni dell'avvenimento; che però consente la possibilità di risalire dalle note obiettive alla subbiettività psichica di lui"¹.

Morselli evidenzia una concezione del suicidio fortemente influenzata dalla teoria dell'evoluzionismo darwiniano e dell'evoluzione sociale, interpretando l'atto auto-soppressivo come un atto dell'evoluzione, legittimo e necessario per la sopravvivenza e la selezione umana.

Nel "Saggio di statistica morale comparata", Morselli opera poi un confronto del suicidio con l'omicidio, considerati entrambi dei comportamenti legati alla lotta per l'esistenza, arrivando a teorizzare che, nell'ottica dei numerosi e differenti bisogni dell'uomo civile, il criminale che non potrà appagarli ruberà o ucciderà, mentre colui in cui "...l'educazione instillò il sentimento del dovere... troncherà colle proprie mani il filo dell'esistenza. Il risultato finale è il medesimo: ambedue sono inetti, sono deformi ed usciranno dal combattimento per una via diversa, ma identica nell'effetto: questi col suicidio, quegli col bagno o colla ghigliottina"².

Dai dati statistici raccolti e analizzati, Morselli evidenzia una differenza statisticamente significativa tra i tassi suicidari delle popolazioni delle aree urbane rispetto a quelle delle aree extra-urbane e rurali, ipotizzando il ruolo del senso di sradicamento ed alienazione caratterizzanti la vita urbana nella genesi dell'ideazione suicidaria.

Relativamente alle regole morali ed alla fede religiosa, Morselli mette in risalto la loro notevole importanza per lo studio e la comprensione del fenomeno

¹ Mangone E. (2009), *Negazione del Sè e ricerca di senso. Il suicidio tra dato empirico e rappresentazione*, Franco Angeli, Milano.

² Morselli E. (1879), *Il Suicidio, Saggio di statistica morale comparata*, Fratelli Dumolard, Milano

del suicidio. Egli, infatti, partendo dalla constatazione che la mente umana è fortemente influenzata dalla fede religiosa individua nel deterioramento del sentimento religioso la causa fondamentale dell'incremento dei suicidi registrata nel periodo di transizione tra l'Idealismo ed il Positivismo.

Altro fattore considerato assai importante dal Morselli è l'istruzione. I dati raccolti dallo studioso evidenziarono, infatti, tassi suicidari più alti tra nei paesi "più colti" e tra le classi più classi sociali più istruite.

Secondo Emile Durkheim³, la frequenza dei suicidi varia in relazione a due cause: l'integrazione e la regolamentazione sociale. L'integrazione è intesa in termini di quantità e forza dei vincoli che uniscono il singolo ai diversi gruppi. Una integrazione equilibrata determina un basso tasso di suicidio, che tuttavia aumenta qualora questa diventa scarsa o eccessiva ed in questi casi si parlerà rispettivamente di suicidio "egoistico" o "altruistico".

Nel "suicidio egoistico", considerato dall'autore caratteristico delle società moderne, la persona si isola in conseguenza dell'allentamento dei vincoli che la uniscono alla società. In conseguenza di questo ritiro, si viene ad indebolire anche il legame, interno, tra l'uomo e la propria vita.

Nel "suicidio altruistico", caratteristico delle società nelle quali si evidenzia uno stretto legame di subordinazione del singolo al gruppo, l'io dell'individuo perde il senso di appartenenza confondendosi con una cosa diversa da sé e pertanto il suo agire trova una spiegazione all'interno di un gruppo di cui lo stesso è parte. In tali società, il suicidio non rappresenta l'esercizio di un diritto, bensì arriva a rappresentare l'adempimento di un dovere.

Quando una società presenta lacune nella elaborazione di norme che

³ Durkheim E. (1897), *Le suicide: etude de sociologie*, Paris, Puf; traduzione italiana *Il suicidio. L'educazione morale*, (1969) Torino, Utet.

definiscano in maniera non equivoca i diritti e i doveri degli uomini che ne fanno parte, possono aversi casi del cosiddetto “suicidio anomico”, tipico della società moderna e dei periodi in cui si verificano rapidi mutamenti sociali, gravi crisi o forti espansioni economiche. In tali casi, l’indebolimento delle norme rende poco chiaro ciò che è possibile fare o è vietato, giusto o ingiusto, determinando sofferenza negli uomini e, conseguentemente, un aumento del numero di suicidi anomici.

Nel caso opposto, quando è eccessiva la regolamentazione sociale, aumenterebbero invece i casi di “suicidio fatalista”, commessi da individui il cui avvenire è completamente chiuso, predeterminato e le cui passioni rimangono inesprese e inesprimibili

Freud⁴ considera il suicidio alla stregua di un omicidio mancato: il soggetto che attenta alla propria vita introietta una persona per lui significativa, nei cui confronti prova sentimenti ambivalenti (amore-odio), per poi ucciderla, nella sua immaginazione, attraverso il suicidio; l’odio provato nei confronti dell’altro, verrebbe pertanto reindirizzato verso se stesso ottenendo, l’espiazione del senso di colpa determinati dall’esser cosciente di tale ostilità. Il duplice vantaggio inconscio sarebbe pertanto rappresentato dalla possibilità di punizione dell’oggetto d’amore interiorizzato e dalla colpevolizzazione della persona affettivamente significativa, per la quale si compie l’atto suicida.

Tale interpretazione risulta assai diversa da quella di Durkheim, il quale, come si è detto precedentemente, sostiene che l’individuo è spinto al suicidio dall’inclinazione collettiva e non dall’istinto di morte, proprio della natura umana.

Entrambi gli autori sono tuttavia accomunati da una visione deterministica del comportamento umano: le azioni individuali rappresentano, infatti, il risultato di forze soverchianti il controllo dell’uomo rappresentate

⁴ Freud S. (1916), *Lutto e melanconia*. In: Opere Vol. VIII Torino, Boringhieri, 1976.

rispettivamente dall'inconscio o dalla società.

Wahl⁵ evidenzia la connessione tra l'atto suicida e il desiderio di reincarnarsi, scelta mistica di una nuova vita e regressione individuale basata su aspetti magici ed onnipotenti.

Deshaiés, in "Psicologia del suicidio", definisce il suicidio come il risultato di una integrazione di fattori psicologici, sociali e fisici e arriva a definire sei tipologie di suicidio: il suicidio difensivo nei confronti di una situazione insostenibile; quello autopunitivo, determinato da un fortissimo senso di colpa; il suicidio autoaggressivo, attraverso la interiorizzazione di un atto aggressivo; quello ablativo, quale "attosacrificale"; il suicidio ludico, per imitazione o curiosità ed infine il "suicidio tanatologico", determinato dall'istinto di morte.

§

Numerosissimi studi medico legali, criminologici, psicologici, psichiatrici o sociologici, nazionali ed internazionali, si sono occupati, da tempo, del problema del suicidio, una tra le dieci cause più frequenti di morte della popolazione adulta e dell'età giovanile, in Occidente.

E' ben noto che i più elevati tassi suicidari si riscontrano nelle zone economicamente più sviluppate e, fra queste, in ambito europeo (come si vedrà nel capitolo 3), l'incidenza è maggiore nei paesi del Nord e dell'Est rispetto a quelli del Sud, sicché Italia, Spagna e Grecia, ad esempio, presentano un tasso suicidario nettamente inferiore rispetto a Francia, Germania o Svizzera. Anche all'interno di uno stesso Paese si arriva ad osservare la medesima correlazione tra livello socioeconomico e tendenza al suicidio, tant'è che in Italia si registrano più suicidi nelle regioni settentrionali rispetto a quelle meridionali, come ampiamente confermato dalle statistiche ISTAT degli ultimi trent'anni:

⁵ Wahl, (1957), *Suicide as a magical act*, in Shneidman E.S., Farberow N.L. (a cura di), *Clues to suicide*, McGraw-Hill, New York.

Lombardia, Piemonte, Veneto e Liguria presentano un tasso medio di 11,85 suicidi ogni 100.000 abitanti, contro il 2,97 di Campania, Puglia, Calabria e Basilicata. Fanno eccezione le regioni insulari, Sicilia e Sardegna, con valori, rispettivamente, di 7,4 e di 11,6⁶.

Per ogni accadimento (apparentemente) inspiegabile, quale è il suicidio soprattutto del giovane, si cerca da sempre di trovare una motivazione, un senso, con lo scopo di placare l'angoscia che il fenomeno crea nei prossimi congiunti del suicida e, più in generale, nella società. Così, l'interpretazione sociologica del suicidio, secondo il pensiero di Durkheim⁷ (accennata in introduzione ed approfondita nella sezione di analisi critica della letteratura scientifica), chiama in causa l'ambiguità dello status sociale (prevalenza nei celibi, vedovi, divorziati, coniugati senza figli ecc.) o, genericamente, l'indebolimento delle forze d'integrazione sociale (prevalenza dei suicidi nelle situazioni sociali caratterizzate da eccessiva mobilità, da migrazioni esterne o interne o da crisi sociali, economiche politiche, ecc.). In tali condizioni psicosociali "ambigue" o comunque "multivalenti" (laddove il ruolo sociale non sostiene più la persona che anzi lo avverte estraneo e senza senso) accade di rilevare, sul piano individuale, sentimenti d'impotenza, di solitudine, smarrimento, insignificanza.

Molta letteratura in tema di suicidio ha evidenziato un alto rischio di suicidio specialmente tra gli anziani, ma anche tra gli adolescenti, fasce d'età accomunate, entrambe, da profondi cambiamenti sia nella vita sia nel corpo: l'anziano cambia modo di vivere, il suo corpo invecchia e perde di efficienza; l'adolescente vede il suo corpo cambiare, perde le certezze dei legami parentali e deve affrontare, spesso completamente impreparato e senza adeguato supporto, situazioni di vita ignote. Vivere questi periodi di vita significa dovere tollerare e superare perdite e lutti e questo rende tali soggetti estremamente

⁶ Colson D. (a cura di), *Il caso italiano*, in, Pommereau X. (1999), *La tentazione estrema. Gli adolescenti e il suicidio*, Nuova Pratiche Editrice, Milano, p. 289 seg.

⁷ Durkheim E. (1897), *Il suicidio*, UTET, Torino, 1977

vulnerabili. Disponendo però l'anziano di risorse minori, il tasso di suicidio negli ultrasessantacinquenni è, mediamente nelle statistiche, nettamente superiore a quello riscontrabile fra i giovani.

A conferma di quanto sopra, secondo il "Rapporto Italia 1996"⁸, redatto da Eurispes, nel 1994 si è verificata una diminuzione del numero complessivo dei suicidi nella popolazione generale, specie fra gli adulti di età compresa fra 45 e 64 anni, mentre la deflessione del numero dei suicidi è stata decisamente più contenuta fra gli anziani e negli infra quarantaquattrenni. Fra gli adolescenti e i giovani, invece, nel quinquennio 1990-1994, si è addirittura registrato un aumento di frequenza suicidaria di oltre quattro punti percentuali.

Il suicidio nell'età giovanile è un fenomeno in continua ascesa: dagli anni cinquanta agli anni novanta, la sua incidenza si è praticamente triplicata e costituisce, secondo numerosi studi internazionali⁹, la terza causa di morte, dopo gli eventi accidentali traumatici e le patologie neoplastiche; secondo l'ISTAT, addirittura, il suicidio costituisce la seconda causa di morte nella fascia di età compresa tra i 9 e i 24 anni¹⁰.

Sono i cosiddetti "giovani adulti", quelli cioè tra i diciotto e i ventiquattroventicinque anni, che fanno registrare il maggior numero di atti anticonservativi e autosoppressivi: la numerosità assoluta dei casi di suicidio in questa fascia di età arriva ad essere oltre sei volte superiore rispetto alla casistica riguardante i giovani tra i quattordici e i diciassette anni, probabilmente a significare che

⁸ Eurispes (1996), "Rapporto Italia '96. Percorsi di ricerca nella società italiana", Koiné, Roma

⁹ Holinger P.C. (1978), *Adolescent suicide: an epidemiological study of recent trends*, *Am. J. of Psychiatry*, 135; Shaffer D., Fisher P. (1981), *The epidemiology of suicide in children and young adolescents*, *J.Am. Acad. Child Psychiatry*, 20; Spoonhour A. (1985), *Teen suicide*, *People*, 23(7), pp. 76-87; Bacci M., Bulletti S., Righi S. (1989), *Il suicidio dell'adolescente. Riflessioni sull'ultimo messaggio di un quattordicenne*, *Rass. Criminologia*, vol. XX, fasc.1, pp. 97-102

¹⁰ ISTAT (1994), *Bollettino*, serie 1970

questa “tarda adolescenza” sia connessa a particolare difficoltà, fatica e pericoli.

Sul numero totale dei suicidi, quelli attuati da giovani sembrerebbero essere una realtà marginale, oscillando tra il 6% e l'8%; tuttavia, a nostro avviso, essi meritano una particolare attenzione, poiché coinvolgono soggetti che, per definizione, dovrebbero avere voglia di vivere, con il "mondo ai loro piedi" e tutto da scoprire.

Sono molte le domande che sorgono di fronte a questi "giovani" suicidi, eventi spesso totalmente inaspettati, senza una apparente spiegazione, che cercheremo di analizzare più da vicino con l'aiuto di casi di suicidio giovanile avvenuti nella Provincia di Varese.

Metodologicamente e per le finalità di questo studio, con il termine di "età giovanile" indicheremo i soggetti fino ai 25 anni di età. Analizzeremo, quindi, sia casi di "childhood suicide"¹¹, il suicidio messo in atto prima del quindicesimo anno di età, sia casi di "adolescent suicide", quello compiuto tra i 15 e i 19 anni, sia quello attuato fra i 20 e i 25 anni di età.

Quali sono le caratteristiche che accomunano quest'ampia fascia di età? In un certo senso, essa, nel suo insieme, costituisce l'adolescenza moderna, quella fase di “interminabile passaggio”¹² che inizia verso i dodici-tredici anni e che dà l'accesso all'età adulta, ma che rappresenta oggi un periodo nebuloso nella sua definizione e determinazione cronologica: diciotto, diciannove, venti, addirittura venticinque anni? Le ragioni di questa indeterminatezza possono essere ricercate nell'allungamento globale della durata della vita, negli studi prolungati, nella difficoltà a trovare un impiego o

¹¹ “Childhood suicide” e “adolescent suicide” sono termini conati dal National Center for Health statistics e dalla World Health Organization

¹² Pommereau X. (1999), *La tentazione estrema. Gli adolescenti e il suicidio*, Nuova Pratiche Editrice, Milano, p. 87

alloggio, nell'età più ritardata di matrimonio e di procreazione ecc., tutte condizioni che concorrono a mantenere i giovani in una condizione di dipendenza dai genitori. Parallelamente, invece, in questa ampia fascia di età diversi criteri di maturazione, naturali o culturali, diventano sempre più precoci (precocità della sessualità, conseguimento della patente, maggiore età e responsabilità penale, ecc.) e si fanno più vive le aspirazioni all'autonomia. Alla luce di queste iniziali considerazioni, risulta che anche soggetti ultra ventenni possono essere ancora considerati "adolescenti", cioè, "soggetti in divenire", nel senso letterale della parola.

Questa maggiore durata di vita "adolescenziale" dovrebbe garantire una maggiore protezione, minori preoccupazioni e un minore carico di responsabilità e ciò rende, almeno apparentemente, ancora meno comprensibile il fatto che un soggetto in questa età possa decidere di porre fine alla propria vita.

EPIDEMIOLOGIA E FATTORI DI RISCHIO DEL SUICIDIO GIOVANILE: UNO STUDIO COMPARATIVO DELLA LETTERATURA SCIENTIFICA 1993-2013

Il suicidio è un serio problema di sanità pubblica, oltre che una delle principali cause di morte, soprattutto tra gli adolescenti. Ogni anno, nel mondo muore quasi un milione di persone a causa del suicidio¹³ e, di queste, circa duecentomila sono giovani o giovani adulti¹⁴. Utilizzando come motore di ricerca *PubMed* ed inserendo parole chiave quali *suicide, adolescent, young*, è possibile trovare più di cinquemila articoli, a dimostrazione proprio della grande attenzione che la letteratura scientifica dedica ed ha dedicato a questo fenomeno. In questa sede sono stati scelti novantotto lavori, pubblicati tra il 1999 ed il 2013, con lo scopo di condurre uno studio comparativo finalizzato a cogliere i diversi aspetti del problema per quel che concerne sia l'epidemiologia sia i fattori di rischio connessi al suicidio giovanile. Dall'analisi svolta è emerso che comprendere chi si suicida e quali condizioni influenzano la sua decisione è essenziale per capire il fenomeno, identificare gli adolescenti a rischio ed ipotizzare, quindi, possibili strategie per prevenirlo, contribuendo così a migliorare la qualità di vita della popolazione. Il dolore e la sofferenza causati dalla morte per suicidio di un adolescente, infatti, ricadono sui parenti e gli amici ed è stato stimato che ogni suicida lascia da sei a otto persone che soffrono per la sua morte¹⁵.

L'adolescenza è un periodo di transizione che precede l'ingresso nella società adulta, è un momento tumultuoso di maturazione, ma è anche

¹³ KUTCHER, S. P.; SZUMILAS, M. *Youth suicide prevention*. *CMAJ*, v. 178, n. 3, p. 282-5, Jan 2008.

¹⁴ SNEHA, J.; PRAKASH, C.; VINAY, S. *Unexpected death or suicide by a child or adolescent: improving responses and preparedness of child and adolescent psychiatry trainees*. *Innov Clin Neurosci*, v. 8, n. 11, p. 15-9, Nov 2011.

¹⁵ GIRARD, G. A.; SILBER, T. J. *The aftermath of adolescent suicide: clinical, ethical, and spiritual issues*. *Adolesc Med State Art Rev*, v. 22, n. 2, p. 229-39, ix, Aug 2011.

esplorazione e trasformazione associata a vari livelli di ansia e di stress che possono portare a sentimenti di disperazione (*hopelessness*) e perfino a comportamenti suicidari¹⁶. In questi ultimi decenni, poi, nel corso di questa fase della vita, i giovani devono interfacciarsi con una società sempre più complessa e tecnologicamente più avanzata¹⁷, con tutti i problemi che a ciò ne conseguono.

L'ideazione suicidaria, le minacce di suicidio, i gesti autolesionistici più o meno letali, così come i tentativi di suicidio fatali, non possono, quindi, essere esaminati estrapolandoli dal contesto nel quale hanno luogo, dal momento che scegliere di uccidersi è sì una scelta individuale, ma in essa sono coinvolti processi sociali, culturali ed ambientali che devono essere tenuti in debita considerazione¹⁸. Infatti, da un lato, il suicidio ha una connotazione negativa in quasi tutte le società del mondo, le principali religioni lo proibiscono¹⁹, i cattolici lo considerano ancora un peccato e, quindi, motivo di vergogna per la famiglia del deceduto²⁰ ed i cinesi lo vivono come un evento da tenere segreto perché anche solo parlarne può portare sfortuna²¹. Dall'altro lato, però, in altri contesti culturali, come in Turchia ed in Giappone²², il suicidio non ha subito la medesima forma di stigmatizzazione, tanto da essere tuttora visto come un

¹⁶ SHIELDS, L. B.; HUNSAKER, D. M.; HUNSAKER, J. C. *Adolescent and young adult suicide: a 10-year retrospective review of Kentucky Medical Examiner cases*. J Forensic Sci, v. 51, n. 4, p. 874-9, Jul 2006.

¹⁷ MATHUR, V. K.; FREEMAN, D. G. *A theoretical model of adolescent suicide and some evidence from US data*. Health Econ, v. 11, n. 8, p. 695-708, Dec 2002.

¹⁸ SHAHTAHMASEBI, S. *Suicide research and adolescent suicide trends in New Zealand*. ScientificWorldJournal, v. 8, p. 287-302, 2008.

¹⁹ O'CONNELL, K. L. *Child and adolescent suicide*. J Child Adolesc Psychiatr Nurs, v. 25, n. 3, p. 111-2, Aug 2012.

²⁰ BORGES, G. et al. *Suicide ideation, plan, and attempt in the Mexican adolescent mental health survey*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, v. 47, n. 1, p. 41-52, Jan 2008.

²¹ CHIOU, P. N.; CHEN, Y. S.; LEE, Y. C. *Characteristics of adolescent suicide attempters admitted to an acute psychiatric ward in Taiwan*. J Chin Med Assoc, v. 69, n. 9, p. 428-35, Sep 2006.

²² DERVIC, K. et al. *Youth suicide risk factors and attitudes in New York and Vienna: a cross-cultural comparison*. Suicide Life Threat Behav, v. 36, n. 5, p. 539-52, Oct 2006.

modo legittimo, soprattutto per i soggetti di sesso maschile, per riscattare l'onore perduto²³ o per esprimere un disagio, un grido d'aiuto verso la comunità a cui si appartiene²⁴. Quanto accade, per esempio, in Corea conferma che il suicidio, in alcuni luoghi al mondo, è ancora socialmente accettato ed infatti per un coreano uccidersi equivale a chiedere perdono per i propri fallimenti²⁵. Apter²⁶ ricorda, poi, che, in Israele, tra i membri dell'esercito, il suicidio è invece utilizzato come mezzo per comunicare agli altri una ferita narcisistica: incapaci di chiedere aiuto, i più alti funzionari dell'esercito, così come i giovani di maggior successo, compiono gesti estremi a seguito di piccoli fallimenti.

Questi esempi dimostrano la rilevanza che il contesto socioculturale assume nell'interpretazione di uno stesso fenomeno. È per questo motivo che, oltre ad alcuni articoli riguardanti il suicidio in quanto tale, sono qui stati presi in esame studi che permettessero di esaminare la questione contestualizzandola all'interno delle più svariate aree geografiche come pure di alcune singole grandi città. Infatti, quarantasette dei novantotto articoli analizzano il suicidio negli Stati Uniti d'America²⁷ (dodici²⁸ dei quali sono specifici su stati o città

²³ SHAHTAHMASEBI, S. *Suicide research and adolescent suicide trends in New Zealand*. ScientificWorldJournal, v. 8, p. 287-302, 2008.

²⁴ APTER, A. *Adolescent suicide and attempted suicide*. Isr Med Assoc J, v. 4, n. 4, p. 283-4, Apr 2002. SHIELDS, L. B.; HUNSAKER, D. M.; HUNSAKER, J. C. *art cit.*

²⁵ CHUNG, S. S.; JOUNG, K. H. *Risk factors related to suicidal ideation and attempted suicide: comparative study of Korean and American youth*. J Sch Nurs, v. 28, n. 6, p. 448-58, Dec 2012.

²⁶ APTER, A. *art cit.*

²⁷ BALIS, T.; POSTOLACHE, T. T. *Ethnic Differences in Adolescent Suicide in the United States*. Int J Child Health Hum Dev, v. 1, n. 3, p. 281-296, Jan 2008. BECK-LITTLE, R.; CATTON, G. *Child and adolescent suicide in the United States: a population at risk*. J Emerg Nurs, v. 37, n. 6, p. 587-9, Nov 2011. BOROWSKY, I. W.; IRELAND, M.; RESNICK, M. D. *Adolescent suicide attempts: risks and protectors*. Pediatrics, v. 107, n. 3, p. 485-93, Mar 2001. BRIDGE, J. A.; BARBE, R. P.; BRENT, D. A. *Recent trends in suicide among U.S. adolescent males, 1992-2001*. Psychiatr Serv, v. 56, n. 5, p. 522, May 2005. CAMPO, J. V. *Youth suicide prevention: does access to care matter?* Curr Opin Pediatr, v. 21, n. 5, p. 628-34, Oct 2009. CASH, S. J.; BRIDGE, J. A. *Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior*. Curr Opin Pediatr, v. 21, n. 5, p. 613-9, Oct 2009. CASH, S. J. et al. *Adolescent suicide statements on MySpace*. Cyberpsychol Behav Soc Netw, v. 16, n. 3, p. 166-74, Mar 2013. CHLEBUS, P. M. *Risk factors for adolescent suicide. A review of evidence-based identification*. Adv Nurse Pract, v. 12, n. 2, p. 49-54, 56, Feb 2004. D'AUGELLI, A. R. et al. *Predicting the suicide attempts of*

lesbian, gay, and bisexual youth. *Suicide Life Threat Behav*, v. 35, n. 6, p. 646-60, Dec 2005. FEIGELMAN, W.; GORMAN, B. S. *Assessing the effects of peer suicide on youth suicide*. *Suicide Life Threat Behav*, v. 38, n. 2, p. 181-94, Apr 2008. GIRARD, G. A.; SILBER, T. J. *art. cit.* HONG, J. S.; ESPELAGE, D. L.; KRAL, M. J. *Understanding suicide among sexual minority youth in America: an ecological systems analysis*. *J Adolesc*, v. 34, n. 5, p. 885-94, Oct 2011. JAMA patient page. *Adolescent suicide*. *JAMA*, v. 286, n. 24, p. 3194, Dec 2001. KING, C. A. et al. *Adolescent suicide risk screening in the emergency department*. *Acad Emerg Med*, v. 16, n. 11, p. 1234-41, Nov 2009. LITWILLER, B. J.; BRAUSCH, A. M. *Cyber bullying and physical bullying in adolescent suicide: the role of violent behavior and substance use*. *J Youth Adolesc*, v. 42, n. 5, p. 675-84, May 2013. MATHUR, V. K.; FREEMAN, D. G. *art. cit.* MCMANAMA O'BRIEN, K. H. et al. *Differentiating Adolescent Suicide Attempters from Ideators: Examining the Interaction between Depression Severity and Alcohol Use*. *Suicide Life Threat Behav*, Jul 2013. MOHLER, B.; EARLS, F. *Trends in adolescent suicide: misclassification bias?* *Am J Public Health*, v. 91, n. 1, p. 150-3, Jan 2001. MORRISON, L. L.; L'HEUREUX, J. *Suicide and gay/lesbian/bisexual youth: implications for clinicians*. *J Adolesc*, v. 24, n. 1, p. 39-49, Feb 2001. MOSKOS, M. A.; ACHILLES, J.; GRAY, D. *Adolescent suicide myths in the United States*. *Crisis*, v. 25, n. 4, p. 176-82, 2004. MUSTANSKI, B.; LIU, R. T. *A longitudinal study of predictors of suicide attempts among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth*. *Arch Sex Behav*, v. 42, n. 3, p. 437-48, Apr 2013. NOVICK, L. F.; CIBULA, D. A.; SUTPHEN, S. M. *Adolescent suicide prevention*. *Am J Prev Med*, v. 24, n. 4 Suppl, p. 150-6, May 2003. O'CONNELL, K. L. *art. cit.* OSMAN, A. et al. *A preliminary validation of the Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) inventory with normal adolescent samples*. *J Clin Psychol*, v. 59, n. 4, p. 493-512, Apr 2003. PISANI, A. R. et al. *Emotion regulation difficulties, youth-adult relationships, and suicide attempts among high school students in underserved communities*. *J Youth Adolesc*, v. 42, n. 6, p. 807-20, Jun 2013. RUSSELL, S. T.; TOOMEY, R. B. *Men's sexual orientation and suicide: evidence for U.S. adolescent-specific risk*. *Soc Sci Med*, v. 74, n. 4, p. 523-9, Feb 2012. SHIELDS, L. B.; HUNSAKER, D. M.; HUNSAKER, J. C. *art. cit.* VERONA, E.; JAVDANI, S. *Dimensions of adolescent psychopathology and relationships to suicide risk indicators*. *J Youth Adolesc*, v. 40, n. 8, p. 958-71, Aug 2011. WAHL, R. A.; COTTON, S.; HARRISON-MONROE, P. *Spirituality, adolescent suicide, and the juvenile justice system*. *South Med J*, v. 101, n. 7, p. 711-5, Jul 2008. WALDVOGEL, J. L.; RUETER, M.; OBERG, C. N. *Adolescent suicide: risk factors and prevention strategies*. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, v. 38, n. 4, p. 110-25, Apr 2008. WELLER, E. B.; WELLER, R. A. *Suicide in youth*. *Depress Anxiety*, v. 14, n. 3, p. 155-6, 2001. WEST, B. A.; SWAHN, M. H.; MCCARTY, F. *Children at Risk for Suicide Attempt and Attempt-related Injuries: Findings from the 2007 Youth Risk Behavior Survey*. *West J Emerg Med*, v. 11, n. 3, p. 257-63, Aug 2010. WILLIS, L. A. et al. *Ready to die: a postmodern interpretation of the increase of African-American adolescent male suicide*. *Soc Sci Med*, v. 55, n. 6, p. 907-20, Sep 2002. WONG, S. S. et al. *The risk of adolescent suicide across patterns of drug use: a nationally representative study of high school students in the United States from 1999 to 2009*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, v. 48, n. 10, p. 1611-20, Oct 2013.

²⁸ AZRAEL, D. et al. *Youth suicide: insights from 5 years of Arizona Child Fatality Review Team data*. *Suicide Life Threat Behav*, v. 34, n. 1, p. 36-43, 2004. EISENBERG, T. L. et al. *Youth suicide in Wisconsin: mortality, hospitalizations, and risk factors*. *WMJ*, v. 104, n. 7, p. 54-8, 69, Sep 2005. GAROFALO, R. et al. *Sexual orientation and risk of suicide attempts among a representative sample of youth*. *Arch Pediatr Adolesc Med*, v. 153, n. 5, p. 487-93, May 1999. FOWLER, K. A. et al. *Epidemiological investigation of a youth suicide cluster: Delaware 2012*.

particolari), uno²⁹ è uno studio che confronta i dati di sedici stati statunitensi e tre sono studi comparativi tra gli Stati Uniti ed altre realtà mondiali (San Diego e Sud Australia³⁰; New York e Vienna³¹; Stati Uniti e Corea³²), sei sono studi europei³³ (due dei quali specifici sulla Finlandia³⁴), nove canadesi³⁵, otto

Del Med J, v. 85, n. 1, p. 15-9, Jan 2013. GRAY, D. et al. *Utah youth suicide study, phase I: government agency contact before death*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, v. 41, n. 4, p. 427-34, Apr 2002. HATZENBUEHLER, M. L. *The social environment and suicide attempts in lesbian, gay, and bisexual youth*. Pediatrics, v. 127, n. 5, p. 896-903, May 2011. JIANG, Y.; PERRY, D. K.; HESSER, J. E. *Adolescent suicide and health risk behaviors: Rhode Island's 2007 Youth Risk Behavior Survey*. Am J Prev Med, v. 38, n. 5, p. 551-5, May 2010. LEVASSEUR, M. T.; KELVIN, E. A.; GROSSKOPF, N. A. *Intersecting identities and the association between bullying and suicide attempt among New York city youths: results from the 2009 New York city youth risk behavior survey*. Am J Public Health, v. 103, n. 6, p. 1082-9, Jun 2013. MOSKOS, M. et al. *Utah youth suicide study: psychological autopsy*. Suicide Life Threat Behav, v. 35, n. 5, p. 536-46, Oct 2005. REYNOLDS, D. V. *Preventing bullycidess: the school nurse's role in breaking the link between victimization of sexual minority youth and suicide*. NASN Sch Nurse, v. 26, n. 1, p. 30-4, Jan 2011. SCHLENGER, W. E.; WILLIAMS, R. L.; BLITSTEIN, J. L. *Iatrogenic risk of screening for youth suicide*. JAMA, v. 294, n. 20, p. 2578-9; author reply 2579-80, Nov 2005. SINGH, V. D.; LATHROP, S. L. *Youth suicide in New Mexico: a 26-year retrospective review*. J Forensic Sci, v. 53, n. 3, p. 703-8, May 2008.

²⁹ KARCH, D. L. et al. *Precipitating circumstances of suicide among youth aged 10-17 years by sex: data from the National Violent Death Reporting System, 16 states, 2005-2008*. J Adolesc Health, v. 53, n. 1 Suppl, p. S51-3, Jul 2013.

³⁰ BYARD, R. W. et al. *Early adolescent suicide: a comparative study*. J Clin Forensic Med, v. 7, n. 1, p. 6-9, Mar 2000.

³¹ DERVIC, K. et al. *art. cit.*

³² CHUNG, S. S.; JOUNG, K. H. *art. cit.*

³³ BALÁZS, J. et al. *Adolescent subthreshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk*. J Child Psychol Psychiatry, v. 54, n. 6, p. 670-7, Jun 2013. ENGQVIST, U.; RYDELIUS, P. A. *Death and suicide among former child and adolescent psychiatric patients*. BMC Psychiatry, v. 6, p. 51, 2006. MENTI, E. et al. *Smoking, psychosocial factors, psychopathologic behavior, and other related conditions in hospitalized youth suicide attempters*. Compr Psychiatry, v. 48, n. 6, p. 522-8, 2007 Nov-Dec 2007. PAGÈS, F. et al. *What are the characteristics of adolescent hospitalized suicide attempters?* Eur Child Adolesc Psychiatry, v. 13, n. 3, p. 151-8, Jun 2004.

³⁴ HAAVISTO, A. et al. *Suicidal ideation and suicide attempts among child and adolescent psychiatric inpatients in Finland*. J Affect Disord, v. 76, n. 1-3, p. 211-21, Sep 2003. LAHTI, A. et al. *Youth suicide trends in Finland, 1969-2008*. J Child Psychol Psychiatry, v. 52, n. 9, p. 984-91, Sep 2011.

³⁵ FARAND, L.; RENAUD, J.; CHAGNON, F. *Adolescent suicide in Quebec and prior utilization of medical services*. Can J Public Health, v. 95, n. 5, p. 357-60, 2004 Sep-Oct 2004. KOSTENUIK, M.; RATNAPALAN, M. *Approach to adolescent suicide prevention*. Can Fam

asiatici³⁶, otto oceanici³⁷, due sudamericani³⁸, uno del centroamericana³⁹ ed un'analisi delle tendenze dei tassi di suicidio nelle regioni europee del World Health Organization⁴⁰.

Physician, v. 56, n. 8, p. 755-60, Aug 2010. KUTCHER, S. P.; SZUMILAS, M. *art. cit.* MACNEIL, M. S. *An epidemiologic study of aboriginal adolescent risk in Canada: the meaning of suicide.* J Child Adolesc Psychiatr Nurs, v. 21, n. 1, p. 3-12, Feb 2008. RENAUD, J. et al. *Sexual orientation and gender identity in youth suicide victims: an exploratory study.* Can J Psychiatry, v. 55, n. 1, p. 29-34, Jan 2010. RHODES, A. *Youth Suicide in Canada: Distinctions among Boys and Girls.* Healthc Q, v. 16, n. 3, p. 11-13, 2013. SOOR, G. S. et al. *The effects of gender on adolescent suicide in ontario, Canada.* J Can Acad Child Adolesc Psychiatry, v. 21, n. 3, p. 179-85, Aug 2012. SWANSON, S. A.; COLMAN, I. *Association between exposure to suicide and suicidality outcomes in youth.* CMAJ, v. 185, n. 10, p. 870-7, Jul 2013. SZUMILAS, M.; KUTCHER, S. P. *Youth and suicide.* CMAJ, v. 178, n. 3, p. 286, Jan 2008.

³⁶ AFIFI, M. *Adolescent suicide in the Middle East: ostrich head in sand.* Bull World Health Organ, v. 84, n. 10, p. 840, Oct 2006. APTER, A. *art. cit.* CHANG, H. J. et al. *Gender and age differences among youth, in utilization of mental health services in the year preceding suicide in Taiwan.* Community Ment Health J, v. 48, n. 6, p. 771-80, Dec 2012. CHIOU, P. N.; CHEN, Y. S.; LEE, Y. C. *art. cit.* KATO, K. et al. *Frequency and clinical features of borderline personality disorder in adolescent suicide attempts in Japan.* Asian J Psychiatry, v. 5, n. 4, p. 363-4, Dec 2012. LU, T. H. et al. *Suicide method runs in families: a birth certificate cohort study of adolescent suicide in Taiwan.* Suicide Life Threat Behav, v. 41, n. 6, p. 685-90, Dec 2011. PARK, S.; KIM, C. Y.; HONG, J. P. *Unnatural causes of death and suicide among former adolescent psychiatric patients.* J Adolesc Health, v. 52, n. 2, p. 207-11, Feb 2013. TANG, T. C. et al. *Suicide and its association with individual, family, peer, and school factors in an adolescent population in southern Taiwan.* Suicide Life Threat Behav, v. 39, n. 1, p. 91-102, Feb 2009.

³⁷ BEAUTRAIS, A. L. *Child and young adolescent suicide in New Zealand.* Aust N Z J Psychiatry, v. 35, n. 5, p. 647-53, Oct 2001. BEAUTRAIS, A. L. *Suicide and serious suicide attempts in youth: a multiple-group comparison study.* Am J Psychiatry, v. 160, n. 6, p. 1093-9, Jun 2003. CARTER, G. L.; ISSAKIDIS, C.; CLOVER, K. *Correlates of youth suicide attempters in Australian community and clinical samples.* Aust N Z J Psychiatry, v. 37, n. 3, p. 286-93, Jun 2003. HAMILTON, T. *Youth suicide in Australasia.* Emerg Med (Fremantle), v. 14, n. 1, p. 8, Mar 2002. MCNAMARA, P. M. *Adolescent suicide in Australia: rates, risk and resilience.* Clin Child Psychol Psychiatry, v. 18, n. 3, p. 351-69, Jul 2013. SANKEY, M.; LAWRENCE, R. *Brief report: classification of adolescent suicide and risk-taking deaths.* J Adolesc, v. 28, n. 6, p. 781-5, Dec 2005. SHAHTAHMASEBI, S. *art. cit.* WILKINSON, D.; GUNNELL, D. *Youth suicide trends in Australian metropolitan and non-metropolitan areas, 1988-1997.* Aust N Z J Psychiatry, v. 34, n. 5, p. 822-8, Oct 2000.

³⁸ BELLA, M. E. et al. *Analysis of mortality from suicide in children, adolescents and youth. Argentina, 2005-2007.* Arch Argent Pediatr, v. 111, n. 1, p. 16-21, 2013 Jan-Feb 2013. BORGES, G. et al. *art. cit.*

³⁹ ABELL, W. D. et al. *Suicide ideation in Jamaican youth: sociodemographic prevalence, protective and risk factors.* West Indian Med J, v. 61, n. 5, p. 521-5, Aug 2012.

Girard⁴¹ ipotizza che siano possibili due concettualizzazioni del suicidio, una che si riferisce a dati generali, quali il tasso ed il suo andamento, ed una connessa più al singolo individuo, alle sue caratteristiche personali (quali il genere e l'etnia d'appartenenza), e al contesto socio culturale e religioso in cui vive. Accettando questa ipotesi si procederà, quindi, dopo aver chiarito cosa si intende con suicidio, ad analizzare prima l'epidemiologia e poi i fattori di rischio propri degli adolescenti suicidi.

2.1 Che cos'è il suicidio?

2.1.1 Il lessico del suicidio

L'uomo è, con alta probabilità, l'unico animale ad essere capace di essere nemico di se stesso e capace di desiderare la propria autosoppressione⁴². Ma cosa si intende con suicidio? Etimologicamente, suicidio deriva dal latino *sui caedere*, ossia uccidere se stessi⁴³, ma, in letteratura, è possibile trovare diversi termini che, pur riferendosi tutti a questo stesso concetto, ne descrivono forme differenti.

La suicidalità è un concetto ampio che include in sé tutti i comportamenti ed i pensieri connessi al suicidio, vale a dire dal suicidio fatale, quello che viene portato a termine (*completed suicide*), al tentativo di suicidio, dalle idee suicidarie alle comunicazioni di volontà suicidarie⁴⁴. Mentre la suicidalità definisce *teoricamente* il fenomeno, il comportamento suicidario si riferisce *concretamente* allo spettro di comportamenti eterogenei che va dalle

⁴⁰ RUTZ, E. M.; WASSERMAN, D. Trends in adolescent suicide mortality in the WHO European Region. Eur Child Adolesc Psychiatry, v. 13, n. 5, p. 321-31, Oct 2004.

⁴¹ GIRARD, G. A.; SILBER, T. J. art. cit.

⁴² APTER, A. art. cit.

⁴³ MCNAMARA, P. M. art. cit.

⁴⁴ BRIDGE, J. A.; GOLDSTEIN, T. R.; BRENT, D. A. Adolescent suicide and suicidal behavior. J Child Psychol Psychiatry, v. 47, n. 3-4, p. 372-94, 2006 Mar-Apr 2006.

velate forme di accenno all'ideazione suicidaria alle minacce di suicidio, dai tentativi di suicidio al suicidio fatale⁴⁵. Il termine suicidio, invece, è utilizzato in riferimento agli atti di violenza compiuti dagli individui contro se stessi⁴⁶, ai gesti fatali, distruttivi ed auto-inflitti che rivelano un esplicito o implicito, ma comunque deducibile, intento di morire⁴⁷ che, secondo alcuni⁴⁸, deve però essere confermato da un'inchiesta per poter essere definito tale. McNamara⁴⁹ riassume questo concetto elencando tre criteri che sono imprescindibili affinché una morte possa essere considerata suicidio, vale a dire (1) deve essere dovuta a cause non naturali, (2) l'azione che la ha provocata deve essere autoinflitta e (3) colui che intenzionalmente si è procurato il danno deve averlo fatto con l'intenzione di morire. In altre parole, per escludere con ragionevole certezza la morte accidentale e quella per cause naturali, è necessario, che l'atto sia compiuto dal deceduto, che la finalità ultima dell'atto sia di autoinfliggersi un danno e che colui che lo ha compiuto sia consapevole della sua potenziale letalità, precisando che non si può escludere a priori che un soggetto affetto da malattia mentale possa compiere un gesto suicida⁵⁰. Il suicidio si differenzia, però, dal tentato suicidio poiché quest'ultimo, pur essendo anch'esso un atto distruttivo ed autoinflitto con un esplicito o implicito intento di morire, non è fatale⁵¹. L'intento suicida, o la misura in cui chi tenta il suicidio vuole morire, è, di fatto ciò che, potenzialmente, discrimina coloro che tentano il suicidio da coloro che lo completano ed include in sé l'evidenza di un piano, la volontà calcolata di compiere il gesto in un momento in cui si è certi di non essere scoperti, il confidare a qualcuno il proprio piano prima di metterlo in atto e l'esprimere il desiderio di morire. È stato, infatti, dimostrato che, negli Stati Uniti,

⁴⁵ ABELL, W. D. et al. *art. cit.* BURSZTEIN, C.; APTER, A. *Adolescent suicide*. *Curr Opin Psychiatry*, v. 22, n. 1, p. 1-6, Jan 2009. MENTI, E. et al. *art. cit.* JIANG, Y.; PERRY, D. K.; HESSER, J. E. *art. cit.*

⁴⁶ BECK-LITTLE, R.; CATTON, G. *art. cit.*

⁴⁷ BRIDGE, J. A.; GOLDSTEIN, T. R.; BRENT, D. A. *Adolescent...*

⁴⁸ MCNAMARA, P. M. *art. cit.*

⁴⁹ MCNAMARA, P. M. *art. cit.*

⁵⁰ MACNEIL, M. S. *art. cit.*

⁵¹ BRIDGE, J. A.; GOLDSTEIN, T. R.; BRENT, D. A. *Adolescent...*

un terzo di coloro che hanno tentato il suicidio, ed avevano un intento suicida molto forte, hanno dato ragione del loro gesto motivandolo con la volontà di morire o di scappare permanentemente da un dolore psicologico⁵².

