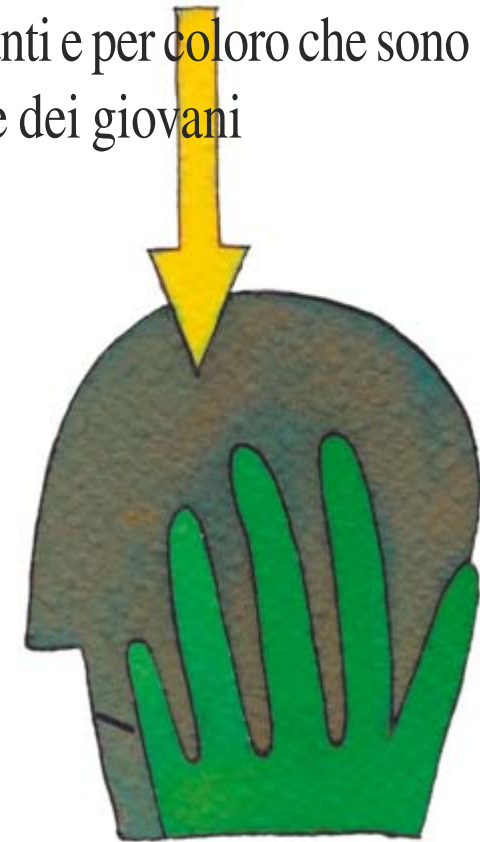


Prevenire il suicidio:
una mappa per gli insegnanti e per coloro che sono
coinvolti nell'educazione dei giovani



Numero Verde
800-510510

*Chiamata gratuita 24 ore su 24
7 giorni su 7*

Numero Verde
800-846079

*Chiamata gratuita 24 ore su 24
7 giorni su 7*

Comune di Trieste
Azienda per i Servizi Sanitari n.1 Triestina
Televita S.p.A.



Pubblicazione autorizzata dal Dipartimento per la Salute Mentale
dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.
Ginevra 2000



A.S.S. n°1 Triestina - Comune di Trieste - Televita S.p.A.
Progetto "AMALIA - TELEFONO SPECIALE", Trieste 2005

Finito di stampare a Trieste, dicembre 2005
Grafica e videoimpaginazione: Confini Impresa Sociale
Stampa: Stella Arti Grafiche

**Prevenire il suicidio:
una mappa per gli insegnanti e per coloro
che sono coinvolti nell'educazione dei giovani**

Questo documento fa parte di una serie di guide destinate a specifici gruppi sociali e professionali particolarmente importanti nella prevenzione del suicidio.

Rientra in un'iniziativa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), denominata SUPRE (Suicide Prevention).

Edizione italiana a cura di:

Daniela Belviso, Peppe Dell'Acqua, Luciano Comida, Kenka Lekovich e Alessandra Oretti.

Traduzione italiana a cura di Velleda Dobrowolny.

Si ringrazia Ugo Pierri per le illustrazioni in copertina e all'interno.

Prefazione all'edizione inglese	5
Prefazione all'edizione italiana	7
Introduzione	9
Cosa è il suicidio: percorsi filosofici, religiosi e letterari	11
Consistenza del fenomeno suicidario	14
Un problema sottostimato	18
Disagio giovanile e generazionale	19
Un modello per comprendere il disagio: la vulnerabilità	22
Fattori di protezione e di rischio	27
La storia di Enrico, classe IV C	34
Suggerimenti per una cultura di prevenzione	38
Progetto di prevenzione Amalia-Telefono Speciale	46
Il Progetto Amalia-Telefono Speciale ha fatto riferimento a:	64

Prefazione all'edizione inglese

Il suicidio è un fenomeno complesso, che nel corso dei secoli ha attirato l'attenzione di filosofi, teologi, medici, sociologi e artisti. Secondo lo scrittore e filosofo francese Albert Camus - ne "Il Mito di Sisifo" - il suicidio è l'unico vero problema filosofico.

Poiché è anche uno dei principali e più gravi problemi di salute pubblica, richiede la nostra attenzione, benché purtroppo la sua prevenzione e il suo controllo non sono un compito facile. Le attuali ricerche dimostrano che un'azione preventiva, quantunque fattibile, richiede una serie articolata di interventi, che vanno dalle migliori condizioni educative possibili per bambini e giovani, attraverso efficaci trattamenti dei disturbi mentali, fino al monitoraggio sociale dei fattori di rischio. Elementi essenziali dei programmi di prevenzione sono altresì un'appropriate informazione e sensibilizzazione dell'opinione pubblica.

Nel 1999 l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) ha attivato SUPRE (*Suicide Prevention*), la sua iniziativa mondiale per la prevenzione del suicidio.

Il presente manuale fa parte di una serie di guide predisposte nell'ambito di SUPRE, destinate a specifici gruppi sociali e professionali, che possono essere particolarmente importanti nell'azione preventiva.

Si tratta di un anello di una lunga e diversificata catena che include un'ampia gamma di persone e gruppi, fra i quali professionisti della sanità, educatori, agenzie sociali, governi, legislatori, giornalisti, forze dell'ordine, famiglie e comunità.

Siamo particolarmente grati a Danuta Wasserman, Professore di Psichiatria e Suicidologia e alla Dr.ssa Veronique Narboni del National County Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health, Centro di Collaborazione di Stoccolma (Svezia) dell'OMS, che ha predisposto la prima versione di questo manuale.

J. M. Bertolote

Coordinatore

Dipartimento per la Salute Mentale - OMS/WHO

Prefazione all'edizione italiana

Verso la metà degli anni Novanta il Ministero della Sanità italiano ha cominciato a preoccuparsi della questione del suicidio. A fronte di un rassicurante tasso medio nazionale che accostava l'Italia ai paesi mediterranei e cattolici, pieni di sole e di mare, caratterizzati da famiglie numerose con tanti bambini, si è rivelata la presenza inquietante di numeri che smentivano questa rosea immagine. Ma soprattutto si è cominciato a rendersi conto che tante aree italiane (più a Nord che a Sud, ma sicuramente il Sud non è immune) presentavano dei tassi di suicidio europei o "mitteleuropei"; dati indubbiamente allarmanti. Da qui le indicazioni che i Piani Sanitari Nazionali rivolgevano alle Regioni e alle Aziende Sanitarie affinché si attivassero per prevenire la diffusione del suicidio.

Trieste ha sempre avuto la consapevolezza di essere una città sui generis, mediterranea per certi aspetti ed europea o "mitteleuropea" per altri. In termini di suicidio, gli standard erano purtroppo più "mitteleuropei" che mediterranei. E forse anche per questo siamo stati più solerti di altri ad accogliere gli inviti dei vari Piani Sanitari Nazionali e le indicazioni del governo regionale, mettendo in piedi un Programma di prevenzione, il Progetto Amalia-Telefono Speciale.

