DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
SALUTE MENTALE E ORGANI DI SENSO
NESMOS

SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

FACOLTÀ DI MEDICINA E PSICOLOGIA

Prof. Maurizio Pompili

Alla cortese attenzione della **XII Commissione Parlamentare**

Oggetto: sintesi di quanto formulato durante l'audizione informale, in videoconferenza, nell'ambito dell'esame, in sede referente, delle proposte di legge C. 1791 Montaruli, C. 2445 Di Lauro, C. 2502 Girelli e C. 2620 Benigni, recanti "Disposizioni per la prevenzione degli atti di suicidio nonché per l'assistenza psicologica e il sostegno dei sopravvissuti", 14 ottobre 2025

Premessa

Il suicidio rappresenta un evento complesso, multifattoriale e profondamente umano, al quale concorrono variabili di natura biologica, psicologica, sociale e culturale. Tale complessità, spesso, rischia di offuscare la comprensione della sua essenza, rendendo difficile distinguere i fattori realmente predittivi del rischio da quelli semplicemente correlati.

La letteratura scientifica ha tradizionalmente tentato di individuare *fattori di rischio* in grado di identificare precocemente l'individuo in crisi. Tuttavia, tali fattori si sono rivelati nel tempo **iper-inclusivi**, producendo un numero elevato di **falsi positivi** e riducendo la capacità di discriminare chi si trovi realmente in una condizione di rischio imminente.

Appare quindi necessario un **cambio di paradigma**, orientato a una comprensione più profonda e centrata sull'esperienza soggettiva della persona in crisi, piuttosto che su elenchi di sintomi o condizioni cliniche generalizzate.

1. Il dolore mentale e la revisione del modello medico

Le più recenti acquisizioni teoriche e cliniche hanno posto al centro dell'attenzione il concetto di **dolore mentale** (*psychache*), introdotto da Edwin Shneidman, padre della suicidologia moderna.

Si tratta di una sofferenza psichica intensa, derivante dalla percezione di fallimento nel soddisfare bisogni psicologici fondamentali e dal vissuto di impotenza di fronte a tale

Prof. Maurizio Pompili
Professore Ordinario di Psichiatria
Direttore Scuola di Specializzazione in Psichiatria
Facoltà di Medicina e Psicologia
Direttore UOC di Psichiatria
Direttore Servizio per la Prevenzione del Suicidio
Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Andrea
Sapienza Università di Roma
CF 80209930587 PI 02133771002
Via di Grottarossa 1035-1039 00189 Roma
Tel. 06 33775675 Fax 06 33775342
e-mail: maurizio.pompili@uniroma1.it

frustrazione. Quando il dolore mentale raggiunge livelli insostenibili, la morte può apparire all'individuo come l'unica via di sollievo possibile.

In quest'ottica, il **modello medico tradizionale**, che attribuisce un ruolo esclusivo ai disturbi mentali, deve essere riconsiderato in una prospettiva più ampia e integrata. Sebbene la presenza di disturbi psichiatrici costituisca un fattore di "rischio" rilevante, **non rappresenta una condizione esclusiva né sufficiente** al verificarsi dell'evento suicidario, nella prospettiva di una multifattorialità e vulnerabilità che merita approfondimenti.
La stima, frequentemente riportata, secondo cui circa il 90% dei suicidi riguarderebbe persone affette da disturbi mentali, deve essere interpretata con cautela, in considerazione dei limiti metodologici delle **autopsie psicologiche**, che sono indagini retrospettive e soggette a bias interpretativi.

2. Osservazioni e proposte in relazione ai testi di legge

Desidero esprimere apprezzamento per la sensibilità e la competenza con cui le proposte legislative in esame affrontano un tema di così grande rilevanza sociale e sanitaria.
In un'ottica di contributo costruttivo, si formulano di seguito alcune considerazioni integrative.

Rafforzare i vari tipi di prevenzione

Per una strategia efficace di prevenzione è indispensabile integrare **tre livelli complementari di intervento**: primaria, secondaria e terziaria.

a) Prevenzione primaria

La prevenzione primaria ha l'obiettivo di **ridurre l'incidenza** del fenomeno, agendo prima che il rischio si manifesti.