I comportamenti suicidi includono, poi, anche l'ideazione suicidaria (i pensieri autolesionistici o le idee di uccidere se stessi⁵³, la volontà, o il desiderio, auto riportata di uccidersi⁵⁴) e le minacce di suicidio, vale a dire atti che, pur essendo sempre diretti a se stessi, sono esplicitati di fronte ad altri⁵⁵, azioni interpersonali, verbali o non, utilizzate per comunicare la propria volontà di suicidarsi⁵⁶. Infine, in letteratura, è presente anche il termine parasuicido che, però, si differenzia dagli altri comportamenti suicidi, essendo un atto autolesionistico, non finalizzato alla morte (ordinariamente, si manifesta in tagli auto inflitti)⁵⁷; per questo motivo, in questo studio comparativo, il parasuicidio non sarà preso in esame sebbene sia comprovato che, a volte, i comportamenti autolesionistici non suicidi e quelli suicidi si verificano simultaneamente.

2.1.2 Il suicidio secondo Durkheim

Nel 1897 il sociologo francese Emile Durkheim, con la pubblicazione dell'opera *Le Suicide*, introduce un nuovo concetto connesso alla suicidalità, affermando che ad ogni natura sociale corrisponde una particolare attitudine al suicidio. In un periodo di profondo mutamento sociale, negli anni del passaggio dalla società feudale a quella industrializzata, il sociologo francese, analizzando i tassi di suicidio di molteplici stati dell'Europa Occidentale tra il 1850 e il 1891,

⁵² BRIDGE, J. A.; GOLDSTEIN, T. R.; BRENT, D. A. *Adolescent...*

⁵³ BRIDGE, J. A.; GOLDSTEIN, T. R.; BRENT, D. A. *Adolescent...*

⁵⁴ OSMAN, A. et al. *art. cit.* RIESCH, S. K. et al. *Suicide ideation among later elementary school-aged youth.* J Psychiatr Ment Health Nurs, v. 15, n. 4, p. 263-77, May 2008.

⁵⁵ RIESCH, S. K. et al. *art. cit.*

⁵⁶ CASH, S. J.; BRIDGE, J. A. *Epidemiology...*(cfr. anche Table 1 Definitions of suicidal ideation, communications and behavior)

⁵⁷ BRIDGE, J. A.; GOLDSTEIN, T. R.; BRENT, D. A. *Adolescent...*

afferma che, diversamente da quanto si pensava un tempo, il suicidio è un fenomeno sociale determinato non solo da ragioni personali, ma anche da fattori sociali. Vivere in un'epoca storica di transizione è estremamente stressante poiché costringe l'individuo ad adattarsi ai cambiamenti della società e a mutare il proprio stile di vita per sottostare alle nuove regole. Nel corso delle transizioni sociali, i tassi di suicidio possono, poi, aumentare, secondo l'autore, anche a causa di un improvviso e inaspettato stato di povertà, o prosperità, o del venir meno di istituzioni capaci di proteggere e tutelare le persone, come, per esempio, la famiglia, la comunità e la religione. Gli individui, in questi momenti, sono quindi costretti ad indebolire i legami familiari personali per adattarsi alle nuove circostanze, ma quel che ne consegue è un panorama preoccupante. Durkheim teorizza, infatti, che una delle principali ragioni per cui le persone uccidono loro stesse è la mancanza di integrazione con la società e la cultura dominante e la letteratura conferma che i maggiori tassi di suicidio si registrano proprio tra le minoranze etniche e tra i gruppi di adolescenti più emarginati.

Secondo la teoria durkheimiana, nel momento in cui gli individui si sentono alienati ed isolati, la società deve riconoscere il proprio fallimento⁵⁸. Il sociologo francese, in linea con questo suo pensiero, identifica quattro tipi di suicidio connessi alla relazione singolo individuo-società. Il suicidio egoistico che deriva dal sentirsi estremamente soli, ossia quando l'individuo, sentendosi alienato, non si ritiene coinvolto nella vita della comunità e non instaura, quindi, alcun tipo di relazione con gli altri membri della società (un esempio può essere il suicidio del solitario o dello straniero). Il suicidio altruistico è, invece, il contrario del suicidio egoistico ed è determinato da un eccesso di integrazione; gli individui, sentendo di non appartenere più a loro stessi, reputano di dover sacrificare la propria vita per il bene della comunità (si pensi, per esempio, ai suicidi nell'esercito o nelle sette o ancora ai kamikaze). Vi è, poi, il suicidio anomico dovuto al sentirsi, a seguito di cambiamenti radicali nella propria vita

⁵⁸ ECKERSLEY, R.; DEAR, K. *Cultural correlates of youth suicide*. Soc Sci Med, v. 55, n. 11, p. 1891-904, Dec 2002.

(quali, per esempio, un improvviso aumento o diminuzione del reddito), privi di radici: le nuove regole, così come i nuovi valori, sono considerati poco chiari e quindi non importanti. Gli individui non si sentono legati agli altri membri della società, la loro condotta è sregolata ed i loro desideri sono senza limiti; questi soggetti sono affetti dal “male dell’infinito”, credendo cioè che tutto sia possibile, quando in realtà non è così. Infine, il suicidio fatalistico, che si verifica quando vi è un eccesso di regolamentazione, ossia quando la vita sociale è estremamente regolata ed i margini di manovra individuale sono ridotti ai minimi termini: il controllo sociale, le norme, fanno sì che il singolo reputi che la sua esistenza sia miserabile, si senta impotente e incapace di far qualcosa per migliorare la sua situazione personale poiché ritiene il suo destino già predeterminato (ciò può accadere quando si è imprigionati o ridotti in schiavitù).

Questa teoria durkheimiana, per quanto sia stata spesso oggetto di dubbi o di riformulazioni, è tutt’oggi considerata ancora valida e citata in letteratura⁵⁹, forse anche a causa del nuovo periodo di transizione sociale che stiamo vivendo negli ultimi anni.

2.2 Una probabile “misclassificazione” dei dati

È bene chiarire fin dal principio che il presente studio comparativo ha dei limiti intrinseci, dovuti al fatto che non è da escludere una “misclassificazione” sia a causa dei dati stessi presi in esame dai diversi autori, sia per una difficoltà oggettiva a comparare studi che utilizzano modalità tra loro molto differenti per indagare il suicidio, le idee ed i comportamenti ad esso connesse.

⁵⁹ ECKERSLEY, R.; DEAR, K. *art. cit.* GIRARD, G. A.; SILBER, T. J. *art. cit.* MATHUR, V. K.; FREEMAN, D. G. *art. cit.* MORRISON, L. L.; L'HEUREUX, J. *art. cit. art. cit.* RUTTER, P. A.; BEHRENDT, A. E. *Adolescent suicide risk: four psychosocial factors.* *Adolescence*, v. 39, n. 154, p. 295-302, 2004. WILLIS, L. A. et al. *art. cit.*

Infatti, da un lato il suicidio giovanile è considerato da molti⁶⁰ un fenomeno estremamente raro sotto i quindici anni di età, ma, dall'altro lato, è documentato che, per esempio negli Stati Uniti, il suicidio è stata la sesta causa di morte nei giovani dai 5 ai 14 anni nel 2001⁶¹ e è divenuta la quinta nel 2011⁶², così come nel 2011 era la quinta causa di morte per i giovani statunitensi tra i 10 e i 14 anni⁶³. Questi dati, sia su scala nazionale che internazionale, potrebbero apparire ancora più allarmanti se si considera la possibilità che siano sottostimati in virtù del mito dell'infanzia felice e senza problemi che porta alcuni autori⁶⁴ a considerare i minori di quindici anni non a rischio di suicidio perché incapaci di comprendere sia il concetto di morte sia quello di suicidio. Seppur altri studi⁶⁵ smentiscano quest'idea, sostenendo che quanto scritto nelle lettere d'addio prova la consapevolezza delle conseguenze del gesto che si sta per compiere, è comunque da tenere in considerazione il fatto che i dati a disposizione potrebbero aver risentito di questo mito.

Un'ulteriore causa di misclassificazione, che potrebbe aver influenzato l'andamento dei tassi di suicidio, è la modalità con cui sono considerate le morti, dal momento che, secondo alcuni autori, una morte può definirsi suicida solo in presenza di un'evidenza medico-legale non contestabile, mentre altri la considerano tale solo se il deceduto ha lasciato una lettera d'addio in cui ha dichiarato espressamente il suo intento⁶⁶. Da ciò ne consegue che alcune morti suicide potrebbero essere ritenute "morti indeterminate" e che la classificazione delle morti suicide, con o senza questo fattore, potrebbe variare anche di molto, ma solo due⁶⁷ dei novantotto studi esaminati hanno provato a stimarne

⁶⁰ RIESCH, S. K. et al. *art. cit.* BEAUTRAIS, A. L. *Child...*

⁶¹ JAMA patient page. *art. cit.*

⁶² BECK-LITTLE, R.; CATTON, G. *art. cit.*

⁶³ SNEHA, J.; PRAKASH, C.; VINAY, S. *art. cit.*

⁶⁴ SOOR, G. S. et al. *art. cit.* RIESCH, S. K. et al. *art. cit.*

⁶⁵ BEAUTRAIS, A. L. *Child...* MCNAMARA, P. M. *art. cit.*

⁶⁶ O'CONNELL, K. L. *art. cit.*

⁶⁷ PARK, S.; KIM, C. Y.; HONG, J. P. *art. cit.* RUTZ, E. M.; WASSERMAN, D. *art. cit.*

l'andamento includendo, tra i dati valutati, anche quelli relativi alle morti indeterminate. Una maggior accuratezza nelle rilevazioni, così come un miglioramento delle statistiche inerenti le mortalità che definiscono il suicidio, potrebbe portare a dati più attendibili. In Irlanda, infatti, è stato dimostrato che l'aumento del 40% del tasso del suicidio maschile, a partire dagli anni Ottanta, è da attribuirsi proprio alla maggior attendibilità dei dati che è conseguita a cambiamenti di questo tipo. Allo stesso modo, l'aumento del tasso di suicidio che si è registrato in Svezia e in Grecia tra il 1968 e il 2008, è stato giustificato dalla diminuzione dell'utilizzo della categoria "morti per cause indeterminate", viceversa la riduzione del tasso in stati come il Portogallo, l'Ungheria e la Svizzera sembrerebbe da attribuire più all'aumento della misclassificazione, e, presumibilmente, al maggior utilizzo della categoria "morti per cause indeterminate", che non ad una reale decrescita del fenomeno. In altri stati, come la Bulgaria, il Regno Unito, il Belgio e soprattutto la Finlandia, l'aumento del tasso di suicidio tra i giovani è coinciso, invece, con l'aumento delle "morti per cause indeterminate" indicando quindi, in questo caso, un reale aumento della mortalità adolescenziale⁶⁸. È stata altresì ipotizzato che, in nazioni come l'Italia e la Spagna, i dati riguardanti il suicidio potrebbero essere sottostimato a causa della proscrizione del suicidio da parte della chiesa cattolica⁶⁹. Gli errori casuali, poi, così come le inesattezze dovute alla mancanza di informazioni specifiche in merito a quanto è avvenuto, potrebbe anch'esse, direttamente o indirettamente, influenzare la decisione degli inquirenti e del medico legale⁷⁰.

Infine, il tasso di suicidi potrebbe essere "misclassificato" a causa non solo dello stigma religioso, ma anche di quello sociale, soprattutto se ad essere morti sono soggetti di sesso femminile, immigrati o membri di minoranze etniche. Negli Stati Uniti, infatti, è attestato che il tasso di suicidio maggiormente sottostimato è quello dei neri e delle donne⁷¹. A fronte di tutto ciò, alcuni autori

⁶⁸ RUTZ, E. M.; WASSERMAN, D. *art. cit.*

⁶⁹ ECKERSLEY, R.; DEAR, K. *art. cit.*

⁷⁰ MOHLER, B.; EARLS, F. *art. cit.*

⁷¹ MOHLER, B.; EARLS, F. *art. cit.*

ipotizzano che, in generale, il vero tasso di suicidio tra i giovani sia fino a tre volte superiore a quello ufficiale⁷² e che la mortalità degli adolescenti suicidi sia maggiore del 30%, o forse di più, rispetto a quella ordinariamente riportata⁷³.

Se, da un lato, i dati relativi al suicidio potrebbero non riportare il reale tasso di suicidio a causa delle possibili “misclassificazioni” sopraelencate, dall’altro lato, deve essere tenuto in considerazione il fatto che i novantotto studio esaminati, utilizzano spesso strumenti differenti per classificare, accertare e studiare il fenomeno. In letteratura i dati sono, infatti, ottenuti, non solo dai certificati di morte, ma anche dai risultati di questionari specifici sottoposti agli adolescenti o dalle risposte fornite dai famigliari, dagli amici, dagli insegnanti o dagli operatori sanitari che si prendono cura degli adolescenti.

Moskos⁷⁴ nota, però, che non dovrebbe essere trascurato chi risponde alle domande sul suicida dal momento che i genitori e gli amici sono, per esempio, più inclini a riportare i comportamenti che avrebbero potuto preannunciare il gesto estremo di quanto non lo siano i fratelli, le sorelle, i parenti o altre persone. Inoltre, è da notare che alcuni studi prendono in esame un campione rappresentativo di qualche centinaio di individui, mentre altri i dati di più di duemila adolescenti; alcuni tengono poi in considerazione dati di interi continenti, altri, invece, solo di una città; alcuni sono studi scientifici, altre lettere⁷⁵, altri ancora *case report* così come differenti sono i lassi di tempo presi in considerazione che a volte riguardano l’intera vita, uno o pochi anni o anche solo qualche settimana. Infine, tra i novantotto studi presi in esame, ve ne sono alcuni che analizzano il fenomeno solo tra gli adolescenti che appartengono a specifiche minoranze etniche, altri tra i pazienti psichiatrici, altri ancora tra pazienti ricoverati a causa di precedenti tentativi di suicidio e sovente tra gli studenti delle scuole superiori. Quest’ultima via, pur essendo la più utilizzata, è

⁷² ECKERSLEY, R.; DEAR, K. *art. cit.*

⁷³ RUTZ, E. M.; WASSERMAN, D. *art. cit.*

⁷⁴ MOSKOS, M. et al. *Utah...*

⁷⁵ SCHLENGER, W. E.; WILLIAMS, R. L.; BLITSTEIN, J. L. *art. cit.*

altresì la più controversa poiché, come spesso sottolineano gli autori stessi, esclude non solo coloro che non parlano inglese⁷⁶, ma anche chi non è in grado di compilare autonomamente il questionario (come per esempio gli studenti con gravi disabilità cognitive⁷⁷) e chi, in quel determinato momento, non è a scuola non considerandola un ambiente sicuro o perché ha in precedenza scelto di abbandonarla. Non è da trascurare nemmeno il fatto che qualche studente potrebbe non rispondere sinceramente per paura di subire eventuali ripercussioni da parte dei genitori, essendo responsabilità dei ricercatori stessi informarli dell'eventualità che i loro genitori siano informati qualora i loro risultino indicare un grave rischio di suicidio⁷⁸.

⁷⁶ JIANG, Y.; PERRY, D. K.; HESSER, J. E. *art. cit.*

⁷⁷ PISANI, A. R. et al. *art. cit.*

⁷⁸ WATKINS, R. L.; GUTIERREZ, P. M. *The relationship between exposure to adolescent suicide and subsequent suicide risk. 2002 Student Award Address. Suicide Life Threat Behav*, v. 33, n. 1, p. 21-32, 2003.

2.3 Epidemiologia

2.3.1 Il suicidio e la classificazione delle principali cause di mortalità giovanile

A causa delle innumerevoli differenze culturali, religiose e sociali proprie dei diversi stati, oltre che di alcuni altri fattori non trascurabili che analizzeremo tra breve, lo stesso incipit di questo studio comparativo (il suicidio è una delle principali cause di morte, soprattutto tra gli adolescenti) potrebbe non essere unanimemente condiviso. In primo luogo è da notare che gli adolescenti che vivono negli stati occidentali hanno un tasso di suicidio quattro volte maggiore di quello dei loro coetanei che vivono in oriente⁷⁹. Inoltre, limitando la ricerca solo al mondo occidentale, è sì possibile affermare che il suicidio è una delle principali cause di morte violenta tra gli adolescenti, e che, nella maggior parte dei continenti, è una tra le prime dieci⁸⁰, ma volendo provare ad essere più precisi ne emerge un dato discorde. Infatti, se, da un lato, è pur vero che quasi tutti gli articoli presi in esame introducono il tema sostenendo che il suicidio giovanile è una delle più comuni forme di morte violenta, dall'altro lato il fenomeno raramente occupa nei diversi stati la medesima postazione e, a volte, anche all'interno di una stessa nazione vengono registrati dati differenti tra le regioni, le città e persino all'interno di una stessa città.

Comparare l'andamento dei tassi di suicidio riportato dai diversi studi non è semplice poiché, all'interno dei diversi studi, pur facendo riferimento tutti alla medesima definizione di *adolescents*, spesso le fasce d'età prese in esame sono differenti e, pur tenendo in considerazione quella maggiormente indagata, vale a dire tra i 15 e i 24 anni, i dati che ne emergono non sono identici.

⁷⁹ GIRARD, G. A.; SILBER, T. J. *art. cit.* TANG, T. C. et al. *art. cit.*

⁸⁰ SÉGUIN, M. et al. *Youth and young adult suicide: a study of life trajectory*. J Psychiatr Res, v. 45, n. 7, p. 863-70, Jul 2011. ECKERSLEY, R.; DEAR, K. *art. cit.*

Dalla letteratura emergono comunque alcuni dati significativi come il fatto che mentre in Giamaica⁸¹ è la quinta causa di morte tra gli adolescenti ed è preceduta anche dalle morti causate dall'HIV/AIDS e da altre malattie trasmissibili, nella maggior parte dei paesi industrializzati, il suicidio è la seconda o terza causa di morte⁸². Negli Stati Uniti, infatti, all'interno della classificazione delle morti più comuni tra gli adolescenti, il suicidio occupa il terzo posto⁸³, preceduta solo dalle morti non intenzionali e dagli omicidi⁸⁴.

Fowler⁸⁵ introduce un'ulteriore precisazione: il suicidio è sì la terza causa di morte tra gli adolescenti tra i 10 e i 19 anni, ma è la seconda tra i giovani adulti (20-24 anni), così come lo è tra gli studenti del college⁸⁶, mentre è la prima tra gli adolescenti detenuti⁸⁷. Vi sono, poi, ulteriori differenze significative anche all'interno dei singoli stati. Il Wisconsin, per esempio, è uno degli stati con il maggior tasso di suicidi di tutti gli Usa; qui, tra i giovani dai 10 ai 24 anni, il suicidio è la seconda causa di morte ed il tasso è tre volte superiore al tasso d'omicidio e otto volte superiore a quello della mortalità dovuta al virus dell'HIV⁸⁸.

Il suicidio giovanile, considerando il campione rappresentativo maggiormente indagato, ossia gli adolescenti dai 15 ai 24 anni, è, invece, la seconda causa di morte, preceduto solo dalle morti per incidenti, a Taiwan⁸⁹, in

⁸¹ ABELL, W. D. et al. *art. cit.*

⁸² GÉRARD, N.; DELVENNE, V.; NICOLIS, H. *The contagion of adolescent suicide: cultural, ethical and psychosocial aspects*. Rev Med Brux, v. 33, n. 3, p. 164-70, May-Jun 2012.

⁸³ BALIS, T.; POSTOLACHE, T. T. *art. cit.* CHLEBUS, P. M. . *art. cit.* BECK-LITTLE, R.; CATTON, G. *art. cit.* SHIELDS, L. B.; HUNSAKER, D. M.; HUNSAKER, J. C. *art. cit.*

⁸⁴ SNEHA, J.; PRAKASH, C.; VINAY, S. *art. cit.* MOHLER, B.; EARLS, F. *art. cit.*

⁸⁵ FOWLER, K. A. et al. *art. cit.*

⁸⁶ JAMA patient page. *art. cit.*

⁸⁷ WAHL, R. A.; COTTON, S.; HARRISON-MONROE, P. *art. cit.*

⁸⁸ EISENBERG, T. L. et al. *art. cit.*

⁸⁹ CHANG, H. J. et al. *art. cit.* TANG, T. C. et al. *art. cit.*

Francia⁹⁰, in Svezia⁹¹, ed in Canada⁹², dove però, nel 1996, era arrivato anche a rappresentare la prima causa di morte⁹³. In Corea⁹⁴, invece, è tutt'oggi la prima causa di morte, mentre in Giappone⁹⁵ è la prima tra i giovani adulti (20-24 anni), ma è la seconda per i giovani dai 15 ai 19 anni.

Questi dati, pur essendo simili, ma non identici, confermano comunque il fatto che il suicidio è una delle principali cause di morte tra gli adolescenti e, in tutti gli stati del mondo, il tasso aumenta con l'aumentare dell'età⁹⁶, come dimostra l'esempio significativo degli Stati Uniti dove, nel 2012, il tasso di suicidio è 2.64 per 100 000 tra i quattordicenni e di 12.93 per 100 000 tra i ventenni⁹⁷.

2.3.2 Evoluzione del tasso di suicidio negli ultimi sessant'anni

I dati offerti dalla letteratura, pur non essendo i medesimi, dimostrano che tra il 1950 ed il 1990, il tasso di suicidio, pur essendo rimasto costante tra gli adulti, è drammaticamente aumentato tra gli adolescenti⁹⁸. Negli Stati Uniti, infatti, il numero dei suicidi è triplicando nel 1960 e duplicando nel 1970⁹⁹.

⁹⁰ PAGÈS, F. et al. *art. cit.*

⁹¹ ENGQVIST, U.; RYDELIUS, P. A. *art. cit.*

⁹² RHODES, A. *art. cit.* SZUMILAS, M.; KUTCHER, S. P. *art. cit.* KOSTENUIK, M.; RATNAPALAN, M. *art. cit.*

⁹³ FARAND, L.; RENAUD, J.; CHAGNON, F. *art. cit.*

⁹⁴ CHUNG, S. S.; JOUNG, K. H. *art. cit.* PARK, S.; KIM, C. Y.; HONG, J. P. *art. cit.*

⁹⁵ KATO, K. et al. *art. cit.*

⁹⁶ BEAUTRAIS, A. L. *Child...* CHIOU, P. N.; CHEN, Y. S.; LEE, Y. C. *art. cit.* CHUNG, S. S.; JOUNG, K. H. *art. cit.* GÉRARD, N.; DELVENNE, V.; NICOLIS, H. *art. cit.* SNEHA, J.; PRAKASH, C.; VINAY, S. *art. cit.* LAHTI, A. et al. *art. cit.*

⁹⁷ PISANI, A. R. et al. *art. cit.*

⁹⁸ GRAY, D. et al. *art. cit.*

⁹⁹ MATHUR, V. K.; FREEMAN, D. G. *art. cit.*

Mentre nel 1950 il suicidio giovanile tra i 15 e i 24 anni, costituiva il 5.8% del totale delle morti suicide¹⁰⁰ (con il 3.5 per 100 000¹⁰¹, o forse il 4.5 per 100 000¹⁰²), nel 1980 è arrivato ad un picco del 19.5%¹⁰³ per iniziare in parte a decrescere nel 1990, arrivando a rappresentare il 13.5 per 100 000¹⁰⁴ (o il 13.2 per 100 000¹⁰⁵).

Nello specifico, tra gli adolescenti (15-19 anni) caucasici maschi residenti negli Stati Uniti, tra il 1940 e il 1980, il tasso di suicidio è triplicando, aumentando del 231%, mentre è duplicando tra i giovani adulti (20-24 anni), con un aumento specifico del 116%. Nel corso dello stesso periodo di tempo si è registrata una crescita del 262% tra gli adolescenti (15-19 anni) maschi non-caucasici e del 182% tra i giovani adulti (20-34 anni) maschi non-caucasici¹⁰⁶. Chlebus¹⁰⁷ riporta, poi, che, tra il 1980 ed il 1997, il maggior tasso di suicidio si è registrato tra i maschi caucasici e l'aumento più rilevante (del 105%) è risultato essere quello tra i giovani afroamericani dai 15 ai 19 anni. Un studio¹⁰⁸ delle autopsie dei suicidi giovanili avvenuti in New Mexico tra il 1979 e il 2005 riporta, invece, che il maggior numero di suicidio avviene tra gli ispanici (42.3%) e tra i bianchi (38.6%), anche se, di fatto, rispetto alla percentuale di popolazione i tassi maggiori sono quelli dei bianchi e dei nativi americani.

Inoltre, in contrasto con quanto emerge in qualche studio, ossia che la crescita del numero dei suicidio tra i giovani afroamericani è iniziato solo a

¹⁰⁰ SHIELDS, L. B.; HUNSAKER, D. M.; HUNSAKER, J. C. *art cit.*

¹⁰¹ GRAY, D. et al. *art. cit.*

¹⁰² GAROFALO, R. et al. *art cit.*

¹⁰³ SHIELDS, L. B.; HUNSAKER, D. M.; HUNSAKER, J. C. *art cit.*

¹⁰⁴ GRAY, D. et al. *art. cit.*

¹⁰⁵ GAROFALO, R. et al. *art cit.*

¹⁰⁶ SHIELDS, L. B.; HUNSAKER, D. M.; HUNSAKER, J. C. *art cit.*

¹⁰⁷ CHLEBUS, P. M. . *art. cit.*

¹⁰⁸ SINGH, V. D.; LATHROP, S. L. *art cit.*

partire dagli anni Novanta¹⁰⁹, la letteratura segnala un aumento significativo già a partire dagli anni Ottanta, tanto è vero che il tasso di suicidio è aumentato, in generale, del 28.3% tra gli adolescenti (15-19 anni) maschi statunitensi, mentre tra gli adolescenti maschi afroamericani della medesima fascia d'età la crescita è stata del 165.3%¹¹⁰. Così, seppure il numero dei suicidi tra gli adolescenti neri sia stato storicamente più basso rispetto a quello dei bianchi, il divario tra le morti suicide tra i giovani bianchi e quelli neri diminuisce poiché, soprattutto tra il 1980 e il 1995, si ha avuto un aumento del 233% del numero di suicidi tra i neri dai 10 ai 14 anni (mentre tra i bianchi della medesima fascia d'età la crescita è stata di quasi la metà, vale a dire del 120%) e del 126% tra i neri tra i 15 e i 19 anni (mentre tra i bianchi è stato solo del 19%)¹¹¹. Tuttavia, tra il 1992 ed il 2001, Bridge segnala anche una diminuzione annuale del tasso di suicidio complessivo tra i maschi bianchi del 3.9% e tra i maschi neri del 7.3%.¹¹². In letteratura, quindi, seppur, come si è visto, si riscontrano alcune eccezioni, vi è comunque accordo sul fatto che, mentre un tempo il tasso di suicidio tra i giovani afroamericani era tra i più bassi, negli ultimi vent'anni, soprattutto tra i maschi, sta aumentando più velocemente che negli altri gruppi etnici ed ha già raggiunto numeri simili a quelli registrato tra i giovani bianchi¹¹³. L'aumento del tasso di suicidio tra i soggetti femminili, infatti, non risulta essere così significativo come quello dei loro coetanei maschi¹¹⁴.

¹⁰⁹ MOHLER, B.; EARLS, F. *art. cit.*

¹¹⁰ SHIELDS, L. B.; HUNSAKER, D. M.; HUNSAKER, J. C. *art. cit.*

¹¹¹ BOROWSKY, I. W.; IRELAND, M.; RESNICK, M. D. *art. cit.*

¹¹² BRIDGE, J. A.; GOLDSTEIN, T. R.; BRENT, D. A. *Adolescent...*(fig. 1 Suicide completion rates among white males aged 15 to 19 years, 1992-2001; fig. 2 Suicide completion rates among black males aged 15 to 19 years, 1992-2001)

¹¹³ BALIS, T.; POSTOLACHE, T. T. *art. cit.* BOROWSKY, I. W.; IRELAND, M.; RESNICK, M. D. *art. cit.* COLUCCI, E.; MARTIN, G. *Ethnocultural aspects of suicide in young people: a systematic literature review part 1: Rates and methods of youth suicide*. *Suicide Life Threat Behav*, v. 37, n. 2, p. 197-221, Apr 2007. MOHLER, B.; EARLS, F. *art. cit.* SINGH, V. D.; LATHROP, S. L. *art. cit.* WILLIS, L. A. et al. *art. cit.* MOSKOS, M. A.; ACHILLES, J.; GRAY, D. *Adolescent...* WILLIS, L. A. et al. *art. cit.*

¹¹⁴ SHIELDS, L. B.; HUNSAKER, D. M.; HUNSAKER, J. C. *art. cit.*

A partire dagli anni Novanta, sempre negli Stati Uniti, dopo decenni di aumento continuo, il tasso di suicidio inizia, invece, a diminuire tanto è vero che, secondo alcuni¹¹⁵, tra 1992 e il 2001, passa dal 6.2 per 100 000 al 4.6 per 100 000 tra gli adolescenti tra i 10 e i 19 anni, mentre, secondo altri, tra i 10 e i 24 anni, dal 9.48 per 100 000 raggiunto nel 1990 arriva al 6.78 per 100 000 nel 2003¹¹⁶. Nonostante dati simili, ma non identici, oggettiva è la diminuzione a partire dai primi anni Novanta, anche se tra il 2003 ed il 2004, tra i 10 e i 24 anni, si registra un nuovo aumento dell'8% (da 6.78 per 100 000 a 7.32 per 100 000) e, per la precisione, il maggior aumento che sia mai stato registrato, per un solo anno, tra il 1990 ed il 2004¹¹⁷. Anche altri autori¹¹⁸ confermano che, nel 2004, dopo decenni di declino, il tasso di suicidio, tra i giovani dai 10 ed i 19 anni, torna a registrare un aumento significativo e che, a questa crescita ne segue poi un'altra nel 2007¹¹⁹. Dall'analisi¹²⁰ dei dati registrati in sedici stati statunitensi tra il 2005 ed il 2008, risulta, poi, che la maggior parte delle morti suicide continua ad avvenire tra gli adolescenti maschi bianchi e non ispanici (e per la precisione il 68.3% del campione, ossia più di mille giovani tra i 10 e i 17 anni).

In Messico, così come negli Stati Uniti, si è registrato un generale aumento del tasso di suicidio a partire soprattutto dagli anni Ottanta ed in particolare tra il 1981 e il 1983 e tra il 1993 e il 1995. Degno di nota è poi il fatto che, nel 2003, il 17% di tutti i suicidi era rappresentato dagli adolescenti messicani¹²¹.

¹¹⁵ SHIELDS, L. B.; HUNSAKER, D. M.; HUNSAKER, J. C. *art. cit.*

¹¹⁶ RIESCH, S. K. et al. *art. cit.*

¹¹⁷ RIESCH, S. K. et al. *art. cit.*

¹¹⁸ CAMPO, J. V. *art. cit.*

¹¹⁹ BECK-LITTLE, R.; CATTON, G. *art. cit.*

¹²⁰ KARCH, D. L. et al. *art. cit.*

¹²¹ BORGES et al. *art. cit.*

Negli anni Ottanta e Novanta il tasso di suicidio giovanile aumenta drasticamente, soprattutto tra i maschi, anche in Europa Occidentale. Uno studio norvegese documenta, infatti, che in Finlandia, dove il tasso di suicidio è da sempre tra i più elevati al mondo, si è registrata, nel 1990, una crescita significativa del numero dei suicidi maschili (14.4 per 100 000) a cui è corrisposta però una diminuzione nel 2005 (2.0 per 100 000), mentre si è osservato l'andamento contrario nel suicidio femminile il cui picco massimo si è constatato nel 2005 (6.2 per 100 000) ed il picco minimo nel 1991 (0.5 per 100 000)¹²². In Inghilterra e in Galles, invece, il tasso di suicidio tra gli adolescenti maschi (15-19 anni) è aumentato dal 3.3 per 100 000 nel 1970 al 5.2 per 100 000 nel 1998, ma a ciò è, poi, susseguita un'immediata diminuzione¹²³.

In Canada, così come nel resto del mondo, tra gli anni Ottanta e Novanta si ha avuto una crescita del numero dei suicidi soprattutto in Quebec (dall'11.1% per 100 000 nel 1980 al 20.5% per 100 000 nel 1996), una delle province che da sempre registra uno dei tassi di suicidio giovanile più alti non solo in Canada, ma anche rispetto ad altre regioni di altre nazioni industrializzate¹²⁴. In Australia, infine, al pari che negli altri stati, negli anni Novanta, il tasso di suicidio è stato particolarmente elevato soprattutto nei soggetti di sesso maschile tra i 15 e i 34 anni (dal 16.8 per 100 000 nel 1968 al 32.9 per 100 000 nel 1997)¹²⁵.

È complesso comparare l'andamento delle tendenze del suicidio giovanile a causa soprattutto delle differenti variabili tenute in considerazione nei diversi studi, tuttavia, in letteratura, si trovano alcuni interessanti accenni in merito al confronto della crescita dei tassi di suicidi all'interno delle diverse

¹²² LAHTI, A. et al. *art. cit.*

¹²³ LAHTI, A. et al. *art. cit.*

¹²⁴ RENAUD, J. et al. *art. cit.*

¹²⁵ WILKINSON, D.; GUNNELL, D. *art. cit.*

nazione. In particolare lo studio di Eckersley¹²⁶ ha analizzato l'andamento del tasso di suicidio, tra il 1950 ed il 1990, tra gli adolescenti dai 15 ai 24 anni, in diciannove nazioni sviluppate che si presuppone abbiano un substrato socioculturale simili. Quel che emerge è che, mentre il suicidio giovanile è aumentato, in generale, in molti dei diciannove paesi sviluppati indagati, tra queste vi sono sostanziali differenze sia nei tassi di suicidio in sé, sia nella quota di incremento di questi tassi. In particolare, Finlandia, Austria e Giappone sono le tre nazioni ad avere avuto il più elevato tasso di suicidio, soprattutto tra gli adolescenti maschi tra i 15 e i 24 anni nel 1950, ma, tra le tre, la Finlandia è l'unica nazione a mantenere un tasso elevato anche nel 1990, e, per la precisione, il più elevato tra le nazioni prese in esame seppur inizialmente era il Giappone a detenere il *primato*. Lo studio di Bridge¹²⁷ conferma il fatto che la Finlandia è una delle nazioni che registra uno dei tassi di suicidio più elevati al mondo. Gli autori, utilizzando i dati inerenti la mortalità dei giovani riportati dalla World Health Organisation nel 2002, confrontano trenta nazioni e segnalano che i tassi di suicidio più alti si registrano oltre che in Finlandia, negli stati della Federazione Russa e dell'ex Unione sovietica, in Nuova Zelanda e in Irlanda¹²⁸ dove il tasso di suicidio è due o tre volte superiore rispetto a quello degli Stati Uniti che, paragonato agli altri stati, risulta essere medio¹²⁹. L'andamento del tasso di suicidio è qui analizzato sia nella fascia d'età 15-24 anni, sia 5-14 anni: dall'osservazione dei dati si ha conferma di quanto emerge in letteratura, ossia che il numero dei suicidi aumenta con l'aumentare dell'età.

2.3.3 Il paradosso di genere

Dall'analisi dei novantotto studi è emerso che il suicidio, così come il tentato suicidio, è connesso al genere, oltre che ad una serie di fattori di rischio

¹²⁶ ECKERSLEY, R.; DEAR, K. *art. cit.* (Table 1 Young suicide rates in selected countries by age and sex)

¹²⁷ BRIDGE, J. A.; GOLDSTEIN, T. R.; BRENT, D. A. *Adolescent...*

¹²⁸ COLUCCI, E.; MARTIN, G. *art. cit.*

¹²⁹ BRIDGE, J. A.; GOLDSTEIN, T. R.; BRENT, D. A. *Adolescent suicide...*

che analizzeremo tra breve. Nella maggior parte degli stati del mondo, e soprattutto in quelli occidentali, esiste, infatti, un “paradosso di genere” dovuto al fatto che, indipendentemente dall’età e dall’etnia, i comportamenti suicidi non letali sono più comuni tra le adolescenti femmine, mentre è maggiore il numero di maschi che raggiungono il loro intento e riescono ad uccidersi, come è ampiamente esplicitato in letteratura¹³⁰.

Il suicidio risulta essere solo la parte estrema del problema. Generalmente il tasso di suicidio è stimato essere 10-25 volte inferiore rispetto al tasso del tentato suicidio e, in particolare tra gli adolescenti, il numero di soggetti che tentano di togliersi la vita è duecento volte maggiore di quello di coloro che raggiungono il loro intento¹³¹. Per ogni suicidio completo ci sono almeno tre, quattro¹³² o forse anche cinque¹³³ tentativi di suicidio non letali.

Negli Stati Uniti, infatti, il rapporto di suicidio maschi/femmine, tra gli adolescenti dai 15 ai 19 anni, è di 4.5:1¹³⁴, mentre in Canada¹³⁵ ed in

¹³⁰ ABELL, W. D. et al. *art. cit.* APTER, A. *art. cit.* BALÁZS, J. et al. *art. cit.* BALIS, T.; POSTOLACHE, T. T. *art. cit.* BEAUTRAIS, A. L. *Suicide...* BECK-LITTLE, R.; CATTON, G. *art. cit.* BELLA, M. E. et al. *art. cit.* BORGES, G. et al. *art. cit.* CHANG, H. J. et al. *art. cit.* CHIOU, P. N.; CHEN, Y. S.; LEE, Y. C. *art. cit.* CHLEBUS, P. M. . *art. cit.* DERVIC, K. et al. *art. cit.* D'AUGELLI, A. R. et al. *art. cit.* EISENBERG, T. L. et al. *art. cit.* ENGQVIST, U.; RYDELIUS, P. A. *art. cit.* HAAVISTO, A. et al. *art. cit.* HALLFORS, D. D. et al. *Adolescent depression and suicide risk: association with sex and drug behaviour.* Am J Prev Med, v. 27, n. 3, p. 224-31, Oct 2004. KUTCHER, S. P.; SZUMILAS, M. *art. cit.* LEVASSEUR, M. T.; KELVIN, E. A.; GROSSKOPF, N. A. *art. cit.* KUTCHER, S. P. *art. cit.* MCNAMARA, P. M. *art. cit.* MOHLER, B.; EARLS, F. *art. cit.* O'CONNELL, K. L. *art. cit.* OSMAN, A. et al. *art. cit.* PAGÈS, F. et al. *art. cit.* REMAFEDI, G. *Sexual orientation and youth suicide.* JAMA, v. 282, n. 13, p. 1291-2, Oct 1999. RHODES, A. *art. cit.* RIESCH, S. K. et al. *art. cit.* SANKEY, M.; LAWRENCE, R. *art. cit.* SHIELDS, L. B.; HUNSAKER, D. M.; HUNSAKER, J. C. *art. cit.* KING, C. A. et al. *art. cit.* SZUMILAS, M.; KUTCHER, S. P. *art. cit.* WALDVOGEL, J. L.; RUETER, M.; OBERG, C. N. *art. cit.* WEST, B. A.; SWAHN, M. H.; MCCARTY, F. *art. cit.*

¹³¹ SHIELDS, L. B.; HUNSAKER, D. M.; HUNSAKER, J. C. *art. cit.*

¹³² CHLEBUS, P. M. . *art. cit.* KING, C. A. et al. *art. cit.* SINGH, V. D.; LATHROP, S. L. *art. cit.*

¹³³ BALIS, T.; POSTOLACHE, T. T. *art. cit.*

¹³⁴ CHLEBUS, P. M. . *art. cit.*

¹³⁵ SOOR, G. S. et al. *art. cit.*

Australia¹³⁶ è di 4:1; in Israele, tra i 10 ed i 14 anni d'età, invece, il rapporto è decisamente superiore (9:5)¹³⁷.