Ma appena abbiamo deciso di passare all'azione abbiamo visto quanto eravamo impreparati e quanto miseri erano gli strumenti a nostra disposizione. Non era più sufficiente avere consapevolezza della solitudine degli anziani, del tasso dei suicidi, delle ampie fasce di popolazione a rischio, compresi gli adolescenti. Né era possibile medicalizzare o psichiatrizzare il suicidio e/o il tentativo di suicidio, i comportamenti a rischio. È nata così la necessità di allargare la comunicazione, coinvolgendo il più possibile chi opera nella cultura, nella salute, nella società. Il presente opuscolo, dopo quello rivolto ai medici di medicina generale, è il secondo manuale della serie, che continuerà rivolgendosi ai giornalisti, ai sopravvissuti, agli operatori della salute e a quelli delle carceri. Lo scopo è quello di sensibilizzare e informare sul rischio del suicidio ma anche offrire strumenti semplici e immediati per affrontarlo. Il volumetto, completamente riscritto e adattato alla realtà italiana e locale, è indirizzato soprattutto agli insegnanti, al personale scolastico e tutti coloro che sono coinvolti nell'educazione dei giovani. Inoltre, anche gli operatori dei servizi pubblici sociali e sanitari, che si occupano di bambini e adolescenti, e altri gruppi sociali e associazioni interessati ai programmi di prevenzione del disagio giovanile, potranno trovare utili le informazioni qui fornite. In particolare, il ruolo dei docenti è preziosissimo e non solo per quanto riguarda il vero e proprio

insegnamento. Infatti, a fianco della famiglia, i docenti possono offrire ai giovani modelli positivi, domande pertinenti, fiducia, speranze, progettualità per il futuro, uno sguardo aperto e ottimistico sul mondo. In queste pagine non ci saranno dunque fredde nozioni psichiatriche o psicologiche, né sterili equazioni di sociologia: nessuno può essere ridotto a rigide formule che non trovano riscontro nella concreta realtà quotidiana. Non dobbiamo mai dimenticare che al di là dei fattori, delle problematiche, dei contesti, ci sono persone, persone in carne e ossa, esperienze ed emozioni. La singolarità e la ricchezza individuale di ogni uomo e di ogni donna, di ogni adolescente, di ogni bambino e bambina, ha fatto sì che questo non sia un semplicistico compendio di linee guida.

Nel presente manuale, leggerete qualcosa di diverso: il continuo tentativo di capire e di suggerire alcune bussole, una panoramica generale sul suicidio, alcune riflessioni sul disagio dei giovani, l'esame dei principali fattori di protezione e di rischio, suggerimenti su come affrontare le situazioni a rischio, consigli su come agire quando il suicidio viene tentato o commesso nella comunità scolastica e, non ultimo, un contributo creativo sul tema, per voce di un gruppo di straordinari adolescenti triestini. Infine, la speranza e la convinzione di riuscire a trovare un linguaggio che accomuni giovani e adulti, un linguaggio che andrà sempre e costantemente rinnovato. Un linguaggio, soprattutto, che favorisca la comprensione, il dialogo, il saper ascoltare, il saper dare e ricevere.

A oggi siamo confortati dal fatto che a Trieste in quasi un decennio di lavoro nella prevenzione, il numero dei suicidi è sensibilmente calato. Siamo certi pertanto che il contributo degli insegnanti e di quanti agiscono in ambito scolastico renderà possibili altri, ancor più ambiziosi e inimmaginabili traguardi.

È per questo che continuiamo a lavorare.

Peppe Dell'Acqua

Direttore

Dipartimento di Salute Mentale di Trieste

Introduzione

Dovremmo essere consapevoli che ogni essere umano è unico, prezioso, irripetibile. Ognuno di noi è fatto di nascita, di crescita, di vita e di morte: ogni uomo e ogni donna perciò hanno una biografia individuale, costruita su esperienze differenti, che fanno parte imprescindibile del vissuto di ciascuno.

I momenti critici dell'esistenza pongono drammatici interrogativi a chiunque si trovi ad affrontarli. Eppure, la sofferenza non ha un valore intrinseco: essa è una dimensione dell'esistenza che va accettata, per essere affrontata e superata. Nessuno perciò può giudicare la sofferenza di un altro. Il giudizio crea distanza, lasciando solo e incompreso chi sta soffrendo. Una solidarietà costruttiva deve allora sforzarsi di ascoltare e comprendere, superare contrasti, trovare soluzioni, assorbire le contraddizioni, offrire speranze, trasformare il veleno in medicina. Infatti, le cose cambiano radicalmente a seconda se ci sentiamo individui isolati e in conflitto col resto del mondo, o se invece ci sentiamo e siamo parte di una rete affettiva di esseri umani, che si aiutano l'un con l'altro. D'altra parte, bisogna evitare l'illusione di un mondo completamente privo di sofferenza. La sofferenza esiste ma può venir fortemente ridimensionata, e uno dei compiti della società e degli individui è proprio questo: impegnarsi senza esitazione a superare la sofferenza.

“Non è bene che l'uomo sia solo” dice il versetto 18 del secondo capitolo della “Genesi”. Ma la partecipazione non deve trasformarsi in un giudizio nei confronti della persona che soffre. Deve al contrario permettere di accoglierla, comprenderla (da: “prendere con”), affiancarla e sostenerla.

La “libertà” lasciata a chi vuole togliersi la vita contrasta - malgrado le apparenze - con l'autonomia e la difesa della persona umana. Infatti, lasciata completamente sola a se stessa, e tanto più se in una fase drammatica della vita, la persona che soffre in maniera acuta rischia di mettere fuori causa le conquiste di libertà, uguaglianza e lo stesso diritto alla speranza.

In tutto il mondo il suicidio è tra le prime 10 cause di morte. Malgrado il fenomeno colpisca in modo particolare le persone anziane oltre i 65 anni, il suicidio risulta sempre più come la seconda o terza causa di morte nei giovani tra i 15 e i 24 anni, mentre è attualmente molto raro al di sotto di detta fascia di età.

L'impatto psicologico e sociale di un suicidio sulla famiglia e sulla comunità è estremamente rilevante. Secondo quanto riportato dalle linee guida dell'OMS, ogni suicidio colpirà emotivamente e in maniera profonda almeno altre sei persone e, se si verifica in una scuola o in un

posto di lavoro, avrà un effetto simile su centinaia di persone, con enormi costi umani, sociali ed economici.

Tra i giovani, la prevenzione del disagio e del suicidio riveste pertanto un'alta priorità. In molti paesi e regioni, la maggior parte delle persone tra i 15 e i 20 anni frequenta la scuola e per questo l'ambiente scolastico risulta il contesto migliore per sviluppare appropriate azioni preventive.

Cosa è il suicidio: percorsi filosofici, religiosi e letterari

Nell'accezione comune il suicidio è un atto volontario e intenzionale con cui ci si toglie la vita. Un gesto fatale che, soprattutto, è definitivo, irreparabile.

Il suicidio di per sé non è una malattia e nemmeno la manifestazione di una malattia, ma è sicuramente un evento drammatico, un problema di difficile spiegazione, causato da una molteplice interazione tra elementi psicologici, biologici, genetici, sociali e ambientali.

È quindi un fenomeno complesso che va letto, osservato e compreso in una chiave altrettanto multidimensionale e pluridisciplinare.