Essa mira a:

- promuovere una cultura del benessere psicologico e della salute mentale;
- ridurre lo stigma e il pregiudizio verso chi manifesta sofferenza;

- sensibilizzare la popolazione generale e le istituzioni educative;
- rendere noti e accessibili i canali di aiuto e di ascolto.

Tali azioni possono essere attuate tramite campagne di comunicazione pubblica, programmi di educazione socio-emotiva nelle scuole e iniziative di formazione rivolte agli operatori sociali, sanitari e di comunità.

b) Prevenzione secondaria

La prevenzione secondaria è rivolta all'**individuazione precoce e alla gestione tempestiva** delle persone a rischio di suicidio.

Essa si realizza attraverso:

- lo screening sistematico del rischio suicidario nei contesti sanitari, scolastici, penitenziari e lavorativi;
- la formazione specifica degli operatori sanitari e sociosanitari nella valutazione del rischio;
- la creazione di protocolli standardizzati per l'intervento immediato in caso di ideazione suicidaria;
- la promozione di linee telefoniche di emergenza e di servizi di ascolto attivo 24 ore su 24;
- la collaborazione interistituzionale tra sanità, scuola, forze dell'ordine e terzo settore.

Un'attenzione particolare dovrebbe essere rivolta ai **gruppi vulnerabili**: adolescenti, anziani, persone detenute, individui con disturbi mentali, minoranze sociali e soggetti in condizioni di isolamento relazionale. In tali casi, la tempestività dell'intervento può determinare la differenza tra la vita e la morte.

c) Prevenzione terziaria

La prevenzione terziaria si riferisce agli interventi di **post-crisi**, finalizzati a ridurre la probabilità di ricaduta o recidiva in soggetti che hanno già manifestato ideazione o tentativi di suicidio.

Include:

- il follow-up clinico strutturato dopo il tentativo di suicidio;
- la corretta gestione degli individui con ideazione suicidaria;
- la presa in carico multidisciplinare (psicologica, psichiatrica, sociale);
- la costruzione di reti di supporto personalizzate;
- il coinvolgimento della famiglia o delle persone significative nel percorso terapeutico;
- l'uso di strumenti di monitoraggio continuo (anche digitali) per rilevare segnali di ricaduta.

Inoltre, la prevenzione terziaria comprende anche la **postvention**, cioè gli interventi a favore dei *survivors* (familiari, amici, colleghi o operatori coinvolti), con l'obiettivo di mitigare l'impatto traumatico della perdita e prevenire il cosiddetto *suicide contagion effect*.

b) Attendibilità e armonizzazione dei dati

Alcune stime riportate nei testi di legge appaiono discordanti rispetto alle evidenze scientifiche consolidate. I dati sembrano derivare da osservatori che presentano discrepanze significative rispetto alle stime internazionali. A fronte di circa 4.000 suicidi all'anno in Italia, la letteratura suggerisce che i tentativi di suicidio siano almeno dieci volte superiori. È dunque improbabile che si osservino più suicidi che tentativi, e sarebbe opportuno un maggiore allineamento dei dati con le evidenze scientifiche più aggiornate, cercando inoltre un linguaggio condiviso nell'ambito della nomenclatura.

Appare pertanto necessario garantire l'armonizzazione delle fonti e la creazione di un **Osservatorio Nazionale permanente sul suicidio e sui tentativi di suicidio**, con funzioni di monitoraggio, raccolta e analisi dei dati in modo uniforme e tempestivo.

c) Distinzione tra autolesionismo e comportamento suicidario

È fondamentale distinguere tra *autolesionismo non suicidario* (NSSI) e *comportamento suicidario*.
Nel primo caso, l'intento non è la morte, ma la regolazione di un dolore emotivo; nel

secondo, l'atto è accompagnato da un desiderio esplicito di morire. Sovrapporre le due fattispecie rischia di compromettere la precisione diagnostica e la corretta pianificazione degli interventi.

d) Formazione specialistica in suicidologia

Le proposte attribuiscono alle aziende sanitarie compiti di implementazione di servizi secondo cronoprogrammi definiti. Tuttavia, la riuscita di tali programmi presuppone la presenza di **professionisti adeguatamente formati** nella valutazione e gestione del rischio suicidario.

Anche operatori con eccellenti competenze cliniche possono non avere familiarità con la suicidologia.