Il rapporto di suicidio maschi/femmine rimane mediamente costante indipendentemente dall'etnia e quanto avviene in Canada lo conferma. Qui, infatti, sebbene il tasso di suicidio sia molto più elevato tra gli aborigeni, non si registrano significative differenze: i maschi aborigeni, al pari dei non aborigeni, si suicidano più delle loro coetanee¹³⁸. Tuttavia, i dati registrati in altre nazioni smentiscono in parte quest'assunto. In Messico, per esempio, i comportamenti suicidi sono associata principalmente al genere femminile¹³⁹, mentre in Norvegia ed in Irlanda il tasso di suicidio femminile, pur non essendo pari a quello maschile, è comunque significativamente elevato¹⁴⁰. Il caso della Corea, invece, non è chiaro come dimostra il fatto che, secondo alcuni¹⁴¹, il numero di adolescenti di sesso femminile che si suicidano è superiore a quello dei soggetti maschili, mentre, secondo altri¹⁴², la disparità non è molta e a prevalere è comunque il numero di soggetti maschili che raggiungono il loro intento. Sebbene in Asia il genere femminile sia considerato, come altrove, un fattore connesso più al suicidio non letale che a quello letale, degna di nota è soprattutto la Cina, il solo stato al mondo dove il paradosso di genere è nettamente invertito. In Cina, infatti, il numero delle adolescenti femmine che si tolgono la vita è maggiore di quello dei loro coetanei maschi¹⁴³. Da un lato, questo sembra poter essere giustificato dal fatto che, secondo la tradizione, se

¹³⁶ WILKINSON, D.; GUNNELL, D. *art. cit.*

¹³⁷ APTER, A. *art. cit.*

¹³⁸ SOOR, G. S. et al. *art. cit.*

¹³⁹ BORGES et al. *art. cit.*

¹⁴⁰ COLUCCI, E.; MARTIN, G. *art. cit.* RUTZ, E. M.; WASSERMAN, D. *art. cit.*

¹⁴¹ PARK, S.; KIM, C. Y.; HONG, J. P. *art. cit.*

¹⁴² CHUNG, S. S.; JOUNG, K. H. *art. cit.*

¹⁴³ BALIS, T.; POSTOLACHE, T. T. *art. cit.* BEAUTRAIS, A. L. *Suicide...* BRIDGE, J. A.; GOLDSTEIN, T. R.; BRENT, D. A. *Adolescent...* BYARD, R. W. et al. *art. cit.* BURSZEIN, C.; APTER, A. *art. cit.* CHUNG, S. S.; JOUNG, K. H. *art. cit.* COLUCCI, E.; MARTIN, G. *art. cit.* TANG, T. C. et al. *art. cit.*

una donna si uccide, il suo fantasma tornerà a tormentare i responsabili della sua infelicità¹⁴⁴. Dall'altro lato, però, non è da trascurare il fatto che la scelta del metodo può essere determinante per la letalità del gesto e che, nelle aree rurali della Cina, sono per lo più le adolescenti a lavorare nelle risaie e ad avere quindi maggiore accesso ai pesticidi¹⁴⁵. Oltre a ciò è da tenere in considerazione che, coerentemente con quanto già aveva notato Durkheim in Europa, in questi ultimi anni, la Cina si sta avviando anch'essa verso la società moderna, urbana e capitalistica e sta quindi vivendo un periodo di transizione che vede la decadenza dei valori della società agricola tradizionale, la distruzione della famiglia estesa e la marginalizzazione del ruolo delle donne¹⁴⁶.

2.3.4 La metodologia

Una possibile spiegazione, o forse fra tutte la spiegazione più convincente del paradosso di genere può essere ritrovata nel fatto che, nonostante alcuni fattori di rischio siano endogeni, vale a dire biologicamente intrinseci a generi differenti, ad essere determinante è la propensione maschile ad essere più aggressivi ed impulsivi e a scegliere, quindi, metodi per togliersi la vita più violenti di quelli scelti dalle loro coetanee¹⁴⁷. Infatti, mentre le adolescenti sono più inclini ad utilizzare i servizi di assistenza medica¹⁴⁸ e a chiedere aiuto agli adulti¹⁴⁹, gli adolescenti scelgono metodi più letali, non solo perché sono più vulnerabili, ma anche a causa delle determinazioni culturali

¹⁴⁴ COLUCCI, E.; MARTIN, G. *art. cit.*

¹⁴⁵ BEAUTRAIS, A. L. *Suicide...* BURSZEIN, C.; APTER, A. *art. cit.*

¹⁴⁶ BRIDGE, J. A.; GOLDSTEIN, T. R.; BRENT, D. A. *Adolescent...*

¹⁴⁷ BALIS, T.; POSTOLACHE, T. T. *art. cit.* BEAUTRAIS, A. L. *Suicide...* BRIDGE, J. A.; GOLDSTEIN, T. R.; BRENT, D. A. *Adolescent...* CHIOU, P. N.; CHEN, Y. S.; LEE, Y. C. *art. cit.* ENGQVIST, U.; RYDELIUS, P. A. *art. cit.* LEVASSEUR, M. T.; KELVIN, E. A.; GROSSKOPF, N. A. *art. cit.* MCNAMARA, P. M. *art. cit.* MOSKOS, M. A.; ACHILLES, J.; GRAY, D. *Adolescent...* SHIELDS, L. B.; HUNSAKER, D. M.; HUNSAKER, J. C. *art. cit.* SOOR, G. S. et al. *art. cit.*

¹⁴⁸ CHANG, H. J. et al. *art. cit.* RHODES, A. *art. cit.*

¹⁴⁹ APTER, A. *art. cit.* CHANG, H. J. et al. *art. cit.* GRAY, D. et al. *art. cit.*

della società, soprattutto occidentale¹⁵⁰. Infatti, è dimostrato che è socialmente e culturalmente più accettato un maschio che si suicida più di quanto non lo sia uno che tenta di farlo¹⁵¹.

In generale, la letteratura¹⁵² differenzia i metodi in violenti e non violenti. Tra i primi troviamo: i colpi d'arma da fuoco, l'impiccamento, la precipitazione, l'annegamento e l'investimento ferroviario o automobilistico. I secondi, invece, includono l'asfissia provocata dall'avvelenamento da monossido di carbonio dovuta all'inalazione dei fumi dei forni o dei gas di scarico dei veicoli e l'intossicazione da alcool, droghe o farmaci. Tuttavia i soggetti più giovani, così come le adolescenti (il 9.4% delle femmine rispetto al 4.0% dei maschi), sono più inclini all'utilizzo di metodi meno violenti¹⁵³. La scelta del metodo, però, non indica necessariamente un minor intento suicida e soprattutto tra i più giovani può anche essere dovuto a un'immaturità cognitiva che rende difficile formulare ed eseguire un piano suicida¹⁵⁴. Inoltre, è da notare che alcuni stati, come per esempio, la Gran Bretagna, hanno introdotto un atto legislativo finalizzato a ridurre la quantità di pillole all'interno delle confezioni¹⁵⁵ cercando così di limitare il suicidio di coloro, o meglio delle adolescenti¹⁵⁶, che tra i metodi meno violenti scelgono l'avvelenamento da farmaci.

Per quanto concerne la scelta dei metodi violenti, è stato notato che, oltre ad essere più comuni dei non violenti, sono spesso associati all'abuso di alcool e alla presenza di disordini di salute mentale¹⁵⁷. Inoltre, le armi da fuoco

¹⁵⁰ BEAUTRAIS, A. L. *Suicide...*

¹⁵¹ MOSKOS, M. A.; ACHILLES, J.; GRAY, D. *Adolescent...*

¹⁵² BEAUTRAIS, A. L. *Suicide...* CHANG, H. J. et al. *art. cit.* LAHTI, A. et al. *art. cit.* SOOR, G. S. et al. *art. cit.*

¹⁵³ SOOR, G. S. et al. *art. cit.*

¹⁵⁴ BRIDGE, J. A.; GOLDSTEIN, T. R.; BRENT, D. A. *Adolescent...*

¹⁵⁵ BRIDGE, J. A.; GOLDSTEIN, T. R.; BRENT, D. A. *Adolescent suicide...* APTER, A. *art. cit.*

¹⁵⁶ BALIS, T.; POSTOLACHE, T. T. *art. cit.* LAHTI, A. et al. *art. cit.* MCNAMARA, P. M. *art. cit.*

¹⁵⁷ LAHTI, A. et al. *art. cit.*

continuano, tutt'oggi, ad essere utilizzate dalla maggior parte degli adolescenti statunitensi¹⁵⁸, come è dimostrato dai dati relativi alla città di San Diego¹⁵⁹ e agli stati del Wisconsin¹⁶⁰, dell'Oregon¹⁶¹ e dello Utah¹⁶². Negli Stati Uniti sono soprattutto i giovani bianchi¹⁶³ e gli afroamericani ad utilizzare le armi da fuoco, mentre in Canada questo metodo è scelto soprattutto dai soggetti femminili¹⁶⁴ ed in Finlandia da quelli maschili¹⁶⁵. A Taiwan, invece, tra il 2001 ed il 2004 l'impiccamento era il metodo principale scelto dagli adolescenti per togliersi la vita¹⁶⁶, mentre, tra il 2004 ed il 2006, è stato superato da quello per avvelenamento da gas¹⁶⁷. Tuttavia, dalla letteratura¹⁶⁸ si desume che, nella maggior parte delle nazioni occidentali, gli adolescenti (i più giovani ed i nativi americani in particolare¹⁶⁹), prediligono come mezzo per uccidersi l'impiccamento.

In Australia la frequenza di suicidi con arma da fuoco, nel corso degli anni, per entrambi i generi, è diminuito di due o tre volte grazie soprattutto alla nuova legge che, a partire dal 1996, vieta l'uso di pistole automatiche o semi automatiche e controlla il possesso delle armi da fuoco in ogni stato e

¹⁵⁸ AZRAEL, D. et al. *art. cit.* BRIDGE, J. A.; GOLDSTEIN, T. R.; BRENT, D. A. *Adolescent...* GRAY, D. et al. *art. cit.* O'CONNELL, K. L. *art. cit.* SHIELDS, L. B.; HUNSAKER, D. M.; HUNSAKER, J. C. *art. cit.*

¹⁵⁹ BYARD, R. W. et al. *art. cit.*

¹⁶⁰ EISENBERG, T. L. et al. *art. cit.*

¹⁶¹ AZRAEL, D. et al. *art. cit.*

¹⁶² MOSKOS, M. et al. *Utah...*

¹⁶³ AZRAEL, D. et al. *art. cit.*

¹⁶⁴ COLUCCI, E.; MARTIN, G. *art. cit.*

¹⁶⁵ LAHTI, A. et al. *art. cit.*

¹⁶⁶ CHANG, H. J. et al. *art. cit.*

¹⁶⁷ LU, T. H. et al. *art. cit.*

¹⁶⁸ BEAUTRAIS, A. L. *Child...* BELLA, M. E. et al. *art. cit.* CHANG, H. J. et al. *art. cit.* FARAND, L.; RENAUD, J.; CHAGNON, F. *art. cit.* FOWLER, K. A. et al. *art. cit.* KOSTENUIK, M.; RATNAPALAN, M. *art. cit.*

¹⁶⁹ SINGH, V. D.; LATHROP, S. L. *art. cit.*

territorio¹⁷⁰. A ciò è però conseguito, nel sud dell'Australia, l'aumento dell'utilizzo dei metodi meno tradizionali come l'investimento ferroviario, la precipitazione e l'auto immolazione¹⁷¹ e, in tutto lo stato, si è registrata una crescita generale delle morti per impiccamento per entrambi i generi¹⁷². McNamara¹⁷³, invece, pur riportando che, sia tra i soggetti femminili che tra quelli maschili, anche nel 2008, il metodo più scelto è ancora l'impiccamento riporta, diversamente da Wilkinson¹⁷⁴, che l'avvelenamento da farmaci resta, soprattutto tra le adolescenti, uno dei metodi più scelti (25% di tutte le giovani femmine morte per suicidio). Negli Stati Uniti, così come in Australia, grazie al rafforzamento della legge che regola l'utilizzo delle armi¹⁷⁵, a partire dagli anni Novanta, si è registrata una diminuzione dei suicidi dovuto ai colpi di pistola o di fucile ed un aumento di quelli per impiccamento¹⁷⁶. Tuttavia la legge statunitense, diversamente da quella australiana, limita solo relativamente l'accesso alle armi da fuoco¹⁷⁷ ed, infatti, il metodo principalmente scelto dai giovani statunitensi continua ad essere il colpo d'arma da fuoco.

Molti autori¹⁷⁸ avanzano, così l'ipotesi che ridurre l'accesso ai metodi di suicidio potrebbe essere la soluzione migliore per diminuire significativamente il

¹⁷⁰ MCNAMARA, P. M. *art. cit.* WILKINSON, D.; GUNNELL, D. *art. cit.*

¹⁷¹ BYARD, R. W. et al. *art. cit.*

¹⁷² WILKINSON, D.; GUNNELL, D. *art. cit.*

¹⁷³ MCNAMARA, P. M. *art. cit.*

¹⁷⁴ WILKINSON, D.; GUNNELL, D. *art. cit.*

¹⁷⁵ BOROWSKY, I. W.; IRELAND, M.; RESNICK, M. D. *art. cit.*

¹⁷⁶ BRIDGE, J. A.; GOLDSTEIN, T. R.; BRENT, D. A. *Adolescent suicide...* KARCH, D. L. et al. *art. cit.*

¹⁷⁷ BYARD, R. W. et al. *art. cit.*

¹⁷⁸ APTER, A. *art. cit.* BALIS, T.; POSTOLACHE, T. T. *art. cit.* BEAUTRAIS, A. L. *Suicide...* BECK-LITTLE, R.; CATTON, G. *art. cit.* BELLA, M. E. et al. *art. cit.* BRIDGE, J. A.; GOLDSTEIN, T. R.; BRENT, D. A. *Adolescent...* CASH, S. J.; BRIDGE, J. A. *Epidemiology...* COLUCCI, E.; MARTIN, G. *art. cit.* EISENBERG, T. L. et al. *art. cit.* JAMA patient page. *art. cit.* KEITH, C. R. *Adolescent suicide: perspectives on a clinical quandary.* JAMA, v. 286, n. 24, p. 3126-7, Dec 2001. KOSTENUIK, M.; RATNAPALAN, M. *art. cit.* KUTCHER, S. P.; SZUMILAS, M. *art. cit.* LU, T. H. et al. *art. cit.* MOSKOS, M. et al. *Utah...* RIESCH, S. K. et al. *art. cit.* SHIELDS, L. B.; HUNSAKER, D. M.; HUNSAKER, J. C. *art. cit.*

rischio, come è stato confermato dalla legge inglese e da quella australiana, ma non da quella statunitense. Tuttavia dalla letteratura si desume anche che la scelta del metodo può dipendere dalla sua accessibilità ed infatti ad Hong Kong, essendo numerosi i palazzi alti, il suicidio da precipitazione è il metodo principale, mentre nella maggior parte degli stati è considerata una scelta poco comune¹⁷⁹. Così, se da un lato è pur vero che la scelta del metodo può essere influenzato dalla legislazione vigente, dall'altro lato possono essere sempre utilizzati metodi sostitutivi più facilmente accessibili (si pensi, per esempio, all'investimento o alla precipitazione) così che, di fatto, il tasso di suicidio non subisce variazioni significative¹⁸⁰. Questo è dimostrato anche da quanto accaduto in Australia dove, prima della legge per limitare l'uso e il possesso delle armi da fuoco, nel 1986 era stata introdotta una norma che prevedeva che fosse diminuita la quantità di monossido di carbonio contenuto nei gas di scarico dei veicoli, tuttavia il tasso di suicidio dovuto all'inalazione di questi gas è rimasto costante anche dopo l'entrata in vigore di questa norma, forse a causa proprio della facilità con cui è possibile reperire un veicolo da cui poter inalare il gas¹⁸¹.

2.3.5 Quando e dove avviene il suicidio?

Un solo studio¹⁸² analizza l'andamento del tasso di suicidio non solo nel corso degli anni, ma anche dei mesi; quel che ne emerge è che, indipendentemente dall'etnia e dal genere, nello stato del Kentucky, tra il 1993 e il 2002, il maggior numero di suicidi si è registrato in ottobre ed il minore in marzo, ma non vengono avanzate ipotesi per giustificare il risultato ottenuto.

¹⁷⁹ BRIDGE, J. A.; GOLDSTEIN, T. R.; BRENT, D. A. *Adolescent...* CHANG, H. J. et al. *art. cit.*

¹⁸⁰ BRIDGE, J. A.; GOLDSTEIN, T. R.; BRENT, D. A. *Adolescent...* WILKINSON, D.; GUNNELL, D. *art. cit.*

¹⁸¹ WILKINSON, D.; GUNNELL, D. *art. cit.*

¹⁸² SHIELDS, L. B.; HUNSAKER, D. M.; HUNSAKER, J. C. *art. cit.*

Non sono nemmeno molti, tra gli studi presi qui in esame, quelli che analizzano il luogo in cui è avvenuto il suicidio. Tra gli articoli che dedicano a quest'aspetto un'attenzione particolare ve ne è uno¹⁸³ che non solo analizza le aree geografiche in cui si è registrato il maggior numero di suicidi, ma anche i luoghi specifici in cui è avvenuto. In Ontario, gli autori non registrano differenze statisticamente significative tra i maschi e le femmine rispetto al luogo scelto per suicidarsi: il 73% degli adolescenti suicidi maschi ed il 72% delle femmine, tra il gennaio del 2000 ed il novembre 2006, si è, infatti, ucciso a casa (in ciò sono inclusi anche coloro che si sono tolti la vita nel giardino o coloro che invece si sono suicidati a casa di un amico). Anche in Arizona¹⁸⁴ e nello Utah¹⁸⁵ si sono registrati dati simili: si è tolto la vita tra le mura domestiche rispettivamente l'83% ed il 70% dei giovani. Altri autori¹⁸⁶ confermano che, negli Stati Uniti in generale, la maggior parte degli adolescenti si uccide all'interno della propria abitazione (82.5%). Tra i luoghi non domestici più comuni vi sono, invece, le aree verdi non urbane (zone boschive, campi, foreste) (8.9%) seguite poi da quelle urbane (parchi, aree pubbliche, parcheggi) (7.8%), mentre solo una minima parte si è ucciso in ospedale (0.8%)¹⁸⁷. Inoltre, se, da un lato, in Australia¹⁸⁸, così come nel Wisconsin più del 50% dei suicidi avvengono tra gli adolescenti che risiedono nelle zone rurali, in Svezia¹⁸⁹ è maggiore il numero dei suicidi tra gli adolescenti che abitano nei centri urbani e lo stesso si registra in Giamaica¹⁹⁰. In letteratura non vi è quindi unanimità e non risulta essere chiaro se il suicidio è più frequente tra chi vive nelle zone rurali o in quelle urbane¹⁹¹. Ciononostante è comunque dimostrato, come si avrà modo di

¹⁸³ SOOR, G. S. et al. *art. cit.*

¹⁸⁴ GRAY, D. et al. *art. cit.*

¹⁸⁵ MOSKOS, M. et al. *Utah...*

¹⁸⁶ KARCH, D. L. et al. *art. cit.*

¹⁸⁷ SOOR, G. S. et al. *art. cit.*

¹⁸⁸ WILKINSON, D.; GUNNELL, D. *art. cit.*

¹⁸⁹ ENGQVIST, U.; RYDELIUS, P. A. *art. cit.*

¹⁹⁰ ABELL, W. D. et al. *art. cit.*

¹⁹¹ WILKINSON, D.; GUNNELL, D. *art. cit.*

vedere, che, all'interno delle medesime città, si registrano tassi di suicidio più elevati tra le minoranze in generale e tra gli immigrati appartenenti a minoranze etniche in particolare.

2.4 Fattori di rischio

Oltre al genere, all'area geografica in cui si vive ed ai metodi che si hanno a disposizione esistono, poi, dei fattori di rischio indipendenti, vale a dire delle condizioni specifiche che influenzano l'individuo e lo portano a scegliere di compiere atti autolesionistici¹⁹².

Tra i novantotto studi presi in esame molti analizzano i fattori di rischio connessi all'ideazione suicidaria, ai comportamenti suicidi o ai tentativi di suicidio, mentre solo pochi specificano quelli che sono propri solo del suicidio in quanto tale e soltanto qualche autore¹⁹³ specifica che i fattori di rischio da lui indagati sono propri sia di chi tenta il suicidio sia di chi raggiunge il suo intento. Tuttavia, tra i fattori di rischio connessi al suicidio è spesso citato come determinante aver avuto precedenti idee o comportamenti suicidi ed aver recentemente tentato di uccidersi. Inoltre, in alcuni studi¹⁹⁴ si attesta che, eccezion fatta per il genere, le caratteristiche di coloro che tentano il suicidio sono generalmente molto simili a quelle di coloro che riescono ad uccidersi. In questa sede pare quindi possibile estendere i risultati degli studi riguardanti i suicidi non fatali, le idee o i comportamenti ad esso connesso anche al suicidio fatale. Seguendo il modello di alcuni studi¹⁹⁵, dopo aver analizzato i fattori di rischio specifici di un genere piuttosto che di un altro, si procederà con il prendere in esame i fattori di rischio connessi al singolo individuo, prima, e al contesto socio ambientale poi.

¹⁹² OSMAN, A. et al. *art. cit.*

¹⁹³ MENTI, E. et al. *art. cit.*

¹⁹⁴ BEAUTRAIS, A. L. *Suicide...* KUTCHER, S. P.; SZUMILAS, M. *art. cit.*

¹⁹⁵ Cfr., per esempio, MCNAMARA, P. M. *art. cit.*

2.4.1. Fattori di rischio per genere¹⁹⁶

Si è avuto modo di vedere come le adolescenti sono più inclini a tentare il suicidio mentre gli adolescenti a ad uccidersi. Alcuni autori avanzano, poi, l'ipotesi che esistono fattori di rischio propri più di un genere che di un altro. Colucci¹⁹⁷, per esempio, afferma che, per comprendere l'aumento specifico del tasso di suicidio tra i giovani neri, occorre esaminare le esperienze socioculturali proprie dei due generi: le femmine maggiormente coinvolte nel contesto sociale, sono più indipendenti e responsabili, e ricevono, quindi, un maggior supporto emotivo ed educativo; i maschi, invece, sono più inclini a rispettare il volere dei genitori, anche se questi abusano fisicamente di loro, e a quello degli anziani che si aspettano da loro massimo rispetto.

Inoltre, indipendentemente dal gruppo etnico a cui si appartiene, dalla letteratura emerge che è possibile individuare anche alcuni fattori di rischio propri più di un genere che di un altro. Gli adolescenti maschi sono solitamente da considerarsi a maggior rischio se portano armi a scuola¹⁹⁸ e se sono sessualmente attratti da persone dello stesso sesso¹⁹⁹, mentre, le ragazze, lo sono se abusano di sostanze stupefacenti²⁰⁰. Altri autori²⁰¹, però, riportano che è più probabile che siano i maschi ad abusare di alcool e di sostanze stupefacenti, soprattutto se praticano sport, così come sono gli adolescenti a soffrire maggiormente di disordini comportamentali²⁰², come, per esempio,

¹⁹⁶ KARCH, D. L. et al. *art. cit.* (Table 1. Percentage of suicide decedents ages 10-17 years by sex and associated circumstances)

¹⁹⁷ COLUCCI, E.; MARTIN, G. *art. cit.*

¹⁹⁸ BOROWSKY, I. W.; IRELAND, M.; RESNICK, M. D. *art. cit.*

¹⁹⁹ BOROWSKY, I. W.; IRELAND, M.; RESNICK, M. D. *art. cit.* REMAFEDI, G. *art. cit.*

²⁰⁰ BOROWSKY, I. W.; IRELAND, M.; RESNICK, M. D. *art. cit.*

²⁰¹ BELLA, M. E. et al. *art. cit.* BECK-LITTLE, R.; CATTON, G. *art. cit.* KARCH, D. L. et al. *art. cit.* SOOR, G. S. et al. *art. cit.* WEST, B. A.; SWAHN, M. H.; MCCARTY, F. *art. cit.*

²⁰² BELLA, M. et al. *art. cit.* BECK-LITTLE, R.; CATTON, G. *art. cit.*

l'iperattivismo²⁰³, e ad essere stati coinvolti in recenti problemi di giustizia²⁰⁴. Wahl²⁰⁵ smentisce in parte questo dato dichiarando che, negli ultimi venticinque anni, la percentuale di giovani femmine detenute nelle carceri è aumentata, negli Stati Uniti, dal 20 al 30% e che sono le ragazze ad avere problemi emozionali e comportamentali più gravi dei loro coetanei perché sono i soggetti di sesso femminile a subire abusi fisici e sessuali maggiormente rilevanti. Da questo studio si desume poi che il 91% delle detenute ha disordini di condotta, l'85% abusa di sostanze ed il 55% è depresso. Tuttavia, tenere in considerazione un campione di giovani detenuti porta a dati che potrebbero non essere riscontrabili in un campione rappresentativo di studenti o di *normali* adolescenti.

Pagès²⁰⁶, invece, tra i fattori di rischio tipici degli adolescenti maschi, ma non delle femmine, include un basso livello educativo del padre e l'assenteismo da scuola. In generale, tra i fattori di rischio propri più del genere femminile che di quello maschile, la letteratura riporta: aver subito violenze²⁰⁷, avere problemi di salute mentale²⁰⁸ o disordini DSM IV-R (come i disturbi dell'umore, i disordini dovuti a precedenti stress post traumatici, le psicosi non affettive ed i disordini connessi ad una personalità antisociale)²⁰⁹, essere depressi²¹⁰ o ansiosi²¹¹, soffrire di disordini bipolari²¹² o alimentari²¹³, aver fatto

²⁰³ KARCH, D. L. et al. *art. cit.*

²⁰⁴ KARCH, D. L. et al. *art. cit.*

²⁰⁵ WAHL, R. A.; COTTON, S.; HARRISON-MONROE, P. *art. cit.*

²⁰⁶ PAGÈS, F. et al. *art. cit.*

²⁰⁷ SOOR, G. S. et al. *art. cit.* KARCH, D. L. et al. *art. cit.* WEST, B. A.; SWAHN, M. H.; MCCARTY, F. *art. cit.*

²⁰⁸ SOOR, G. S. et al. *art. cit.* KARCH, D. L. et al. *art. cit.*

²⁰⁹ BALIS, T.; POSTOLACHE, T. T. *art. cit.*

²¹⁰ HONG, J. S.; ESPELAGE, D. L.; KRAL, M. J. *art. cit.*

²¹¹ KARCH, D. L. et al. *art. cit.*

²¹² KARCH, D. L. et al. *art. cit.*

²¹³ KARCH, D. L. et al. *art. cit.*

esperienza della morte di un amico o di un membro della famiglia²¹⁴, aver precedentemente tentato il suicidio²¹⁵, avere un basso livello educativo²¹⁶ o relazioni affettive povere sia con gli amici che con i famigliari²¹⁷, oltre che essere trascurate e fisicamente malate²¹⁸. Tuttavia, è stata anche avanzata l'ipotesi che il fattore più predittivo della suicidalità, ed in particolare del tentato suicidio, sia non avere una relazione di qualità madre-figlia²¹⁹. Altri autori rilevano, invece, che l'unico vero fattore di rischio ad essere statisticamente diverso tra i maschi e le femmine è l'aver precedentemente tentato il suicidio (gesto compiuto dal 35.0% delle femmine e dall'11.9% dei maschi)²²⁰. Tuttavia è ipotizzabile che questa disparità sia dovuta al "paradosso di genere" e quindi al fatto che i maschi, utilizzando metodi più violenti, riescono a raggiungere il loro scopo fin dal loro primo tentativo.

2.4.2 Fattori di rischio individuali

Perché un giovane decide di uccidersi? I fattori di rischio elencati dalla letteratura sono molteplici: avere disordini dell'umore²²¹, essere affetti da

²¹⁴ BOROWSKY, I. W.; IRELAND, M.; RESNICK, M. D. *art. cit.* KARCH, D. L. et al. *art. cit.*

²¹⁵ BECK-LITTLE, R.; CATTON, G. *art. cit.* KARCH, D. L. et al. *art. cit.*

²¹⁶ BALIS, T.; POSTOLACHE, T. T. *art. cit.*

²¹⁷ KARCH, D. L. et al. *art. cit.* PAGÈS, F. et al. *art. cit.*

²¹⁸ SOOR, G. S. et al. *art. cit.*

²¹⁹ CASH, S. J.; BRIDGE, J. A. *Epidemiology...*

²²⁰ SOOR, G. S. et al. *art. cit.*

²²¹ BEAUTRAIS, A. L. *Suicide...* BORGES, G. et al. *art. cit.* BRIDGE, J. A.; GOLDSTEIN, T. R.; BRENT, D. A. *Adolescent...* BURSZTEIN, C.; APTER, A. *art. cit.* CAMPO, J. V. *art. cit.* CASH, S. J. et al. *Adolescent...* CHANG, H. J. et al. *art. cit.* CHIOU, P. N.; CHEN, Y. S.; LEE, Y. C. *art. cit.* GRAY, D. et al. *art. cit.* KARCH, D. L. et al. *art. cit.* KOSTENUK, M.; RATNAPALAN, M. *art. cit.* NOVICK, L. F.; CIBULA, D. A.; SUTPHEN, S. M. *art. cit.* TANG, T. C. et al. *art. cit.* VERONA, E.; JAVDANI, S. *art. cit.* WALDVOGEL, J. L.; RUETER, M.; OBERG, C. N. *art. cit.* WATKINS, R. L.; GUTIERREZ, P. M. *art. cit.* WELLER, E. B.; WELLER, R. A. *art. cit.*

problemi di salute mentale²²², essere depressi²²³, ansiosi²²⁴, avere disordini di condotta o comportamenti aggressivi/impulsivi²²⁵, essere disperati

²²² ABELL, W. D. et al. *art. cit.* AZRAEL, D. et al. *art. cit.* BECK-LITTLE, R.; CATTON, G. *art. cit.* BELLA, M. E. et al. *art. cit.* BORGES, G. et al. *art. cit.* CAMPO, J. V. *art. cit.* CARTER, CASH, S. J. et al. *Adolescent...* CHANG, H. J. et al. *art. cit.* FOWLER, K. A. et al. *art. cit.* GÉRARD, N.; DELVENNE, V.; NICOLIS, H. *art. cit.* HAAVISTO, A. et al. *art. cit.* MCNAMARA, P. M. *art. cit.* MOSKOS, M. et al. *Utah...* MUSTANSKI, B.; LIU, R. T. *art. cit.* PARK, S.; KIM, C. Y.; HONG, J. P. *art. cit.* KUTCHER, S. P.; SZUMILAS, M. *art. cit.* RIESCH, S. K. et al. *art. cit.* SANKEY, M.; LAWRENCE, R. *art. cit.* SHAHTAHMASEBI, S. *art. cit.* SOOR, G. S. et al. *art. cit.* SZUMILAS, M.; KUTCHER, S. P. *art. cit.* VERONA, E.; JAVDANI, S. *art. cit.* WALDVOGEL, J. L.; RUETER, M.; OBERG, C. N. *art. cit.* WONG, S. S. et al. *art. cit.*

²²³ ABELL, W. D. et al. *art. cit.* BALÁZS, J. et al. *art. cit.* BALIS, T.; POSTOLACHE, T. T. *art. cit.* BECK-LITTLE, R.; CATTON, G. *art. cit.* BORGES, G. et al. *art. cit.* BURSZTEIN, C.; APTER, A. *art. cit.* CHANG, H. J. et al. *art. cit.* CHIOU, P. N.; CHEN, Y. S.; LEE, Y. C. *art. cit.* DERIC, K. et al. *art. cit.* EISENBERG, T. L. et al. *art. cit.* FEIGELMAN, FOWLER, K. A. et al. *art. cit.* GAROFALO, R. et al. *art. cit.* GÉRARD, N.; DELVENNE, V.; NICOLIS, H. *art. cit.* HAAVISTO, A. et al. *art. cit.* HALLFORS, D. D. et al. *art. cit.* HATZENBUEHLER, M. L. *art. cit.* JAMA patient page. *art. cit.* JIANG, Y.; PERRY, D. K.; HESSER, J. E. *art. cit.* KARCH, D. L. et al. *art. cit.* KATO, K. et al. *art. cit.* KEITH, C. R. *art. cit.* KING, C. A. et al. *art. cit.* LITWILLER, B. J.; BRAUSCH, A. M. *art. cit.* MACNEIL, M. S. *art. cit.* MCMANAMA O'BRIEN, K. H. et al. *art. cit.* MCNAMARA, P. M. *art. cit.* MENTI, E. et al. *art. cit.* MOSKOS, M. et al. *Utah...* MUSTANSKI, B.; LIU, R. T. *art. cit.* NOVICK, L. F.; CIBULA, D. A.; SUTPHEN, S. M. *art. cit.* PAGÈS, F. et al. *art. cit.* PISANI, A. R. et al. *art. cit.* RIESCH, S. K. et al. *art. cit.* SHAHTAHMASEBI, S. *art. cit.* SHIELDS, L. B.; HUNSAKER, D. M.; HUNSAKER, J. C. *art. cit.* SZUMILAS, M.; KUTCHER, S. P. *art. cit.* TANG, T. C. et al. *art. cit.* VERONA, E.; JAVDANI, S. *art. cit.* WELLER, E. B.; WELLER, R. A. *art. cit.* WEST, B. A.; SWAHN, M. H.; MCCARTY, F. *art. cit.* WONG, S. S. et al. *art. cit.*

²²⁴ BALÁZS, J. et al. *art. cit.* BEAUTRAIS, A. L. *Suicide...* BORGES, G. et al. *art. cit.* BRIDGE, J. A.; GOLDSTEIN, T. R.; BRENT, D. A. *Adolescent...* CARTER, CHANG, H. J. et al. *art. cit.* LITWILLER, B. J.; BRAUSCH, A. M. *art. cit.* MATHUR, V. K.; FREEMAN, D. G. *art. cit.* MCMANAMA O'BRIEN, K. H. et al. *art. cit.* MCNAMARA, P. M. *art. cit.* MENTI, E. et al. *art. cit.* RIESCH, S. K. et al. *art. cit.* SÉGUIN, M. et al. *art. cit.* SHIELDS, L. B.; HUNSAKER, D. M.; HUNSAKER, J. C. *art. cit.* TANG, T. C. et al. *art. cit.* VERONA, E.; JAVDANI, S. *art. cit.* WALDVOGEL, J. L.; RUETER, M.; OBERG, C. N. *art. cit.* WELLER, E. B.; WELLER, R. A. *art. cit.*

²²⁵ ABELL, W. D. et al. *art. cit.* BECK-LITTLE, R.; CATTON, G. *art. cit.* BURSZTEIN, C.; APTER, A. *art. cit.* CAMPO, J. V. *art. cit.* ENGQVIST, U.; RYDELIUS, P. A. *art. cit.* GÉRARD, N.; DELVENNE, V.; NICOLIS, H. *art. cit.* GRAY, D. et al. *art. cit.* HAAVISTO, A. et al. *art. cit.* MCMANAMA O'BRIEN, K. H. et al. *art. cit.* MENTI, E. et al. *art. cit.* MOSKOS, M. et al. *Utah...* MUSTANSKI, B.; LIU, R. T. *art. cit.* PAGÈS, F. et al. *art. cit.* KOSTENUIK, M.; RATNAPALAN, M. *art. cit.* SHIELDS, L. B.; HUNSAKER, D. M.; HUNSAKER, J. C. *art. cit.* SOOR, G. S. et al. *art. cit.* VERONA, E.; JAVDANI, S. *art. cit.* WALDVOGEL, J. L.; RUETER, M.; OBERG, C. N. *art. cit.* WEST, B. A.; SWAHN, M. H.; MCCARTY, F. *art. cit.* WONG, S. S. et al. *art. cit.*

(*hopelessness*)²²⁶, *tristi*²²⁷, avere una bassa autostima²²⁸ e soffrire di malattie croniche²²⁹, come l'epilessia²³⁰ o l'asma²³¹. Inoltre sono considerati a rischio di suicidio anche gli adolescenti che abusano di alcool o sostanze stupefacenti²³², che hanno avuto precedenti idee o comportamenti suicidi²³³, che sono oggetto di

²²⁶ ABELL, W. D. et al. *art. cit.* BECK-LITTLE, R.; CATTON, G. *art. cit.* BRIDGE, J. A.; GOLDSTEIN, T. R.; BRENT, D. A. *Adolescent...* CARTER, CHIOU, P. N.; CHEN, Y. S.; LEE, Y. C. *art. cit.* GAROFALO, R. et al. *art. cit.* JAMA patient page. *art. cit.* KOSTENUIK, M.; RATNAPALAN, M. *art. cit.* MCMANAMA O'BRIEN, K. H. et al. *art. cit.* MUSTANSKI, B.; LIU, R. T. *art. cit.* RIESCH, S. K. et al. *art. cit.* SANKEY, M.; LAWRENCE, R. *art. cit.* SINGH, V. D.; LATHROP, S. L. *art. cit.* SZUMILAS, M.; KUTCHER, S. P. *art. cit.*

²²⁷ EISENBERG, T. L. et al. *art. cit.* MOSKOS, M. et al. *Utah...* RIESCH, S. K. et al. *art. cit.* SZUMILAS, M.; KUTCHER, S. P. *art. cit.* KARCH, D. L. et al. *art. cit.* WALDVOGEL, J. L.; RUETER, M.; OBERG, C. N. *art. cit.* WEST, B. A.; SWAHN, M. H.; MCCARTY, F. *art. cit.*

²²⁸ BECK-LITTLE, R.; CATTON, G. *art. cit.* BRIDGE, J. A.; GOLDSTEIN, T. R.; BRENT, D. A. *Adolescent...* CHUNG, S. S.; JOUNG, K. H. *art. cit.* LITWILLER, B. J.; BRAUSCH, A. M. *art. cit.* MATHUR, V. K.; FREEMAN, D. G. *art. cit.* PAGÈS, F. et al. *art. cit.* SZUMILAS, M.; KUTCHER, S. P. *art. cit.* WALDVOGEL, J. L.; RUETER, M.; OBERG, C. N. *art. cit.*

²²⁹ BECK-LITTLE, R.; CATTON, G. *art. cit.* MCNAMARA, P. M. *art. cit.* SOOR, G. S. et al. *art. cit.*

²³⁰ EISENBERG, T. L. et al. *art. cit.*

²³¹ CHUNG, S. S.; JOUNG, K. H. *art. cit.*

²³² ABELL, W. D. et al. *art. cit.* AZRAEL, D. et al. *art. cit.* BEAUTRAIS, A. L. *Child...* BORGES, G. et al. *art. cit.* BRIDGE, J. A.; GOLDSTEIN, T. R.; BRENT, D. A. *Adolescent...* CAMPO, J. V. *art. cit.* CARTER, CASH, S. J. et al. *Adolescent...* CASH, S. J.; BRIDGE, J. A. *Epidemiology...* CHIOU, P. N.; CHEN, Y. S.; LEE, Y. C. *art. cit.* DERVIC, K. et al. *art. cit.* EISENBERG, T. L. et al. *art. cit.* ENGQVIST, U.; RYDELIUS, P. A. *art. cit.* FEIGELMAN, FOWLER, K. A. et al. *art. cit.* GAROFALO, R. et al. *art. cit.* GÉRARD, N.; DELVENNE, V.; NICOLIS, H. *art. cit.* GRAY, D. et al. *art. cit.* HAAVISTO, A. et al. *art. cit.* HALLFORS, D. D. et al. *art. cit.* JAMA patient page. *art. cit.* JIANG, Y.; PERRY, D. K.; HESSER, J. E. *art. cit.* KATO, K. et al. *art. cit.* KEITH, C. R. *art. cit.* KUTCHER, S. P.; SZUMILAS, M. *art. cit.* LITWILLER, B. J.; BRAUSCH, A. M. *art. cit.* MATHUR, V. K.; FREEMAN, D. G. *art. cit.* MCMANAMA O'BRIEN, K. H. et al. *art. cit.* MCNAMARA, P. M. *art. cit.* MENTI, E. et al. *art. cit.* MOSKOS, M. et al. *Utah...* NOVICK, L. F.; CIBULA, D. A.; SUTPHEN, S. M. *art. cit.* O'CONNELL, K. L. *art. cit.* PAGÈS, F. et al. *art. cit.* RIESCH, S. K. et al. *art. cit.* SÉGUIN, M. et al. *art. cit.* SHAHTAHMASEBI, S. *art. cit.* SHIELDS, L. B.; HUNSAKER, D. M.; HUNSAKER, J. C. *art. cit.* SOOR, G. S. et al. *art. cit.* SZUMILAS, M.; KUTCHER, S. P. *art. cit.* TANG, T. C. et al. *art. cit.* VERONA, E.; JAVDANI, S. *art. cit.* WALDVOGEL, J. L.; RUETER, M.; OBERG, C. N. *art. cit.* WELLER, E. B.; WELLER, R. A. *art. cit.* WEST, B. A.; SWAHN, M. H.; MCCARTY, F. *art. cit.* WONG, S. S. et al. *art. cit.*

²³³ AZRAEL, D. et al. *art. cit.* BECK-LITTLE, R.; CATTON, G. *art. cit.* BOROWSKY, I. W.; IRELAND, M.; RESNICK, M. D. *art. cit.* CHIOU, P. N.; CHEN, Y. S.; LEE, Y. C. *art. cit.* EISENBERG, T. L. et al. *art. cit.* FOWLER, K. A. et al. *art. cit.* HALLFORS, D. D. et al. *art. cit.* HONG, J. S.; ESPELAGE, D. L.; KRAL, M. J. *art. cit.* GÉRARD, N.; DELVENNE, V.; NICOLIS,

bullismo²³⁴, oltre a coloro che sono stati esposti ad eventi di vita stressanti²³⁵ dovuti al contesto socio culturale da cui i giovani si sentono isolati e all'aver dovuto affrontare problemi che, seppur predominanti secondo la casistica esaminata da Karch²³⁶ nel genere femminile e in quella esaminata da Moskos²³⁷ nel genere maschile, sono comunque determinanti per entrambi i generi come per esempio il suicidio di un conoscente, di un amico o di un familiare²³⁸, e l'aver problemi con il compagno/a poco prima della morte²³⁹. Oltre a questi fattori di rischio, condivisa è l'idea che sono a maggior rischio di suicidio quegli adolescenti che hanno avuto una storia di abusi sessuali²⁴⁰, sono

H. *art. cit.* MCMANAMA O'BRIEN, K. H. et al. *art. cit.* MUSTANSKI, B.; LIU, R. T. *art. cit.* OSMAN, A. et al. *art. cit.* SOOR, G. S. et al. *art. cit.* VERONA, E.; JAVDANI, S. *art. cit.* KATO, K. et al. *art. cit.* KOSTENUK, M.; RATNAPALAN, M. *art. cit.* KUTCHER, S. P.; SZUMILAS, M. *art. cit.* JAMA patient page. *art. cit.* WALDVOGEL, J. L.; RUETER, M.; OBERG, C. N. *art. cit.* WATKINS, R. L.; GUTIERREZ, P. M. *art. cit.*

²³⁴ BECK-LITTLE, R.; CATTON, G. *art. cit.* BURSZTEIN, C.; APTER, A. *art. cit.* CASH, S. J.; BRIDGE, J. A. *Epidemiology...* LITWILLER, B. J.; BRAUSCH, A. M. *art. cit.* RIESCH, S. K. et al. *art. cit.* SANKEY, M.; LAWRENCE, R. *art. cit.* KARCH, D. L. et al. *art. cit.*

²³⁵ BEAUTRAIS, A. L. *Suicide...* BELLA, M. E. et al. *art. cit.*, 2013, BRIDGE, J. A.; GOLDSTEIN, T. R.; BRENT, D. A. *Adolescent...* CARTER, CHIOU, P. N.; CHEN, Y. S.; LEE, Y. C. *art. cit.* EISENBERG, T. L. et al. *art. cit.* GAROFALO, R. et al. *art. cit.* GÉRARD, N.; DELVENNE, V.; NICOLIS, H. *art. cit.* HAAVISTO, A. et al. *art. cit.* JAMA patient page. *art. cit.* MCNAMARA, P. M. *art. cit.* RIESCH, S. K. et al. *art. cit.* SWANSON, WELLER, E. B.; WELLER, R. A. *art. cit.* WONG, S. S. et al. *art. cit.*

²³⁶ KARCH, D. L. et al. *art. cit.*

²³⁷ MOSKOS, M. et al. *Utah...*

²³⁸ ABELL, W. D. et al. *art. cit.* AZRAEL, D. et al. *art. cit.* BRIDGE, J. A.; GOLDSTEIN, T. R.; BRENT, D. A. *Adolescent...* BURSZTEIN, C.; APTER, A. *art. cit.* CHLEBUS, P. M. *art. cit.* FOWLER, K. A. et al. *art. cit.* GÉRARD, N.; DELVENNE, V.; NICOLIS, H. *art. cit.* GIRARD, G. A.; SILBER, T. J. *art. cit.* JAMA patient page. *art. cit.* KEITH, C. R. *art. cit.* KOSTENUK, M.; RATNAPALAN, M. *art. cit.* KUTCHER, S. P.; SZUMILAS, M. *art. cit.* LU, T. H. et al. *art. cit.* MCMANAMA O'BRIEN, K. H. et al. *art. cit.* O'CONNELL, K. L. *art. cit.* RIESCH, S. K. et al. *art. cit.* SANKEY, M.; LAWRENCE, R. *art. cit.* WALDVOGEL, J. L.; RUETER, M.; OBERG, C. N. *art. cit.* WATKINS, R. L.; GUTIERREZ, P. M. *art. cit.* WELLER, E. B.; WELLER, R. A. *art. cit.*

²³⁹ CHIOU, P. N.; CHEN, Y. S.; LEE, Y. C. *art. cit.* FEIGELMAN, FOWLER, K. A. et al. *art. cit.* JAMA patient page. *art. cit.* KOSTENUK, M.; RATNAPALAN, M. *art. cit.* O'CONNELL, K. L. *art. cit.* SANKEY, M.; LAWRENCE, R. *art. cit.*

²⁴⁰ ABELL, W. D. et al. *art. cit.* BEAUTRAIS, A. L. *Suicide...* BRIDGE, J. A.; GOLDSTEIN, T. R.; BRENT, D. A. *Adolescent...* BURSZTEIN, C.; APTER, A. *art. cit.* CASH, S. J.; BRIDGE, J. A. *Epidemiology...* EISENBERG, T. L. et al. *art. cit.* FEIGELMAN, GÉRARD, N.; DELVENNE, V.; NICOLIS, H. *art. cit.* GRAY, D. et al. *art. cit.* HAAVISTO, A. et al. *art. cit.* HATZENBUEHLER,

sessualmente attratti da persone dello stesso sesso²⁴¹ ed hanno difficoltà scolastiche/accademiche²⁴². Infine è possibile, indipendentemente dal genere, individuare altre caratteristiche predittive dei comportamenti suicidi quali avere un basso livello educativo²⁴³, soffrire di disordini alimentari²⁴⁴, dormire poche ore a notte²⁴⁵, disinteressarsi alle attività che si svolgevano normalmente fino a poco tempo prima²⁴⁶, non prendersi cura di sé (smettendo, per esempio, di lavarsi e di indossare vestiti puliti)²⁴⁷, avere avuto recenti problemi legali²⁴⁸, dire addio alle persone care²⁴⁹ e regalare i propri oggetti personali²⁵⁰.