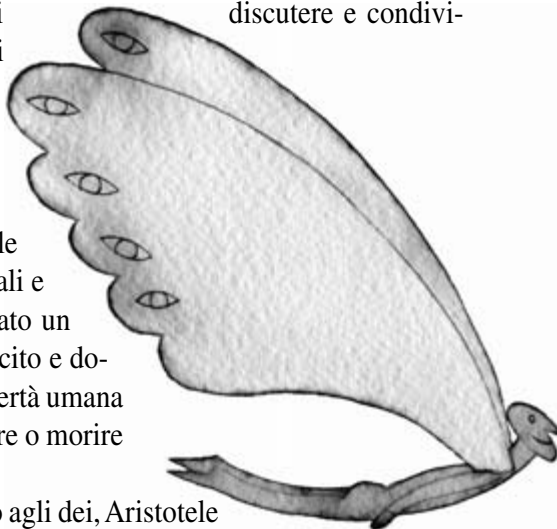
Il tentato suicidio è un atto non fatale, fallito a causa dei mezzi utilizzati oppure dell'intervento di circostanze esterne. Questo tentativo viene spesso attuato con determinazione, ma può essere anche solo minacciato o comunicato a scopo dimostrativo e ricattatorio, per richiedere aiuto, per attirare l'attenzione su di sé, per ottenere qualcosa o per suscitare negli altri sensi di colpa.

Avere pensieri di morte, di fuga, di sparizione è comune: essi fanno parte del normale processo di crescita, di particolari periodi critici del ciclo di vita di ciascuna persona. Specie durante l'adolescenza, si riflette su problemi esistenziali, nel tentativo di capire il mondo, il significato della vita, la morte.

Valutazioni raccolte attraverso numerosi questionari mostrano che più della metà degli studenti della scuola secondaria superiore hanno pensato al suicidio. Inoltre da queste ricerche risulta evidente quanto i giovani abbiano bisogno di discutere e condividere con gli adulti questi temi talmente delicati.

Il suicidio in quanto tale è stato oggetto di differenti riflessioni filosofiche, etiche e religiose che, a seconda delle differenti prospettive culturali e storiche, lo hanno considerato un atto illecito e immorale o lecito e doveroso, a conferma della libertà umana di decidere del proprio vivere o morire "secondo ragione".

Platone lo giudica un insulto agli dei, Aristotele un'ingiustizia contro lo Stato, per Kant è una trasgressione alla legge



morale, per Schopenhauer un gesto inutile e contraddittorio (la volontà di vivere entra in conflitto con se stessa). Secondo Jaspers, invece, il suicidio è riconducibile alla complessità della libertà umana, per Freud deriva dall'istinto di morte, secondo la psicoanalista Melanie Klein il suicida riveste il doppio ruolo di vittima e colpevole.

Per gli epicurei e gli stoici può essere giustificato dal rifiuto dell'asservimento, per il brahmanesimo è ammesso come pratica cerimoniale. Il Giappone ha una lunga tradizione di suicidi rituali; per gli antichi culti germanici il suicidio cercato in guerra portava al Walhalla, il paradiso dei guerrieri. Ebraismo e cristianesimo lo respingono, l'Islam lo giudica un crimine più grave dell'omicidio.

Per Camus è l'unico autentico problema filosofico: "Giudicare se la vita valga o non valga la pena di essere vissuta". Secondo Cioran avere presente la possibilità del suicidio aiuta a reggere l'urto della vita.

In campo sociologico, non ci si può dimenticare del contributo di Durkheim che, con la sua monografia sul suicidio, è stato uno dei primi autori a considerarlo come la risultante del grado di integrazione dell'individuo con una particolare e specifica condizione sociale.

Nella Bibbia, i casi di suicidio sono molto rari: Saul e il suo scudiero, Ahitofel e Zimri. L'episodio più noto e più importante è quello di Giuda. Dato che se ne possono trarre delle interessanti riflessioni, per le quali ci siamo ispirati ad alcuni interventi di Umberto Galimberti, ci soffermiamo brevemente su questa vicenda. Giuda Iscariota tradisce Gesù consegnandolo ai suoi nemici, ma anche Simone Pietro tradisce Gesù, negando di esserne un discepolo. Entrambi sono presto colti dal rimorso e dalla vergogna, eppure il loro futuro sarà totalmente differente: Giuda si uccide, mentre Pietro diventa uno dei fondatori del cristianesimo. Dove sta il senso di questo esito così difforme del loro tradimento?

Giuda è rimasto schiacciato dal peso delle proprie azioni e di fatto, suicidandosi, rinuncia al futuro consegnando tutto se stesso soltanto al passato. Pietro invece si è riappropriato del passato, si apre al futuro ed evita così di restare inchiodato per sempre soltanto alla propria colpa. La morte di Giuda esemplifica forse il principale aspetto negativo del suicidio: con un singolo e irreversibile gesto riduciamo noi stessi al nostro passato, lo consideriamo irrimediabile, abdichiamo a ogni possibilità di rielaborarlo e vi poniamo soltanto la parola fine. Invece "Il passato non esiste più, il futuro non esiste ancora. Esiste solo il momento presente, da adesso in poi" (Daisaku Ikeda).

Sono innumerevoli i personaggi letterari che muoiono suicidi. Per un eventuale approfondimento didattico, ne elenchiamo alcuni: Jacopo Ortis

di Foscolo, Romeo di Shakespeare, Anna Karenina di Tolstoj, Ivan Karamazov di Dostoevski, Didone di Virgilio, Pier Delle Vigne in Dante, Fedra di Euripide, Madame Bovary di Flaubert, Athos Fatigati negli “Occhiali d’oro” di Bassani, Rosetta nelle “Tre donne sole” di Pavese, Alfonso Nitti nella “Vita” di Svevo, Alia ne “L’Imperatore –Dio di Dune” di Herbert, Julia Regajev nel “Responsabile delle risorse umane” di Yehoshua, Aldo Nuti nei “Quaderni di Serafino Gubbio operatore” di Pirandello, Martin Eden di London, il professore ne “L’ultima ora” di Dufossè, Giacomo nella “Romana” di Moravia, l’anonimo protagonista dell’ “Horlà” di Maupassant, l’io narrante della “Lettera a una signorina a Parigi” di Cortàzar, il robot che vuole dimostrarsi umano nel “Guardiano della muraglia” di Silverberg.

Per la sua grande rilevanza, anche storica, accenniamo soprattutto ai “Dolori del giovane Werther” di Goethe. Il protagonista del romanzo, provato da una cocente delusione amorosa, decide di porre fine alla propria vita, e dopo l’uscita del libro (1774), le cronache dell’epoca registrarono un’impressionante serie di suicidi che per movente e modalità rimandavano in maniera pressoché inequivocabile al romanzo di Goethe. Da allora, il fenomeno dell’emulazione (chiamato “effetto Werther”) è sotto costante esame degli osservatori del suicidio e dagli studi effettuati risulta un chiaro nesso tra la risonanza data alle notizie riguardanti i suicidi e le condotte di tipo imitativo.