È quindi auspicabile istituire percorsi di **formazione universitaria e post-universitaria specifici**, nonché programmi di aggiornamento continuo per il personale sanitario e sociosanitario tenuti da persone con accertata competenza nell'ambito della prevenzione del suicidio.

Appare come elemento imprescindibile nell'ambito della prevenzione del suicidio il sapere valutare e gestire il rischio di suicidio secondo i più recenti modelli proposti dalla ricerca (si veda ad esempio la formulazione del rischio di suicidio secondo la definizione di stato di rischio e di status di rischio suicidario).

e) Postvention e sostegno ai Survivors

Grande rilievo merita la fase di **postvention**, ovvero l'intervento successivo a un suicidio, rivolto ai cosiddetti *survivors* — familiari, amici, colleghi o operatori coinvolti.
Shneidman individuava nella suicidologia tre pilastri fondamentali: *prevention*, *intervention* e *postvention*.

Ogni suicidio ha un impatto potenzialmente significativo su oltre cento persone: ignorare tale dimensione significa trascurare un'importante area di rischio secondario. Si propone, pertanto, l'inclusione nei piani regionali e nazionali di specifici **servizi di supporto psicologico e comunitario ai survivors**, volti a prevenire esiti depressivi o traumatici a lungo termine.

f) Contesti specifici e innovazione tecnologica

Particolare attenzione va riservata ai **contesti penitenziari**, nei quali la prevenzione del suicidio richiede programmi dedicati e strategie di monitoraggio adattate alla specificità dell'ambiente.
Parallelamente, l'utilizzo di **strumenti tecnologici validati**, come applicazioni basate sulla *Columbia Suicide Severity Rating Scale*, può consentire agli individui in crisi, attraverso la geolocalizzazione in tempo reale, l'attivazione immediata dei presidi di emergenza territoriali.

I cluster di suicidio: un fenomeno emergente che richiede attenzione e interventi coordinati

Un aspetto spesso sottovalutato ma di crescente rilevanza nella letteratura internazionale riguarda i **cluster di suicidio**, ossia la comparsa ravvicinata, nel tempo e nello spazio, di più eventi suicidari o tentativi di suicidio. Questi cluster possono manifestarsi all'interno di **comunità chiuse o coese** (come istituti scolastici, contesti militari, comunità carcerarie o piccole realtà territoriali) oppure in modo **mediato dai social media**, attraverso la cosiddetta *contagion effect* o "effetto Werther".

La ricerca in suicidologia mostra che tali fenomeni si originano spesso a seguito di un suicidio particolarmente visibile o emotivamente impattante, specie se amplificato dai mezzi di comunicazione. Questo può generare **processi di identificazione e imitazione**, soprattutto in soggetti vulnerabili o in fase di crisi, che percepiscono nel gesto suicidario una forma di comunicazione o risoluzione simbolica della sofferenza.

Tipologie di cluster

Si distinguono principalmente due forme:

- **Cluster spaziali o puntiformi**, che si verificano in una stessa area geografica o comunità in un periodo limitato.
- **Cluster mediatici o simbolici**, diffusi attraverso l'esposizione mediatica o digitale di un caso, che possono innescare comportamenti imitativi anche a distanza.

Implicazioni per la prevenzione

I cluster rappresentano un banco di prova per la **prevenzione secondaria e terziaria**, poiché richiedono:

- **un intervento rapido e coordinato** tra servizi sanitari, scuole, media e comunità locali;
- **una gestione responsabile della comunicazione** pubblica e giornalistica, per evitare la spettacolarizzazione del gesto e per privilegiare narrazioni orientate alla speranza e alla possibilità di aiuto (*effetto Papageno*);
- **azioni di supporto psicosociale mirate** per i soggetti appartenenti allo stesso contesto del suicidio indice (familiari, compagni di classe, colleghi, detenuti, ecc.), al fine di ridurre il rischio di emulazione o di "contagio" emozionale;
- l'attivazione di **unità di crisi multidisciplinari** sul territorio, che includano psicologi, psichiatri, assistenti sociali, educatori e figure di riferimento comunitarie.