M. L. *art. cit.* HONG, J. S.; ESPELAGE, D. L.; KRAL, M. J. *art. cit.* JIANG, Y.; PERRY, D. K.; HESSER, J. E. *art. cit.* KING, C. A. et al. *art. cit.* KOSTENUK, M.; RATNAPALAN, M. *art. cit.* KUTCHER, S. P.; SZUMILAS, M. *art. cit.* LITWILLER, B. J.; BRAUSCH, A. M. *art. cit.* MCNAMARA, P. M. *art. cit.* O'CONNELL, K. L. *art. cit.* RIESCH, S. K. et al. *art. cit.* SANKEY, M.; LAWRENCE, R. *art. cit.* SÉGUIN, M. et al. *art. cit.* SOOR, G. S. et al. *art. cit.* SHAHTAHMASEBI, S. *art. cit.* SZUMILAS, M.; KUTCHER, S. P. *art. cit.* WALDVOGEL, J. L.; RUETER, M.; OBERG, C. N. *art. cit.* WEST, B. A.; SWAHN, M. H.; MCCARTY, F. *art. cit.*

²⁴¹ BRIDGE, J. A.; GOLDSTEIN, T. R.; BRENT, D. A. *Adolescent...* BOROWSKY, I. W.; IRELAND, M.; RESNICK, M. D. *art. cit.* CASH, S. J.; BRIDGE, J. A. *Epidemiology...* D'AUGELLI, A. R. et al. *art. cit.* EISENBERG, T. L. et al. *art. cit.* GAROFALO, R. et al. *art. cit.* GÉRARD, N.; DELVENNE, V.; NICOLIS, H. *art. cit.* HONG, J. S.; ESPELAGE, D. L.; KRAL, M. J. *art. cit.* JAMA patient page. *art. cit.* KOSTENUK, M.; RATNAPALAN, M. *art. cit.* KUTCHER, S. P.; SZUMILAS, M. *art. cit.* LEVASSEUR, M. T.; KELVIN, E. A.; GROSSKOPF, N. A. *art. cit.* MCNAMARA, P. M. *art. cit.* MORRISON, L. L.; L'HEUREUX, J. *art. cit.* MUSTANSKI, B.; LIU, R. T. *art. cit.* REMAFEDI, G. *art. cit.* RENAUD, J. et al. *art. cit.* REYNOLDS, D. V. *art. cit.* RUSSELL, S. T.; TOOMEY, R. B. *art. cit.* SZUMILAS, M.; KUTCHER, S. P. *art. cit.*

²⁴² ABELL, W. D. et al. *art. cit.* BEAUTRAIS, A. L. *Suicide...* BECK-LITTLE, R.; CATTON, G. *art. cit.* CARTER, CHIOU, P. N.; CHEN, Y. S.; LEE, Y. C. *art. cit.* EISENBERG, T. L. et al. *art. cit.* ENGQVIST, U.; RYDELIUS, P. A. *art. cit.* FOWLER, K. A. et al. *art. cit.* GÉRARD, N.; DELVENNE, V.; NICOLIS, H. *art. cit.* JAMA patient page. *art. cit.* KARCH, D. L. et al. *art. cit.* KOSTENUK, M.; RATNAPALAN, M. *art. cit.* MCNAMARA, P. M. *art. cit.* MENTI, E. et al. *art. cit.* O'CONNELL, K. L. *art. cit.* PAGÈS, F. et al. *art. cit.* RIESCH, S. K. et al. *art. cit.* SÉGUIN, M. et al. *art. cit.* TANG, T. C. et al. *art. cit.*

²⁴³ BEAUTRAIS, A. L. *Suicide...* BORGES, G. et al. *art. cit.* SOOR, G. S. et al. *art. cit.* KATO, K. et al. *art. cit.* WALDVOGEL, J. L.; RUETER, M.; OBERG, C. N. *art. cit.*

²⁴⁴ BRIDGE, J. A.; GOLDSTEIN, T. R.; BRENT, D. A. *Adolescent...* BURSZEIN, C.; APTER, A. *art. cit.* CHUNG, S. S.; JOUNG, K. H. *art. cit.* JAMA patient page. *art. cit.* KOSTENUK, M.; RATNAPALAN, M. *art. cit.* MCNAMARA, P. M. *art. cit.* MUSTANSKI, B.; LIU, R. T. *art. cit.* SHIELDS, L. B.; HUNSAKER, D. M.; HUNSAKER, J. C. *art. cit.*

²⁴⁵ CHUNG, S. S.; JOUNG, K. H. *art. cit.* JAMA patient page. *art. cit.* MCNAMARA, P. M. *art. cit.*

²⁴⁶ JAMA patient page. *art. cit.* SZUMILAS, M.; KUTCHER, S. P. *art. cit.*

²⁴⁷ SZUMILAS, M.; KUTCHER, S. P. *art. cit.*

La maggior parte degli autori ritiene che i fattori di rischio sopraelencati non possono essere isolati l'uno dall'altro dal momento che il suicidio è un evento che consegue dalla loro interazione; tuttavia, tra questi, alcuni studi ne individuano un numero ristretto, la cui compresenza comporta però un maggior rischio. Ad essere particolarmente rilevanti sono: avere disordini di salute mentale e abusare di sostanze stupefacenti o di alcool²⁵¹; avere disordini dell'umore ed abusare di sostanze stupefacenti²⁵²; aver subito violenze (abusi psicologici, fisici e sessuali)²⁵³; essere depressi ed abusare solo di alcool²⁵⁴; essere depressi ed abusare, in generale, di sostanze stupefacenti²⁵⁵ ed in particolare di eroina e metanfetamina²⁵⁶; essere disperati, ostili, avere un negativo concetto di sé ed essere isolati²⁵⁷; essere aggressivi/impulsivi, avere la madre malata mentale o essere molto intelligenti, ma socialmente isolati²⁵⁸; avere precedentemente tentato il suicidio²⁵⁹; avere provato ad uccidersi ed averne poi riparlato con qualcuno, minacciando, per esempio, di volerci provare nuovamente²⁶⁰; vivere con genitori divorziati ed avere problemi di salute

²⁴⁸ ENGQVIST, U.; RYDELIUS, P. A. *art. cit.* FEIGELMAN, FOWLER, K. A. et al. *art. cit.* GRAY, D. et al. *art. cit.* HAAVISTO, A. et al. *art. cit.* MOSKOS, M. A.; ACHILLES, J.; GRAY, D. *Adolescent...*

²⁴⁹ MCNAMARA, P. M. *art. cit.*

²⁵⁰ JAMA patient page. *art. cit.* KOSTENUIK, M.; RATNAPALAN, M. *art. cit.* MCNAMARA, P. M. *art. cit.* SZUMILAS, M.; KUTCHER, S. P. *art. cit.*

²⁵¹ WHAL

²⁵² CASH, S. J. et al. *Adolescent...*

²⁵³ SÉGUIN, M. et al. *art. cit.*

²⁵⁴ KING, C. A. et al. *art. cit.*

²⁵⁵ HALLFORS, D. D. et al. *art. cit.*

²⁵⁶ WONG, S. S. et al. *art. cit.*

²⁵⁷ RUTTER, P. A.; BEHRENDT, A. E. *art. cit.*

²⁵⁸ BEAUTRAIS, A. L. *Suicide...*

²⁵⁹ BRIDGE, J. A.; GOLDSTEIN, T. R.; BRENT, D. A. *Adolescent...*

²⁶⁰ VERONA, E.; JAVDANI, S. *art. cit.*

mentale²⁶¹ ; la presenza di più psicopatologie²⁶² ; avere comportamenti psicopatologici e fumare²⁶³ ; avere una storia familiare di suicidio, di maltrattamenti infantili (abusi fisici o sessuali), psicopatologie nella madre o nel padre e divorzio dei genitori²⁶⁴; soffrire di disordini dell'umore²⁶⁵ e subire il bullismo nelle sue diverse forme, da quello verbale a quello fisico, da quello relazionale a quello informatico²⁶⁶.

Beautrais²⁶⁷, sulla base dei risultati del suo studio, specifica poi che è più probabile che siano gli adolescenti più giovani ad essere descritti come impulsivi ed aggressivi, mentre quelli più vecchi sono spesso più tristi e disperati. Tra gli studi presi in esame, alcuni²⁶⁸ confermano che il suicidio può essere considerato una risposta impulsiva ad un singolo evento stressante e che il piano, laddove esiste, viene ideato od ultimato pochi minuti prima di compiere l'atto. Tuttavia, benché uno dei principali fattori di rischio sia l'abuso di alcool e di sostanze stupefacenti che aiutano l'adolescente a portare a termine il suo gesto inibendo la sua capacità cognitiva di utilizzare strategie efficaci per affrontare le idee suicide²⁶⁹, dalla letteratura si deduce anche che, di fatto, il suicidio è un fenomeno più complicato, frutto dell'interazione di più fattori, siano essi biologici, psicologici, sociali o ambientali²⁷⁰. Inoltre è stato dimostrato che

²⁶¹ KOSTENUIK, M.; RATNAPALAN, M. *art. cit.*

²⁶² CARTER, FARAND, L.; RENAUD, J.; CHAGNON, F. *art. cit.* GÉRARD, N.; DELVENNE, V.; NICOLIS, H. *art. cit.* PARK, S.; KIM, C. Y.; HONG, J. P. *art. cit.* KUTCHER, S. P.; SZUMILAS, M. *art. cit.*

²⁶³ MENTI, E. et al. *art. cit.*

²⁶⁴ BECK-LITTLE, R.; CATTON, G. *art. cit.*

²⁶⁵ WATKINS, R. L.; GUTIERREZ, P. M. *art. cit.*

²⁶⁶ LEVASSEUR, M. T.; KELVIN, E. A.; GROSSKOPF, N. A. *art. cit.* LITWILLER, B. J.; BRAUSCH, A. M. *art. cit.*

²⁶⁷ BEAUTRAIS, A. L. *Child...*

²⁶⁸ BORGES, G. et al. *art. cit.* BRIDGE, J. A.; GOLDSTEIN, T. R.; BRENT, D. A. *Adolescent...* CHLEBUS, P. M. . *art. cit.*

²⁶⁹ MCMANAMA O'BRIEN, K. H. et al. *art. cit.* LITWILLER, B. J.; BRAUSCH, A. M. *art. cit.*

²⁷⁰ SINGH, V. D.; LATHROP, S. L. *art. cit.*

la maggior parte degli adolescenti vittime di suicidio era depresso al momento della morte e che, in generale, la depressione è uno dei predittori principale dell'ideazione suicidaria²⁷¹. Alcuni autori, però, ricordano che è importante considerare, come fattore di rischio, la malattia mentale in generale e non solo la depressione²⁷², mentre altri²⁷³ notano che non ogni suicidio è associato alla depressione. Da uno studi statunitense emerge, infatti, che, di per sé, essere depressi non può essere considerato un fattore di rischio, ma piuttosto una comorbidità da associarsi ad altri tre fattori (status di immigrato, sentirsi insicuri ed aver subito violenza sessuale)²⁷⁴. Ciononostante, dalla letteratura si desume che una delle principali spiegazioni della diminuzione del tasso del suicidio giovanile a partire dagli anni Novanta risiede, ancor più che nell'introduzione delle nuove norme finalizzate a ridurre l'accesso ai possibili metodi di suicidio, proprio nell'aumento dell'utilizzo degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina nel trattamento della depressione infantile²⁷⁵. Tuttavia non tutti gli autori condividono questa tesi. Shields²⁷⁶ dichiara, infatti, che è bene tenere presente che gli esami medici o del Coroner non sono in grado di stabilire se la prescrizione degli antidepressivi sia da considerarsi un rischio o un beneficio, mentre alcuni autori²⁷⁷ si chiedono se, in realtà, gli antidepressivi non siano da associarsi ad un aumento del rischio di suicidio. Shahtahmasebi²⁷⁸, per esempio avanza l'ipotesi che la prescrizione di antidepressivi e di stabilizzatori dell'umore a bambini in età prescolare possa contribuire alla manipolazione dei dati. Il suicidio, infatti, secondo l'autore, non è un evento a se stante, ma un

²⁷¹ CASH, S. J.; BRIDGE, J. A. *Epidemiology...*

²⁷² KOSTENUIK, M.; RATNAPALAN, M. *art. cit.*

²⁷³ AFIFI. FOWLER, K. A. et al. *art. cit.* KING, C. A. et al. *art. cit.*

²⁷⁴ JIANG, Y.; PERRY, D. K.; HESSER, J. E. *art. cit.*

²⁷⁵ BURSZEIN, C.; APTER, A. *art. cit.* GRAY, D. et al. *art. cit.* KEITH, C. R. *art. cit.* KUTCHER, S. P.; SZUMILAS, M. *art. cit.* MOSKOS, M. et al. *Utah...* MOSKOS, M. A.; ACHILLES, J.; GRAY, D. *Adolescent...* LAHTI, A. et al. *art. cit.* WELLER, E. B.; WELLER, R. A. *art. cit.*

²⁷⁶ SHIELDS, L. B.; HUNSAKER, D. M.; HUNSAKER, J. C. *art. cit.*

²⁷⁷ SHAHTAHMASEBI, S. *art. cit.* WALDVOGEL, J. L.; RUETER, M.; OBERG, C. N. *art. cit.*

²⁷⁸ SHAHTAHMASEBI, S. *art. cit.*

risultato comportamentale che avviene in un momento di lucidità mentale così che, se da un lato, l'uso di antidepressivi può curare il sintomo, dall'altro non porta il paziente a divenire consapevole della sua stessa capacità di affrontare il problema. Inoltre, considerando che, come si è visto si sono registrati picchi significativi del tasso di suicidio anche tra il 2003 e il 2004 oltre che nel 2007, non è nemmeno da escludere che questi farmaci possano avere degli effetti contrari sul benessere mentale del paziente e possano anche aggravare le circostanze che lo potrebbero portare a considerare il suicidio come la miglior scelta possibile per risolvere i problemi. La depressione, quindi, pur potendo essere considerata una dei principali fattori di rischio per il suicidio, deve essere curata in quanto tale e, per questo, il tasso di ospedalizzazione potrebbe essere considerato un indicatore di depressione più ragionevole di quanto non lo sia il tasso di suicidio²⁷⁹. Alcuni²⁸⁰, invece, pur non dubitando dei benefici che gli adolescenti possono trarre dall'utilizzo degli antidepressivi, criticano il fatto che molti adolescenti considerati ad elevato rischio di suicidio non ottengono trattamenti adeguati per la malattia mentale, o la depressione, di cui soffrono. Eisenberg²⁸¹ si spinge oltre ed avanza l'ipotesi che gli Stati Uniti riuscirebbe a ridurre significativamente il tasso di suicidio se rimuovessero le barriere finanziarie che riducono l'accesso alla cura delle malattie mentali.

2.4.3 L'orientamento sessuale è un fattore di rischio?

Gay, lesbiche, bisessuali e transgender, indipendentemente dall'età e dal gruppo etnico d'appartenenza, sono davvero più a rischio di suicidio dei loro coetanei eterosessuali? In primo luogo è da notare che, in letteratura, l'orientamento sessuale non è sempre indagato come possibile fattore di rischio e che, se ad essere esaminati sono i certificati di morte, questo è un dato che, anche volendo, non è possibile estrapolare. Tuttavia è dimostrato che entrambi i

²⁷⁹ SHAHTAHMASEBI, S. *art. cit.*

²⁸⁰ CAMPO, J. V. *art. cit.* CASH, S. J.; BRIDGE, J. A. *Epidemiology...* KING, C. A. et al. *art. cit.*

²⁸¹ EISENBERG, T. L. et al. *art. cit.*

generi, se sono omosessuali o bisessuali, tentano il suicidio utilizzano metodi più letali rispetto ai loro coetanei eterosessuali e che, al pari di quanto ordinariamente accade tra gli adolescenti, anche tra di essi, è maggiore il numero dei maschi suicidi di quanto non sia quello delle loro coetanee femmine²⁸². Alcuni autori²⁸³ riportano, poi, dei dati che permettono loro di affermare che omosessuali e bisessuali sono generalmente più inclini ad avere comportamenti suicidi rispetto ai loro coetanei eterosessuali ed O'Connell²⁸⁴ conferma questa tesi dichiarando che, negli Stati Uniti, la morte da suicidio è la prima causa di morte tra questi giovani.

Essere omosessuale o bisessuale può essere considerato un fattore di rischio poiché questi adolescenti sono maggiormente soggetti ad alcuni fattori di rischio, come, per esempio, l'essere ansiosi²⁸⁵ e depressi²⁸⁶ a causa, spesso, del rifiuto del proprio orientamento sessuale da parte dei famigliari o degli amici²⁸⁷. Soffrire perché non si è accettati o auto identificarsi omosessuale in tenera età possono, poi, essere considerati fattori di rischio specifici dei soggetti maschili²⁸⁸, così come abusare di sostanze stupefacenti²⁸⁹, avere il ruolo femminile e vivere in famiglie problematiche²⁹⁰. Inoltre non è da trascurare il fatto che è spesso considerato socialmente più deplorabile non rispettare le

²⁸² D'AUGELLI, A. R. et al. *art. cit.* GAROFALO, R. et al. *art. cit.* REMAFEDI, G. *art. cit.* RUSSELL, S. T.; TOOMEY, R. B. *art. cit.* REYNOLDS, D. V. *art. cit.*

²⁸³ D'AUGELLI, A. R. et al. *art. cit.* HONG, J. S.; ESPELAGE, D. L.; KRAL, M. J. *art. cit.* LEVASSEUR, M. T.; KELVIN, E. A.; GROSSKOPF, N. A. *art. cit.* MORRISON, L. L.; L'HEUREUX, J. *art. cit.* MUSTANSKI, B.; LIU, R. T. *art. cit.* REMAFEDI, G. *art. cit.* RENAUD, J. et al. *art. cit.* REYNOLDS, D. V. *art. cit.*

²⁸⁴ O'CONNELL, K. L. *art. cit.*

²⁸⁵ RENAUD, J. et al. *art. cit.*

²⁸⁶ HATZENBUEHLER, M. L. *art. cit.* REYNOLDS, D. V. *art. cit.*

²⁸⁷ D'AUGELLI, A. R. et al. *art. cit.* HONG, J. S.; ESPELAGE, D. L.; KRAL, M. J. *art. cit.* LEVASSEUR, M. T.; KELVIN, E. A.; GROSSKOPF, N. A. *art. cit.* RENAUD, J. et al. *art. cit.*

²⁸⁸ D'AUGELLI, A. R. et al. *art. cit.* REMAFEDI, G. *art. cit.* RUSSELL, S. T.; TOOMEY, R. B. *art. cit.*

²⁸⁹ REMAFEDI, G. *art. cit.*

²⁹⁰ REMAFEDI, G. *art. cit.*

norme della mascolinità di quanto non sia non seguire quelle della femminilità e che quindi sono soprattutto i maschi a subire il bullismo a causa del loro orientamento sessuale²⁹¹. Ciononostante, essere sessualmente attratti da persone dello stesso sesso può essere considerato un fattore di rischio sia per i soggetti maschili sia per quelli femminili, soprattutto se è associato ad altre caratteristiche comportamentali quali un consumo eccessivo di alcool o di droghe²⁹²; la consapevolezza, fin dai primi anni dell'adolescenza, di essere bisessuali/omosessuali²⁹³; subire bullismo da parte non solo dei pari²⁹⁴, ma anche degli adulti e perfino dei genitori²⁹⁵; essere discriminati ed alienati²⁹⁶; aver subito abusi sessuali²⁹⁷; essere coinvolti in comportamenti sessuali a rischio²⁹⁸; vivere eventi di vita stressanti a casa, a scuola o all'interno della comunità a cui si appartiene²⁹⁹; non rivelare il proprio orientamento sessuale a nessuno, non sentirsi conformi al proprio genere ed avere un conflitto intrapsichico in merito al proprio orientamento sessuale³⁰⁰. Non rivelare a nessuno il proprio orientamento sessuale, o farlo in tenera età, sono considerati fattori di rischio determinanti, poiché a ciò ne consegue spesso un aumento delle molestie e delle aggressioni, od un protrarsi negli anni delle violenze

²⁹¹ HONG, J. S.; ESPELAGE, D. L.; KRAL, M. J. *art. cit.* RUSSELL, S. T.; TOOMEY, R. B. *art. cit.*

²⁹² GAROFALO, R. et al. *art. cit.* HATZENBUEHLER, M. L. *art. cit.* REYNOLDS, D. V. *art. cit.*

²⁹³ MUSTANSKI, B.; LIU, R. T. *art. cit.*

²⁹⁴ HONG, J. S.; ESPELAGE, D. L.; KRAL, M. J. *art. cit.* HATZENBUEHLER, M. L. *art. cit.* LEVASSEUR, M. T.; KELVIN, E. A.; GROSSKOPF, N. A. *art. cit.* MUSTANSKI, B.; LIU, R. T. *art. cit.*

²⁹⁵ D'AUGELLI, A. R. et al. *art. cit.*

²⁹⁶ HONG, J. S.; ESPELAGE, D. L.; KRAL, M. J. *art. cit.*

²⁹⁷ GAROFALO, R. et al. *art. cit.* MORRISON, L. L.; L'HEUREUX, J. *art. cit.*

²⁹⁸ GAROFALO, R. et al. *art. cit.*

²⁹⁹ HATZENBUEHLER, M. L. *art. cit.* REYNOLDS, D. V. *art. cit.* RUSSELL, S. T.; TOOMEY, R. B. *art. cit.*

³⁰⁰ MORRISON, L. L.; L'HEUREUX, J. *art. cit.*

subite, a cui consegue la tendenza all'isolamento da parte dell'adolescente che le subisce³⁰¹.

Dall'analisi della letteratura emerge poi che, nonostante non si registrino differenze significative nei tassi di suicidio tra i/le giovani omosessuali/bisessuali appartenenti a gruppi etnici diversi, è altresì vero che i giovani di colore che si auto identificano come omosessuali o bisessuali possono essere considerati a maggior rischio di suicidio poiché è presumibile che siano soggetti ad uno status di "doppia minorità" dovendo non solo integrare la loro cultura e le loro tradizioni con quelle del contesto socioculturale in cui vivono, ma anche con il loro orientamento sessuale. Il rischio per questi giovani è, infatti, di non essere accettati né dai membri della propria comunità etnica né da quelli della comunità omosessuale/bisessuale³⁰². Una conferma di ciò la si trova nel fatto che, negli Stati Uniti, gli/le omosessuali/bisessuali neri e latini, anche se non affetti da alcuna malattia mentale, tentano il suicidio con una maggiore frequenza rispetto agli/alle omosessuali/bisessuali bianchi³⁰³.

In letteratura si trovano però anche opinioni in parte discordi da quelle sopra citate, come quella di Rutter³⁰⁴ che avanza l'ipotesi che essere omosessuali/bisessuali non solo non sia da considerarsi un fattore di rischio a sé stante, ma potrebbe anche essere considerato un fattore protettivo poiché appartenere ad una minoranza sessuale porta ad essere membri di una comunità ristretta e, quindi, ad avere una buona autostima e, quindi, a non essere eccessivamente isolati, disperati od ostili. Lo studio di Renaud³⁰⁵, invece, smentisce il fatto che essere omosessuali/bisessuali possa essere considerato un fattore di rischio poiché non ritiene possibile che la scelta di

³⁰¹ LEVASSEUR, M. T.; KELVIN, E. A.; GROSSKOPF, N. A. *art. cit.* MORRISON, L. L.; L'HEUREUX, J. *art. cit.*

³⁰² MORRISON, L. L.; L'HEUREUX, J. *art. cit.* MUSTANSKI, B.; LIU, R. T. *art. cit.*

³⁰³ LEVASSEUR, M. T.; KELVIN, E. A.; GROSSKOPF, N. A. *art. cit.*

³⁰⁴ RUTTER, P. A.; BEHRENDT, A. E. *art. cit.*

³⁰⁵ RENAUD, J. et al. *art. cit.*

compiere un gesto estremo possa essere significativamente influenzata né dall'essere sessualmente attratti da persone dello stesso sesso e nemmeno dall'aver problemi connessi all'identificazione con un genere piuttosto che con un altro o dal subire intimidazioni a causa del proprio orientamento sessuale.

2.4.4 La famiglia: fattore di rischio o fattore protettivo?

I genitori svolgono per l'adolescente un ruolo di primaria importanza all'interno e all'esterno della famiglia, dato che sono loro a mediare la presenza nel mondo dei loro figli³⁰⁶. Dalla letteratura appare, infatti, evidente come i problemi in famiglia non possano essere trascurati e, al contrario, alcuni sono da considerarsi dei veri e propri fattori di rischio. Tra questi ve ne sono alcuni che sono citati con maggiore frequenza come le difficoltà socioeconomiche³⁰⁷, la disoccupazione³⁰⁸, la malattia mentale di un familiare³⁰⁹, avere genitori che abusano di sostanze stupefacenti³¹⁰, la madre morta anche per cause diverse dal suicidio³¹¹, la madre³¹² o il padre³¹³ o entrambi i genitori³¹⁴ con un basso

³⁰⁶ GIRARD, G. A.; SILBER, T. J. *art. cit.*

³⁰⁷ BALIS, T.; POSTOLACHE, T. T. *art. cit.* BEAUTRAIS, A. L. *Suicide...* CARTER, CHLEBUS, P. M. . *art. cit.* HONG, J. S.; ESPELAGE, D. L.; KRAL, M. J. *art. cit.* MATHUR, V. K.; FREEMAN, D. G. *art. cit.* KOSTENUIK, M.; RATNAPALAN, M. *art. cit.* KUTCHER, S. P.; SZUMILAS, M. *art. cit.* RIESCH, S. K. et al. *art. cit.* SOOR, G. S. et al. *art. cit.* WALDVOGEL, J. L.; RUETER, M.; OBERG, C. N. *art. cit.*

³⁰⁸ BORGES, G. et al. *art. cit.* CHLEBUS, P. M. . *art. cit.* MATHUR, V. K.; FREEMAN, D. G. *art. cit.* SHAHTAHMASEBI, S. *art. cit.*

³⁰⁹ ABELL, W. D. et al. *art. cit.* CHLEBUS, P. M. . *art. cit.* CHIOU, P. N.; CHEN, Y. S.; LEE, Y. C. *art. cit.* GÉRARD, N.; DELVENNE, V.; NICOLIS, H. *art. cit.* HAAVISTO, A. et al. *art. cit.* KATO, K. et al. *art. cit.* KOSTENUIK, M.; RATNAPALAN, M. *art. cit.* KUTCHER, S. P.; SZUMILAS, M. *art. cit.* WALDVOGEL, J. L.; RUETER, M.; OBERG, C. N. *art. cit.*

³¹⁰ BRIDGE, J. A.; GOLDSTEIN, T. R.; BRENT, D. A. *Adolescent...* CHIOU, P. N.; CHEN, Y. S.; LEE, Y. C. *art. cit.* CHLEBUS, P. M. . *art. cit.* HONG, J. S.; ESPELAGE, D. L.; KRAL, M. J. *art. cit.* MATHUR, V. K.; FREEMAN, D. G. *art. cit.* TANG, T. C. et al. *art. cit.*

³¹¹ CHLEBUS, P. M. . *art. cit.*

³¹² RIESCH, S. K. et al. *art. cit.* TANG, T. C. et al. *art. cit.*

³¹³ CHLEBUS, P. M. . *art. cit.*

livello educativo, una relazione difficoltosa con i genitori³¹⁵, la mancanza di controllo e di supporto parentale³¹⁶, o vivere con un solo genitore³¹⁷ a causa anche di un divorzio o di una separazione che può portare il figlio a sentirsi in colpa per questo e a cercare un modo per autopunirsi³¹⁸.

Secondo alcuni³¹⁹ vi sono, poi, prove convincenti per sostenere che i comportamenti suicidari possono anche essere genetici e che si trasmettono in famiglia, indipendentemente dai disordini psichiatrici dei suoi membri. Questa trasmissione dei comportamenti suicidari dai genitori ai figli, però, è di fatto mediata, secondo alcuni³²⁰, dalla trasmissione dell'aggressività e dell'impulsività. Lu³²¹ ricorda, poi, che gli adolescenti hanno la tendenza ad

³¹⁴ HALLFORS, D. D. et al. *art. cit.*

³¹⁵ BEAUTRAIS, A. L. *Suicide...* BORGES, G. et al. *art. cit.* BRIDGE, J. A.; GOLDSTEIN, T. R.; BRENT, D. A. *Adolescent...* CHIOU, P. N.; CHEN, Y. S.; LEE, Y. C. *art. cit.* FEIGELMAN, FOWLER, K. A. et al. *art. cit.* GÉRARD, N.; DELVENNE, V.; NICOLIS, H. *art. cit.* GRAY, D. et al. *art. cit.* HAAVISTO, A. et al. *art. cit.* JAMA patient page. *art. cit.* KOSTENUIK, M.; RATNAPALAN, M. *art. cit.* KUTCHER, S. P.; SZUMILAS, M. *art. cit.* MENTI, E. et al. *art. cit.* PAGÈS, F. et al. *art. cit.* RIESCH, S. K. et al. *art. cit.* SÉGUIN, M. et al. *art. cit.* SHIELDS, L. B.; HUNSAKER, D. M.; HUNSAKER, J. C. *art. cit.* WALDVOGEL, J. L.; RUETER, M.; OBERG, C. N. *art. cit.* WONG, S. S. et al. *art. cit.*

³¹⁶ BECK-LITTLE, R.; CATTON, G. *art. cit.* KOSTENUIK, M.; RATNAPALAN, M. *art. cit.* MENTI, E. et al. *art. cit.* MUSTANSKI, B.; LIU, R. T. *art. cit.* PAGÈS, F. et al. *art. cit.* RIESCH, S. K. et al. *art. cit.* SANKEY, M.; LAWRENCE, R. *art. cit.* TANG, T. C. et al. *art. cit.* WALDVOGEL, J. L.; RUETER, M.; OBERG, C. N. *art. cit.* WONG, S. S. et al. *art. cit.*

³¹⁷ BEAUTRAIS, A. L. *Suicide...* BORGES, G. et al. *art. cit.* BRIDGE, J. A.; GOLDSTEIN, T. R.; BRENT, D. A. *Adolescent...* CASH, S. J.; BRIDGE, J. A. *Epidemiology...* CHLEBUS, P. M. *art. cit.* GÉRARD, N.; DELVENNE, V.; NICOLIS, H. *art. cit.* HALLFORS, D. D. et al. *art. cit.* JAMA patient page. *art. cit.* KUTCHER, S. P.; SZUMILAS, M. *art. cit.* MATHUR, V. K.; FREEMAN, D. G. *art. cit.* MENTI, E. et al. *art. cit.* PAGÈS, F. et al. *art. cit.* TANG, T. C. et al. *art. cit.* WALDVOGEL, J. L.; RUETER, M.; OBERG, C. N. *art. cit.*

³¹⁸ BEAUTRAIS, A. L. *Suicide...* BURSZTEIN, C.; APTER, A. *art. cit.* FEIGELMAN, GÉRARD, N.; DELVENNE, V.; NICOLIS, H. *art. cit.* KEITH, C. R. *art. cit.* MATHUR, V. K.; FREEMAN, D. G. *art. cit.* JAMA patient page. *art. cit.* RIESCH, S. K. et al. *art. cit.* SHAHTAHMASEBI, S. *art. cit.* SZUMILAS, M.; KUTCHER, S. P. *art. cit.*

³¹⁹ ABELL, W. D. et al. *art. cit.* BRIDGE, J. A.; GOLDSTEIN, T. R.; BRENT, D. A. *Adolescent...* CASH, S. J.; BRIDGE, J. A. *Epidemiology...* LU, T. H. et al. *art. cit.*

³²⁰ BURSZTEIN, C.; APTER, A. *art. cit.*

³²¹ LU, T. H. et al. *art. cit.*

imitare il comportamento di genitore e che in presenza di un genitore suicida, i figli tendono ad utilizzano la sua stessa metodologia anche se a ciò si deve sommare il fatto che, vivendo all'interno della stessa casa, avranno accesso ai medesimi mezzi per suicidarsi. Altri autori³²², invece, smentiscono questa posizione sostenendo che il suicidio non è ereditario, ma è proprio soprattutto dei giovani che hanno una storia familiare di malattie mentali. Inoltre, secondo la letteratura, sono da considerarsi a rischio i genitori biologici di adolescenti suicidi che erano stati adottati alla nascita³²³, i gemelli, i monozigoti in particolare, e gli adottati³²⁴ tanto è vero che molti dei suicidi vivevano con famiglie affidatarie o in istituti residenziali³²⁵.

La famiglia, però, se è coesa, può anche essere considerato un fattore protettivo contro il suicidio adolescenziale³²⁶. È stato, infatti, dimostrato che un adolescente che ha una relazione solida con i propri genitori o con un membro adulto della famiglia è meno probabile che faccia esperienza dei sintomi della depressione e che tenti il suicidio. I genitori, infatti, sono capaci di stimolare un senso di fiducia e di sicurezza che è da considerarsi un fattore protettivo per il suicidio³²⁷. Moskos³²⁸ ritiene poi che gli amici e soprattutto i genitori siano i migliori "guardiani" (*gatekeeper*) degli adolescenti, vale a dire, tra i membri della comunità, sono coloro che, avendo maggiori possibilità di relazionarsi con i figli, dovrebbero saper identificare tutti quei comportamenti che potrebbero presagire un atto suicida ed essere, quindi, in grado di aiutarli a ricevere le cure più adeguate.

³²² MOSKOS, M. A.; ACHILLES, J.; GRAY, D. *Adolescent...*

³²³ MOSKOS, M. A.; ACHILLES, J.; GRAY, D. *Adolescent...*

³²⁴ BRIDGE, J. A.; GOLDSTEIN, T. R.; BRENT, D. A. *Adolescent...* BURSZTEIN, C.; APTER, A. *art. cit.*

³²⁵ MOSKOS, M. A.; ACHILLES, J.; GRAY, D. *Adolescent...*

³²⁶ ABELL, W. D. et al. *art. cit.* CHLEBUS, P. M. . *art. cit.* EISENBERG, T. L. et al. *art. cit.* KOSTENUK, M.; RATNAPALAN, M. *art. cit.*

³²⁷ PISANI, A. R. et al. *art. cit.*

³²⁸ MOSKOS, M. et al. *Utah...*

È stato poi notato che, dopo il suicidio di un figlio o di una figlia, alcuni genitori cercano conforto nella spiritualità, mentre altri ammettano di aver loro stessi pensato di uccidersi ed, infatti, il tasso di suicidio nelle famiglie che hanno vissuto il suicidio di una persona prossima è due volte maggiore rispetto a quello che si registra nelle famiglie che non hanno vissuto questa esperienza. Inoltre non è da trascurare il fatto che, non solo i genitori, ma anche i fratelli e le sorelle del suicida possono essere considerati soggetti a rischio di suicidio dal momento che, spesso, ricevono ancor meno supporto dai loro genitori. I bambini, infatti, esprimendo il dolore più con i gesti che con le parole, possono non essere compresi e la loro sofferenza è spesso sottovalutata³²⁹. La letteratura conferma questo dato citando, tra i principali fattori di rischio, il suicidio non solo degli amici, ma anche e soprattutto dei famigliari.

Infine, se, da un lato il miglior reddito familiare può essere considerato un fattore protettivo poiché garantisce, per esempio, accesso a migliori servizi sanitari, dall'altro lato, alcuni autori, come per esempio Moskos³³⁰, registrano un sorprendente aumento del tasso di suicidio soprattutto tra i membri di famiglie con uno status socioeconomico più elevato. Anche Mathur³³¹ denuncia il fatto che i genitori maggiormente coinvolti nel mondo del lavoro, dedicano meno tempo alla famiglia con conseguenze non trascurabili sui figli, soprattutto se soffrono di malattie mentali. Inoltre possono essere considerati fattori di rischio anche avere molti fratelli o sorelle o avere la madre che lavora poiché comporta un'ulteriore riduzione del tempo che i genitori possono dedicare ai singoli figli. Tuttavia se la differenza d'età tra i figli è tale da permettere che un figlio si possa prendere cura dell'altro, il tempo dei fratelli e delle sorelle potrebbe anche compensare quello che i genitori non riescono a dedicargli³³². Oggi, quindi, sembra ipotizzabile affermare che sono da considerarsi a minor rischio di suicidio i figli di genitori a basso reddito poiché, con ogni probabilità,

³²⁹ GIRARD, G. A.; SILBER, T. J. *art. cit.*

³³⁰ MOSKOS, M. A.; ACHILLES, J.; GRAY, D. *Adolescent...*

³³¹ MATHUR, V. K.; FREEMAN, D. G. *art. cit.*

³³² MATHUR, V. K.; FREEMAN, D. G. *art. cit.*

riceveranno migliori cure: una madre che non lavora, infatti, meglio può occuparsi dei figli nutrendoli nel miglior modo possibile e prestando attenzione alle loro attività quotidiane.