Consistenza del fenomeno suicidario

Come già accennato, il suicidio viene annoverato tra le prime dieci cause di morte, nei paesi occidentali e in quelli in via di sviluppo. Il Suicide Prevention Project dell'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che, entro il 2020, il numero di suicidi annui nel mondo salirà a un milione e mezzo, che corrisponde a circa un suicidio ogni venti secondi. I tentati suicidi saranno circa dieci milioni (un tentativo ogni tre secondi!).

In Europa il tasso dei suicidi varia da 8 a 50 per 100.000 abitanti. L'Ungheria è stato il paese europeo che per anni ha avuto i più elevati tassi di suicidio, di recente superati da quelli delle repubbliche dell'ex Unione Sovietica.

Il tasso di suicidi (secondo dati OMS) in Italia si assesta attorno al sette per 100.000, con tassi maggiori al Nord rispetto alle regioni del Sud. Secondo fonti Istat il tasso dei suicidi nel nostro paese ha iniziato a salire nella metà degli anni Settanta, per poi stabilizzarsi dagli inizi degli anni Novanta. Per l'anno 2002 il tasso italiano è stato di 7.1 per 100.000 abitanti e, nella regione Friuli Venezia Giulia, è stato registrato il tasso ben più elevato di 11.7.

Le singole province hanno avuto i seguenti tassi: 12.1 Pordenone, 11.1 Udine, 13.6 Gorizia e 17.4 Trieste.

Nel suo passato, Trieste ha sempre avuto un numero di suicidi sensibilmente più alto rispetto alla stessa regione e alle altre città italiane. Gli elevati tassi di suicidio registrati in passato erano simili a quelli dei paesi dell'ex Impero Austro-Ungarico (Slovenia, Austria, Ungheria, Repubblica Ceca e Slovacchia) di cui Trieste faceva parte, al punto da destare preoccupazione nello stesso imperatore. Di recente alcuni autori hanno studiato il fenomeno triestino del suicidio ipotizzando che il tipo di cultura "mitteleuropea", laica, improntata all'introversione e all'individualismo che permea ancora la città, possa in qualche modo incentivare il fenomeno del suicidio. Si è pensato che in determinati casi il citato ambiente culturale possa condurre a una condizione di malessere predisponente o, come l'ha definita Claudio Magris in un seminario organizzato dal Progetto di prevenzione Amalia-Telefono Speciale, a una sorta di "fuga nel disagio".

Con i suoi 241.229 abitanti, Trieste è anche la più piccola provincia italiana per estensione territoriale, comprende soltanto sei comuni distribuiti su di un territorio di 212 kmq e ben l'86% della popolazione provinciale vive in città. Si tratta di una "città-provincia" con una forte presenza di anziani (il 26% di questi hanno superato i 65 anni di età),

molti dei quali vivono soli, privi di rete familiare e sociale, e per questo altamente a rischio di isolamento, suicidio e “morte solitaria”.

La mortalità per suicidio a Trieste si è configurata quindi come uno dei maggiori problemi di salute pubblica per il quale si è deciso, a livello locale, di adottare le linee guida degli organismi internazionali, nazionali e regionali, allo scopo di formulare e attuare mirate strategie di prevenzione.

Accanto a queste, si è ritenuto necessario istituire un Osservatorio sistematico e accurato di registrazione dei casi di suicidio nella provincia, che a partire dal 1999 è coordinato dal Dipartimento di Salute Mentale della locale Azienda sanitaria territoriale, insieme ad altri enti (Uffici Anagrafici comunali, Polizia di Stato, Procura della Repubblica, Unità Clinica Operativa di Medicina Legale dell'Università di Trieste). La provincia triestina, per le sue ridotte dimensioni, si caratterizza come una sorta di “laboratorio naturale” dove le informazioni rilevanti si concentrano in pochi enti e dove, negli ultimi 20 anni, si è sviluppata una forte rete di servizi sanitari. Di conseguenza, il coordinamento dell'Osservatorio è stato semplificato da questa situazione, per certi versi privilegiata.

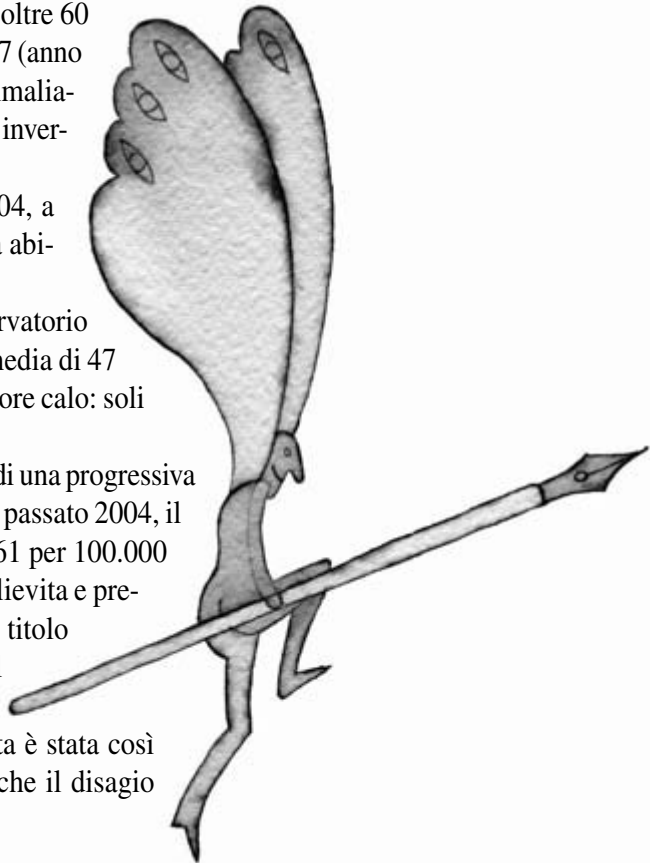
Così, se negli anni 1990-1996 si è registrato un tasso medio di 25.49 suicidi per ogni centomila abitanti, con oltre 60 “vite rifiutate” all'anno, a partire dal 1997 (anno di inizio del Progetto di prevenzione Amalia-Telefono Speciale) si è notata una decisa inversione di tendenza.

Si è passati infatti, negli anni 1997-2004, a un tasso medio di 17.72 ogni centomila abitanti.

In quasi dieci anni di rilevazioni, l'Osservatorio ha registrato 471 casi di suicidio (una media di 47 all'anno), e nel 2004 si è avuto un ulteriore calo: soli 28 suicidi.

L'andamento più recente conferma quindi una progressiva riduzione: infatti mai come nell'appena passato 2004, il tasso dei suicidi è stato così basso (11.61 per 100.000 abitanti). Mentre ovunque il fenomeno lievita e preoccupa sempre più, Trieste ha perso il titolo che l'ha caratterizzata per anni: quello del cosiddetto “triste primato”.

E mai l'età media di chi si toglie la vita è stata così bassa (circa 53 anni nel 2004), segno che il disagio



degli anziani, grazie anche alle tante azioni mirate del Progetto di prevenzione Amalia (dedicato alla socializzazione delle persone anziane sole), è oggi minore, a vantaggio di una maggiore quanto benefica socialità.