Rilevanza per le politiche pubbliche

Il riconoscimento del fenomeno dei cluster dovrebbe indurre le istituzioni a prevedere nel piano nazionale per la prevenzione del suicidio:

- protocolli di **sorveglianza epidemiologica e comunicativa**, capaci di individuare tempestivamente pattern anomali di eventi suicidari;
- una **formazione specifica per giornalisti e operatori della comunicazione**, in linea con le raccomandazioni OMS per la corretta rappresentazione del suicidio nei media;
- **collaborazioni con i servizi territoriali di salute mentale** e con centri di eccellenza come il Servizio per la Prevenzione del Suicidio dell'A.O.U. Sant'Andrea, che può fungere da hub clinico-scientifico di riferimento. **www.prevenireilsuicidio.it**

Copertura mediatica del suicidio: linee guida e buone pratiche

La modalità con la quale i media trattano il tema del suicidio riveste un'importanza cruciale, in quanto è dimostrato che la diffusione di notizie su suicidi, specialmente se con modalità sensazionalistiche o con dettagli espliciti, può favorire fenomeni di imitazione (il cosiddetto *effetto Werther*).

Al contrario, una copertura responsabile e attenta può svolgere un effetto protettivo, incoraggiando chi è in crisi a cercare aiuto.

Linee guida generali

- I media devono evitare diagnosi semplicistiche: il suicidio non è quasi mai causato da un solo evento isolato, ma piuttosto dall'interazione di molteplici fattori.
- Occorre usare un linguaggio appropriato: ad esempio è preferibile dire che una persona "è morta per suicidio" o "ha preso la propria vita", evitando formulazioni come "ha commesso suicidio" che evocano uno stigma di colpa o criminalizzazione.
- Evitare titoli sensazionalistici, enfasi su località "famose per i suicidi", foto particolarmente drammatiche o racconti romantizzati che potrebbero rafforzare l'identificazione del lettore con la persona deceduta.
- Non descrivere in dettaglio i metodi del suicidio (tipo di arma, altezza, salto, etc.), la presenza di lettere d'addio, né rendere l'atto un "modello" o una possibile soluzione.
- Inserire sempre nelle notizie riferimenti a linee di aiuto e supporto (numeri di emergenza, associazioni, servizi psicologici) quando si tratta il tema del suicidio.
- Prestare particolare attenzione ai casi di suicidi in giovani, persone vulnerabili o "celebrities": la copertura di questi casi può aumentare il contagio suicidario.
- Per le piattaforme digitali e social media, vigilare sui commenti, moderare forum che possono glorificare o "romanticizzare" il suicidio, evitare push-notification che rilanciano notizie di suicidio, e offrire percorsi di uscita e supporto per utenti a rischio.

Raccomandazioni operative per l'inserimento nella normativa

- Prevedere nei protocolli nazionali una **clausola di collaborazione** con gli ordini dei giornalisti, con le emittenti radiotelevisive, e con le piattaforme online, affinché adottino codici di condotta specifici per la copertura del suicidio.

- Istituire un osservatorio o registro che monitori il rispetto delle linee guida da parte dei media e segnali le pratiche rischiose (es: descrizione dettagliata dei metodi, uso di termini glorificanti, posizionamento front-page, ecc.).
- Includere nei piani di prevenzione del suicidio la **formazione** per giornalisti, redazioni TV/radio, editori online, in merito alla corretta trattazione del tema suicidario.
- Promuovere campagne di sensibilizzazione anche nel mondo dei media, per far comprendere come una copertura responsabile possa essere parte della strategia di prevenzione.
- Stabilire che ogni articolo o servizio su un suicidio includa, se appropriato, un box informativo con servizi di supporto disponibili (helpline, centri di riferimento, accesso ai servizi di salute mentale) e indirizzi su "cosa fare se ti senti in crisi".

3. Conclusioni

La prevenzione del suicidio deve essere intesa non solo come un dovere sanitario, ma come **una responsabilità collettiva** che coinvolge l'intero sistema sociale, educativo e istituzionale.
Occorre promuovere una cultura dell'ascolto, della formazione e della collaborazione tra enti pubblici, scuole, sanità e società civile.

Solo attraverso un approccio **multidisciplinare, empatico e basato sull'evidenza scientifica** sarà possibile trasformare la sofferenza silenziosa dell'individuo in crisi in una possibilità concreta di aiuto e di vita.