2.4.5 La comunità: fattore di rischio o fattore protettivo?

I genitori, i parenti, gli amici, i *sopravvissuti* in generale, sono coloro i quali subiranno il trauma della morte, sono coloro che, da un lato, saranno increduli di quanto accaduto e, dall'altro lato, si sentiranno in colpa per non essere stati capaci di far nulla per evitarlo³³³. Vi sono autori come Sneha³³⁴, che ricordano quanto la perdita di un adolescente possa essere un evento traumatico non solo per i genitori, i famigliari e gli amici, ma anche per gli operatori sanitari ed in particolare per lo psichiatra che lo aveva in cura e che, a seguito della morte di un paziente, potrebbe subire ripercussioni personali, lavorative, accademiche e, a volte, anche legali.

Pisani³³⁵ dimostra che anche una relazione con una persona adulta che non appartiene alla famiglia può giocare un ruolo protettivo e cita l'esempio degli adolescenti che, se dopo aver tentato il suicidio hanno beneficiato dell'aiuto dagli insegnanti, è poco probabile che provino nuovamente ad uccidersi mentre è molto probabile che richiederanno l'aiuto di un adulto se riavranno idee suicide. Per questo motivo, pur non essendo un tema molto indagato in letteratura, e seppur gli adolescenti siano in generale riluttanti nel condividere spontaneamente la loro disperazione (*hopelessness*) con gli adulti³³⁶, è comunque possibile includere tra i fattori protettivi,

³³³ GIRARD, G. A.; SILBER, T. J. *art. cit.* MATHUR, V. K.; FREEMAN, D. G. *art. cit.* O'CONNELL, K. L. *art. cit.*

³³⁴ SNEHA, J.; PRAKASH, C.; VINAY, S. *art. cit.*

³³⁵ PISANI, A. R. et al. *art. cit.*

³³⁶ FARAND, L.; RENAUD, J.; CHAGNON, F. *art. cit.*

indipendentemente dal genere, dall'etnia d'appartenenza e dagli altri fattori demografici, la presenza di un adulto di cui l'adolescente sa di potersi fidare³³⁷.

Inoltre, sono da considerarsi fattori protettivi anche quei luoghi, propri delle diverse comunità, che permettono agli adolescenti di confrontarsi con altri coetanei od adulti e di discutere con loro dei propri problemi esistenziali³³⁸. Per esempio, oltre alla famiglia ed alla scuola, anche la religione, o più in generale la spiritualità, promuovendo lo sviluppo dell'autostima, può avere un effetto positivo sul benessere degli individui e un effetto negativo sul tasso di suicidio³³⁹. Tuttavia Moskos³⁴⁰ smentisce in parte questo dato mettendo in luce come, tra il 1996 e il 1998, nello stato dell'Utah negli Stati Uniti, il maggior numero di suicidi (il 71%) si è registrato tra i giovani membri della Chiesa di Gesù Cristo dei Santi degli Ultimi Giorni, comunemente conosciuti come mormoni. Ciononostante sembra possibile giustificare questo risultato considerando i mormoni non solo come fedeli di una data religione, ma anche e soprattutto come membri di una minoranza e quindi soggetti alla difficoltà di vivere in una società frammentata da cui ci si sente alienati.

2.4.6 Il contagio da suicidio

Se da un lato è accertato che i suicidi di gruppo, e quelli delle vergini in particolare, sono storicamente sempre stati oggetto di rappresentazione, dall'altro lato l'entrata in vigore della legge che condanna tutti i suicidi a funerali umilianti porta con sé una conseguente stigmatizzazione del fenomeno³⁴¹. Tuttavia il suicidio di gruppo continua ad essere un fenomeno frequente tra le

³³⁷ PISANI, A. R. et al. *art. cit.* REYNOLDS, D. V. *art. cit.* SÉGUIN, M. et al. *art. cit.* WALDVOGEL, J. L.; RUETER, M.; OBERG, C. N. *art. cit.*

³³⁸ WALDVOGEL, J. L.; RUETER, M.; OBERG, C. N. *art. cit.*

³³⁹ EISENBERG, T. L. et al. *art. cit.* PISANI, A. R. et al. *art. cit.* SHAHTAHMASEBI, S. *art. cit.*

³⁴⁰ MOSKOS, M. et al. *Utah...*

³⁴¹ GÉRARD, N.; DELVENNE, V.; NICOLIS, H. *art. cit.*

comunità aborigene australiane³⁴² dove si verificano sia “effetti domino”, all’interno delle famiglie provocati da membri influenti che si uccidono, sia patti suicidi stretti tra i pochi sopravvissuti di piccole comunità aborigene che si auto identificano come vittime e al contempo colpevoli della situazione che stanno vivendo. Inoltre, oltre che all’interno di alcune minoranze etniche, il suicidio di gruppo si verifica in luoghi quali l’esercito o la prigione. Vi è, tra gli autori degli studi presi in esame, anche chi parla di epidemie locali di suicidio³⁴³, ma è davvero possibile considerare il contagio da suicidio come una potenziale causa del suicidio giovanile?

Celebre è quanto accaduto nel 1774, a seguito della pubblicazione de *Le sofferenze del giovane Werther* di Goethe che raccontava le vicende di un giovane soldato tedesco che si uccide per amore utilizzando un’arma da fuoco. Infatti, nel mese che seguì la pubblicazione dell’opera, si verificarono diversi casi di suicidio, il cui *modus operandi* era paragonabile a quello del giovane Werther, e le autorità furono costrette a mettere in atto misure per limitarne la diffusione arrivando anche ad impedirne la riedizione³⁴⁴. Oggi, dopo più di duecento anni, si parla ancora di *effetto Werther* in riferimento al suicidio connesso alla conoscenza diretta o indiretta di una persona morta per suicidio. Il suicidio, poi, seppur in forme differenti, continua ad essere largamente rappresentato: si pensi, per esempio, alle serie televisive ed ai film oltre che all’attenzione mediatica suscitata dal suicidio di personaggi pubblici (si pensi, per esempio, a quanto accaduto quando ad uccidersi fu Marilyn Monroe). Essendo queste messe in scena del suicidio viste da milioni di persone, tra cui anche giovani potenzialmente a rischio e, data la capacità che la televisione ha di normalizzare il fenomeno, è stata avanzata l’ipotesi di considerare i mass

³⁴² MACNEIL, M. S. *art. cit.* MCNAMARA, P. M. *art. cit.*

³⁴³ BECK-LITTLE, R.; CATTON, G. *art. cit.*

³⁴⁴ GÉRARD, N.; DELVENNE, V.; NICOLIS, H. *art. cit.*

media un fattore di rischio non trascurabile³⁴⁵. Inoltre, anche il modo con cui la cronaca descrive le morte suicide può essere determinante e può portare al contagio, soprattutto se esplicita le modalità con cui il suicida ha agito. È in quest'ottica, che il WHO ha pubblicato delle raccomandazioni chiedendo che i fatti connessi al suicidio siano sì narrati da giornali e televisione, ma senza essere resi *accattivanti*³⁴⁶. Le informazioni sul suicidio, però, sono facilmente reperibili anche sul web e, utilizzando Google come motore di ricerca, è possibile trovare più di 66 milioni di documenti che trattano il tema³⁴⁷. Per questo motivo anche cercare informazioni su come uccidersi o su che metodo utilizzare può essere considerato un comportamento a rischio³⁴⁸. In internet, proliferano poi anche i gruppi di adolescenti che si raggruppano velocemente e utilizzino la rete informatica come strumento di comunicazione per accordarsi su tempi e modalità del suicidio di gruppo. Spesso, infatti, è qui che oggi si stringono i patti di suicidio come dimostra quanto accaduto nel 2000 quando un giovane norvegese ha annunciato su un forum di volersi suicidare invitando altri a seguire il suo *esempio*. Internet però limita il controllo del fenomeno ed infatti non è stato possibile scoprire se e dove qualcuno ha deciso di accogliere il suo invito³⁴⁹. Nonostante l'aumento dell'utilizzo del web e dei *social network*, in letteratura, non sono state condotte molte ricerche su come siano utilizzati dagli adolescenti per comunicare le idee o i piani di suicidio. L'unico studio significativo che va in questa direzione è quello di Cash³⁵⁰ che, tra i profili pubblici di MySpace, ha individuato alcuni commenti (escluse le citazioni o le iperboli) in cui si percepivano chiari sentimenti di disperazione (*hopelessness*) ed angoscia o evidenti comunicazioni di idee o intenzioni suicide.

³⁴⁵ BRIDGE, J. A.; GOLDSTEIN, T. R.; BRENT, D. A. *Adolescent...* BURSZTEIN, C.; APTER, A. *art. cit.* MCNAMARA, P. M. *art. cit.* GÉRARD, N.; DELVENNE, V.; NICOLIS, H. *art. cit.* KUTCHER, S. P.; SZUMILAS, M. *art. cit.* WATKINS, R. L.; GUTIERREZ, P. M. *art. cit.*

³⁴⁶ GÉRARD, N.; DELVENNE, V.; NICOLIS, H. *art. cit.* GIRARD, G. A.; SILBER, T. J. *art. cit.*

³⁴⁷ GÉRARD, N.; DELVENNE, V.; NICOLIS, H. *art. cit.*

³⁴⁸ BURSZTEIN, C.; APTER, A. *art. cit.* CASH, S. J.; BRIDGE, J. A. *Epidemiology...* MCNAMARA, P. M. *art. cit.*

³⁴⁹ GÉRARD, N.; DELVENNE, V.; NICOLIS, H. *art. cit.*

³⁵⁰ CASH, S. J. et al. *Adolescent...*

In generale, è plausibile ipotizzare che i giovani che presentano una personalità fragile possano essere tentati di imitare i comportamenti delle persone con cui hanno sviluppato una relazione privilegiata, sia essa immaginaria o reale³⁵¹. In letteratura³⁵², però, se da un lato, come si è visto, non si trovano molti dati per quel che concerne il contagio da suicidio nel mondo virtuale, dall'altro lato le opinioni in merito al contagio nel mondo reale sono contrastanti. Alcuni, infatti, considerano la morte di un coetaneo (non parente), sia essa per cause naturali o violente, un fattore protettivo perché, con ogni probabilità, avendo fatto esperienza della morte ed avendo subito il lutto, l'adolescente cercherà di evitare che altri subiscano il suo stesso dolore. Altri, invece, ricordano che c'è anche la possibilità che, vedendo l'attenzione che il suicida riceve dai parenti e dagli amici dopo la morte, i coetanei possono essere incentivati ad imitarlo. Secondo Bridge³⁵³, invece, sebbene il suicidio di un amico o di un fratello possa portare alla depressione, non esistono evidenze del fatto che sia maggiormente incline ad uccidersi un adolescente che è stato esposto al suicidio di quanto lo sia uno che non lo è stato. Altri autori³⁵⁴ sono, però, convinti che essere esposti al suicidio di una persona che si conosceva personalmente può essere considerato un fattore di rischio e che la morte suicida di un compagno di scuola, o in generale di un coetaneo, sia esso un amico o un semplice conoscente, turba più della morte di un adulto³⁵⁵. La tesi di Watkins³⁵⁶ sembra però la più convincente, ossia che il suicidio di un amico o di un conoscente non è un fattore di rischio a sé stante, ma piuttosto una plausibile concausa.

³⁵¹ GÉRARD, N.; DELVENNE, V.; NICOLIS, H. *art. cit.*

³⁵² GÉRARD, N.; DELVENNE, V.; NICOLIS, H. *art. cit.* WATKINS, R. L.; GUTIERREZ, P. M. *art. cit.*

³⁵³ BRIDGE, J. A.; GOLDSTEIN, T. R.; BRENT, D. A. *Adolescent...*

³⁵⁴ FEIGELMAN. SWANSON

³⁵⁵ SWANSON

³⁵⁶ WATKINS, R. L.; GUTIERREZ, P. M. *art. cit.*

2.4.7 Fattori di rischio socio-demografici

Uno dei fattori predittivi del suicidio, sebbene non tutti i novantotto studi presi in esame lo abbiano sistematicamente indagato, è certamente lo status di immigrato oltre che, soprattutto in alcune nazioni, l'abitare in aree rurali. Le comunità rurali e le minoranze etniche hanno, infatti, un tasso di suicidio che è da due a dieci volte superiore rispetto alla media³⁵⁷. Una possibile motivazione di questo fenomeno è da rintracciarsi nel fatto che, in accordo con la teoria durkheimiana, gli individui sono generalmente più vulnerabili al suicidio durante i periodi di transizione socio-culturale e, quindi, nel momento in cui vengono a mancare tutte quelle istituzioni che potrebbero contribuire alla riduzione dello stress e di alcuni dei sentimenti che potrebbero condurre all'ideazione suicidaria.

Gli agenti che causano il suicidio, al pari delle strategie per arginarlo o per prevenirlo, sono storicamente e culturalmente determinate. Quanto accaduto, negli ultimi anni, negli Stati Uniti dimostra questa tesi: qui il numero dei suicidi è aumentato significativamente proprio tra i giovani nativi americani, gli ispanici e gli afroamericani³⁵⁸. È, poi, dimostrato che le politiche coloniali sono state uno dei fattori principali che hanno contribuito all'aumento del numero dei suicidi dal momento che, costringendo le persone a vivere nelle riserve, hanno causato la perdita della terre e l'erosione della lingua e delle tradizioni culturali a cui è poi conseguita la perdita della coesione e dell'identità della comunità e la scomparsa del tradizionale modo di prendere le decisioni e di vivere la vita³⁵⁹. Tra i nativi americani, però, continua a svolgere un ruolo di fattore protettivo la spiritualità tradizionale che aiuta gli adolescenti a comprendere il senso delle proprie scelte³⁶⁰, mentre sono considerati fattori

³⁵⁷ PISANI, A. R. et al. *art. cit.*

³⁵⁸ RUTTER, P. A.; BEHRENDT, A. E. *art. cit.*

³⁵⁹ MACNEIL, M. S. *art. cit.*

³⁶⁰ WAHL, R. A.; COTTON, S.; HARRISON-MONROE, P. *art. cit.*

predittivi di comportamenti suicidari il non aver accesso ai servizi di salute mentale³⁶¹, il consumo settimanale di liquori con un'alta gradazione alcolica³⁶² ed il sentirsi discriminati³⁶³, oltre ad avere un amico o un familiare che si è suicidato, una storia di abusi fisici o sessuali e al sentirsi alienati dalla famiglia e dalla comunità³⁶⁴

Rilevante è anche il contesto storico culturale che ha portato all'aumento del tasso di suicidio tra i giovani neri. Tra gli anni Trenta e gli anni Quaranta, infatti, molti afroamericani scelsero di migrare dalle zone rurali del sud America alle grandi aree urbane del nord in cerca di impieghi remunerativi, nonostante il loro basso livello educativo. Le comunità afroamericane iniziarono a formare piccole enclavi etniche all'interno delle grandi città statunitensi: qui era sì possibile continuare a vivere in armonia con i valori tradizionali, ma così facendo aumentava anche il divario socioculturale tra i membri di queste enclave e quelli della città³⁶⁵. Mantenere il legame con la propria cultura d'origine, però, non è comunque semplice e il sentirsi isolati provoca in molti non solo la perdita dell'autostima, ma anche l'insorgere dei sintomi della depressione³⁶⁶ e della disperazione (*hopelessness*)³⁶⁷. I giovani afroamericani, poi, pur essendo la prima generazione a non essere più povera³⁶⁸, continuano comunque ad avvertire lo stigma sociale, ad essere oggetto di razzismo e a vivere il disagio di appartenere a due mondi, quello dei bianchi e quello dei

³⁶¹ BALIS, T.; POSTOLACHE, T. T. *art. cit.* WAHL, R. A.; COTTON, S.; HARRISON-MONROE, P. *art. cit.*

³⁶² BALIS, T.; POSTOLACHE, T. T. *art. cit.* WAHL, R. A.; COTTON, S.; HARRISON-MONROE, P. *art. cit.*

³⁶³ BALIS, T.; POSTOLACHE, T. T. *art. cit.* WAHL, R. A.; COTTON, S.; HARRISON-MONROE, P. *art. cit.*

³⁶⁴ BALIS, T.; POSTOLACHE, T. T. *art. cit.*

³⁶⁵ COLUCCI, E.; MARTIN, G. *art. cit.*

³⁶⁶ BALIS, T.; POSTOLACHE, T. T. *art. cit.*

³⁶⁷ WILLIS, L. A. et al. *art. cit.*

³⁶⁸ WILLIS, L. A. et al. *art. cit.*

neri³⁶⁹. I giovani afroamericani, infatti, essendo tra i principali telespettatori sono maggiormente esposti ai messaggi ed alle immagini mediatiche che li costringono a constatare continuamente la discrepanza tra il loro stile di vita e quello che osservano in televisione³⁷⁰.

Oltre a tutto questo, è stato determinante anche il declino del mercato del lavoro non qualificato che ha portato le famiglie afroamericane a fare affidamento quasi totalmente sui servizi sociali che offrono loro il cibo, la casa e una minima assistenza sanitaria a condizione, però, che tra i membri delle famiglie non vi siano maschi con più di diciotto anni. La figura paterna viene così rimossa non solo dalle case, ma dall'intera comunità, poiché a ciò si somma il fatto che molti padri di famiglia, non riuscendo a trovare impieghi tali da permettere loro di mantenere le famiglie, migrano altrove per lavorare. Questo è stato indicato essere uno dei fattori principali che contribuisce all'aumento del numero dei suicidi giovanili, soprattutto tra gli adolescenti maschi. Oltre a ciò certamente determinante è stato, a partire dagli anni Ottanta, l'introduzione, in queste enclaves culturali, del narcotraffico ed il conseguente aumento del numero delle armi da fuoco in circolazione. Molti giovani maschi afroamericani, coinvolti in questo genere di commercio, hanno un accesso facilitato alle armi da fuoco. Le femmine, invece, essendo meno coinvolte in questo tipo di attività, spesso lavorano e sono quindi in grado di aiutare e ricevere aiuto da parte di tutta la famiglia estesa³⁷¹. Il miglior reddito è, tra gli afroamericani, l'unico vero fattore protettivo: i più poveri beneficiano, infatti, del supporto sociosanitario solo se è offerto dallo stato, mentre coloro che sono più benestanti possono aver accesso alle migliori cure e ad un'educazione di qualità superiore³⁷².

³⁶⁹ WILLIS, L. A. et al. *art. cit.* BALIS, T.; POSTOLACHE, T. T. *art. cit.*

³⁷⁰ WILLIS, L. A. et al. *art. cit.*

³⁷¹ WILLIS, L. A. et al. *art. cit.*

³⁷² WILLIS, L. A. et al. *art. cit.*

Anche tra i messicani, al pari che tra gli afroamericani, è stato determinate il trasferimento dalle aree rurali verso le zone urbane poiché ha determinato non solo la diminuzione della famiglia estesa, in favore della famiglia nucleare, ma anche un maggior numero di divorzi, una crescente insicurezza lavorativa e un minor reddito. Inoltre, a seguito del trasferimento in città aumenta il livello di educazione dei più giovani e con esso le difficoltà comunicative tra i genitori, semianalfabeti, ed i figli. Tutto ciò ha contribuito, in Messico, ad un significativo aumento del tasso di suicidio tra i giovani³⁷³.

Conferma di quanto appartenere ad una minoranza etnica possa influenzare l'andamento del tasso di suicidio la si ha anche in Canada dove si registra, tra i giovani aborigeni, un tasso di suicidio da 3 a 36 volte maggiore di quello dei loro coetanei canadesi. Una possibile spiegazione di questa disparità può essere ricercata nel fatto che gli aborigeni vivono in un contesto sociopolitico isolato e considerano la vita umana solo uno degli aspetti della natura. Quando il bilancio naturale della vita di un aborigeno è compromesso a causa, per esempio, di una malattia, la morte, o il suicidio, possono essere un esito accettabile³⁷⁴. Oltre a ciò non è da trascurare che gli aborigeni vivono spesso in aree dove vi sono numerosi problemi di salute connessi all'aria, all'acqua ed all'amianto, dove il livello d'analfabetismo è alto, le case sono fatiscenti, il reddito medio è molto basso, mentre è alto il tasso di coloro che fanno uso di droghe o di alcool, in molti posseggono un'arma da fuoco e la maggior parte delle famiglie non è in grado di soddisfare nemmeno i bisogni primari dei propri figli. La copresenza di tutti questi fattori rende gli indigeni ad alto rischio di suicidio. Una possibile spiegazione dell'aumento del tasso di suicidio tra gli adolescenti aborigeni può, poi, essere ritrovata non solo nel fatto che il suicidio, qui come altrove, riflette un forte senso di disperazione (*hopelessness*) dovuto al vivere in un contesto socio economico e culturale

³⁷³ BORGES, G. et al. *art. cit.*

³⁷⁴ MACNEIL, M. S. *art. cit.*

molto eterogeneo, ma anche perché la cultura della caccia ha normalizzato sempre più l'uso delle armi.³⁷⁵

In Australia, al pari che negli Stati Uniti, prima del colonialismo il suicidio era un evento raro tra gli aborigeni. Tra l'inizio degli anni Settanta e la fine degli anni Novanta, infatti, tra gli aborigeni, ed in particolare tra gli adolescenti maschi, cresce l'incidenza del tasso di suicidio e delle ferite auto inflitte mentre, nel resto del paese, a partire dagli anni Novanta, iniziano ad essere visibili i frutti dei programmi di prevenzione nazionale,³⁷⁶. Tutt'oggi, il tasso di suicidio tra le comunità aborigene è quasi il 40% più alto che tra i giovani australiani non aborigeni e, come accade anche in Canada, sembra aumentare in corrispondenza dell'aumentare della lontananza geografica dalle principali città³⁷⁷. Occorre poi tenere in considerazione il fatto che, anche qui, soprattutto nelle zone rurali e più remote, i maschi hanno più facilmente accesso alle armi da fuoco e questo può contribuire all'aumento del numero delle morti suicide³⁷⁸. Come per gli indiani d'America, però, la spiritualità può essere considerato un fattore protettivo per gli aborigeni australiani poiché offre ai giovani la possibilità di dar senso a loro stessi e di giustificare la propria presenza nel mondo³⁷⁹. Tuttavia questo può anche essere considerato un fattore di rischio qualora questa fede religiosa sia in contrasto con quella della famiglia d'origine³⁸⁰.

³⁷⁵ MACNEIL, M. S. *art. cit.*

³⁷⁶ MCNAMARA, P. M. *art. cit.*

³⁷⁷ MCNAMARA, P. M. *art. cit.*

³⁷⁸ MCNAMARA, P. M. *art. cit.*

³⁷⁹ MCNAMARA, P. M. *art. cit.*, MACNEIL, M. S. *art. cit.*

³⁸⁰ MCNAMARA, P. M. *art. cit.*

2.5 Conclusioni

Nel mondo ogni trenta secondi una persona si uccide³⁸¹, mentre, negli Stati Uniti, muore suicida un giovane ogni diciassette minuti³⁸². Negli ultimi sessant'anni si è registrato un globale aumento del numero dei suicidi, soprattutto tra gli afroamericani, i nativi americani e gli aborigeni canadesi ed australiani, ma, a partire dagli anni Novanta, il tasso di suicidio giovanile inizia una lenta, ma evidente decrescita. Le cause che hanno condotto a questa diminuzione potrebbero essere identificate nell'aumento delle prescrizioni di antidepressivi agli adolescenti e nell'introduzioni di leggi finalizzate a limitare l'uso e il possesso delle armi da fuoco. Tuttavia non tutti gli autori condividono questa tesi, alcuni non escludono che aumentando il numero delle prescrizioni degli antidepressivi si potrebbe anche aumentare quello dei suicidi, mentre altri notano come di fatto alla diminuzione dell'utilizzo delle armi da fuoco è corrisposto un aumento delle morti per impiccamento così che, di fatto, il tasso è rimasto pressoché costante.

Cosa determina quindi un così alto numero di suicidi giovanili? Eckersley e Dear hanno cercato di rispondere a questo quesito chiedendosi se il suicidio è un'isola di miseria in un oceano di felicità o il viaggio di un iceberg di sofferenza. Sostenere la prima ipotesi equivale, secondo gli autori, ad essere convinti del fatto che, a livello individuale, i comportamenti suicidari sono associati al pessimismo personale, ed in particolare alla disperazione (*hopelessness*) e alla mancanza di controllo. È presumibile, infatti, che il costo psicologico di essere deboli e pessimisti sia maggiore nelle società dove la maggior parte delle persone è ottimista ed autorevole dal momento che, in una società di "vincitori", è inevitabile che i "perdenti" si sentano maggiormente isolati ed alienati. Propendere per la seconda ipotesi implica, invece, credere che vi sia una considerevole discrepanza tra il livello di felicità auto riportata, il livello di stress psicologico e le malattie mentali. Gli autori propendono per la

³⁸¹ GIRARD, G. A.; SILBER, T. J. *art. cit.*

³⁸² BECK-LITTLE, R.; CATTON, G. *art. cit.* R.; CATTON, G. *art. cit.*

seconda ipotesi e, in linea anche con la teoria durkheimiana, argomentano che il significativo aumento dei tassi di suicidio tra i giovani riflette il fallimento della società occidentale che, promuovendo l'autonomia e la libertà, diviene incapace di fornire supporto all'identità sociale dei singoli individui³⁸³.

Dalla letteratura emerge poi che il numero dei suicidi aumenta con l'aumentare dell'età e, eccezion fatta per la Cina, il numero di suicidi è superiori negli adolescenti maschi, ma quali fattori influenzano la scelta di un giovane di togliersi la vita? Si è visto come, da un lato, vi sono fattori individuali quali il soffrire di una malattia mentale, essere ansiosi, depressi, essere oggetti di bullismo o di violenze fisiche o sessuali, abusare di sostanze stupefacenti, affrontare eventi di vita stressanti quali il suicidio di un amico o di un familiare o aver precedentemente tentato il suicidio. Dall'altro lato però anche la famiglia e la comunità possono svolgere un ruolo determinante essendo capaci di essere sia fattori di rischio che fattori protettivi. In particolare essere omosessuali o bisessuali ed appartenere ad una minoranza etniche può essere considerato un fattore di rischio se a ciò ne consegue un aumento dello stress dovuto all'essere isolati, alienati e discriminati. Migliorare l'accesso ai servizi sanitari³⁸⁴ di salute mentale e capire come la cultura tradizionale si interfaccia con il nuovo contesto socioculturale sono due degli elementi considerati dalla letteratura maggiormente determinanti per riuscire ad arginare gli alti tassi di suicidio tra le minoranze etniche.

³⁸³ ECKERSLEY, R.; DEAR, K. *art. cit.*

³⁸⁴ CAMPO, J. V. *art. cit.* WALDVOGEL, J. L.; RUETER, M.; OBERG, C. N. *art. cit.*

Capitolo 3

IL SUICIDIO GIOVANILE IN EUROPA DAL 2000 AL 2010

Prima di affrontare la casistica oggetto dello studio, abbiamo ritenuto opportuno, per aggiornare i dati relativi al suicidio giovanile, allargare l'orizzonte di osservazione al continente europeo, ricercando i dati statistici relativi agli anni 2000-2010. Tale intervallo temporale si giustifica a motivo della disponibilità di tali dati sulla piattaforma informatica dell'Istituto Europeo di Statistica Eurostat.

I dati presentati nelle successive quattro tabelle sono aggiornati al 10 febbraio 2014 e sono stati estratti ed elaborati in data 15 febbraio 2014. I filtri di ricerca impostati sono stati i seguenti: a) "crude death rate"; b) dati non suddivisi per sesso; c) codice ICD 10 attribuito: "Intentional self-harm"; d) unità: per 100.000 abitanti; e) suddivisione in fasce di età 15-29 anni (globale), 15-19 anni, 20-24 anni, 25-29 anni.

Per ogni tabella, è stato evidenziato in viola il dato aggregato dell'Unione Europea (28 paesi considerati), in giallo il dato relativo all'Italia, in verde il valore annuale migliore, in rosso il dato annuale peggiore, in rosso chiaro il secondo dato annuale peggiore. Il valore ":" rappresenta la mancanza di dati ufficiali per l'anno di riferimento. Ad esempio, per quanto riguarda l'Italia, non sono disponibili dati ufficiali ISTAT trasmessi ad Eurostat relativamente agli anni 2004 e 2005.

GEO/TIME	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Austria	14,3	12,7	12,9	12,2	13,6	10,4	9,0	10,8	8,0	8,9	9,8
Belgium	:	:	:	15,9	14,1	12,3	11,4	10,7	12,9	11,8	12,3
Bulgaria	7,2	8,7	7,9	6,4	5,9	6,2	6,9	5,2	6,2	5,1	5,0
Croatia	:	:	12,8	10,9	9,5	9,9	10,5	8,0	8,5	8,6	9,2
Cyprus	:	:	:	:	0,0	2,3	1,7	4,4	4,7	4,0	4,4
Czech Repub	11,0	11,5	9,6	11,0	10,4	9,6	8,8	9,4	9,1	8,8	10,1
Denmark	8,3	7,7	8,1	5,8	8,1	6,4	6,4	5,7	6,2	4,9	:
Estonia	22,3	21,0	22,0	20,3	19,2	17,5	14,2	16,5	16,7	14,9	13,8
EU 28	:	:	8,7	8,5	8,4	7,8	7,3	7,1	7,6	7,7	7,4
Finland	21,7	20,8	19,7	19,8	22,4	16,8	19,9	18,6	17,6	19,8	21,2
France	:	9,7	9,7	9,9	9,3	8,6	8,3	8,2	8,6	8,6	8,0
Germany	8,5	8,4	8,1	8,3	7,8	6,9	6,7	6,6	6,8	6,7	7,7
Greece	3,3	2,3	2,3	2,2	2,1	2,7	2,5	2,8	2,2	2,3	2,0
Hungary	13,5	12,6	12,2	10,9	12,4	10,4	8,9	8,1	9,1	10,7	10,0
Ireland	18,3	17,7	17,4	16,1	15,3	15,3	15,2	14,7	15,3	14,4	13,5
Italy	5,0	4,9	4,8	4,7	:	:	3,7	4,1	4,1	3,7	3,5
Latvia	21,2	18,5	20,7	19,6	15,1	17,8	15,1	13,6	18,7	16,9	15,3
Lithuania	35,8	31,0	37,0	32,1	31,8	29,1	23,3	27,8	31,9	27,9	24,4
Luxembourg	9,9	11,0	11,1	14,6	11,9	9,4	6,9	9,0	2,2	3,2	5,2
Malta	3,5	8,1	4,6	7,9	4,5	0,0	4,6	5,7	1,1	12,6	4,6
Netherlands	6,5	6,4	6,7	6,7	5,8	6,5	7,1	5,7	5,8	6,1	6,5
Poland	12,2	12,2	12,0	12,1	12,6	12,2	11,7	10,9	12,0	12,6	11,9
Portugal	2,3	4,6	5,5	4,7	5,0	4,0	3,5	3,5	3,5	4,9	3,7
Romania	7,7	7,5	8,2	7,6	7,1	6,6	7,0	6,5	7,6	8,5	8,5
Slovakia	9,2	8,9	8,7	7,3	8,2	7,7	4,9	5,1	7,2	6,6	7,2
Slovenia	18,1	17,8	13,2	16,1	15,6	16,3	12,4	12,4	13,4	11,0	11,8
Spain	5,9	5,0	5,2	5,1	5,3	4,8	4,2	3,7	4,4	4,4	2,9
Sweden	9,6	8,2	9,8	10,3	10,6	10,3	10,3	10,2	11,7	11,8	10,3
UK	8,4	7,1	7,4	6,6	6,3	5,9	5,8	5,5	6,3	6,5	5,9

Tab. 3.1 Il suicidio giovanile: dati europei relativi alla fascia di età 15-29 anni

Come si può notare dalla Tabella 3.1, relativa al suicidio giovanile nella fascia 15-29 anni (dato globale), il dato relativo al nostro Paese appare, in tutti gli anni considerati, molto inferiore (circa la metà) rispetto alla media europea.

Il dato peggiore riguarda, costantemente in tutti gli anni di osservazione, la Lituania (numerosità 4-5 volte superiore alla media europea), seguita dall'Estonia, dalla Finlandia e dalla Lettonia.

I dati migliori riguardano paesi mediterranei: Portogallo, Grecia, Cipro e Malta.

Sarebbe interessante studiare l'andamento del tasso dei suicidi della Grecia negli anni successivi al 2010 (dati Eurostat non ancora disponibili), per analizzare se e in che termini la crisi economica che ha recentemente interessato il Paese abbia modificato il trend dei suicidi giovanili nel Paese.

GEO/TIME	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Austria	12,4	12,6	9,6	11,4	11,3	9,2	8,1	8,2	5,8	6,6	7,4
Belgium	:	:	:	8,2	8,9	7,3	6,3	7,1	8,3	6,7	6,2
Bulgaria	3,9	4,8	5,8	4,7	3,1	4,1	4,0	4,6	5,5	2,1	3,0
Croatia	:	:	8,2	8,3	5,7	5,4	8,5	8,6	6,5	4,3	7,1
Cyprus	:	:	:	:	0,0	1,7	0,0	1,7	0,0	0,0	3,1
Czech Repub	6,1	5,7	6,6	6,5	6,6	5,7	6,5	4,5	6,6	5,0	7,2
Denmark	6,8	6,1	5,3	3,1	4,3	3,2	3,1	2,1	3,5	3,2	:
Estonia	17,9	13,8	13,7	11,7	12,6	12,6	12,9	6,2	13,2	10,7	13,0
EU 28	:	:	5,4	5,0	5,1	4,8	4,8	4,5	5,0	4,8	4,6
Finland	13,9	11,2	9,5	14,0	12,9	9,1	14,5	11,9	11,1	10,8	11,7
France	:	5,7	4,5	5,1	5,3	4,3	4,3	4,1	4,8	4,8	4,9
Germany	5,9	5,6	6,6	5,2	4,6	4,5	4,3	4,2	4,6	4,4	4,5
Greece	2,6	1,1	1,8	1,1	1,3	1,5	1,0	1,5	0,5	1,0	1,0
Hungary	6,8	7,0	7,5	6,4	7,9	6,2	6,4	6,0	6,7	7,1	5,9
Ireland	12,5	13,5	11,9	8,6	13,1	10,2	14,0	8,9	14,9	12,0	10,5
Italy	2,7	2,3	2,4	2,6	:	:	1,7	2,3	2,4	2,4	1,9
Latvia	13,4	12,1	10,3	8,1	8,8	10,6	7,5	9,0	9,6	10,5	7,0
Lithuania	21,7	21,0	24,5	18,2	20,6	16,1	17,8	17,3	16,3	21,4	13,9
Luxembourg	0,0	8,1	16,0	3,9	7,6	7,4	0,0	10,6	0,0	3,4	0,0
Malta	3,5	3,4	0,0	0,0	7,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,2	7,4
Netherlands	4,6	3,5	4,0	3,2	3,3	3,9	4,4	3,3	2,9	4,4	4,8
Poland	8,5	8,4	8,7	8,6	8,8	9,3	9,2	9,4	10,3	9,9	7,9
Portugal	1,7	2,2	2,8	2,2	1,8	2,4	1,5	1,7	2,1	2,8	2,5
Romania	5,4	4,7	4,7	4,2	5,0	4,5	5,4	5,3	6,1	6,2	6,7
Slovakia	4,3	3,8	4,1	4,0	5,7	5,4	2,7	4,1	4,4	2,7	3,9
Slovenia	12,2	9,6	7,6	10,0	8,6	4,0	8,3	5,1	11,7	6,5	9,6
Spain	3,4	2,0	2,7	2,6	2,3	2,8	2,2	1,3	1,8	2,1	1,2
Sweden	7,3	4,3	6,5	6,1	7,8	5,6	8,0	7,3	9,1	7,7	6,8
UK	4,4	4,0	3,4	2,7	3,2	3,1	3,0	3,0	3,1	3,1	3,2

Tab. 3.2 Il suicidio giovanile: dati europei relativi alla fascia di età 15-19 anni

Come si può notare dalla Tabella 3.2, relativa al suicidio giovanile nella fascia 15-19 anni, il dato relativo al nostro Paese appare, in tutti gli anni considerati, molto inferiore (circa la metà, in alcuni anni anche un terzo) rispetto alla media europea.

Il dato peggiore riguarda, costantemente in tutti gli anni di osservazione, la Lituania (numerosità 4-5 volte superiore alla media europea), seguita dall'Estonia, dalla Finlandia e dall'Irlanda (anche il dato del Lussemburgo del 2002 appare statisticamente significativo ed anomalo rispetto al trend del paese, che in diversi anni di osservazione non presenta alcun caso di suicidio giovanile in questa fascia di età).

I dati migliori riguardano il Lussemburgo ed i paesi mediterranei: Malta, Cipro, Grecia.

GEO/TIME	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Austria	15,5	12,2	14,3	12,9	14,9	10,7	10,1	12,9	9,2	9,6	13,0
Belgium	:	:	:	17,0	15,1	12,2	11,5	10,5	14,4	12,2	13,4
Bulgaria	8,4	10,5	7,6	6,7	6,6	7,0	6,9	5,2	6,6	5,8	6,3
Croatia	:	:	13,6	13,6	9,4	10,7	12,2	7,4	10,3	13,3	12,6
Cyprus	:	:	:	:	0,0	3,3	1,6	3,2	0,0	0,0	7,2
Czech Repub	14,0	13,6	9,2	12,6	11,3	9,2	10,3	12,6	9,9	9,6	10,4
Denmark	8,7	8,7	9,9	6,9	10,5	6,2	7,8	4,7	8,4	5,3	:
Estonia	18,6	28,9	24,8	25,7	24,4	19,2	18,1	18,0	21,8	15,8	11,8
EU 28	:	:	9,6	9,7	9,5	8,5	8,2	7,8	8,3	8,4	8,6
Finland	25,9	23,9	27,3	23,4	30,1	21,6	24,0	24,6	21,4	24,9	29,4
France	:	9,3	10,6	11,4	10,5	10,0	8,9	9,0	9,0	8,7	8,2
Germany	9,6	9,7	9,0	9,2	8,8	7,8	7,5	7,5	7,7	7,6	8,4
Greece	2,6	2,0	2,2	3,0	2,1	2,4	2,7	2,2	1,8	2,0	2,1
Hungary	13,9	14,7	12,9	11,3	11,7	8,5	8,8	7,9	8,1	13,4	9,6
Ireland	20,8	18,7	20,1	24,5	16,3	19,9	17,5	17,6	13,7	13,8	15,3
Italy	5,5	5,4	5,5	4,9	:	:	4,3	4,4	4,0	3,7	3,8
Latvia	23,0	17,5	25,6	23,2	18,6	18,9	21,5	13,2	17,9	15,5	18,2
Lithuania	42,1	34,7	45,1	35,8	33,8	29,7	26,9	29,2	38,9	32,3	33,9
Luxembourg	15,7	7,7	11,6	22,7	7,4	14,4	14,2	3,5	0,0	0,0	9,9
Malta	0,0	13,4	0,0	3,3	6,6	0,0	10,3	7,0	3,5	6,8	3,4
Netherlands	6,8	7,2	7,0	6,8	6,7	7,5	8,4	6,3	7,0	5,6	7,2
Poland	14,8	14,0	14,0	13,7	14,7	13,0	12,4	12,2	12,5	14,2	13,8
Portugal	2,9	4,4	5,5	4,9	4,7	3,4	4,5	4,2	3,6	5,5	4,3
Romania	6,7	7,5	9,3	8,3	8,9	7,2	6,8	5,8	8,7	8,7	9,6
Slovakia	11,8	10,9	9,2	8,5	8,2	9,4	5,9	5,3	7,0	8,1	8,6
Slovenia	19,1	21,8	12,0	21,0	21,5	20,6	13,1	11,9	13,5	10,5	12,3
Spain	5,7	5,8	5,6	5,9	5,9	4,6	4,9	4,0	4,6	4,6	3,6
Sweden	10,0	10,7	13,0	12,0	15,0	13,5	14,0	10,6	13,7	14,3	12,1
UK	9,4	8,0	7,8	8,1	7,3	6,7	6,5	6,3	6,7	7,0	7,6

Tab. 3.3 Il suicidio giovanile: dati europei relativi alla fascia di età 20-24 anni

Come si può notare dalla Tabella 3.3, relativa al suicidio giovanile nella fascia 20-24 anni, il dato relativo al nostro Paese appare, in tutti gli anni considerati, molto inferiore (circa la metà) rispetto alla media europea.

Il dato peggiore riguarda, costantemente in tutti gli anni di osservazione, la Lituania (numerosità 4-5 volte superiore alla media europea), seguita dall'Estonia e dalla Finlandia.

I dati migliori riguardano il Lussemburgo ed i paesi mediterranei: Malta, Cipro, Grecia.