I maschi, particolarmente quelli intorno ai 56 anni si confermano, analogamente ai dati internazionali, la categoria più a rischio di suicidio, con un rapporto di tre a uno rispetto alle femmine.

Di solito infatti il suicidio è più frequente nel sesso maschile, anche se il rapporto maschi/femmine è estremamente variabile a seconda dei vari paesi considerati.

Malgrado le profonde disparità tra uno stato e l'altro, si assiste quasi ovunque a una progressione del fenomeno del suicidio nei giovani: piuttosto raro al di sotto dei dieci anni, diventa sempre più rilevante con il crescere dell'età. E, addirittura, in molti paesi del mondo figura come la seconda causa di morte tra i 15 e i 19 anni.

In Italia la mortalità per suicidio nella fascia d'età 15-24 anni rappresenta la terza causa di morte, superata dagli incidenti automobilistici (in particolare nel nord-est) e dai tumori.

La maggior parte delle cause degli incidenti possono inoltre essere attribuite ad azioni spericolate o all'abuso di alcol o droghe.

Secondo fonti Istat nel 2000 ci sono stati in Italia 281 suicidi tra i 15 e i 24 anni di età, poco più di quattro ogni centomila giovani.

Nel Comune di Trieste i minori nella fascia d'età 0-14 sono il 10%, mentre i giovani nella fascia d'età 15-24 rappresentano il 7% della popolazione. Nel 2003 il Comune ha censito 25.881 minori (0-17 anni), numero pressoché stabile negli ultimi quattro anni. Di questi minori, 1.553 sono stranieri residenti, in netto aumento negli ultimi anni. I servizi sociali territoriali del Comune hanno in carico più di 1.500 minori in situazioni di disagio lieve e/o conclamato, quasi la metà dei quali è sotto provvedimento dell'Autorità giudiziaria. Per 177 situazioni di disagio conclamato, di esclusione sociale per problemi di salute mentale, tossicodipendenza e disabilità, il Comune fornisce interventi sostitutivi alla famiglia: ricovero in istituto, comunità, affidamenti eterofamiliari.

Negli ultimi 10 anni, a Trieste si sono registrati 24 casi di suicidio di giovani tra i 15 e i 24 anni (20 tra i maschi e 4 tra le femmine), di cui soltanto un ragazzo aveva meno di 17 anni.

Il dato conferma che generalmente gli adolescenti maschi si uccidono più spesso delle ragazze (in Italia con un rapporto di quattro a uno).

Le femmine invece sono più inclini a mettere in atto il tentativo di suicidio, con un rapporto di due a uno.

Una spiegazione plausibile è che, davanti alle difficoltà, le ragazze per indole, educazione, pressione sociale, culturale e familiare tendono maggiormente a chiudersi in se stesse, a ritirarsi, provando fortemente tristezza, senso di inadeguatezza, colpa. Perciò, le femmine sono più a rischio di depressione rispetto ai maschi.

D'altro canto, paradossalmente, sono anche più pronte a riconoscere ed esprimere le emozioni condividendole, cercando aiuto e conforto. Questo modo di affrontare i problemi condividendoli, costituisce probabilmente per le femmine un fattore protettivo, che contribuisce a evitare atti estremi. Invece gli adolescenti maschi stentano a esprimere le emozioni, a chiedere aiuto e consigli, sono più spesso aggressivi e davanti alle difficoltà tendono ad agire d'impulso, pur di negare o rimuovere il problema. Inoltre per pressione sociale e culturale, i maschi rischiano maggiormente di fare uso di alcol e di sostanze stupefacenti o psicotrope. Tutti questi elementi di rischio contribuiscono al maggior numero di esiti fatali dei loro comportamenti a rischio. Un'altra differenza di comportamento tra maschi e femmine è nell'uso dei metodi impiegati per togliersi la vita.

I metodi impiegati per suicidarsi variano profondamente da paese a paese: dipende dalle differenti condizioni culturali e socio-economiche, dalla facilità di accedere ai mezzi e anche dalle "mode" proposte dai media, in determinati periodi, con peraltro un preoccupante e dilagante effetto imitativo (il già citato "effetto Werther").

In alcuni stati, per esempio, l'avvelenamento (si pensi ai pesticidi nei contesti rurali) è un metodo comune, mentre in altri paesi sono più frequenti le intossicazioni da farmaci, le esalazioni di gas di scarico (monossido di carbonio) delle automobili oppure l'uso delle armi da fuoco (in particolare negli USA).

Anche la personalità di chi si suicida può influire sulla scelta della modalità, per cui vi sono soggetti che ricorrono a metodi più cruenti: i maschi ricorrono più frequentemente a sistemi violenti con quasi sicuro esito fatale come l'impiccamento, l'uso di armi da fuoco o esplosivi. La più bassa mortalità femminile al contrario, dipenderebbe dall'utilizzo di metodi meno cruenti, quali il sovradosaggio farmacologico. I dati dell'Osservatorio triestino confermano quelli nazionali: le modalità per togliersi la vita, a prescindere dall'età, sono soprattutto l'impiccamento (maggiormente utilizzato dai maschi) e il salto nel vuoto (maggiormente utilizzato dalle femmine), seguiti dall'utilizzo delle armi da fuoco e dalla intossicazione farmacologica acuta.

Un problema sottostimato

Vari studi internazionali rilevano che la stima del fenomeno del suicidio è passibile di errore, non facilmente confrontabile e sottostimata a causa dell'incertezza e dell'incompletezza dei dati ufficiali, non ugualmente registrati nei vari paesi e nelle singole strutture. Spesso un suicidio non viene denunciato come tale per il timore dello stigma sociale, morale o religioso che ancora colpisce sia la memoria di chi lo ha compiuto sia i suoi familiari.

In molti casi (ad esempio in alcuni decessi per "overdose", incidente stradale, intossicazione acuta da farmaci, precipitazione, annegamento), risulta oggettivamente difficile per il medico che constata il decesso stabilire con certezza se la morte è dovuta a un suicidio oppure a una causa violenta accidentale. Inoltre, studi effettuati sugli stili di vita di adolescenti deceduti per cause violente, mostrano che le vittime avevano spesso manifestato sottili comportamenti autodistruttivi e una larga disponibilità a trovarsi in situazioni rischiose. Questi elementi devono essere valutati ma non sempre sono subito noti.

Ma i dati possono variare anche in base ai diversi criteri di rilevazione e di formazione di base degli stessi operatori, che differiscono a seconda degli enti (Forze dell'Ordine, Istituti di Medicina Legale, Pronto Soccorso, reparti ospedalieri, in particolare di Medicina d'Urgenza) che intervengono negli accertamenti.

Perciò la quantificazione del numero di coloro che tentano il suicidio è ardua e certamente sottostimata, rispetto a quello che può risultare soltanto dalle registrazioni sanitarie.

Va infatti tenuto presente che solo la metà degli adolescenti che hanno tentato di uccidersi giunge all'attenzione dei servizi sanitari, mentre gli altri casi restano sommersi nel privato, gestiti dalla famiglie o dagli amici. E spesso, soprattutto nei casi di avvelenamento da farmaci o da altre sostanze, i servizi di Pronto Soccorso non riferiscono se l'atto è intenzionale o accidentale.