GEO/TIME	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Austria	15,1	13,2	14,6	12,3	14,3	11,3	8,6	11,2	9,0	10,3	8,8
Belgium	:	:	:	21,9	17,9	17,1	16,2	14,4	15,8	16,1	17,0
Bulgaria	9,1	10,5	10,1	7,6	7,8	7,4	9,4	5,7	6,4	6,8	5,3
Croatia	:	:	16,5	10,7	13,2	12,9	10,6	8,0	8,6	8,0	8,1
Cyprus	:	:	:	:	0,0	1,8	3,5	8,3	7,8	4,4	2,8
Czech Repub	11,9	14,0	12,1	12,8	12,4	12,7	9,3	10,5	10,3	11,1	12,1
Denmark	9,1	8,1	8,6	6,9	9,4	9,4	8,2	10,3	6,9	6,4	:
Estonia	30,7	20,6	28,0	24,0	21,0	21,0	11,6	25,4	14,8	17,7	16,6
EU 28	:	:	10,7	10,5	10,2	9,7	8,8	8,7	9,3	9,5	8,8
Finland	25,5	27,8	22,5	21,9	24,0	19,3	20,8	19,2	20,1	23,6	22,6
France	:	14,1	14,0	13,5	12,5	11,8	12,1	11,7	12,2	12,4	10,9
Germany	9,9	9,8	8,8	10,4	10,0	8,5	8,2	8,0	7,9	7,9	9,7
Greece	4,5	3,7	2,8	2,3	2,8	3,8	3,5	4,2	3,7	3,4	2,7
Hungary	19,0	15,1	15,3	13,9	16,3	15,0	10,8	10,1	12,0	11,2	14,0
Ireland	22,2	21,1	20,1	14,4	16,3	15,0	14,0	16,3	17,1	16,7	14,4
Italy	6,3	6,1	5,9	6,0	:	:	4,8	5,2	5,5	4,8	4,6
Latvia	28,0	26,7	27,8	29,5	18,9	25,1	16,7	19,3	29,0	24,4	19,4
Lithuania	44,6	38,3	43,5	44,9	43,1	43,7	25,7	38,6	42,0	30,4	25,5
Luxembourg	12,8	16,1	6,6	16,5	19,7	6,5	6,3	12,3	6,0	5,8	5,7
Malta	7,6	7,2	13,9	20,4	0,0	0,0	3,4	10,1	0,0	22,9	3,3
Netherlands	7,8	8,2	8,7	9,9	7,3	8,1	8,6	7,6	7,6	8,4	7,5
Poland	13,9	14,5	13,6	14,0	14,3	14,3	13,1	11,0	13,0	13,3	13,4
Portugal	2,3	6,9	7,7	6,4	7,6	5,6	4,2	4,4	4,7	6,1	4,3
Romania	10,9	10,2	10,5	10,3	7,6	8,0	8,6	8,4	8,0	10,3	8,9
Slovakia	11,5	12,1	12,6	9,1	10,5	11,5	8,1	5,9	9,7	8,5	8,6
Slovenia	22,8	21,0	19,4	16,6	15,8	22,2	15,0	18,4	14,5	14,6	12,9
Spain	8,1	6,4	6,7	5,9	6,8	6,2	4,9	5,1	5,8	5,7	3,5
Sweden	11,1	9,5	10,1	13,0	9,3	12,3	9,2	13,1	12,7	13,7	12,0
UK	11,1	9,2	11,0	9,0	8,6	7,9	7,9	7,1	8,8	9,2	6,8

Tab. 3.4 Il suicidio giovanile: dati europei relativi alla fascia di età 25-29 anni

Come si può notare dalla Tabella 3.4, relativa al suicidio giovanile nella fascia 25-29 anni, il dato relativo al nostro Paese appare, in tutti gli anni considerati, molto inferiore (poco più della metà) rispetto alla media europea.

Il dato peggiore riguarda, costantemente in tutti gli anni di osservazione, la Lituania (numerosità circa 4 volte superiore alla media europea), seguita dall'Estonia, dalla Finlandia e dalla Lituania.

I dati migliori riguardano i paesi mediterranei: Malta, Cipro, Grecia e Portogallo.

Capitolo 4

MATERIALI E METODI

I dati analizzati nei successivi capitoli sono stati estrapolati dai registri autoptici dell'Istituto di Medicina Legale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi" di Varese e dell'Unità Operativa di Medicina Legale dell'Azienda Ospedaliera di Busto Arsizio. I due settori medico-legali presi in considerazione, gli unici presenti sul territorio provinciale di Varese, raccolgono tutti i casi di morte di interesse giudiziario della Provincia, consentendo così una agevole possibilità di rapportare la numerosità assoluta dei casi di interesse alla numerosità della popolazione residente, suddivisa per fasce di età, ricavabile dalle statistiche ISTAT. L'indagine è stata effettuata con riferimento all'arco temporale del ventennio 1980-1999. A partire dal 2000, un ampliamento delle attività territoriali dei due settori (attività autoptica estesa a casi delle provincie di Como, Sondrio, Lecco ed Alessandria, nonché al Canton Ticino per quanto riguarda il settore medico-legale di Varese; attività autoptica estesa a casi dell'hinterland nord della provincia di Milano per quanto riguarda il settore medico-legale di Busto Arsizio), ha, di fatto, sconsigliato l'ampliamento dell'orizzonte temporale dello studio onde evitare di introdurre un elemento di possibile errore nell'elaborazione dei tassi, con le ovvie ricadute sulla confrontabilità dei dati.

I dati così ottenuti sono stati rapportati alla numerosità della popolazione residente in provincia di Varese nei singoli anni e sono state analizzate alcune caratteristiche degli eventi suicidari giovanili.

ANALISI DELLA CASISTICA

In Provincia di Varese non vi sono grandi agglomerati urbani, ma alcuni comuni con meno di 100.000 abitanti (il capoluogo, Varese, e le città di Gallarate, Busto Arsizio, Saronno) ed innumerevoli comuni con meno di 20.000 abitanti. Vi sono numerosi insediamenti produttivi industriali, molto verde (il capoluogo, Varese, è noto come “città giardino”), laghi (la Provincia è detta “Provincia dei sette laghi”, anche se, in realtà, sette sono solo i laghi “maggiori”) e paesaggi incantevoli (descritti e citati nella produzione letteraria, soprattutto di epoca romantica). È Provincia di confine con la Confederazione Elvetica, in particolare con il Cantone Ticino: gli indicatori socio-economici relativi al territorio provinciale sembrano descrivere, con qualche accenno di deflessione negli ultimi anni, una zona di “discreto benessere” e in cui si vive abbastanza bene.

Iniziando ad avvicinarci alla problematica oggetto dello studio, nella successiva Tabella 1 sono riportato tutti i casi di suicidio verificatisi nel ventennio 1980-1999 nella provincia di Varese, con riferimento alla popolazione residente, secondo i dati forniti dall'ISTAT³⁸⁵.

³⁸⁵ Comune di Varese - Ufficio Statistica, *Popolazione residente nella provincia varesina nel periodo 1980-1999*; ISTAT (1988), *Immagini della società italiana*, Roma; ISTAT (1984-1997), *Statistiche giudiziarie e penali*, Milano

Anno	Suicidi	Maschi	Femmine	Popolazione residente	Per 100.000 abitanti
1980	51	35	16	788.968	6,46
1981	57	40	17	789.286	7,22
1982	49	30	19	789.834	6,20
1983	52	38	14	790.757	6,58
1984	46	34	12	790.750	5,82
1985	60	40	20	791.630	7,58
1986	61	46	15	792.195	7,70
1987	65	44	21	793.860	8,19
1988	74	45	29	796.267	9,39
1989	75	53	22	798.782	9,39
1990	77	60	17	795.188	9,68
1991	91	71	20	796.981	11,42
1992	83	67	16	800.291	10,37
1993	110	89	21	803.966	13,68
1994	108	84	24	805.320	13,41
1995	89	61	28	807.176	11,03
1996	82	66	16	810.715	10,11
1997	58	37	21	816.901	7,10
1998	69	51	18	818.503	8,43
1999	78	56	22	820.345	9,51
TOTALI	1435	1047	388	-	-
%	100	72,96	27,04	-	-

Tab. 5.1 *Il suicidio nella provincia di Varese nel periodo 1980-1999*

In vent'anni si sono quindi verificati complessivamente 1435 suicidi, di cui 1047 attuati da soggetti di sesso maschile e 388 da soggetti di sesso femminile, con una percentuale relativa pari rispettivamente al 72,96% ed al 27,04%. Il rapporto maschio/femmina medio risulta quindi essere di 2,7:1, lievemente inferiore al rapporto maggiormente indicato di 3:1, ma, analizzando

attentamente i dati della tabella, questo valore risulta essere soggetto ad ampie oscillazioni a seconda degli anni considerati.

La progressione annuale, riferita al numero di casi per 100.000 abitanti, permette di evidenziare un graduale ma costante aumento dei casi dal 1980 fino a raggiungere un picco nel 1993-1994, soprattutto per quanto riguarda il sesso maschile, nettamente al di sopra dei valori medi registrati sia nella nostra regione sia a livello nazionale, dopo di che si è verificato un progressivo calo.

Il nostro valore massimo, quasi 13,7 casi per 100.000 abitanti, non raggiunge però ancora il tasso di 14,2, con un rapporto maschi/femmine quasi di parità, registrato nel 1985 a Milano e che collocava questa città fra quelle europee con la più alta incidenza di suicidi³⁸⁶.

Mediamente, nella nostra provincia, si sono verificati 9,1 casi per 100.000 abitanti, valore in sintonia con quello del Nord-Centro Italia, pari a 9,2, e con quelli riferiti alla Lombardia, oscillanti tra 8,1 e 11,85, ma superiori a quelli registrati per l'intera penisola, pari a 7,7 ogni 100.000 abitanti.

La Tabella 2 riporta i dati relativi ai casi di suicidio giovanile nella provincia di Varese, analizzati rapportandoli al dato della numerosità della popolazione residente ed ai casi complessivamente osservati.

³⁸⁶ Albè R., Merzagora I., Pettorossi R. (1988), *Del suicidio: aspetti statistici, clinici e medico-legali nel settore milanese*, Arch. Med. Leg. Ass., 10, pp. 26-46

Anno	Suicidi giovanili	Suicidi complessivi	Percentuale del totale	Popolazione residente	Per 100.000 abitanti
1980	4	51	7,84	788.968	0,51
1981	4	57	7,02	789.286	0,51
1982	4	49	8,16	789.834	0,51
1983	6	52	11,54	790.757	0,76
1984	3	46	6,52	790.750	0,38
1985	3	60	5	791.630	0,38
1986	5	61	8,2	792.195	0,63
1987	2	65	3,08	793.860	0,25
1988	3	74	4,05	796.267	0,37
1989	5	75	6,67	798.782	0,62
1990	7	77	9,09	795.188	0,89
1991	3	91	3,3	796.981	0,38
1992	2	83	2,41	800.291	0,25
1993	6	110	5,45	803.966	0,75
1994	6	108	5,55	805.320	0,74
1995	4	89	4,49	807.176	0,49
1996	10	82	12,19	810.715	1,23
1997	3	58	5,17	816.901	0,37
1998	4	69	5,8	818.503	0,49
1999	8	78	10,26	820.345	0,98
TOTALI	92	1435	-	-	-
%	6,41	100	-	-	-

Tab. 5.2 *Il suicidio giovanile nella provincia di Varese nel periodo 1980-1999.*

In media il suicidio giovanile costituisce il 6,41 del totale, dato che rientra sostanzialmente nei valori medi calcolati per il territorio regionale e nazionale.

Il notevole aumento dei suicidi in generale (osservato in Tabella 1) a cavallo degli anni 1991-1996 non trova una corrispondenza nell'andamento dei suicidi giovanili, che, anzi, negli stessi anni mostrano i valori più oscillanti, facendo registrare sia il minimo del 2,4% (1992) sia il massimo del 12,19% (1996) del numero totale dei suicidi dell'intero ventennio considerato, valore quest'ultimo decisamente superiore alla media regionale e nazionale.

Uno studio condotto a Genova, riferito al quinquennio 1978-1982, riporta una percentuale del 7,6% di suicidi occorsi in età fra 15 e 24 anni sul totale dei casi osservati³⁸⁷. Un'analisi svolta a Piombino sugli anni 1983-1990 evidenzia, per la stessa fascia d'età, una percentuale pari al 4,2% del totale³⁸⁸; mentre uno studio condotto a Udine sui suicidi risultanti dall'archivio della Cattedra di Medicina Legale, riferito al periodo 1990-1999, fa emergere che il 5,9% dei suicidi era stato messo in atto da soggetti in età giovanile³⁸⁹, dato quindi non molto diverso dal nostro valore medio.

L'analisi dei verbali autoptici e dei dati circostanziali (quando disponibili) ci ha permesso di estrapolare quando e dove si sono verificati i suicidi giovanili, chi li ha attuati e, a volte, perché.

³⁸⁷ Montolivo A. (1985), *Il suicidio a Genova nel periodo 1978-1982. Ricerche sulla casistica del settore medico-legale*, Rass. Criminol., vol. XVI, fasc.2, pp.303-335

³⁸⁸ Albanesi G. (1992), *Indagine epidemiologica sulle condotte suicidarie nella popolazione generale di Piombino*, Riv. Sper. Freniatr., vol. CXVI, n°3, pp.546-556

³⁸⁹ Comoretto N., Desinan L. (2000), *Osservazioni sui casi di suicidio risultanti dall'archivio della Cattedra di Medicina Legale dell'Università degli Studi di Udine*, in (a cura di) De Ferrari F., Cerri N., Conti A., "La metodologia medico-legale nella prassi forense", Abstracts, Milano

5.1 Quando sono avvenuti questi suicidi?

Come accennato in introduzione, già Morselli (1879)³⁹⁰, autore del primo saggio sul suicidio dell'epoca moderna e Durkheim (1897)³⁹¹ avevano segnalato nelle loro indagini epidemiologiche la presenza di specifiche distribuzioni temporali nelle condotte suicide, indagate ancora oggi nelle statistiche ufficiali: per quanto riguarda l'andamento annuale, riferendosi ad una eventuale correlazione tra fenomeni atmosferici e climatici, a seconda degli studi, si è evidenziata una più forte incidenza in primavera (aprile-maggio) e in autunno (novembre), o primavera-estate rispetto all'inverno. Secondo alcuni autori, contrariamente alle credenze popolari, non si registrerebbero aumenti di frequenza durante le vacanze natalizie o estive³⁹². Sono stati anche messi in evidenza particolari giorni della settimana in cui il fenomeno sarebbe più evidente, dato che però non trova concordi diversi studi statistici. Si è inoltre indagato sulla presenza di un eventuale ritmo circadiano nei suicidi, evidenziando come i tassi fossero più bassi durante la notte rispetto il giorno che invece presenterebbe alcuni picchi: a partire dall'alba si assisterebbe ad un crescendo che raggiungerebbe un primo picco intorno alle 10.00 e un secondo, dopo una lieve contrazione, verso le 17.00.

Analizziamo quindi prima di tutto l'andamento stagionale dei suicidi giovanili occorsi nella nostra provincia.

³⁹⁰ Morselli E. (1879), *Il suicidio*, op. cit.

³⁹¹ Durkheim E. (1897), *Il suicidio*, op. cit.

³⁹² De Leo D., Pavan L., Baconcini C. (1993), *Condotta suicidaria*, in AA.VV., *Trattato italiano di Psichiatria*, cap.62, Masson, Milano, p. 2041

Stagione	Maschi	Femmine	Totale	Percentuale
Primavera	17	4	21	22,83
Estate	14	5	19	20,65
Autunno	16	6	22	23,91
Inverno	24	5	29	31,52
Non specificato	0	1	1	1,09
Totale	71	21	92	100

Tab. 5.3 *Distribuzione stagionale del suicidio giovanile nella provincia di Varese nel periodo 1980 - 1999*

La nostra casistica non conferma la tendenza di un aumento del fenomeno durante il periodo caldo: al contrario è stata registrata una maggiore incidenza durante la stagione fredda (52,43%) rispetto a quella calda (43,48%). Sembra interessante notare come il nostro dato sia quasi esattamente l'inverso di quello evidenziato da Montolivo³⁹³ nel suo studio genovese sul fenomeno, in cui afferma essere il parametro della stagione uno nei quali vi è il maggior accordo tra le casistiche, in quanto appare costante un certo aumento del tasso nelle stagioni calde, riportando anch'egli percentuali del 54,5% nelle stagioni calde contro il 45,5% nelle stagioni fredde.

La suddivisione mensile dell'anno solare della nostra casistica ci consente di apprezzare con maggiore precisione la distribuzione dei singoli casi.

³⁹³ Montolivo A. (1985), *Il suicidio a Genova nel periodo 1978-1982. Ricerche sulla casistica del settore medico-legale*, op. cit.

Mesi	Maschi	Femmine	Totale	Percentuale
Gennaio	7	1	8	8,7
Febbraio	5	3	8	8,7
Marzo	10	1	11	11,96
Aprile	5	1	6	6,52
Maggio	5	4	9	9,78
Giugno	4	0	4	4,35
Luglio	2	1	3	3,26
Agosto	8	3	11	11,96
Settembre	5	1	6	6,52
Ottobre	8	2	10	10,87
Novembre	5	2	7	7,61
Dicembre	7	1	8	8,7
Non specificato	0	1	1	1,09
Totale	71	21	92	100

Tab. 5.4 *Distribuzione mensile del suicidio giovanile nella provincia di Varese nel periodo 1980-1999.*

Risulta chiaramente confermata la tendenza sopra evidenziata, sebbene emerga un significativo aumento di incidenza del fenomeno nel mese di agosto (11,96%) in netto contrasto con i valori registrati nei mesi di giugno (4,35%) e luglio (3,26%).

Il già citato studio di Udine riporta un brusco aumento della frequenza dei suicidi presi nella loro complessità nei mesi di aprile e di agosto, un lieve aumento a novembre³⁹⁴.

³⁹⁴ Comoretto N., Desinan L. (2000), *Osservazioni sui casi di suicidio risultanti dall'archivio della Cattedra di Medicina Legale dell'Università degli Studi di Udine, op. cit.*

L'analisi della distribuzione del fenomeno nei singoli giorni della settimana ha dato i seguenti risultati:

Giorno	Maschi	Femmine	Totale	Percentuale
Lunedì	15	6	21	22,83
Martedì	14	4	18	19,57
Mercoledì	6	1	7	7,61
Giovedì	10	2	12	13,04
Venerdì	7	3	10	10,87
Sabato	9	2	11	11,96
Domenica	9	2	11	11,96
Non specificato	1	1	2	2,17
Totale	71	21	92	100

Tab. 5.5 *Distribuzione settimanale del suicidio giovanile nella provincia di Varese nel periodo 1980-1999*

Alcuni autori hanno evidenziato un netto incremento dei suicidi in corrispondenza di giornate festive, a causa di una verosimile intensificazione della depressione, frequentemente associata a tali eventi, in contrasto con un generale clima di serenità. Nella nostra casistica si è, infatti, osservato un aumento dell'incidenza degli eventi suicidari durante il week-end (23,92%) e nella giornata di lunedì (22,83%), caratteristicamente contraddistinta da elevati valori di stress legati alla fatica dell'inizio di una nuova settimana lavorativa. Da evidenziare, inoltre, quattro casi occorsi rispettivamente i giorni di Ferragosto, della Vigilia di Natale, di S. Stefano e quello successivo a Capodanno. Lo studio genovese del 1989 non evidenzia risultati particolarmente evidenti circa il giorno della settimana, dato che le percentuali dei diversi giorni, praticamente, si equivalgono, inducendo l'autore a dare al giorno della settimana un significato

puramente casuale³⁹⁵, mentre lo studio di Udine evidenzia, in generale, un valore massimo nei giorni di lunedì e di sabato e un minimo di domenica³⁹⁶.

Per quanto concerne la distribuzione oraria del fenomeno nella nostra casistica, abbiamo riscontrato un aumento significativo di incidenza nelle ore pomeridiane e serali, mentre i valori minimi si osservano nelle ore del mattino, anche se bisogna specificare che dalla documentazione consultata in quasi un quarto dei casi non era riportata l'ora in cui il gesto fu attuato.

Fasce orarie	Maschi	Femmine	Totale	Percentuale
0 - 3	8	1	9	9,78
4 - 7	6	0	6	6,52
8 - 11	6	1	7	7,61
12 - 15	11	5	16	17,39
16 - 19	15	5	20	21,74
20 - 23	11	2	13	13,04
Non specificato	14	7	21	23,91
Totale	71	21	92	100

Tab. 5.6 *Distribuzione oraria del suicidio giovanile nella provincia di Varese nel periodo 1980-1999.*

Lo studio genovese³⁹⁷, non suddiviso però per fasce di età, evidenzia una certa prevalenza nelle ore mattutine, un leggero calo nelle ore di pranzo, una risalita nelle prime ore del pomeriggio e un calo progressivo durante le ore

³⁹⁵ Montolivo A. (1989), *Studi sugli aspetti motivazionali del suicidio. Ricerche sulla casistica medico-legale genovese nel periodo 1978-82, op. cit.*

³⁹⁶ Comoretto N., Desinan L. (2000), *Osservazioni sui casi di suicidio risultanti dall'archivio della Cattedra di Medicina Legale dell'Università degli Studi di Udine, op. cit.*

³⁹⁷ Montolivo A. (1989), *Studi sugli aspetti motivazionali del suicidio. Ricerche sulla casistica medico-legale genovese nel periodo 1978-82, op. cit.*

serali e notturne, dati che risultano essere simili a quelli riscontrati, nello stesso arco temporale, in Emilia-Romagna³⁹⁸.

5.2 Dove sono avvenuti i suicidi dei giovani della nostra provincia?

Sin dagli anni '20 del XX secolo, numerosi studi sociologici, effettuati specialmente nel mondo anglosassone³⁹⁹, hanno messo in risalto, quali fattori favorevoli a una condotta suicidaria, le condizioni di degrado ambientale particolarmente evidenti nelle zone urbane.

Dalla nostra casistica, per quanto concerne la distribuzione dei casi di suicidio in relazione alla residenza della vittima, emerge che il 60% circa dei casi si è verificato nell'area extraurbana (riferendoci con tale dizione a comuni con meno di 20.000 abitanti), anche se questa prevalenza è unicamente evidente nel sesso maschile, mentre, per il sesso femminile, i casi si sono distribuiti quasi equamente tra zona urbana ed extraurbana.

Residenza	Maschi	Femmine	Totale	Percentuale
Extraurbana	45	10	55	59,78
Urbana	26	11	37	40,22
Totale	71	21	92	100

Tab. 5.7 *Il suicidio giovanile nella provincia di Varese in relazione alla residenza della vittima nel periodo 1980-1999*

³⁹⁸ Montolivo A. (1989), *Studi sugli aspetti motivazionali del suicidio. Ricerche sulla casistica medico-legale genovese nel periodo 1978-82, op. cit.*

³⁹⁹ Cavan R. (1928), *Suicide*, University of Chicago Press, Chicago; Schmid C. (1928), *Suicide in Seattle 1914-25*, University of Washington Press, Seattle; Sainsbury P. (1955), *Suicide in London*, Chapman & Hall, London

Questo nostro dato contrasta con la maggior parte delle ricerche, che evidenziano come la maggiore frequenza dei suicidi si verifichi in ambito urbano, ma conferma ciò che è stato scritto da Pommereau che rileva, nel caso dei suicidi giovanili, una sovra-rappresentazione di soggetti provenienti da zone rurali⁴⁰⁰.

Abbiamo, quindi, considerato la distribuzione del fenomeno in relazione al luogo prescelto dalla vittima per la realizzazione del gesto: nella maggior parte dei casi (51,09%) il giovane ha preferito togliersi la vita al di fuori del proprio domicilio (sotto questo termine abbiamo considerato la propria abitazione e le relative pertinenze: il giardino, il garage, il fienile), tendenza che, tuttavia, appare in evidente contrasto con quanto osservato nella fascia d'età inferiore ai 18 anni, con 12 casi di suicidio attuati nella propria casa su 14 casi complessivamente registrati. Nel 12% dei casi, dalla documentazione disponibile, non è stato possibile risalire al luogo di messa in atto del gesto autoconservativo.

<i>Luogo di esecuzione</i>	<i>Maschi</i>	<i>Femmine</i>	<i>Totale</i>	<i>Percentuale</i>
Domicilio	22	12	34	36,95
Extra domicilio	40	7	47	51,09
Non specificato	9	2	11	11,96
Totale	71	21	92	100

Tab. 5.8 *Il suicidio giovanile nella provincia di Varese in relazione al luogo di esecuzione nel periodo 1980 - 1999*

Anche questo dato non sembra essere in linea con altre ricerche, quale, ad esempio quella genovese, relativa agli anni 1978-82, che mette invece in

⁴⁰⁰ Pommereau X. (1999), *La tentazione estrema. Gli adolescenti e il suicidio*, op. cit.

evidenza come la netta prevalenza dei suicidi, indipendentemente dalla fascia di età considerata, avvenga nella propria abitazione (57,0%)⁴⁰¹.

5.3 Come si distribuiscono i suicidi in relazione alle fasce di età?

E' noto che la frequenza delle autosoppressioni aumenti con l'età e ciò valga anche per la fascia giovanile, tendenza questa che emerge chiaramente anche dalla nostra casistica, che evidenzia un andamento crescente con l'età fino ad massimo degli eventi suicidari fra i 22-25 anni e ciò in accordo con dati ISTAT registrati su scala nazionale.

Età	Maschi	Femmine	Totale	Percentuale
< 14	3	1	4	4,35
14 - 17	4	6	10	10,87
18 - 21	24	4	28	30,43
22 - 25	40	10	50	54,35
Totale	71	21	92	100

Tab. 5.9 *Il suicidio giovanile nella provincia di Varese in relazione all'età nel periodo 1980-1999*

Per quanto riguarda il rapporto maschio/femmina sul totale dei casi registrati, esso risulta essere di 3,4:1, lievemente superiore quindi ai dati generali che parlano di un rapporto 3:1. Se questo dato viene però analizzato rispetto alle diverse fasce di età, si nota che il rapporto risulta essere ampiamente oscillante: 3:1 al di sotto dei 14 anni, 1:1,5 fra i 14-17 anni, 6:1 nella fascia 18-21 anni e 4:1 fra i 22-25 anni.

⁴⁰¹ Montolivo A. (1989), *Studi sugli aspetti motivazionali del suicidio. Ricerche sulla casistica medico-legale genovese nel periodo 1978-82, op. cit.*

Rifacendosi alle dizioni di "childhood suicide" (<15 anni) e di "adolescent suicide"(15-19 anni), la nostra casistica ha rilevato 5 casi al di sotto dei 15 anni: una bambina e un bambino di 12 anni, due ragazzi di 13 anni, una ragazza di quattordici anni, e 17 casi dai 15 ai 19 anni: 3 ragazze e 1 ragazzo di 15, un maschio di 16, 2 ragazze e 2 ragazzi di 17 anni, due ragazze e due ragazzi di 18, una ragazza e tre ragazzi di 19 anni.

Non si sono registrati casi al di sotto dei 12 anni, in accordo con la maggior parte delle ricerche che affermano essere il suicidio estremamente raro nell'infanzia.⁴⁰²

Anche uno studio condotto sull'incidenza del suicidio in due gruppi di età giovanissima, tra 0 e 13 anni e fra 14 e 17 anni, ha evidenziato che, nel 1988 su scala nazionale si erano uccisi complessivamente 7 bambini e 2 bambine fra 0 e 13 anni, pari allo 0,24% di tutte le morti per suicidio dello stesso anno, e 36 ragazzi e 6 ragazze fra i 14-17 anni, pari all'1,1% di tutte le morti per suicidio dello stesso anno⁴⁰³. Tale studio conferma la bassa frequenza dei suicidi fra i più giovani.

5.4 La professione dei suicidi

Per quanto si riferisce alla professione, è opinione diffusa che la disoccupazione possa essere un fattore predisponente al suicidio. Già nella metà del secolo si era posta particolare attenzione al ruolo svolto dalla posizione sociale dell'individuo, permettendo di evidenziare come il suicidio

⁴⁰² Lodi M. (1991), *Suicidio. Breve excursus storico, rapporto con la morte e sintesi psicodinamica. Infanzia, adolescenza e vecchiaia*, Attualità in Psicologia, vol.6, n°4,

⁴⁰³ La Barbera D., Triscari M.T., Picone F. (1993), *Considerazioni sulla incidenza delle condotte suicidarie in giovanissimi: ipotesi interpretative tra fantasie del mondo infantile e conflitti col mondo degli adulti*, Quad. Psych. Forense, vol.II, n°1, pp. 141-152

fosse più diffuso nei livelli “estremi” della scala sociale, dove è maggiore il grado di isolamento del soggetto⁴⁰⁴. L'associazione più frequente tra disoccupazione e suicidio riguarda ovviamente le fasce di età più presenti in ambito lavorativo: cioè tra i 15-44 anni per il sesso maschile e tra i 24-44 anni per quello femminile⁴⁰⁵.

La nostra casistica conferma, in parte, quest'ultimo dato, essendo la disoccupazione stata maggiormente rilevata nella fascia di età tra i 20-25 anni con una percentuale del 16,3% del numero totale. Inquieto però l'elevata percentuale di casi di soggetti che svolgevano un'attività lavorativa regolare (circa il 36%). In considerazione della fascia di età da noi analizzata, risulta abbastanza evidente che, relativamente alla professione, una percentuale significativa di casi riguardasse studenti (26,09%). Degni di nota sono ancora i casi di due detenuti, suicidatisi all'interno della propria cella, il caso di un militare, suicidatosi durante il servizio di leva, ed i casi di tre soggetti invalidi civili per patologie fisiche. Ancora una volta dobbiamo però notare che in ben 14 casi non risultava, dalla documentazione consultata, il tipo di attività svolto dalla vittima.

⁴⁰⁴ Henry A., Short J. (1964), *Suicide and homicide*, Free Press, Glencoe

⁴⁰⁵ Cornier H., Klerman G. (1985), *Unemployment and male-female labor force participation as determinants of changing suicide rates of males and females in Quebec*, *Social Psychiatry*, 20, pp. 109-114

Professione	Maschi	Femmine	Totale	Percentuale
Studente	17	7	24	26,09
Operaio	17	2	19	20,65
Non occupato	13	2	15	16,3
Agricoltore	3	0	3	3,26
Invalido civile	1	2	3	3,26
Infermiere	1	2	3	3,26
Detenuto	2	0	2	2,17
Militare	1	0	1	1,09
Altro	5	3	8	8,7
Non specificato	11	3	14	15,22
Totale	71	21	92	100

Tab. 5.10 *Il suicidio giovanile nella provincia di Varese in relazione alla professione nel periodo 1980-1999.*

5.5 Le modalità usate per attuare il suicidio

In Italia, come in Europa, negli ultimi 20 anni, la modalità di attuazione più frequente risulta essere l'impiccamento (circa il 35%), seguito dalla precipitazione (20%), dalle armi da fuoco (12%) e dall'annegamento (9%); l'avvelenamento rappresenta il 6% dei suicidi. Dati Eurispes riguardanti il periodo gennaio-novembre 1995 confermano come l'impiccamento sia la modalità autoconservativa più frequentemente utilizzata a livello nazionale (28,5% in generale, con una percentuale che arriva al 30,8% per il sesso maschile), seguito dalla precipitazione (17,5% in generale, mentre nel sesso femminile arriva a rappresentare il 33,3% dei casi). Il sesso maschile ricorre

frequentemente all'arma da fuoco (19,4% contro il 6,9% nelle donne), mentre quello femminile fa più spesso ricorso al gas, all'annegamento e alle armi, proprie e improprie, da taglio.

Lo stesso rapporto segnala che il 43% dei minori di diciotto anni ricorre all'impiccamento; altra modalità suicidaria è l'arma da fuoco, spesso lasciata colpevolmente incustodita dai genitori. Il 20% dei suicidi fra i 18-30 anni ricorre invece alla precipitazione. Secondo i dati riportati da Pommereau⁴⁰⁶, l'impiccamento e l'arma da fuoco verrebbero usati, nella fascia di età fra i 15 e i 24 anni, dal 75% dei maschi e dal 40% delle femmine.

Su tre suicidi maschili se ne verifica uno femminile, a differenza di quanto accade nei tentati suicidi che sono nettamente prevalenti nel sesso femminile.

E' noto che il sesso maschile ricorra più spesso a mezzi "duri" (arma da fuoco o da taglio, impiccamento, scontro automobilistico, investimento, ecc.), mentre il sesso femminile utilizzi, più frequentemente, metodi cosiddetti "dolci" (avvelenamento, ingestione di farmaci, ecc).

Nella scelta del mezzo e della modalità di attuazione del suicidio, entrano in gioco diversi fattori, tra cui la disponibilità di disporre, il grado di intenzionalità (conscia o inconscia) nel cercare la morte, fattori di tipo storico, culturale, imitativo o suggestivo, aspetti più propriamente psicologici e simbolici, nonché caratteristiche individuali di personalità e, come si è detto, il sesso del soggetto.

Anche dalla nostra casistica risulta che la modalità più frequentemente adottata dai giovani suicidi di entrambi i sessi, è rappresentata dall'impiccamento (38,04%), seguita dalla precipitazione (19,57%) e dal colpo

⁴⁰⁶ Pommereau X. (1999), *La tentazione estrema. Gli adolescenti e il suicidio*, Nuova Pratiche Editrice, Milano, p.18

d'arma da fuoco (15,22%), in accordo con i dati nazionali pubblicati dall'ISTAT. Dieci giovani maschi si sono tolti la vita mediante asfissia da monossido di carbonio, mediante collegamento del tubo di scarico dell'autovettura all'abitacolo, modalità "scomoda" e tecnica di realizzazione forse poco nota al sesso femminile, tant'è che non ne risulta, nel nostro studio, alcun caso. Anche l'investimento ferroviario, modalità gravemente devastante, è stato attuato unicamente dal sesso maschile. Colpisce che giovanissimi suicidi, tra i 12 ed i 15 anni, abbiano fatto ricorso a mezzi "cruenti", quali la precipitazione ed il colpo d'arma da fuoco, dimostrando una certa determinazione del gesto.

Modalità	Maschi	Femmine	Totale	Percentuale
Impiccamento	27	7	34	36,96
Precipitazione	13	5	18	19,56
Arma da fuoco	9	5	14	15,21
Asfissia da CO	10	0	10	10,87
Tossici esogeni	5	2	7	7,61
Annegamento	1	2	3	3,26
Invest. ferroviario	3	0	3	3,26
Svenamento	1	0	1	1,09
Asf. da confinamento	1	0	1	1,09
Combustione	1	0	1	1,09
Totale	71	21	92	100

Tab. 5.11 *Il suicidio giovanile nella provincia di Varese in relazione alla modalità di esecuzione nel periodo 1980 - 1999.*

Suddividendo le modalità di attuazione del gesto autosoppressivo, i ricercatori di Udine⁴⁰⁷, hanno anch'essi evidenziato che l'impiccamento è la modalità prevalente usata dalla fascia di età fino ai 24 anni, fascia di età in cui

⁴⁰⁷ Comoretto N., Desinan L. (2000), *Osservazioni sui casi di suicidio risultanti dall'archivio della Cattedra di Medicina Legale dell'Università degli Studi di Udine, op. cit.*

era stato attuato nel 46,6% dei casi, mentre non hanno evidenziato casi in questa fascia di età né casi di annegamento né di precipitazione, modalità impiegate prevalentemente nelle fasce di età superiori.

5.6 Fattori concorrenti/coesistenti

L'intento di questa ricerca casistica è anche quello di cercare di capire perché un soggetto in giovane età possa arrivare a porre fine, più o meno consapevolmente, alla propria vita, ragione per cui abbiamo cercato di analizzare la presenza o meno di fattori concorrenti/coesistenti al suicidio, quali, ad esempio, il ricorso a sostanze di abuso.

Dalla letteratura risulta, infatti, che la motivazione che più frequentemente spingerebbe al suicidio un tossicodipendente sia rappresentata dalla disperata volontà di sottrarsi in tal modo ad una vita diventata penosa, insopportabile, priva di ogni finalità che non sia quella della droga e di qualsiasi aiuto capace di interrompere il cerchio mortale.

Età	Maschi	Femmine	Totale
<14	0	0	0
14-17	0	0	0
18-21	2	0	2
22-25	7	1	8
Totale	9	1	10

Tab. 5.12 *La tossicodipendenza nei giovani suicidi nella provincia di Varese in relazione all'età ed al sesso nel periodo 1980-1999.*

Il consumo/abuso di sostanze stupefacenti da parte delle giovani vittime, in relazione al sesso ed all'età delle stesse, è stato da noi osservato quasi unicamente nel sesso maschile e soprattutto fra i 22 e i 25 anni.

Completamente assente, al contrario, il fenomeno nei più giovani (<18 anni). Si tratta circa dell'11% dei casi totali di suicidio.

Altro fattore analizzato è la presenza di pregressi tentativi di suicidio, poiché, secondo dati di letteratura, si stima che circa il 10% di coloro che hanno precedentemente attentato alla propria vita troverà la morte entro i dieci anni successivi, con un picco massimo di rischio di recidiva entro i dodici mesi successivi al primo tentativo.

La nostra casistica ha evidenziato, nell'analisi dei dati anamnestico-circostanziali degli atti, dieci casi di suicidio preceduti da un pregresso tentativo: nettamente prevalenti nel sesso maschile e nella fascia di età superiore ai 18 anni. Da tali dati, peraltro numericamente ridotti, si potrebbe dedurre, in controtendenza con i dati nazionali, una maggiore determinazione autosoppressiva nel sesso femminile e nei giovanissimi, specie per quanto si riferisce al primo atto autolesivo; ma potrebbe anche avvalorare il dato che il sesso femminile si limiti più spesso al tentato suicidio con lo scopo di attirare l'attenzione sulle proprie sofferenze, mentre un soggetto di sesso maschile, una volta presa la decisione di togliersi la vita, riuscirebbe più frequentemente ad attuarlo.

Età	Maschi	Femmine	Totale
<14	0	0	0
14-17	0	0	0
18-21	5	1	6
22-25	4	0	4
Totale	9	1	10

Tab. 5.13 *Precedenti tentativi di suicidio nei giovani suicidi della provincia di Varese in relazione all'età ed al sesso nel periodo 1980-1999.*

Nell'11% circa dei casi della nostra casistica è risultato, come si è detto, un precedente tentativo di suicidio. Nemmeno questo dato può però essere

preso come assolutamente attendibile a causa delle incerte notizie anamnestiche riportate in molti dei casi.

Da uno studio⁴⁰⁸, svolto nella nostra Provincia, in tema di epidemiologia dei tentati suicidi verificatisi in due anni, è emerso che la fascia d'età fra i 25 e i 34 anni è quella a maggior rischio di tentato suicidio, indipendentemente dal sesso. Fra i 15 e i 24 anni, invece, vi è una netta prevalenza nel sesso femminile. La modalità più frequentemente attuata (<70%) è rappresentata dal ricorso a farmaci o tossici esogeni. La disoccupazione sembra avere un ruolo determinante nella genesi dell'ideazione del tentato suicidio in entrambi i sessi. Lo studio ha messo in evidenza alcune caratteristiche prevalenti nei soggetti che avevano messo in atto un tentato suicidio: si tratta specialmente di giovani, disoccupati, liberi di stato o separati, con anamnesi positiva per diagnosi psichiatrica di disturbo dell'affettività (specie nel sesso femminile) o di personalità (specie nel sesso maschile). Gli eventi a maggior rischio risultano essere quelli in cui il soggetto vive una perdita insostenibile della stima di sé (specie nella personalità narcisistica), o quando prevale la tendenza alla manipolazione delle relazioni, il senso di vuoto, la mancanza di aspettative per il futuro accanto all'incapacità di modificare i propri stili di vita. In queste situazioni si produrrebbero importanti rotture esistenziali, scatenati vissuti depressivi con l'innescarsi di un'ideazione suicidaria liberatoria.

Secondo il già citato lavoro di La Barbera e colleghi, la maggiore frequenza dei tentati suicidi ricorre fra i 25 e i 44 anni, ma nella popolazione femminile essi sarebbero prevalenti fra i 14 e i 17 anni⁴⁰⁹.

Sebbene la maggior parte dei suicidi invii, prima di compiere il gesto, un qualche tipo messaggio o di avvertimento a coloro che gli stanno vicini, solo

⁴⁰⁸ Vender S., Peroni R., Fraticelli C., Sutura R., Guanziroli F. (1997), *Indagine epidemiologica sui tentativi di suicidio nel biennio 1992-1993*, Riv. Sper. Freniatr. Vol.CXXI, n°3, pp. 406-418

⁴⁰⁹ La Barbera D., Triscari M.T., Picone F. (1993), *Considerazioni sulla incidenza delle condotte suicidarie in giovanissimi: ipotesi interpretative tra fantasie del mondo infantile e conflitti col mondo degli adulti*, op. cit.

una minoranza (variabile dal 12% al 25%, a seconda degli studi) lascia un messaggio scritto. Fa riflettere il fatto che spesso tali comunicazioni denotino uno specifico interesse verso ciò che accadrà dopo la propria morte, nonché una spiccata preoccupazione per oggetti ed elementi puramente "terreni", in aperto contrasto con la volontà di abbandonare il mondo.

Età	Maschi	Femmine	Totale
<14	2	1	3
14-17	0	1	1
18-21	1	1	2
22-25	4	0	4
Totale	7	3	10

Tab. 5.14 *Messaggi lasciati dai giovani suicidi della provincia di Varese in relazione all'età ed al sesso nel periodo 1980-1999.*

Per quanto riguarda la nostra casistica circa la presenza di eventuali messaggi, ancora una volta siamo di fronte ad una percentuale di circa l'11% del totale dei casi, dato inferiore rispetto a quelli riportati in letteratura. Se dividiamo la frequenza dei messaggi per sesso, notiamo che solo il 9,7% dei maschi lascia un messaggio, mentre questa percentuale sale al 14,3 nel sesso femminile. E' da notare che tre dei quattro casi di suicidio attuato da infra-quattordicenni avevano lasciato un messaggio. Tra questi ultimi, è di notevole interesse il caso del ragazzo di dodici anni, suicidatosi con un colpo d'arma da fuoco, il quale aveva registrato su di una'udiocassetta le sue considerazioni immediatamente precedenti il gesto, interrotte, infine, dall'esplosione del colpo.

Anche questi dati devono essere considerati con cautela, poiché potrebbero non corrispondere al numero reale di messaggi lasciati, sia perché, forse, i destinatari non avevano reso nota la loro presenza, sia perché potrebbero non essere stati neppure rinvenuti. Non sempre, dalla documentazione in nostro possesso, è stato possibile analizzare il contenuto

del messaggio lasciato, rendendo di fatto impossibile potere avanzare delle ipotesi circa la personalità, la vita di relazione e la motivazione del soggetto che si è tolto la vita.

Da uno studio effettuato su 731 suicidi, non suddivisi in fasce d'età, osservati tra il 1981 e il 1989 presso l'Istituto di Medicina Legale di Firenze, è emersa una percentuale del 5,19%, quindi molto bassa,⁴¹⁰ di messaggi lasciati, con netta prevalenza da parte di soggetti di sesso maschile.

⁴¹⁰ Maurri M., Covelli M.T. (1993), *Biglietti dei suicidi*, Quad. Psych. Forense, vol.II, n°1, pp. 153-168

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Per cercare di arrivare a comprendere le possibili motivazioni che potrebbero avere spinto al suicidio i casi da noi osservati, sembra utile richiamare alcune considerazioni risultanti dalla letteratura scientifica in tema di suicidio.

Dagli indirizzi fondamentali di approccio al suicidio, quello sociologico, che tende a trovare la causa del gesto in situazioni all'esterno del soggetto, e quello psicologico-psicoanalitico, che la cerca all'interno dell'individuo stesso, attualmente l'approccio è di tipo interdisciplinare (epidemiologico, sociologico, psicologico, psichiatrico e medico legale), essendo il fenomeno sempre determinato da una molteplicità di fattori. Dalla letteratura emerge che nel determinismo del suicidio giocano un ruolo essenziale sia fattori soggettivi, che hanno condotto ad individuare una "personalità suicida"⁴¹¹, sia influssi sociali, in

⁴¹¹ Bruno, Roli e Costanzo, considerando il suicidio dal punto vista psicologico e comportamentale, hanno delineato i seguenti tratti della "personalità suicida": il suicida tipico è raramente risulta una persona profondamente credente e quindi radicata a valori religiosi; vive in uno stato di isolamento interiore e sociale, anche se spesso svolge un'attività professionale interessante; risiede per lo più in comunità urbane, caratterizzate da scarsi o inesistenti legami relazionali; spesso, nella sua famiglia d'origine, ha vissuto esperienze traumatiche, può avere subito la perdita di una o di entrambe le figure genitoriali e spesso ha avuto una infanzia problematica e carente sul piano affettivo. Cfr., Bruno F., Roli G.A., Costanzo S. (1988), *Il suicidio*, in (a cura di) Ferracuti F., *Trattato di criminologia, medicina criminologica e psichiatria forense*, vol. 7, Criminologia dei reati omicidiari e del suicidio, Giuffrè, Milano, pp. 239-276 - Se si suppone possibile individuare una "personalità suicida" tipica per l'adulto, ciò non sarebbe possibile, secondo Pommereau, per il suicidio dell'età adolescenziale, anche se spesso i giovani presentano un precoce abbandono degli studi, scarsa qualificazione professionale, basso livello socioculturale, mancanza di un impiego stabile, isolamento affettivo e perdita delle relazioni interpersonali, famiglia turbata da disoccupazione, malattia e ogni genere di traumi. Cfr., Pommereau X. (1999), *La tentazione estrema. Gli adolescenti e il suicidio*, Nuova Pratiche Editrice, Milano, p.20

rapporto con i mutamenti ampi e veloci del mondo esterno, comportanti una maggiore difficoltà nella integrazione e nei rapporti interumani⁴¹².

Il più delle volte un suicidio costituisce un'evenienza altamente imprevedibile.

Un metodo per approcciare identificare le cause di un decesso per suicidio, è rappresentato dalla cosiddetta "autopsia psicologica", che ha permesso, in numerosi studi, di potere affermare che la maggior parte dei soggetti deceduti era affetto da malattia psichiatrica⁴¹³.

L'autopsia psicologica è finalizzata a studiare, retrospettivamente, lo stato mentale del soggetto suicida, al fine di chiarire la sequenza e le modalità dei fatti, nonché di formulare una spiegazione plausibile, sostenibile, concreta e conseguente agli stessi in merito alla motivazione che ha spinto il soggetto ad agire. Essa è il risultato di un lavoro di esplorazione ed analisi interdisciplinare in cui sono coinvolti diversi professionisti quali criminologi, psichiatri, psicologi, medici, ed investigatori.

Shneidman⁴¹⁴ ha elaborato un protocollo strutturato di autopsia psicologica, composto dalle seguenti sedici aree fondamentali di vita della vittima, sulle quali indagare retrospettivamente:

- Informazioni anagrafiche e generali sulla vittima.
- Dettagli relativi alla morte (cause, modalità, rapporti di polizia,...).
- Profilo della storia personale (famigliari, malattie e terapie, eventuali precedenti tentativi di suicidio,...).

⁴¹² Castellani G. (1994), *Analisi del fenomeno suicidario nella casistica del settore medico legale di Verona (1980-89)*, Rass. Criminol., anno V, n°1

⁴¹³ Pokorny A.D. (1983), *Prediction of suicide in psychiatric patients*, Archives of General Psychiatry, 40, pp. 249-257

⁴¹⁴ Shneidman, E. S. (1981), *The psychological autopsy*, in «Suicide & Life Threatening Behavior», n.11 (4), pp. 325-40.

- Storia relativa alle modalità delle morti avvenute nella famiglia della vittima.
- Modalità di risposta allo stress ed al disagio caratteristiche della vittima.
- Preoccupazioni, problematiche, tensioni e/o scontri recenti (ultimi giorni/mesi prima del decesso).
- Posizione della vittima rispetto all'uso di droghe o alcol, sia al momento della morte che nel suo stile di vita.
- Natura delle relazioni interpersonali della vittima.
- Fantasie del deceduto.
- Sogni ricorrenti del soggetto.
- Pensieri e paure in relazione alla morte, agli incidenti o al suicidio.
- Cambiamenti di abitudini nella vita della vittima prima del decesso (negli hobbies, nelle condotte alimentari, nei comportamenti sessuali e nelle comuni attività della vita quotidiana,...) immediatamente precedenti alla morte.
- Informazioni relative alla "visione della vita" del deceduto (obiettivi, aspirazioni, successi,...).
- Informazioni relative alla valutazione dell'intenzionalità dell'atto.
- Reazioni degli intervistati in merito alla morte del soggetto.
- Commenti ed ulteriori eventuali informazioni particolari.

Shneidman ha definito tale metodologia di intervista dei sopravvissuti come "...un misto di conversazione, colloquio, supporto emotivo, domande generali ed una buona dose di ascolto...", chiarendo che le aree devono essere intese quali linee guida per la conduzione delle domande, non come rigide strutture di intervista.

Una delle critiche più frequenti mosse all'autopsia psicologica è la mancanza di procedure standardizzate, non esistendo un modello strutturato e sistematizzato che permetta di verificare la validità e l'affidabilità del procedimento stesso.

Da studi svolti in diversi paesi, emerge che oltre il 10% delle persone suicide ha avuto in precedenza almeno un ricovero psichiatrico, tanto da stimare il rischio di suicidio fino a dodici volte maggiore in un soggetto con malattia psichiatrica rispetto alla popolazione generale⁴¹⁵. Le patologie più frequentemente riscontrate sono la depressione maggiore, i disturbi bipolari, questi specie nei momenti di viraggio, e la schizofrenia, quest'ultima ritenuta causa di rischio grave specie tra i pazienti giovani di sesso maschile⁴¹⁶.

Anche i disturbi di personalità tipo borderline (fino al 10% dei casi⁴¹⁷, nella totalità delle fasce di età, mentre sembrano essere maggiormente esposti soggetti borderline sui 25 anni⁴¹⁸) ed antisociale (fino al 5% dei casi⁴¹⁹) sono spesso associati al comportamento suicidario, numero di casi che aumenta ancora di più se questi disturbi sono associati ad abuso di sostanze o disturbi dell'umore.

Alto rischio suicidario presentano soggetti con sentimenti di "hopelessness" e "helplessness", cioè l'incapacità di trovare soluzioni ad una esistenza vissuta senza soluzione e futuro. Altro fattore di rischio risulta essere

⁴¹⁵ Evenson R., Wood J., et al. (1982), *Suicide rates among public health patients*, Acta Psychiatrica Scandinavica, 66, pp. 254-264

⁴¹⁶ Roy A. (1982), *Risk factors for suicide in psychiatric patients*, Archives of General Psychiatry, 39, pp. 1089-1095

⁴¹⁷ Frances A. (1986), *Personality and suicide*, Annals of New York Academy of Sciences, 487, 281-293

⁴¹⁸ Solomon M.I., Murphy G.E. (1984), *Cohort studies of suicide*, in, Sudak H.S., Ford A.B., (eds.) *Suicide in the Youth*, John Wright, Boston; Maggini C., Pintus A., Salvatore P. (1994), *Disturbo borderline di personalità e suicidio*, Riv. Sper. Freniatr. Vol. CXVIII, n°4, pp.533-560

⁴¹⁹ Frances A. (1986), *Personality and suicide*, Annals of New York Academy of Sciences, 487, pp. 281-293

la presenza di bassa autostima, la tendenza al ritiro sociale, le difficoltà interpersonali e la sfiducia negli altri⁴²⁰.

Un suicidio è sicuramente indicativo di uno stato di perturbazione psichica, non necessariamente collegato a malattia mentale, e molto spesso si evidenzia unicamente un'inadeguatezza al proprio compito vitale, al rapporto con il mondo, in associazione con stress acuto⁴²¹.

Tra i fattori predisponenti vi può essere una fragilità o una destrutturazione dell'ambiente familiare, la presenza di precedenti suicidi o tentati suicidi tra parenti stretti, una sintomatologia psichiatrica e l'abuso di alcol o droghe, spesso in concomitanza a gravi rotture di relazioni interpersonali, emarginazione sociale ed indigenza, insorgenza di una complicanza somatica di malattia.

Tra i fattori precipitanti, specie nella fascia giovanile, si annoverano: insuccessi scolastici o sanzioni disciplinari, diverbi con i genitori o con il partner, molestie sessuali (realmente avvenute o, talvolta, solo presunte) nel passato dell'adolescente, una rottura amorosa e, infine, la perdita di un genitore o di una persona cara.

Analizzando i tratti di personalità emergenti da numerose ricerche effettuate su soggetti che hanno messo in atto tentativi di suicidio, alcuni autori hanno rilevato che si trattava di personalità rigide, introversive, inadeguate, socialmente isolate o poco integrate, ambivalenti, dipendenti e insicure, ossessive, sessualmente inappropriate, impulsive⁴²².

⁴²⁰ Blumenthal S.J. (1988), *Suicide: A guide to risk factors assesment, and treatment of suicidal patients*, Medical Clinics of Norh America, 72, pp. 937-971

⁴²¹ Palermo G., Ferracuti S. (1993), *Alcune considerazioni sull'omicidio-suicidio*, Quad. Psych. Forense, vol.II, n°2, pp.255-272

⁴²² Farina B., Sarchiapone M. (1996), *Comorbidità tra tentato suicidio e disturbi di personalità: una rassegna della letteratura*, Riv. Sper. Freniatr., vol.CXX, n°6, pp. 1177-1187

Vi sono inoltre, tra i fattori di rischio, eventi psicosociali e la malattia fisica, specie se grave, dolorosa e invalidante. La depressione causata da un lutto, specie per la perdita di una persona molto vicina e cara (un partner o un genitore), l'isolamento sociale o la mancanza di supporto, rotture di relazioni interpersonali (divorzi, separazioni, ecc.), sradicamento dal proprio ambiente di vita, umiliazioni e vergogna conseguenti ad eventi stressanti (licenziamento, incarcerazione, fallimenti di lavoro ed economici). Umiliazioni e vergogna sono tipicamente presenti nelle vittime di abusi sessuali, specie se questi avvengono durante l'infanzia o l'adolescenza. Ciò comporta una sfiducia "di base" nelle relazioni interpersonali, difficoltà nello stabilire legami duraturi, problemi sessuali persistenti e gravi, diffusi sentimenti di inferiorità e inadeguatezza.

Altro fattore di rischio sembra essere la presenza di un precedente evento suicidario in famiglia. In questi casi si suole chiamare in causa il ruolo svolto dall'identificazione e dell'imitazione; mentre altre volte si è anche parlato dell'esistenza di un fattore genetico che possa "favorire" il suicidio e operare indipendentemente⁴²³.

In uno studio viene messa in evidenza, quale elemento fondamentale del comportamento autodistruttivo, l'esistenza di una distorsione nella qualità del rapporto tra il mondo interno di chi pone fine alla propria esistenza e la realtà esterna, e ciò indipendentemente dal contesto clinico-nosologico in cui il suicidio si attua⁴²⁴.

Uno studio, condotto mediante interviste fatte ai genitori delle vittime, ai medici curanti e a ricerche ufficiali, svolto in Finlandia, a livello nazionale, su 53 casi di suicidio in età adolescenziale, ha prodotto i seguenti risultati: quattro vittime su dieci avevano mostrato comportamenti antisociali; un terzo degli adolescenti aveva attuato precedenti tentativi di suicidio; sei casi su dieci

⁴²³ Roy A. (1983), *Family history of suicide*, Archives of General Psychiatry, 40, pp. 971-974

⁴²⁴ Tugnoli S., Giordani L. (1996), *Alterazione del "senso" di realtà e suicidio*, Riv. Sper. Freniatr. Vol. CXX, n°1, pp.110-125

avevano verbalizzato in precedenza il loro intento di uccidersi. Un terzo delle vittime era stato in contatto con i servizi psichiatrici. Questi dati suggeriscono agli autori che la maggior parte dei suicidi in età adolescenziale costituisce il punto di arrivo di difficoltà vissute da lungo tempo.⁴²⁵

Uno studio, condotto mediante la somministrazione di questionari circa la percezione e il vissuto di abusi (fisici, psichici o sessuali) o di trascuratezza (neglect) fisica o emozionale, svolto negli Stati Uniti su adolescenti ricoverati in clinica psichiatrica in seguito a tentati suicidi o ad automutilazioni, ha messo in evidenza che la trascuratezza emozionale risulta essere una componente importante e deleteria del maltrattamento e può essere un fattore importante per prevedere un futuro comportamento suicidario.⁴²⁶

Da un altro studio risulta l'importanza della percezione, da parte dell'adolescente, della vita in famiglia: di come funziona il "sistema familiare" e come si attua la relazione diadica genitore-adolescente. In caso di malfunzionamento, il rischio di suicidio sembra aumentare⁴²⁷.

Ad alto rischio di suicidio sembrano inoltre essere i soggetti con grande impulsività e elevata rabbia, due caratteristiche che sembrano agire sinergicamente nel determinare un suicidio⁴²⁸. A questi si somma inoltre spesso aggressività auto o eterodiretta⁴²⁹. Va notato che questi sentimenti sono

⁴²⁵ Marttun M.J., Aro H.M., Lonqvist J.K. (1992), *Adolescent suicide: endpoint of long-term difficulties*, J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 31 (4)

⁴²⁶ Lipschitz D.S., Winegar R.K., Nicolaou A.L., Hartnick E., Wolfson M., Southwick S.M. (1999), *Perceived abuse and neglect as risk factors for suicidal behavior in adolescent inpatients*, J. Nerv. Ment. Dis., 187(1)

⁴²⁷ Adams D.M., Overhaiser J.C., Lehnert K.L. (1994), *Perceived family functioning and adolescent suicidal behavior*, J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 33(4), 498-507.

⁴²⁸ Horesh N., Rolnick T., Iancu I., Dannon P., Lepkifker E., Apter A., Kotler M. (1997), *Anger, impulsivity and suicidal risk*, Psychother Psychosom., 66(2)

⁴²⁹ Horesh N., Gothelf D., Olef H., Weizman T., Apter A. (1999), *Impulsivity as a correlate of suicidal behavior in adolescent psychiatric inpatients*, Crisis, 20(1):8-14

frequenti e considerati "normali" nell'età adolescenziale, caratterizzata da insicurezza, ostilità e opposività, oltre che di frequenti agiti impulsivi.

La psicoanalisi interpreta il suicidio nell'ambito dell'aggressività umana, che in questo caso specifico risulta essere autodiretta fino alle estreme conseguenze. I capisaldi di questo tipo di interpretazione sono fondamentalmente due: - il suicidio è il risultato di una ritorsione dell'aggressività che, primitivamente indirizzata contro l'oggetto, viene rivolta contro se stessi; - quale costante dell'elaborazione suicidaria vi è la presenza di un sentimento di colpa per i propri impulsi aggressivi⁴³⁰.

Il processo più pericoloso per la psiche umana sarebbe, secondo Freud, l'internalizzazione dell'aggressività, rappresentando questo fenomeno una minaccia così grave per la sopravvivenza dell'uomo al punto che "da ultimo le riesce di uccidere l'uomo".

Detto tutto ciò, e premettendo con Deshaies⁴³¹ che la ricerca di una motivazione unica appare illusoria e scarsamente attendibile risultano essere le elencazioni statistiche delle "cause", dato che il suicidio sarebbe in relazione ad un polideterminismo eziologico convergente, abbiamo comunque tentato di dare una "spiegazione". Estremamente difficile è, di norma, risalire alle cause del gesto autosoppressivo, per cui, a nostro avviso, appare più corretto, nel caso in cui esse non siano espressamente indicate dal suicida, ad esempio mediante un messaggio, parlare di cause presunte. Nel nostro contributo esse sono state dedotte, ove possibile, dalle notizie anamnestiche riferite da familiari o conoscenti oppure da un'attenta valutazione delle circostanze in cui il gesto stesso è stato posto in essere.

⁴³⁰ De Leo D., Pavan L., Baconcini C., *Condotta suicidaria*, in AA.VV., *Trattato italiano di Psichiatria*, cap.62, Masson, Milano, 1993, p.2056

⁴³¹ Deshaies G. (1947), *Psychologie du suicide*, Presses Universitaires de France, Paris

<i>Cause presunte del gesto</i>	<i>Maschi</i>	<i>Femmine</i>	<i>Totale</i>	<i>Percentuale</i>
Disturbi psichici	16	2	18	19,57
Malattie psichiatriche	9	1	10	10,87
Motivi affettivi	6	4	10	10,87
Malattie fisiche	6	1	7	7,61
Motivi d'onore	5	0	5	5,43
Non conosciute	29	13	42	45,65
Totale	71	21	92	100

Tab. 6.1 Il suicidio giovanile nella provincia di Varese in relazione alle cause presunte del gesto nel periodo 1980 - 1999.

Nella categoria "disturbi psichici" sono stati inclusi i disturbi di personalità e le caratteropatie non meglio specificate dai familiari; nella categoria "malattie psichiatriche" sono compresi giovani con anamnesi positiva per precedenti ricoveri o trattamenti psichiatrici; nella categoria "motivi affettivi" si comprendono le delusioni amorose e i problemi connessi con gli affetti; alla categoria "malattie fisiche" appartengono i casi di giovani invalidi o affetti da altre gravi patologie; infine, nella categoria "motivi d'onore" abbiamo incluso i casi di giovani, per lo più tossicodipendenti, suicidatesi in carcere o in seguito ad una denuncia per spaccio.

La difficoltà di potere risalire anche solo ad una causa scatenante presunta, risulta molto evidente dalla percentuale di casi (circa il 46%) dei quali non è stato possibile nemmeno avanzare delle ipotesi. Ciò dipende sia dal fatto che non abbiamo avuto modo di consultare i fascicoli relativi ai nostri casi custoditi negli archivi dei tribunali, sia dal fatto che familiari o conoscenti, interrogati circa i possibili motivi, non hanno saputo o voluto fornire alcuna indicazione a riguardo.

Dobbiamo tenere conto del fatto che numerosi sono stati i casi di disoccupati, nonostante e forse anche proprio per la giovane età dei soggetti da noi considerati, che si sono tolti la vita, e come risulta chiaramente dalla letteratura, la mancanza di una occupazione scatena sentimenti depressivi ed emarginazione, condizioni che, in un soggetto particolarmente fragile e con sentimenti di “hoplesness e helplesness”, possono portare al gesto fatale.

Per quanto riguarda i due detenuti che si sono dati la morte in carcere, in letteratura la morte in carcere viene spesso interpretata come tentativo di rivendicazione del proprio status di uomo libero e autodeterminantesi di fronte all'oppressione più o meno totale; possono anche influire una paura estrema, la depressione o scompensi psicotici acuti (altre cause scatenanti possono essere rappresentate da cattive notizie dall'esterno, violenza sessuale, improvviso isolamento, inaspettata lunga condanna, senso di colpa per il reato compiuto, violenza fisica o morale da parte di altri detenuti). Il suicidio rappresenta una non infrequente causa di morte nelle carceri. In Italia, secondo i dati del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, dal 1990 al 2010 si sono verificati 1093 suicidi. I detenuti si suicidano con una frequenza circa 19 volte maggiore rispetto alla popolazione generale della corrispondente fascia di età. Nella fascia d'età compresa tra i 20 ed i 30 anni, che rappresenta circa il 36% della popolazione carceraria, si verifica circa un terzo dei suicidi; mentre nella fascia di età compresa fra i 30 ed i 40 anni, corrispondente al 27% della popolazione carceraria, ne vengono commessi più di un quarto. A togliersi la vita sono più frequentemente i detenuti italiani rispetto agli stranieri. La presenza di questi ultimi rappresenta circa il 30% dell'intera popolazione carceraria con una percentuale di suicidi del 16% circa. Tale dato potrebbe tuttavia risultare sottostimato, tenendo conto delle maggiori difficoltà nel raccogliere notizie sui decessi relativi ai detenuti stranieri. Anche il numero complessivo dei suicidi in carcere è probabilmente sottostimato: esemplificativi potrebbero essere i casi di detenuti che, dopo aver tentato di uccidersi all'interno dell'istituto, muoiono, successivamente, in ambulanza o in ospedale. Tali decessi non vengono, infatti, rubricati come atti suicidario avvenuto in

carcere.

Anche il caso del militare suicidatosi durante il servizio di leva trova forse una sua spiegazione nella difficoltà di adattamento e nello stress insuperabile connessi ad una vita completamente diversa da quella a cui il ragazzo era abituato.

E' stato spesso rilevato in letteratura che le persone che esercitano una professione sanitaria sono particolarmente esposte al rischio di suicidio; la nostra casistica, seppur numericamente limitata, sembra confermare questo dato e a maggior ragione se si considera la giovane età dei suicidi osservati, che non erano sicuramente esposti da molto tempo alla sofferenza incontrata durante la pratica clinica. O, forse, proprio l'impreparazione ad affrontare la sofferenza ha contribuito alla genesi acuta di angoscia intollerabile, non ancora elaborata, alla quale la persona solo con il passare del tempo può abituarsi.

Una spiegazione ultima del gesto suicidario sembra però essere, nella gran parte dei casi, impossibile e tale consapevolezza viene espressa da Jaspers: "*chi da vicino ha preso parte direttamente al dramma di un suicidio, se è dotato di un qualche senso di umanità ed è un po' inclinato a vedere chiaro nelle cose dell'anima, troverà che nel fatto bisogna riconoscere che non c'è un unico motivo che possa da sé solo spiegare l'avvenimento. In fin dei conti rimane sempre un mistero*"⁴³².

Analizzando i risultati della nostra casistica, colpisce certamente il dato di agosto, mese di vacanza e di divertimento, specie per i soggetti giovani che o non vanno a scuola o non lavorano, ma aspettano con ansia il mese del caldo per andare in vacanza. Evidentemente questo periodo è anche pieno di sofferenza e la mancanza delle occupazioni abituali sembra slatentizzare le angosce e la solitudine fino a potere spingere a compiere l'atto estremo del togliersi la vita. Anche nel periodo delle festività natalizie vi è stato un numero

⁴³² Jaspers K. (1948), *La mia filosofia*, Einaudi, Torino

consistente di casi, il che conferma l'opinione comune circa l'esistenza di periodi ad maggiore rischio.

Per quanto concerne le fasce d'orario che sembrano essere, secondo la letteratura, più a rischio, per lo meno riferendosi alle notizie provenienti dai servizi ospedalieri di Pronto Soccorso, si può dire che vengono ricoverati la maggior parte di soggetti che hanno tentato di togliersi la vita tra le ore 18.00 e le 23.00. Ciò sembra essere dovuto alla recrudescenza dell'angoscia e dell'ideazione di morte indotta dal calare della notte, così come i sentimenti di solitudine si accentuano all'inizio della sera in molti soggetti in difficoltà.

Interessante risulta essere, nella nostra casistica, il fatto che fra i giovanissimi, cioè fra i soggetti compresi fra i dodici e i sedici anni, il suicidio sia stato effettuato sempre all'interno della propria abitazione, eccezion fatta per un caso all'interno della scuola. Questo dato suggerisce che la casa risulta ancora essere il luogo preferito della vita e dei pensieri del ragazzo, che con il suo atto "coinvolge", più o meno consapevolmente, ma certo pesantemente, la famiglia, che a volte deve perfino assistere (o comunque partecipare, in un caso mediante registrazione audio) alla sofferenza che il giovane si autoinfligge. Invece, la crescente scelta di un luogo al di fuori delle proprie mura domestiche con l'innalzamento dell'età nasconde, forse, la volontà di non essere scoperti e soccorsi, evidenziando così una maggiore determinazione del gesto, ma ciò può anche fare supporre che nei soggetti sia presente un profondo senso di solitudine che non trova nella casa la protezione e l'aiuto che vorrebbe/dovrebbe trovare .

Dati ufficiali riportati nelle sezioni precedenti attestano che dal 1994-96 si è avuta una riduzione del numero di suicidi compiuti dai giovanissimi, fra i quattordici e i diciassette anni, mentre quello attuato fra "giovani adulti" (18-24 anni) risulterebbe essere sei volte maggiore e in aumento negli ultimi anni.

Ogni suicidio, e specialmente quello attuato da un soggetto ancora giovane e con tutto il futuro davanti a sé, è sicuramente espressione di una tragedia che si svolge sulla scena di una profonda disperazione che sembra non trovare altra via di uscita, se non quello della fuga estrema dalla vita. Alla genesi di tale gesto concorrono fattori personali, familiari e ambientali con importanza variabile da un caso all'altro, tant'è che risulta essere arduo, se non impossibile, riuscire ad identificare, a posteriori, quale delle molteplici cause intervenute, sia stata quella predominante o scatenante.

Paradigmatica risulta essere la dolorosa domanda, che spesso rimane sempre senza risposta, della famiglia della vittima: "perché l'ha fatto?". Domanda questa alla quale, come affermato da Pommereau, *"nemmeno le persone che mettono consapevolmente in gioco la propria vita sanno dare una risposta, dato che non sanno che l'evento o il vissuto cui attribuiscono in propri tormenti ne nasconde altri, e che la stessa incapacità di risalire alle origini della propria sofferenza costituisce la molla principale del passaggio all'atto"*⁴³³.

Diversi studi riguardanti il gesto autosoppressivo di un giovane, hanno di volta in volta evidenziato problematiche inerenti il contesto familiare e/o socio-ambientale, o la presenza di disturbi o conflitti individuali, quali cause. Il gesto può essere la risposta ad un vissuto di inadeguatezza e, allo stesso tempo, un atto rivendicativo nei confronti delle persone che hanno contribuito a determinare tale sentimento.

Uno studio effettuato a Crema ha messo in evidenza che anche il tentato suicidio risulta essere particolarmente frequente nell'età giovanile, periodo in cui emergono i problemi legati all'acquisizione di una identità personale e di una stabilità emotivo-affettiva e sociale. I tentativi di suicidio rappresentano un

⁴³³ Pommereau X. (1999), *La tentazione estrema. Gli adolescenti e il suicidio, op. cit.*

segnale importante di disagio sociale ed esistenziale delle giovani generazioni che richiedono una maggiore attenzione e maggiori iniziative di supporto⁴³⁴.

Dalla letteratura emerge che, spesso, gli adolescenti e i bambini che tentano il suicidio hanno in comune una lunga storia di difficoltà nelle relazioni interpersonali e familiari.

Shneidman ha definito il suicidio come "l'atto umano di autoinfliggersi *intenzionalmente* la cessazione della vita"⁴³⁵. Preadolescente e adolescenti si rendono conto realmente di quello che fanno? Vogliono veramente la morte? A questo proposito, Ringel afferma che "*il suicidio non può realmente essere scelto, dal momento che una forte e soverchiante compulsione interna rende ogni ipotetica libera scelta nulla e priva di significato*"⁴³⁶.

Franco Fornari considera di fondamentale importanza, nella fenomenologia dell'atto suicida, l'ansia depressiva causata dalla perdita dell'oggetto amato e, di conseguenza, in quest'ottica, il suicidio rappresenta il disperato tentativo di vedere riaffermato il proprio rapporto con l'oggetto perso. Inoltre, Fornari sottolinea l'aspetto metacomunicativo dell'autoaggressione, che il suicida rappresenterebbe con "una negazione della morte", ritenendo infatti che il suicida ricerchi disperatamente il suo rapporto col mondo, sebbene in apparenza neghi tale rapporto⁴³⁷.

Per quanto concerne il suicidio del bambino, secondo Franchini esso risulta essere un evento eccezionale, in quanto a quell'età l'istinto di conservazione è, di norma, ancora profondamente radicato. Questa situazione

⁴³⁴ Corradi T., Iacchetti D., Dedé D., Regonesi M.G. (1992), *I tentativi di suicidio Crema. Chi, come, quando, perché?*, Riv. Sper. Freniatr., vol. CXVI, n°4, pp.702-716

⁴³⁵ Shneidman E.S. (1973), *Suicide*, Encyclopaedia Britannica, William Benton, Chicago

⁴³⁶ Ringel E. (1980), *Suicide Prevention and the value of human life*, in, Battin M.P., Mayo D.J., (Eds.) *Suicide: The Philosophical Issue*, St. Martin's Press, New York

⁴³⁷ Fornari F. (1967), *Osservazioni psicoanalitiche sul suicidio*, Rivista di Psicoanalisi, Vol.13 (1), pp. 21-36

tenderebbe invece a modificarsi nel soggetto pubere e adolescente, epoche in cui i sentimenti subiscono forti oscillazioni con tendenza alle esplosioni affettive, alle crisi di collera, poco o nulla motivate, che possono alternarsi con periodi di disperazione angosciosa. Il gesto può risultare da un impulso subitaneo, ma anche essere il risultato di una lunga meditazione pessimista o per una insopportabile noia della vita; possono naturalmente influire anche traumi psichici, dispiaceri e delusioni⁴³⁸.

La nostra ricerca casistica ha evidenziato, nell'arco di venti anni, una frequenza estremamente bassa di suicidi attuati da bambini (nessun suicidio al di sotto dei dodici anni e anche fino ai sedici anni questo fenomeno risulta comunque estremamente raro). In questi casi non siamo venuti a conoscenza della presenza di eventuali disturbi psichici presenti, anche se il fattore depressivo era forse presente. Secondo la letteratura a riguardo, quasi tutti i bambini che mettono in atto il suicidio presenterebbero segni di disordine psichiatrico, con netta prevalenza della depressione a volte accertata, spesso mascherata da comportamenti iperattivi o delinquenti. Inoltre questi bambini percepirebbero il loro ambiente familiare estremamente stressante, poco coeso e altamente conflittuale⁴³⁹.

Il suicidio del bambino è molto raro e viene comunemente inquadrato in una delle seguenti tipologie: a) il suicidio infantile viene a configurarsi come emotivo-compulsivo, cioè come un meccanismo incoercibile simile alla crisi convulsiva o, per meglio dire, simile al raptus suicida amnesico degli epilettici gravi; è una forma reattiva infantile a situazioni particolari di stress insopportabile, sulla falsariga del ridere e del piangere: è assai raro; b) altre volte il suicidio infantile è immaginario: nasce cioè da imitazione ricreativa immaginativa di un atto che può anche essere oggettivamente diverso; in tale

⁴³⁸ Franchini A. (1985), *Problemi attuali della medicina legale dell'età evolutiva*, Riv. It. Med. Leg., VII, pp.1139-1147

⁴³⁹ Asarnow J.R., Carlson G.A., Guthrie D. (1987), *Coping strategies, self-perceptions, hopelessness and perceived family environment in depressed and suicidal children*, J. Consulting and Clinical Psychology, 55 (6), p. 361

caso scatta un meccanismo di identificazione proiettiva; c) vi è poi il suicidio relativo alla cattiva elaborazione del lutto conseguente la perdita degli oggetti amati: sarà la morte di uno o di entrambi i genitori, sarà un divorzio, una separazione ecc. Per il bambino, la perdita è catastrofica e le reazioni al dolore parossistiche: dallo shock all'angoscia, dalla paura alla vergogna ed alla rabbia. I sentimenti di solitudine ed abbandono sono inaccettabili ed il bambino cerca per ogni dove la persona amata ripetendo ossessivamente gli ultimi vissuti insieme⁴⁴⁰.

Secondo diversi studi, nell'adolescente suicida si rileva, come si è detto, una elevata percentuale di disturbi depressivi o storia di abuso di alcol o di sostanze stupefacenti⁴⁴¹.

Adolescenti e bambini che tentano il suicidio o lo attuano hanno spesso in comune una lunga storia di difficoltà nelle relazioni interpersonali e familiari.

Se vogliamo usare una interpretazione molto concisa usata più di un secolo fa, possiamo dire che il suicidio rappresenta un mezzo di eliminazione dei caratteri più deboli, incapaci di affrontare la lotta evolutiva per la vita (Morselli, 1879).

Un suicidio rappresenta sempre un atto di rottura non spiegabile necessariamente (e, spesso, non solo) con la presenza di una malattia mentale: anche se una sintomatologia ansioso-depressiva risulta essere frequente nei giovani interessati, il passaggio all'atto, secondo la letteratura, risulta essere in relazione causale con una forma psicopatologica conclamata solo in un caso su cinque. È preferibile parlare piuttosto di vulnerabilità psichica, derivante da una fragilità narcisistica, un'intolleranza alla perdita (specie dei legami parentali o

⁴⁴⁰ Lodi M. (1991), *Suicidio. Breve excursus storico, rapporto con la morte e sintesi psicodinamica. Infanzia, adolescenza e vecchiaia*, Attualità in Psicologia, vol.6, n°4

⁴⁴¹ Hoberman H.M., Garfinkel B.D. (1988), *Completed suicide in children and adolescents*, J.Academy Child and Adolescent Psychiatry, 6(11), p. 689

dei loro sostituti) e una forte dipendenza da questi stessi legami fondamentali. Il passaggio all'atto va a sostituire una presa di coscienza insopportabile e mira a sostituirsi a una realtà interna o esterna vissuta come traumatica e dolorosa. Ai sentimenti di dipendenza e ai legami che li minacciano o li alienano, i soggetti rispondono mediante l'agire, con l'illusione di esercitare un controllo, un dominio onnipotente, sulla propria sofferenza. "Voler farla finita" può significare allo stesso tempo rompere legami di dipendenza ma, allo stesso tempo, perpetuarli, imponendo la propria eterna presenza postuma nel mondo dei sopravvissuti; morire in questa vita per rinascere in una migliore⁴⁴².

L'agire è la risultante di una difficoltà o di una impossibilità di concettualizzazione: esso si sostituisce alla parola (quella che dà voce ai sentimenti o alle emozioni) e assume diverse forme, schematicamente distinguibili, secondo Pommereau, in due grandi categorie: i passaggi all'atto veri e propri (la contrapposizione attiva, la violenza) e i passaggi all'atto per sottrazione (il ritirarsi, l'evitare), con motivazioni che restano per lo più inconse, pur essendo altamente rivelatrici. La propensione all'agire è classica dell'adolescente. Quello che però deve attirare l'attenzione è la sua costanza, la reiterazione e il crescendo delle manifestazioni espresse, in quanto segni di una sofferenza incapace di esprimersi altrimenti. Il passaggio all'atto suicida è il segno tangibile che chi lo attua è in grande difficoltà⁴⁴³.

Una frase ci sembra molto illuminata per parlare di suicidio: "*il suicidio non porta soluzioni, soltanto la fine della lotta*"⁴⁴⁴.

Cazzullo ha esaminato la dinamica del tentato suicidio nel periodo della crisi adolescenziale: il gesto autolesivo è vissuto più o meno consciamente dai soggetti secondo tre modalità fondamentali: a) come modalità di fuga: il sottrarsi alla situazione difficile come unica arma per dominarla; b) come modalità

⁴⁴² Pommereau X. (1999), *La tentazione estrema. Gli adolescenti e il suicidio*, op. cit.

⁴⁴³ Pommereau X. (1999), *La tentazione estrema. Gli adolescenti e il suicidio*, op. cit.

⁴⁴⁴ Winnicott D.W. (1974), *Gioco e Realtà*, Armando, Roma

eteroaggressiva di riscatto verso l'ambiente: il protestare allo scopo di vendicarsi nei confronti di persone ritenute responsabili della propria infelicità ovvero di ottenere da loro amore e affetto; c) come una modalità autoaggressiva: il riflettere verso di sé l'odio per il genitore (assente o oppressivo), determinante senso di colpa, così da realizzare, attraverso l'atto espiatorio, la riunione con il super-io protettivo e riconquistare il senso dell'autonomia.⁴⁴⁵

Nelle grandi metropoli, ove l'industrializzazione smantella i legami propri della famiglia tradizionale senza offrire valide alternative, l'esistenza di una "folla solitaria" è un fenomeno assai accentuato: l'ansiosa ricerca di relazioni interpersonali significative, il senso di straniamento e di morte sociale, il sentirsi emarginati a una solitudine senza scopo, appaiono sentimenti che coinvolgono un numero certamente ignoto, ma sicuramente rilevante, di persone. In particolare fra gli anziani, che più non godono dei vantaggi della famiglia patriarcale, e fra i bambini e gli adolescenti, sempre più precocemente affidati ad istituzioni extra-familiari per la loro formazione, la tendenza al suicidio sembra in aumento.

Durante un'intervista concessa da Primo Levi nel 1983, morto suicida alcuni anni più tardi, egli ebbe ad esprimersi nel seguente modo riguardo al suicidio: "*...nessuno, secondo me, è in grado di capire il suicidio; perlopiù non lo capisce neppure il suicida: è raro che chi si uccide sappia la vera ragione per cui lo fa.*"

Il suicida in realtà rifiuta di vivere quella vita ma desidera viverne, forse, una diversa.

⁴⁴⁵ Cazzullo C.L. (1964), *La dinamica del tentato suicidio nel periodo della crisi adolescenziale*, Homa, anno V, p.29

BIBLIOGRAFIA⁴⁴⁶

ABELL, W.D. et al. Suicide ideation in Jamaican youth: sociodemographic prevalence, protective and risk factors. **West Indian Med J**, v. 61, n. 5, p. 521-5, Aug 2012.

ISSN 0043-3144

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23441376>

Adams D.M., Overhiser J.C., Lehnert K.L. (1994), Perceived family functioning and adolescent suicidal behavior, **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry**, 33(4), 498-507

AFIFI, M. Adolescent suicide in the Middle East: ostrich head in sand. **Bull World Health Organ**, v. 84, n. 10, p. 840, Oct 2006.

ISSN 0042-9686

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17128365>

Albanesi G. (1992), Indagine epidemiologica sulle condotte suicidarie nella popolazione generale di Piombino, **Riv. Sper. Freniatr.**, vol. CXVI, n°3, pp.546-556

Albè R., Merzagora I., Pettorossi R. (1988), Del suicidio: aspetti statistici, clinici e medico-legali nel settore milanese, **Arch. Med. Leg. Ass.**, 10, 26-46

APTER, A. Adolescent suicide and attempted suicide. **Isr Med Assoc J**, v. 4, n. 4, p. 283-4, Apr 2002.

ISSN 1565-1088

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12001704>

Asarnow J.R., Carlson G.A., Guthrie D. (1987), Coping strategies, self-perceptions, hopelessness and perceived family environment in depressed and suicidal children, **J. Consulting and Clinical Psychology**, 55 (6), p. 361

AZRAEL, D. et al. Youth suicide: insights from 5 years of Arizona Child Fatality Review Team data. **Suicide Life Threat Behav**, v. 34, n. 1, p. 36-43, 2004.

ISSN 0363-0234

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15106886>

Bacci M., Bulletti S., Righi S. (1989), Il suicidio dell'adolescente. Riflessioni sull'ultimo messaggio di un quattordicenne, **Rass. Criminologia**, vol.XX, fasc.1, pp. 97-102

BALIS, T.; POSTOLACHE, T. T. Ethnic Differences in Adolescent Suicide in the United

⁴⁴⁶ Le voci bibliografiche con i cognomi degli autori in maiuscolo sono relative al capitolo 2. Tutte le altre voci bibliografiche sono relative agli altri capitoli.