In più, le parole e i modi di dire sul suicidio usate dai giovani sono ben diversi dalle definizioni della psichiatria: da numerosi questionari anonimi emerge che i tentativi di suicidio sono il doppio rispetto a quelli rilevati dalle vere e proprie interviste psichiatriche.

La spiegazione più plausibile è che i giovani abbiano una definizione molto più ampia e generica sui comportamenti indicanti un tentativo di suicidio rispetto a quella utilizzata dai professionisti.

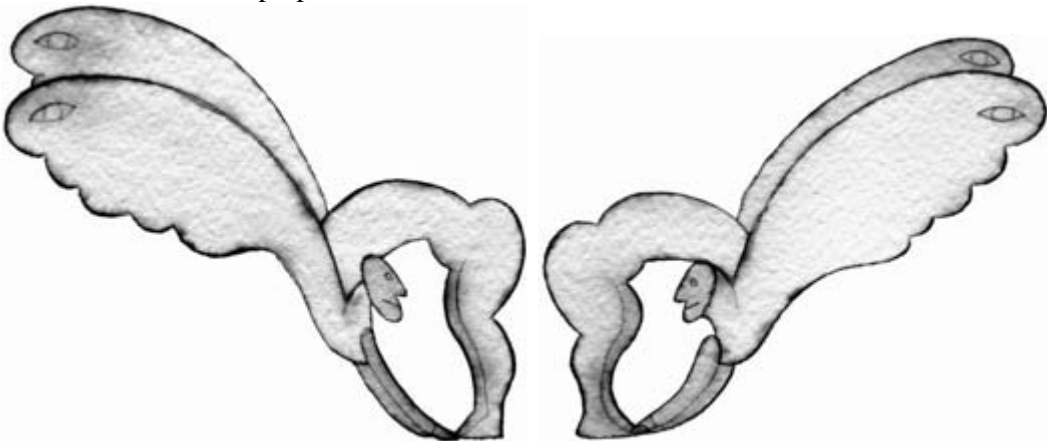
Disagio giovanile e generazionale

Il numero di suicidi e di tentati suicidi nei giovani è un importante indicatore del disagio in un determinato contesto storico, politico e sociale, accanto ad altre significative problematiche, quali la criminalità minorile, il ricorso a istituti, i maltrattamenti e l'abuso sessuale, la dispersione scolastica e più in generale la carenza di strutture, di servizi e di politiche a sostegno delle famiglie e della tutela dei minori.

Perciò, prima di entrare nel merito delle problematiche del comportamento suicidario, non possiamo ignorare il più ampio disagio giovanile, consapevoli della molteplicità di significati che questa generica definizione possiede.

A differenza delle generazioni passate, la gioventù attuale ha una crescente difficoltà a trovare un proprio posto e un proprio ruolo nella società. La stessa famiglia tradizionale ha subito in questi decenni degli sconvolgimenti tellurici, che hanno portato a una sua radicale trasformazione: il calo della natalità, il numero delle separazioni fortemente cresciuto, i vecchi nuclei allargati che hanno lasciato il posto a famiglie composte da pochissime persone. In più, la mobilità del lavoro o i frequenti trasferimenti da una città all'altra diminuiscono la possibilità di radicarsi in una comunità e di costruire una solida rete di rapporti interpersonali.

D'altra parte, lo stesso concetto di "adolescenza" è un'invenzione dell'ultimo mezzo secolo. Prima di allora, o si era già adulti in grado di lavorare, sposarsi e fare la guerra, oppure si era ancora bambini. Non esisteva una moda, né una musica, né una cinematografia per adolescenti. È solo a partire dagli anni Cinquanta che emerge un problema generazionale: ai giovani non bastò più quello che un tempo era sufficiente, e cioè l'amicizia di un adulto, la stima di un insegnante o l'affetto dei genitori. In quegli anni, come mai era accaduto in passato, gli adolescenti si accorsero dei propri coetanei.



Per la prima volta nella storia dell'umanità, milioni di giovani e di giovanissimi ebbero soldi da spendere. E il mercato scoprì l'enorme potenziale economico di questo nuovissimo esercito di consumatori. Da allora è stato un crescendo, e oggi, fin da piccoli, moltissimi vengono esposti a un eccessivo bombardamento mediatico, soprattutto televisivo. Una abnorme quantità di informazioni e di sensazioni che i bambini stentano ad elaborare, in una lacerante divaricazione tra il vissuto personale reale, spesso deludente e frustrante, e le fantasmagoriche e coloratissime rappresentazioni offerte dai media, prima fra tutti la pubblicità.

Gli adolescenti e i giovani sono così sottoposti a pressioni contrastanti: da un lato provano spesso una sensazione di estraneità alla vita collettiva e alla società ed estendono sempre più la loro permanenza nella famiglia di origine. Questa sorta di adolescenza prolungata esaspera un tipico conflitto dell'età della crescita, quello tra autonomia e dipendenza: la libertà rischia spesso di trasformarsi in una assenza di regole, mentre si resta subalterni ai genitori per molti aspetti materiali (abitazione, risorse economiche) che portano anche a una crescente dipendenza psicologica. Ma da un altro lato i giovani e gli adolescenti vengono sempre più spinti verso scelte precoci (scuola, molteplici impegni extrafamiliari, scelte di futura carriera) da fare con urgenza. Su un altro versante ancora, vengono iniziati presto al sesso, all'alcol o alle droghe.

Così, soprattutto nei paesi industrializzati, si diffondono l'alcolismo e la tossicodipendenza, cresce il numero degli abbandoni scolastici, è sempre più difficile trovare un lavoro e quello che viene trovato è spesso precario e insoddisfacente, la violenza giovanile (compiuta da singoli o da gruppi) è in aumento, la piccola e grande criminalità recluta molti giovani e giovanissimi.

“Nasci, vai a scuola, ti sposi, se lo trovi fai un lavoro che ti annoia a morte. È tutto pianificato, non hai sogni” dice una ragazza polacca, intervistata dalla sociologa Donna Gaines nel libro-inchiesta “La terra desolata dei teenagers”. In questo vuoto ideale che si spalanca come un baratro, sul fondo del quale si agita la minaccia del dover crescere, molti giovani ricorrono a succedanei esistenziali, che possono andare dagli ultrà organizzati delle squadre di calcio agli sballi del sabato sera. Non bisogna dimenticare che per molti giovani e giovanissimi il tempo libero non è uno spazio cercato e desiderato, bensì un vuoto da riempire quotidianamente: spesso né i familiari né la collettività hanno tempo e attenzione per gli adolescenti e questo disinteresse viene percepito con sofferenza.

È in questo complesso quadro generazionale di perdita delle speranze e di fiducia nel futuro che la vita dei singoli può diventare molto difficile e complicata, se non addirittura intollerabile.

E davanti a tutto ciò, i giovani che manifestano segnali di disagio vengono percepiti e bollati dagli adulti e dalla società come se fossero “perdenti, ignoranti, apatici, rinunciatari, deboli”.

Si sedimenta sempre più un fortissimo collante del variegato universo giovanile: la convinzione di essere totalmente incompresi da parte del mondo adulto.