States. **Int J Child Health Hum Dev**, v. 1, n. 3, p. 281-296, Jan 2008.
ISSN 1939-5965
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20352033>

BALÁZS, J. et al. Adolescent subthreshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. **J Child Psychol Psychiatry**, v. 54, n. 6, p. 670-7, Jun 2013.
ISSN 1469-7610
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23330982>

BARTIK, W. et al. Adolescent survivors after suicide: Australian young people's bereavement narratives. **Crisis**, v. 34, n. 3, p. 211-7, 2013.
ISSN 0227-5910
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23357218>

BEAUTRAIS, A. L. Child and young adolescent suicide in New Zealand. **Aust N Z J Psychiatry**, v. 35, n. 5, p. 647-53, Oct 2001.
ISSN 0004-8674
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11551281>

BECK-LITTLE, R.; CATTON, G. Child and adolescent suicide in the United States: a population at risk. **J Emerg Nurs**, v. 37, n. 6, p. 587-9, Nov 2011.
ISSN 1527-2966
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21975273>

BELLA, M. E. et al. Analysis of mortality from suicide in children, adolescents and youth. Argentina, 2005-2007. **Arch Argent Pediatr**, v. 111, n. 1, p. 16-21, 2013 Jan-Feb 2013.
ISSN 1668-3501
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23381700>

BELLA, M. E.; FERNÁNDEZ, R. A.; WILLINGTON, J. M. Depression and the conduct disorder are the most frequent pathologies in child and adolescent suicide attempt. **Arch Argent Pediatr**, v. 108, n. 2, p. 124-9, Apr 2010.
ISSN 1668-3501
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20467707>

Blumenhal S.J. (1988), Suicide: A guide to risk factors assesment, and treatment of suicidal patients, **Medical Clinics of Norh America**, 72, pp. 937-971

BORGES, G. et al. Suicide ideation, plan, and attempt in the Mexican adolescent mental health survey. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 47, n. 1, p. 41-52, Jan 2008.
ISSN 0890-8567

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18174824>

BOROWSKY, I. W.; IRELAND, M.; RESNICK, M. D. Adolescent suicide attempts: risks and protectors. **Pediatrics**, v. 107, n. 3, p. 485-93, Mar 2001.

ISSN 1098-4275

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11230587>

BRENT, D. A.; APTER, A. Adolescent suicide and suicidal behavior: a time to assess and a time to treat. **Isr J Psychiatry Relat Sci**, v. 40, n. 3, p. 159-62, 2003.

ISSN 0333-7308

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14619673>

BRIDGE, J. A.; BARBE, R. P.; BRENT, D. A. Recent trends in suicide among U.S. adolescent males, 1992-2001. **Psychiatr Serv**, v. 56, n. 5, p. 522, May 2005.

ISSN 1075-2730

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15872158>

BRIDGE, J. A.; GOLDSTEIN, T. R.; BRENT, D. A. Adolescent suicide and suicidal behavior. **J Child Psychol Psychiatry**, v. 47, n. 3-4, p. 372-94, 2006 Mar-Apr 2006.

ISSN 0021-9630

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16492264>

Bruno F., Roli G.A., Costanzo S. (1988), Il suicidio, in (a cura di) Ferracuti F., Trattato di criminologia, medicina criminologica e psichiatria forense, vol. 7, Criminologia dei reati omicidiari e del suicidio, **Giuffrè**, Milano, pp. 239-276

BURSZTEIN, C.; APTER, A. Adolescent suicide. **Curr Opin Psychiatry**, v. 22, n. 1, p. 1-6, Jan 2009.

ISSN 1473-6578

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19122527>

BYARD, R. W. et al. Early adolescent suicide: a comparative study. **J Clin Forensic Med**, v. 7, n. 1, p. 6-9, Mar 2000.

ISSN 1353-1131

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16083642> .

CAMPO, J. V. Youth suicide prevention: does access to care matter? **Curr Opin Pediatr**, v. 21, n. 5, p. 628-34, Oct 2009.

ISSN 1531-698X

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19644371>

CARTER, G. L.; ISSAKIDIS, C.; CLOVER, K. Correlates of youth suicide attempters in Australian community and clinical samples. **Aust N Z J Psychiatry**, v. 37, n. 3, p. 286-93, Jun 2003.

ISSN 0004-8674

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12780466>

CASH, S. J.; BRIDGE, J. A. Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior. **Curr Opin Pediatr**, v. 21, n. 5, p. 613-9, Oct 2009.

ISSN 1531-698X

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19644372>

CASH, S. J. et al. Adolescent suicide statements on MySpace. **Cyberpsychol Behav Soc Netw**, v. 16, n. 3, p. 166-74, Mar 2013.

ISSN 2152-2723

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23374167>

Castellani G. (1994), Analisi del fenomeno suicidario nella casistica del settore medico legale di Verona (1980-89), **Rass. Criminol.**, anno V, n° 1

Cavan R. (1928), *Suicide*, **University of Chicago Press**, Chicago

Cazzullo C.L. (1964), La dinamica del tentato suicidio nel periodo della crisi adolescenziale, **Homa**, anno V, p. 29

CHANG, H. J. et al. Gender and age differences among youth, in utilization of mental health services in the year preceding suicide in Taiwan. **Community Ment Health J**, v. 48, n. 6, p. 771-80, Dec 2012.

ISSN 1573-2789

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22105719>

CHIOU, P. N.; CHEN, Y. S.; LEE, Y. C. Characteristics of adolescent suicide attempters admitted to an acute psychiatric ward in Taiwan. **J Chin Med Assoc**, v. 69, n. 9, p. 428-35, Sep 2006.

ISSN 1726-4901

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17051754>

CHLEBUS, P. M. Risk factors for adolescent suicide. A review of evidence-based identification. **Adv Nurse Pract**, v. 12, n. 2, p. 49-54, 56, Feb 2004.

ISSN 1096-6293

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14986492>

CHUNG, S. S.; JOUNG, K. H. Risk factors related to suicidal ideation and attempted suicide: comparative study of Korean and American youth. **J Sch Nurs**, v. 28, n. 6, p. 448-58, Dec 2012.

ISSN 1546-8364

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22554898>

Colson D. (a cura di), Il caso italiano, in, Pommereau X., La tentazione estrema. Gli adolescenti e il suicidio, **Nuova Pratiche Editrice**, Milano, 1999, p. 289

COLUCCI, E.; MARTIN, G. Ethnocultural aspects of suicide in young people: a systematic literature review part 1: Rates and methods of youth suicide. **Suicide Life Threat Behav**, v. 37, n. 2, p. 197-221, Apr 2007.

ISSN 0363-0234

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17521273>

Comoretto N., Desinan L. (2000), Osservazioni sui casi di suicidio risultanti dall'archivio della Cattedra di Medicina Legale dell'Università degli Studi di Udine, in (a cura di) De Ferrari F., Cerri N., Conti A., "La metodologia medico-legale nella prassi forense", **Abstracts**, Milano

Comune di Varese - Ufficio Statistica, Popolazione residente nella provincia varesina nel periodo 1980-1999

Cornier H., Klerman G. (1985), Unemployment and male-female labor force participation as determinants of changing suicide rates of males and females in Quebec, **Social Psychiatry**, 20, 109-114

Corradi T., Iacchetti D., Dedé D., Regonesi M.G. (1992), I tentativi di suicidio Crema. Chi, come, quando, perché?, **Riv. Sper. Freniatr.**, vol. CXVI, n°4, pp. 702-716

COSKUN, M.; ZOROGLU, S.; GHAZIUDDIN, N. Suicide rates among Turkish and American youth: a cross-cultural comparison. **Arch Suicide Res**, v. 16, n. 1, p. 59-72, 2012.

ISSN 1543-6136

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22289028>

D'AUGELLI, A. R. et al. Predicting the suicide attempts of lesbian, gay, and bisexual youth. **Suicide Life Threat Behav**, v. 35, n. 6, p. 646-60, Dec 2005.

ISSN 0363-0234

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16552980>

De Fazio F., Luzzago A. (1983), Il suicidio in Emilia-Romagna, **Giuffrè**, Milano

De Leo D., Pavan L., Baconcini C., Condotta suicidaria, in AA.VV., Trattato italiano di Psichiatria, cap.62, **Masson**, Milano, 1993, p.2041

DERVIC, K. et al. Youth suicide risk factors and attitudes in New York and Vienna: a cross-cultural comparison. **Suicide Life Threat Behav**, v. 36, n. 5, p. 539-52, Oct 2006.

ISSN 0363-0234

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17087633>

Deshaies G. (1947), *Psychologie du suicide*, **Presses Universitaires de France**, Paris

DIESERUD, G. et al. Adolescent suicide attempts in Bærum, Norway, 1984-2006. **Crisis**, v. 31, n. 5, p. 255-64, 2010.

ISSN 0227-5910

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21134845>

Durkheim E. (1897), *Le suicide: etude de sociologie*, Paris, Puf; traduzione italiana *Il suicidio. L'educazione morale*, (1969) Torino, **UTET**

ECKERSLEY, R.; DEAR, K. Cultural correlates of youth suicide. **Soc Sci Med**, v. 55, n. 11, p. 1891-904, Dec 2002.

ISSN 0277-9536

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12406459>

EISENBERG, T. L. et al. Youth suicide in Wisconsin: mortality, hospitalizations, and risk factors. **WMJ**, v. 104, n. 7, p. 54-8, 69, Sep 2005.

ISSN 1098-1861

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16294601>

ELIASON, M. Introduction to special issue on suicide, mental health, and youth development. **J Homosex**, v. 58, n. 1, p. 4-9, 2011.

ISSN 1540-3602

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21213173>

ENGQVIST, U.; RYDELIUS, P. A. Death and suicide among former child and adolescent psychiatric patients. **BMC Psychiatry**, v. 6, p. 51, 2006.

ISSN 1471-244X

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17081290>

Eurispes, "Rapporto Italia '96. Percorsi di ricerca nella società italiana", **Koiné**, Roma, 1996

Evenson R., Wood J., et al. (1982), Suicide rates among public health patients, **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 66, pp. 254-264

FARAND, L.; RENAUD, J.; CHAGNON, F. Adolescent suicide in Quebec and prior utilization of medical services. **Can J Public Health**, v. 95, n. 5, p. 357-60, 2004 Sep-Oct 2004.

ISSN 0008-4263

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15490925>

Farina B., Sarchiapone M. (1966), Comorbilità tra tentato suicidio e disturbi di personalità: una rassegna della letteratura, **Riv. Sper. Freniatr.**, vol.CXX, n°6, pp. 1177-1187

FEIGELMAN, W.; GORMAN, B. S. Assessing the effects of peer suicide on youth suicide. **Suicide Life Threat Behav**, v. 38, n. 2, p. 181-94, Apr 2008.

ISSN 0363-0234

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18444776>

FLANNERY, W. P.; SNEED, C. D.; MARSH, P. Toward an empirical taxonomy of suicide ideation: a cluster analysis of the youth risk behavior survey. **Suicide Life Threat Behav**, v. 33, n. 4, p. 365-72, 2003.

ISSN 0363-0234

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14695051>

Fornari F. (1967), Osservazioni psicoanalitiche sul suicidio, **Rivista di Psicoanalisi**, Vol.13 (1), pp. 21-36

FOWLER, K. A. et al. Epidemiological investigation of a youth suicide cluster: Delaware 2012. **Del Med J**, v. 85, n. 1, p. 15-9, Jan 2013.

ISSN 0011-7781

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23513329>

Frances A. (1986), Personality and suicide, **Annals of New York Academy of Sciences**, 487, pp. 281-293

Franchini A. (1985), Problemi attuali della medicina legale dell'età evolutiva, **Riv. It. Med. Leg.**, VII, pp.1139-1147

Freud S. (1916), Lutto e melanconia. In: Opere Vol. VIII Torino, **Boringhieri**, 1976

GANZ, D.; SHER, L. Adolescent suicide in New York City: plenty of room for new research. **Int J Adolesc Med Health**, v. 24, n. 2, p. 99-104, 2012.

ISSN 0334-0139

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22909918>

GAROFALO, R. et al. Sexual orientation and risk of suicide attempts among a representative sample of youth. **Arch Pediatr Adolesc Med**, v. 153, n. 5, p. 487-93, May 1999.

ISSN 1072-4710

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10323629>

GILCHRIST, H.; SULLIVAN, G. The role of gender and sexual relations for young people in identity construction and youth suicide. **Cult Health Sex**, v. 8, n. 3, p. 195-

209, 2006 May-Jun 2006.

ISSN 1369-1058

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16801222>

GIRARD, G. A.; SILBER, T. J. The aftermath of adolescent suicide: clinical, ethical, and spiritual issues. **Adolesc Med State Art Rev**, v. 22, n. 2, p. 229-39, ix, Aug 2011.

ISSN 1934-4287

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22106737>

GOULD, M. S. et al. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 42, n. 4, p. 386-405, Apr 2003.

ISSN 0890-8567

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12649626>

GRAY, D. et al. Utah youth suicide study, phase I: government agency contact before death. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 41, n. 4, p. 427-34, Apr 2002.

ISSN 0890-8567

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11931599>

GUÐMUNDSSON, O. Suicide amongst the adolescent [Editorial]. **Laeknabladid**, v. 87, n. 1, p. 7-9, Jan 2001.

ISSN 0023-7213

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16940678>

GÉRARD, N.; DELVENNE, V.; NICOLIS, H. The contagion of adolescent suicide: cultural, ethical and psychosocial aspects. **Rev Med Brux**, v. 33, n. 3, p. 164-70, 2012 May-Jun 2012.

ISSN 0035-3639

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22891588>

HAAVISTO, A. et al. Suicidal ideation and suicide attempts among child and adolescent psychiatric inpatients in Finland. **J Affect Disord**, v. 76, n. 1-3, p. 211-21, Sep 2003.

ISSN 0165-0327

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12943951>

HAGEDORN, J.; OMAR, H. Retrospective analysis of youth evaluated for suicide attempt or suicidal ideation in an emergency room setting. **Int J Adolesc Med Health**, v. 14, n. 1, p. 55-60, 2002 Jan-Mar 2002.

ISSN 0334-0139

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12467207>

HALLFORS, D. D. et al. Adolescent depression and suicide risk: association with sex

and drug behavior. **Am J Prev Med**, v. 27, n. 3, p. 224-31, Oct 2004.

ISSN 0749-3797

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15450635>

HAMILTON, T. Youth suicide in Australasia. **Emerg Med (Fremantle)**, v. 14, n. 1, p. 8, Mar 2002.

ISSN 1035-6851

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11993840>

HAMMOND, D. et al. Adolescent suicide problems. **J Okla State Med Assoc**, v. 97, n. 2, p. 78-82, Feb 2004.

ISSN 0030-1876

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15061467>

HATZENBUEHLER, M. L. The social environment and suicide attempts in lesbian, gay, and bisexual youth. **Pediatrics**, v. 127, n. 5, p. 896-903, May 2011.

ISSN 1098-4275

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21502225>

HE, Z. X.; YANG, B.; LESTER, D. Suicide notes of Chinese youth. **Percept Mot Skills**, v. 93, n. 1, p. 317-8, Aug 2001.

ISSN 0031-5125

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11693703>

Henry A., Short J. (1964), Suicide and homicide, **Free Press**, Glencoe

Hoberman H.M., Garfinkel B.D. (1988), Completed suicide in children and adolescents, **J. Academy Child and Adolescent Psychiatry**, 6(11), p. 689

Holinger P.C. (1978), Adolescent suicide: an epidemiological study of recent trends, **Am. J. of Psychiatry**, 135, 754-6

HONG, J. S.; ESPELAGE, D. L.; KRAL, M. J. Understanding suicide among sexual minority youth in America: an ecological systems analysis. **J Adolesc**, v. 34, n. 5, p. 885-94, Oct 2011.

ISSN 1095-9254

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21303716>

Horesh N., Gothelf D., Olef H., Weizman T., Apter A. (1999), Impulsivity as a correlate of suicidal behavior in adolescent psychiatric inpatients, **Crisis**, 20(1): 8-14

Horesh N., Rolnick T., Iancu I., Dannon P., Lepkifker E., Apter A., Kotler M. (1997), Anger, impulsivity and suicidal risk, **Psychother Psychosom.**, 66(2)

HÜGLER, S. Risk factors and prevention of youth suicide. **Dtsch Med Wochenschr**, v. 137, n. 20, p. p17, May 2012.

ISSN 1439-4413

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22614915>

ISTAT, Bollettino, serie 1970, 1994

ISTAT, Immagini della società italiana, Roma, 1988

ISTAT, Statistiche giudiziarie e penali, Milano, 1984-1997

JAMA patient page. Adolescent suicide. **JAMA**, v. 286, n. 24, p. 3194, Dec 2001.

ISSN 0098-7484

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11787490>

Jaspers K. (1948), La mia filosofia, **Einaudi**, Torino

JIANG, Y.; PERRY, D. K.; HESSER, J. E. Adolescent suicide and health risk behaviors: Rhode Island's 2007 Youth Risk Behavior Survey. **Am J Prev Med**, v. 38, n. 5, p. 551-5, May 2010.

ISSN 1873-2607

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20409502>

KARCH, D. L. et al. Precipitating circumstances of suicide among youth aged 10-17 years by sex: data from the National Violent Death Reporting System, 16 states, 2005-2008. **J Adolesc Health**, v. 53, n. 1 Suppl, p. S51-3, Jul 2013.

ISSN 1879-1972

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23790202>

KATO, K. et al. Frequency and clinical features of borderline personality disorder in adolescent suicide attempts in Japan. **Asian J Psychiatr**, v. 5, n. 4, p. 363-4, Dec 2012.

ISSN 1876-2026

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23174450>

KEITH, C. R. Adolescent suicide: perspectives on a clinical quandary. **JAMA**, v. 286, n. 24, p. 3126-7, Dec 2001.

ISSN 0098-7484

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11754679>

KING, C. A. et al. Adolescent suicide risk screening: the effect of communication about type of follow-up on adolescents' screening responses. **J Clin Child Adolesc Psychol**, v. 41, n. 4, p. 508-15, 2012.

ISSN 1537-4424

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22540534>

KING, R. A. et al. Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 40, n. 7, p. 837-46, Jul 2001. ISSN 0890-8567

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11437023>

KOSTENUIK, M.; RATNAPALAN, M. Approach to adolescent suicide prevention. **Can Fam Physician**, v. 56, n. 8, p. 755-60, Aug 2010.

ISSN 1715-5258

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20705879>

KUTCHER, S. P.; SZUMILAS, M. Youth suicide prevention. **CMAJ**, v. 178, n. 3, p. 282-5, Jan 2008.

ISSN 1488-2329

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18227445>

La Barbera D., Triscari M.T., Picone F. (1993), Considerazioni sulla incidenza delle condotte suicidarie in giovanissimi: ipotesi interpretative tra fantasie del mondo infantile e conflitti col mondo degli adulti, **Quad. Psich. Forense**, vol.II, n°1, pp. 141-152

LAHTI, A. et al. Youth suicide trends in Finland, 1969-2008. **J Child Psychol Psychiatry**, v. 52, n. 9, p. 984-91, Sep 2011.

ISSN 1469-7610

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21294729>

LANGLEY, J.; NADA-RAJA, S.; ALSOP, J. Changes in methods of male youth suicide: 1980-95. **N Z Med J**, v. 113, n. 1113, p. 264-5, Jul 2000.

ISSN 0028-8446

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10935562>

LEBSON, M. Suicide among homosexual youth. **J Homosex**, v. 42, n. 4, p. 107-17, 2002.

ISSN 0091-8369

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12243479>

LEVASSEUR, M. T.; KELVIN, E. A.; GROSSKOPF, N. A. Intersecting identities and the association between bullying and suicide attempt among New York city youths: results from the 2009 New York city youth risk behavior survey. **Am J Public Health**, v. 103, n. 6, p. 1082-9, Jun 2013.

ISSN 1541-0048

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23597376>

Lipschitz D.S., Winegar R.K., Nicolaou A.L., Hartnick E., Wolfson M., Southwick S.M. (1999), Perceived abuse and neglect as risk factors for suicidal behavior in adolescent inpatients, **J. Nerv. Ment. Dis.**, 187(1)

LITWILLER, B. J.; BRAUSCH, A. M. Cyber bullying and physical bullying in adolescent suicide: the role of violent behavior and substance use. **J Youth Adolesc**, v. 42, n. 5, p. 675-84, May 2013.

ISSN 1573-6601

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23381779>

Lodi M. (1991), Suicidio. Breve excursus storico, rapporto con la morte e sintesi psicodinamica. Infanzia, adolescenza e vecchiaia, **Attualità in Psicologia**, vol.6, n°4

LU, T. H. et al. Suicide method runs in families: a birth certificate cohort study of adolescent suicide in Taiwan. **Suicide Life Threat Behav**, v. 41, n. 6, p. 685-90, Dec 2011.

ISSN 1943-278X

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22145827>

MACNEIL, M. S. An epidemiologic study of aboriginal adolescent risk in Canada: the meaning of suicide. **J Child Adolesc Psychiatr Nurs**, v. 21, n. 1, p. 3-12, Feb 2008.

ISSN 1073-6077

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18269407>

Maggini C., Pintus A., Salvatore P. (1994), Disturbo borderline di personalità e suicidio, **Riv. Sper. Freniatr.**, Vol. CXVIII, n°4, 1994, pp. 533-560

Mangone E. (2009), Negazione del Sè e ricerca di senso. Il suicidio tra dato empirico e rappresentazione, **Franco Angeli**, Milano

MANOR, I.; VINCENT, M.; TYANO, S. The wish to die and the wish to commit suicide in the adolescent: two different matters? **Adolescence**, v. 39, n. 154, p. 279-93, 2004.

ISSN 0001-8449

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15563038>

Marttun M.J., Aro H.M., Lonnqvist J.K. (1992), Adolescent suicide: endpoint of long-term difficulties, **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry**, 31 (4)

MATHEW, A.; NANOO, S. Psychosocial stressors and patterns of coping in adolescent suicide attempters. **Indian J Psychol Med**, v. 35, n. 1, p. 39-46, Jan 2013.

ISSN 0253-7176

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23833341>

MATHUR, V. K.; FREEMAN, D. G. A theoretical model of adolescent suicide and some

evidence from US data. **Health Econ**, v. 11, n. 8, p. 695-708, Dec 2002.
ISSN 1057-9230
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12457370>

Maurri M., Covelli M.T. (1993), Biglietti dei suicidi, **Quad. Psich. Forense**, vol.II, n°1, pp. 153-168

MAZZA, J. J. et al. An examination of the validity of retrospective measures of suicide attempts in youth. **J Adolesc Health**, v. 49, n. 5, p. 532-7, Nov 2011.
ISSN 1879-1972
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22018569>

MCCLAIN, N. Adolescent suicide attempt: undisclosed secrets. **Pediatr Nurs**, v. 29, n. 1, p. 52-3, 2003 Jan-Feb 2003.
ISSN 0097-9805
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12630507>

MCMANAMA O'BRIEN, K. H. et al. Differentiating Adolescent Suicide Attempters from Ideators: Examining the Interaction between Depression Severity and Alcohol Use. **Suicide Life Threat Behav**, Jul 2013.
ISSN 1943-278X
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23889515>

MCMANAMA, P. M. Adolescent suicide in Australia: rates, risk and resilience. **Clin Child Psychol Psychiatry**, v. 18, n. 3, p. 351-69, Jul 2013.
ISSN 1461-7021.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23118313>

MCQUILLAN, C. T.; RODRÍGUEZ, J. Adolescent suicide: a review of the literature. **Bol Asoc Med P R**, v. 92, n. 1-3, p. 30-8, 2000 Jan-Mar 2000.
ISSN 0004-4849
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10846286>

MEDINA, C.; LUNA, G. Suicide attempts among adolescent Mexican American students enrolled in special education classes. **Adolescence**, v. 41, n. 162, p. 299-312, 2006.
ISSN 0001-8449
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16981618>

MENTI, E. et al. Smoking, psychosocial factors, psychopathologic behavior, and other related conditions in hospitalized youth suicide attempters. **Compr Psychiatry**, v. 48, n. 6, p. 522-8, 2007 Nov-Dec 2007.
ISSN 0010-440X
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17954137>

MOHLER, B.; EARLS, F. Trends in adolescent suicide: misclassification bias? **Am J Public Health**, v. 91, n. 1, p. 150-3, Jan 2001.

ISSN 0090-0036

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11189813>

Montolivo A. (1985), Il suicidio a Genova nel periodo 1978-1982. Ricerche sulla casistica del settore medico-legale, **Rass. Criminol.**, vol.XVI, fasc.2, pp. 303-335

MORRISON, L. L.; L'HEUREUX, J. Suicide and gay/lesbian/bisexual youth: implications for clinicians. **J Adolesc**, v. 24, n. 1, p. 39-49, Feb 2001.

ISSN 0140-1971

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11259069>

Morselli E. (1879), Il Suicidio, Saggio di statistica morale comparata, **Fratelli Dumolard**, Milano

MOSKOS, M. et al. Utah youth suicide study: psychological autopsy. **Suicide Life Threat Behav**, v. 35, n. 5, p. 536-46, Oct 2005.

ISSN 0363-0234

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16268770>

MOSKOS, M. A.; ACHILLES, J.; GRAY, D. Adolescent suicide myths in the United States. **Crisis**, v. 25, n. 4, p. 176-82, 2004.

ISSN 0227-5910

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15580853>

MOYER, V. A. Adolescent suicide: risk factors and prevention strategies. Foreword. **Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care**, v. 38, n. 4, p. 109, Apr 2008.

ISSN 1538-3199

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18328990>

MUSTANSKI, B.; LIU, R. T. A longitudinal study of predictors of suicide attempts among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. **Arch Sex Behav**, v. 42, n. 3, p. 437-48, Apr 2013.

ISSN 1573-2800

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23054258>

NOLEN, S. et al. Lifetime suicide attempts in juvenile assessment center youth. **Arch Suicide Res**, v. 12, n. 2, p. 111-23, 2008.

ISSN 1381-1118

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18340593>

NOVICK, L. F.; CIBULA, D. A.; SUTPHEN, S. M. Adolescent suicide prevention. **Am J**

Prev Med, v. 24, n. 4 Suppl, p. 150-6, May 2003.
ISSN 0749-3797
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12744997>

O'CONNELL, K. L. Child and adolescent suicide. **J Child Adolesc Psychiatr Nurs**, v. 25, n. 3, p. 111-2, Aug 2012.
ISSN 1744-6171
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22830507>

ORES, L. A. C. et al. Suicide risk and health risk behavior among youth between the ages of 18 and 24 years: a descriptive study. **Cad Saude Publica**, v. 28, n. 2, p. 305-12, Feb 2012.
ISSN 1678-4464
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22331156>

OSMAN, A. et al. A preliminary validation of the Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) inventory with normal adolescent samples. **J Clin Psychol**, v. 59, n. 4, p. 493-512, Apr 2003.
ISSN 0021-9762
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12652640>

PAGÈS, F. et al. What are the characteristics of adolescent hospitalized suicide attempters? **Eur Child Adolesc Psychiatry**, v. 13, n. 3, p. 151-8, Jun 2004.
ISSN 1018-8827
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15254842>

Palermo G., Ferracuti S. (1993), Alcune considerazioni sull'omicidio-suicidio, **Quad. Psich. Forense**, vol.II, n°2, pp. 255-272

PARK, S.; KIM, C. Y.; HONG, J. P. Unnatural causes of death and suicide among former adolescent psychiatric patients. **J Adolesc Health**, v. 52, n. 2, p. 207-11, Feb 2013.
ISSN 1879-1972
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23332486>

PELKONEN, M.; MARTTUNEN, M. Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. **Paediatr Drugs**, v. 5, n. 4, p. 243-65, 2003.
ISSN 1174-5878
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12662120>

PIRRUCCELLO, L. M. Preventing adolescent suicide: a community takes action. **J Psychosoc Nurs Ment Health Serv**, v. 48, n. 5, p. 34-41, May 2010.
ISSN 0279-3695
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20349888>

PISANI, A. R. et al. Emotion regulation difficulties, youth-adult relationships, and suicide attempts among high school students in underserved communities. **J Youth Adolesc**, v. 42, n. 6, p. 807-20, Jun 2013.

ISSN 1573-6601

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23666604>

POIJULA, S.; WAHLBERG, K. E.; DYREGROV, A. Adolescent suicide and suicide contagion in three secondary schools. **Int J Emerg Ment Health**, v. 3, n. 3, p. 163-8, 2001.

ISSN 1522-4821

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11642194>

Pokorny A.D. (1983), Prediction of suicide in psychiatric patients, **Archives of General Psychiatry**, 40, pp. 249-257

Pommereau X. (1999), La tentazione estrema. Gli adolescenti e il suicidio, **Nuova Pratiche Editrice**, Milano

PORTES, P. R.; SANDHU, D. S.; LONGWELL-GRICE, R. Understanding adolescent suicide: a psychosocial interpretation of developmental and contextual factors. **Adolescence**, v. 37, n. 148, p. 805-14, 2002.

ISSN 0001-8449

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12564830>

PRITCHARD, C.; HANSEN, L. Child, adolescent and youth suicide and undetermined deaths in England and Wales compared with Australia, Canada, France, Germany, Italy, Japan and the USA for the 1974-1999 period. **Int J Adolesc Med Health**, v. 17, n. 3, p. 239-53, 2005 Jul-Sep 2005.

ISSN 0334-0139

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16231476>

REITH, D. M. et al. Adolescent self-poisoning: a cohort study of subsequent suicide and premature deaths. **Crisis**, v. 24, n. 2, p. 79-84, 2003.

ISSN 0227-5910

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12880226>

REMAFEDI, G. Sexual orientation and youth suicide. **JAMA**, v. 282, n. 13, p. 1291-2, Oct 1999.

ISSN 0098-7484

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10517437>

RENAUD, J. et al. Sexual orientation and gender identity in youth suicide victims: an exploratory study. **Can J Psychiatry**, v. 55, n. 1, p. 29-34, Jan 2010.

ISSN 1497-0015

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20113541>

REYNOLDS, D. V. Preventing bullyicides: the school nurse's role in breaking the link between victimization of sexual minority youth and suicide. **NASN Sch Nurse**, v. 26, n. 1, p. 30-4, Jan 2011.

ISSN 1942-602X

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21291077>

RHODES, A. Youth Suicide in Canada: Distinctions among Boys and Girls. **Healthc Q**, v. 16, n. 3, p. 11-13, 2013.

ISSN 1710-2774

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24034770>

RIESCH, S. K. et al. Suicide ideation among later elementary school-aged youth. **J Psychiatr Ment Health Nurs**, v. 15, n. 4, p. 263-77, May 2008.

ISSN 1365-2850

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18387145>

Ringel E. (1980), Suicide Prevention and the value of human life, in, Battin M.P., Mayo D.J., (Eds.) *Suicide: The Philosophical Issue*, **St. Martin's Press**, New York

Roy A. (1982), Risk factors for suicide in psychiatric patients, **Archives of General Psychiatry**, 39, pp. 1089-1095

Roy A. (1983), Family history of suicide, **Archives of General Psychiatry**, 40, pp. 971-974

RUSSELL, S. T.; TOOMEY, R. B. Men's sexual orientation and suicide: evidence for U.S. adolescent-specific risk. **Soc Sci Med**, v. 74, n. 4, p. 523-9, Feb 2012.

ISSN 1873-5347

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20833460>

RUTTER, P. A.; BEHRENDT, A. E. Adolescent suicide risk: four psychosocial factors. **Adolescence**, v. 39, n. 154, p. 295-302, 2004.

ISSN 0001-8449

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15563039>

RUTTER, P. A.; SOUCAR, E. Youth suicide risk and sexual orientation. **Adolescence**, v. 37, n. 146, p. 289-99, 2002.

ISSN 0001-8449

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12144160>

RUTZ, E. M.; WASSERMAN, D. Trends in adolescent suicide mortality in the WHO

European Region. **Eur Child Adolesc Psychiatry**, v. 13, n. 5, p. 321-31, Oct 2004.
ISSN 1018-8827
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15490280>

Sainsbury P. (1955), *Suicide in London*, **Chapman & Hall**, London

SANKEY, M.; LAWRENCE, R. Brief report: classification of adolescent suicide and risk-taking deaths. **J Adolesc**, v. 28, n. 6, p. 781-5, Dec 2005.
ISSN 0140-1971
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16291510>

SAVIN-WILLIAMS, R. C.; REAM, G. L. Suicide attempts among sexual-minority male youth. **J Clin Child Adolesc Psychol**, v. 32, n. 4, p. 509-22, Dec 2003.
ISSN 1537-4416
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14710459>

SCHLENGER, W. E.; WILLIAMS, R. L.; BLITSTEIN, J. L. Iatrogenic risk of screening for youth suicide. **JAMA**, v. 294, n. 20, p. 2578-9; author reply 2579-80, Nov 2005.
ISSN 1538-3598
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16304069>

Schmid C. (1928), *Suicide in Seattle 1914-25*, **University of Washington Press**, Seattle

SETHI, S.; BHARGAVA, S. C. Child and adolescent survivors of suicide. **Crisis**, v. 24, n. 1, p. 4-6, 2003.
ISSN 0227-5910
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12809146>

Shaffer D., Fisher P. (1981), The epidemiology of suicide in children and young adolescents, **J.Am. Acad. Child Psychiatry**, 20:545-65

SHAHTAHMASEBI, S. Suicide research and adolescent suicide trends in New Zealand. **ScientificWorldJournal**, v. 8, p. 287-302, 2008.
ISSN 1537-744X
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18379706>

SHEFTALL, A. H. et al. Adolescent attachment security, family functioning, and suicide attempts. **Attach Hum Dev**, v. 15, n. 4, p. 368-83, 2013.
ISSN 1469-2988
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23560608>

SHEK, D. T.; TANG, V. Adolescent suicide in Hong Kong during 1980-2000. **Int J Adolesc Med Health**, v. 15, n. 3, p. 245-65, 2003 Jul-Sep 2003.

ISSN 0334-0139

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12964446>

SHIELDS, L. B.; HUNSAKER, D. M.; HUNSAKER, J. C. Adolescent and young adult suicide: a 10-year retrospective review of Kentucky Medical Examiner cases. **J Forensic Sci**, v. 51, n. 4, p. 874-9, Jul 2006.

ISSN 0022-1198

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16882232>

Shneidman E.S. (1973), Suicide, **Encyclopaedia Britannica**, William Benton, Chicago

Shneidman, E. S. (1981), The psychological autopsy, in "Suicide & Life Threatening Behavior", n.11 (4), pp. 325-40

SINGH, V. D.; LATHROP, S. L. Youth suicide in New Mexico: a 26-year retrospective review. **J Forensic Sci**, v. 53, n. 3, p. 703-8, May 2008.

ISSN 0022-1198

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18471219>

SNEHA, J.; PRAKASH, C.; VINAY, S. Unexpected death or suicide by a child or adolescent: improving responses and preparedness of child and adolescent psychiatry trainees. **Innov Clin Neurosci**, v. 8, n. 11, p. 15-9, Nov 2011.

ISSN 2158-8341

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22191084>

Solomon M.I., Murphy G.E., (1984) Cohort studies of suicide, in, Sudak H.S., Ford A.B., (eds.) Suicide in the Youth, **John Wright**, Boston, 1, 1984

SOOR, G. S. et al. The effects of gender on adolescent suicide in ontario, Canada. **J Can Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 21, n. 3, p. 179-85, Aug 2012.

ISSN 1719-8429

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22876263>

Spoonhour A. (1985), Teen suicide, **People**, 23(7): 76-87

SWANSON, S. A.; COLMAN, I. Association between exposure to suicide and suicidality outcomes in youth. **CMAJ**, v. 185, n. 10, p. 870-7, Jul 2013.

ISSN 1488-2329

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23695600>

SZUMILAS, M.; KUTCHER, S. P. Youth and suicide. **CMAJ**, v. 178, n. 3, p. 286, Jan 2008.

ISSN 1488-2329

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18227446>

SÉGUIN, M. et al. Youth and young adult suicide: a study of life trajectory. **J Psychiatr Res**, v. 45, n. 7, p. 863-70, Jul 2011.

ISSN 1879-1379

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21636096>

TANG, T. C. et al. Suicide and its association with individual, family, peer, and school factors in an adolescent population in southern Taiwan. **Suicide Life Threat Behav**, v. 39, n. 1, p. 91-102, Feb 2009.

ISSN 0363-0234

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19298154>

Tugnoli S., Giordani L. (1996), Alterazione del "senso" di realtà e suicidio, **Riv. Sper. Freniatr.**, Vol. CXX, n°1, pp.110-125

UNG, E. K. Youth suicide and parasuicide in Singapore. **Ann Acad Med Singapore**, v. 32, n. 1, p. 12-8, Jan 2003.

ISSN 0304-4602

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12625092>

Vender S., Peroni R., Fraticelli C., Sutura R., Guanziroli F. (1997), Indagine epidemiologica sui tentativi di suicidio nel biennio 1992-1993, **Riv. Sper. Freniatr.** Vol. CXXI, n° 3, pp. 406-418

VERONA, E.; JAVDANI, S. Dimensions of adolescent psychopathology and relationships to suicide risk indicators. **J Youth Adolesc**, v. 40, n. 8, p. 958-71, Aug 2011.

ISSN 1573-6601

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21274607>

Wahl, (1957), Suicide as a magical act, in Shneidman E.S., Farberow N.L. (a cura di), Clues to suicide, **McGraw-Hill**, New York

WAHL, R. A.; COTTON, S.; HARRISON-MONROE, P. Spirituality, adolescent suicide, and the juvenile justice system. **South Med J**, v. 101, n. 7, p. 711-5, Jul 2008.

ISSN 1541-8243

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18580725>

WALDVOGEL, J. L.; RUETER, M.; OBERG, C. N. Adolescent suicide: risk factors and prevention strategies. **Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care**, v. 38, n. 4, p. 110-25, Apr 2008.

ISSN 1538-3199

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18328991>

WALTER, G. Nessun Dorma ("None Shall Sleep")... At least not before we digest Treatment of Adolescent Suicide Attempters (TASA). **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 48, n. 10, p. 977-8, Oct 2009.

ISSN 1527-5418

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20854766>

WATKINS, R. L.; GUTIERREZ, P. M. The relationship between exposure to adolescent suicide and subsequent suicide risk. 2002 Student Award Address. **Suicide Life Threat Behav**, v. 33, n. 1, p. 21-32, 2003.

ISSN 0363-0234

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12710537>

WEDER, N. Saving lives: can we predict and prevent adolescent suicide? **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 51, n. 4, p. 339-40, Apr 2012.

ISSN 1527-5418

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22449635>

WEINBERGER, L. E. et al. Child and adolescent suicide in a large, urban area: psychological, demographic, and situational factors. **J Forensic Sci**, v. 46, n. 4, p. 902-7, Jul 2001.

ISSN 0022-1198

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11451075>

WELLER, E. B.; WELLER, R. A. Suicide in youth. **Depress Anxiety**, v. 14, n. 3, p. 155-6, 2001.

ISSN 1091-4269

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11747124>

WEST, B. A.; SWAHN, M. H.; MCCARTY, F. Children at Risk for Suicide Attempt and Attempt-related Injuries: Findings from the 2007 Youth Risk Behavior Survey. **West J Emerg Med**, v. 11, n. 3, p. 257-63, Aug 2010.

ISSN 1936-9018

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20882146>

WICHSTRØM, L. Predictors of adolescent suicide attempts: a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 39, n. 5, p. 603-10, May 2000.

ISSN 0890-8567

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10802978>

WICHSTRØM, L.; HEGNA, K. Sexual orientation and suicide attempt: a longitudinal study of the general Norwegian adolescent population. **J Abnorm Psychol**, v. 112, n. 1, p. 144-51, Feb 2003.

ISSN 0021-843X

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12653422>

WILKINSON, D.; GUNNELL, D. Youth suicide trends in Australian metropolitan and non-metropolitan areas, 1988-1997. **Aust N Z J Psychiatry**, v. 34, n. 5, p. 822-8, Oct 2000.

ISSN 0004-8674

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11037369>

WILLIS, L. A. et al. Ready to die: a postmodern interpretation of the increase of African-American adolescent male suicide. **Soc Sci Med**, v. 55, n. 6, p. 907-20, Sep 2002.

ISSN 0277-9536

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12220093>

Winnicott D.W. (1974), *Gioco e Realtà*, **Armando**, Roma

WONG, S. S. et al. The risk of adolescent suicide across patterns of drug use: a nationally representative study of high school students in the United States from 1999 to 2009. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 48, n. 10, p. 1611-20, Oct 2013.

ISSN 1433-9285

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23744443>

Capitolo 8

RINGRAZIAMENTI

Il primo, doveroso e quanto mai sentito, ringraziamento va alla Prof.ssa Jutta Maria Birkhoff, relatrice della tesi, sicuro punto di riferimento sin da quando ho iniziato a frequentare, nel 2000, come studente dell'allora Facoltà (oggi Scuola) di Medicina e Chirurgia, l'Istituto di Medicina Legale dell'Università degli Studi dell'Insubria. Il rapporto, dapprima didattico, quindi professionale, maturato e consolidato negli anni di specialità in Medicina Legale, è cresciuto senza soluzione di continuità e oggi la docente è diventata amica. A lei vanno la mia riconoscenza, profonda stima e sincero affetto.

Grazie al mio maestro, Prof. Mario Tavani, per quanto mi ha insegnato e trasmesso in questi anni, permettendomi di crescere professionalmente e concorrendo al raggiungimento di questo nuovo traguardo. Sono conscio che ogni meta nasconde sempre un nuovo punto di partenza.

Grazie al Prof. Giuseppe Armocida, Coordinatore del Dottorato di Ricerca in Medicina e Scienze Umane, al quale sono legato da vincoli di stima e gratitudine.

Grazie al Prof. Giovanni Bernardini, Direttore del Dipartimento di Biotecnologie e Scienze della Vita, per ricordarmi, con l'esempio, ogni giorno, che indiscussa competenza professionale e rigore metodologico possono convivere con una non comune disponibilità e la sorridente attenzione nei confronti di tutti.

Grazie alla Dott.ssa Elena Ferioli per la pazienza, la cortesia e la collaborazione, ma soprattutto per essere stata la mia nemesi durante tutto il percorso di dottorato.

Grazie alla Dott.ssa Melania Borgo, brillante dottoranda, per l'aiuto nella ricerca e per gli scambi di opinioni di questi anni.

Grazie a coloro che fanno parte della mia vita, rendendola speciale: Giuliano, Chiara, Laura, Andrea, Ivan, Annalisa, Matteo, Lorena, Veronica, Rinaldo, Andrea, Gabriella,...

Grazie, infine, a Roberta e Pierluigi, Laura ed Emiliano.