Non è certo un caso se molta musica attuale, proveniente soprattutto dagli Stati Uniti, sia una musica di ribellione e di rabbia. Ma, a differenza del rock che negli anni Sessanta e primi Settanta pretendeva e sperava di trasformare il mondo, annullando le sue ingiustizie e le sue barriere, il rap, l’hip hop, il trash metal e l’hardcore di oggi sono brutali grida di insoddisfazione, private di ogni speranza di cambiamento. “Vuoi tutto ma non puoi avere tutto, ce l’hai davanti ma non riesci a prenderlo” cantano i Faith No More (Fede non più).

Un modello per comprendere il disagio: la vulnerabilità

Quando si utilizza l'aggettivo "giovanile", si intende in realtà una fascia d'età molto ampia e diversificata che va dalla preadolescenza (11-14 anni), all'adolescenza (15-18 anni), alla giovinezza vera e propria (19-25 anni e oltre). L'indeterminatezza di questa definizione è dovuta a vari fattori: l'arbitrarietà e l'opinabilità che sovrappongono una fascia d'età all'altra, ma anche l'attuale tendenza di anticipare le problematiche psicofisiche della pubertà (maturazione fisica, sessuale) e di dilatare quasi sino ai trent'anni la condizione psicosociale di dipendenza, tipica dell'adolescenza prolungata.

Noi parleremo genericamente di "adolescenza", considerando la fascia d'età dai 15 ai 24 anni. Età di rischio non solo per il suicidio, ma anche per il manifestarsi di problemi di disadattamento, devianza e disagio psicologico.

Questa è l'età in cui ogni essere umano cerca di definire se stesso, dovendosi costruire un'immagine di adulto, ma essendo ancora trattenuto dalle sicurezze dell'infanzia. È in questa fase della vita (e negli anni immediatamente precedenti) che vengono al pettine molti nodi: un mondo esterno che chiede e che spesso pretende, un mondo interno che ribolle di mille tumultuosi cambiamenti.

Da fuori irrompono continuamente richiami e appelli sempre più pressanti:

"Devi trovarti la ragazza!"

"Devi essere più responsabile!"

"Non comportarti così: non sei più una bambina!"

"Pensa al tuo futuro!"

Insomma si deve lasciare, quasi sempre con malinconia mista a paura, il vecchio mondo di sogni per inoltrarsi nel mondo dei grandi. E per trovare il proprio ruolo e il proprio spazio, troppo spesso si è costretti a prendersi a metaforiche cornate con gli altri. Il giudizio su di sé non deriva più da quello dei genitori, bensì da quello dei coetanei, per i quali contano elementi che prima erano ininfluenti (aspetto fisico, vestiti alla moda, look, disponibilità finanziaria). Così, le vecchie figure autorevoli vengono sostituite da nuove figure di riferimento e i coetanei spingono nella direzione di una crescente illusoria autonomia, contrassegnata dall'assenza di regole.

Ma non è finita, perché dentro si sta scatenando una vera e propria tempesta ormonale, che dura a lungo e che trasforma corpo e desideri,

impulsi e aspettative. E allora paure, domande, nuovi desideri, vergogna, confusione, si agitano in quest'età di metamorfosi, quando repentine fughe in avanti si sovrappongono a fasi regressive.

Ed è difficile per i genitori e per gli educatori, siano essi insegnanti, medici o psicologi, individuare i confini e le differenze tra due fenomeni: l'alternanza di umore e di stati d'animo tipica dell'età adolescenziale, che è ben diversa dall'insorgenza di un vero e proprio disturbo mentale.

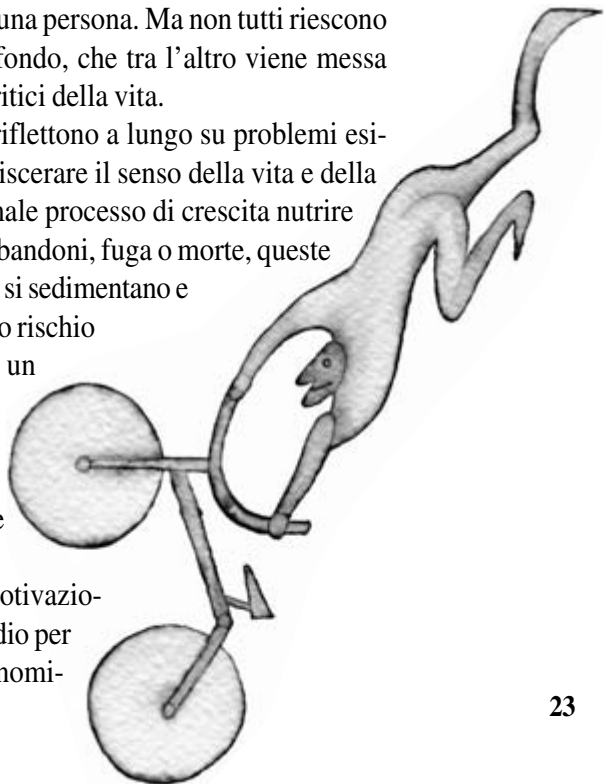
Spesso l'adolescente incolpa del suo disagio il mondo esterno, imputando a esso la propria confusione interiore. In questa fase entrano in gioco gli strumenti ricevuti nei primi anni di vita: solidità affettiva, acquisizione di sempre maggiori autonomie decisionali, sostanziale fiducia in se stessi. Mentre la carenza di questi fattori protettivi può causare nell'adolescente un senso complessivo di inadeguatezza, che rischia di condurre a comportamenti di iper-compensazione, quali ostentazioni di coraggio fisico in circostanze pericolose. Oppure, un altrettanto eccessivo ritrarsi in se stessi.

L'età che va dalla pre-adolescenza ai 24/25 anni è dunque per tutti un periodo estremamente delicato, denso di passaggi difficili.

Ma alla fine la gran parte delle persone esce da queste difficoltà. Un passaggio fondamentale è la progressiva conquista della consapevolezza di sé e della propria identità. Di chi si è e di cosa si vuole, delle proprie qualità e dei propri limiti. Insomma, il terreno su cui si erigono le fondamenta della costruzione di una persona. Ma non tutti riescono a conquistare questa sicurezza di fondo, che tra l'altro viene messa ripetutamente in crisi nei periodi critici della vita.

E durante l'adolescenza i ragazzi riflettono a lungo su problemi esistenziali complessi, cercando di sviscerare il senso della vita e della morte. Se dunque fa parte del normale processo di crescita nutrire fantasie e pensieri di sparizione, abbandoni, fuga o morte, queste idee devono destare allarme quando si sedimentano e cominciano a tradursi in un concreto rischio di vera e propria messa in atto di un processo suicidario. È soprattutto allora che il pericolo di comportamenti autolesivi deve essere preso in seria considerazione da chi ne viene a conoscenza.

È però impossibile uniformare le motivazioni individuali che spingono al suicidio per riportarle a un minimo comune denomi-



natore. Il fenomeno suicidario può essere spiegato nelle sue generalità, ma quando si passa a un caso specifico e individuale devono prevalere la cautela, la discrezione e la comprensione umana.

Così, mancanza di sicurezza e di identità, difficili situazioni familiari, sradicamento delle famiglie dai loro luoghi di origine, angosce davanti al futuro, uso di droghe o di alcol, delusioni sentimentali o fallimenti scolastici, morte di una persona cara, volontà di emulazione sono solo alcune delle possibili cause. Va infatti ribadito che non esiste alcun rigido e meccanico determinismo tra la situazione che una persona vive e la possibilità che questa persona tenti il suicidio. A tal proposito esiste un dato illuminante: nelle terribili circostanze di sofferenza estrema vissute da milioni di persone nei lager nazisti o nei gulag di Stalin, i casi di suicidio furono molto rari. Certo, i sopravvissuti pagarono a lungo le conseguenze del loro atroce dolore, ma durante l'internamento pochi si diedero la morte.

Le possibili spiegazioni possono essere numerose, ma le più significative sono forse quelle che raccontò lo stesso Primo Levi: le tragiche durezze dell'ambiente impegnavano tutte le forze dei singoli in una dura lotta per la mera sopravvivenza e quando si combatte per vivere, rischiando quotidianamente di morire, non si pensa alla morte.

Analogamente, i suicidi non sono frequenti nemmeno in situazioni di guerra: aumentano invece dopo la fine di un conflitto, quando piombano sulle persone ripensamenti e depressioni, angosce e sentimenti di inadeguatezza. Lo scrittore israeliano Igal Sarna dice: "Tutti i ricordi scoppiarono come una pentola a pressione tenuta coperta per troppo tempo".

D'altra parte anche situazioni comuni e quotidiane, oppure difficoltà apparentemente lievi possono scatenare questo gesto estremo di "levare la mano su di sé" per morire.

Nel film "L'attimo fuggente" di Peter Weir, un ragazzo al quale il padre nega la possibilità di una carriera artistica, si uccide. Ma nella sua morte incide fortemente anche un ambiente scolastico (un college americano del 1959) intriso di ottuso conservatorismo, dominato da una pedagogia autoritaria e priva di confronto tra insegnanti e studenti. Le situazioni dunque variano profondamente da un'epoca storica all'altra, da un continente all'altro, da un paese all'altro, a seconda delle caratteristiche culturali, politiche ed economiche.

In ogni caso, la sofferenza psichica non ha cause univoche, immutabili, valide sempre e ovunque, comunque e per tutti: ogni esperienza umana è infatti singolare e irripetibile.

Esistono tuttavia diversi fattori che rendono le persone più o meno

esposte e più o meno sensibili alle disavventure della vita. Pertanto, alla certezza, semplicistica e riduttiva, che esista una sola e principale causa deterministica del disagio psichico va sostituito un modo di pensare più ampio, che potremmo definire **vulnerabilità**.

Le caratteristiche affettive, emotive, comportamentali delle persone e la loro maggiore o minore capacità di adattamento alle difficoltà della vita, traggono origine dalla interazione di molteplici fattori: biologici, psicologici e ambientali.

In breve, *i fattori biologici* sono la componente genetica di un individuo, l'ereditarietà di particolari geni e cromosomi, la presenza di alcune malattie virali, complicazioni ostetriche, traumi perinatali.

I fattori psicologici sono i meccanismi di crescita di una persona, appresi nel corso del suo sviluppo evolutivo, che contribuiscono a formarne la personalità, il carattere, l'identità, il modo particolare di affrontare i problemi della vita, delle relazioni, della propria singolare storia.

I fattori ambientali chiamano in causa tutta l'organizzazione sociale dominante, nei suoi molteplici aspetti culturali, sociali, economici, politici e religiosi.

Studiando questi fattori che, intrecciandosi tra loro, strutturano ciascuna persona rendendola assolutamente unica, è ormai chiaro quanto sia delicatissima e decisiva l'età che va dalla nascita alla tarda adolescenza.

La famiglia, che è il primo contesto di apprendimento e di socializzazione, ma anche l'insieme dei rapporti personali e di amicizia, l'ambiente scolastico, il modo di stabilire relazioni e di comunicare con gli altri, particolari esperienze di conflitto o di abbandono, di separazioni o di traumi affettivi, la maniera con la quale il bambino prima e l'adolescente poi rielabora dentro di sé tutte queste esperienze sono alcuni dei principali elementi che concorrono a indirizzare lo sviluppo della persona e del suo stare nel mondo, aiutandola o meno ad affrontare inconvenienti, ostacoli e difficoltà.

Tener presente questa articolata complessità ci aiuta a comprendere meglio le persone, la loro singolare esperienza, il loro particolare stato emotivo, senza cadere in false e fuorvianti visioni riduttive e unilaterali, in sterili tentativi di cercare un'unica causa al problema.

E il concetto di vulnerabilità ci aiuta a capire quanto, nel corso delle sue esperienze, una persona abbia più o meno appreso a sapersi difendere o a sapersi abilmente orientare nelle situazioni di difficoltà.

La vulnerabilità è costituita dagli abiti con cui attraversiamo le stagioni dell'esistenza e i cambiamenti del clima emotivo: la dotazione (ricca o povera) degli strumenti di cui disponiamo per affrontare i problemi

della vita quotidiana, la quantità e la qualità delle strade che abbiamo di fronte e che abbiamo imparato a percorrere per raggiungere le mete desiderate senza perderci, per progettare senza apprensioni viaggi ed esplorazioni. Quanto più siamo attrezzati, quanti più vestiti contiene il nostro guardaroba, quante più strade abbiamo conosciuto e quanto più rapidamente siamo in grado di cambiare strategicamente percorso di fronte agli ingorghi e ai pericoli, tanto più saremo in grado di mantenere un equilibrio utile e di essere adeguati alle circostanze. E tanto più stabile sarà il nostro benessere. È a causa di questo insieme di fattori che ognuno di noi risponde in maniera diversa agli eventi che accadono nel corso della vita.

Qui è necessario soffermarci su quella *condizione instabile e mutevole che chiamiamo benessere*.

Il nostro vivere quotidiano è caratterizzato dalla continua oscillazione tra una condizione di appagata sicurezza e un senso di insoddisfatta inadeguatezza; tra situazioni in cui ci si sente produttivi e altre in cui si avverte una sgradevole inefficienza. È una condizione molto comune: *questi brevi periodi di ansia o di depressione* durante i quali non si richiede nessun aiuto perché “tanto passerà”, appartengono all’esperienza di tutti. Una piccola quota di tensione (connessa ad esempio a difficoltà scolastiche oppure alla vita affettiva) fa parte di ogni normale esistenza e anzi è un incentivo che ci porta a cercare cambiamenti per raggiungere un equilibrio più soddisfacente. Insomma, questo “sottile dolore quotidiano” non è affatto una malattia. Tuttavia persistendo a lungo può creare le condizioni per l’insorgenza di un vero e proprio disturbo mentale.

Fattori di protezione e di rischio

Tutti dunque siamo più o meno vulnerabili di fronte ai “nemici” (le circostanze avverse in genere) che nel nostro percorso di vita incontriamo inevitabilmente. In ogni fase della vita, tuttavia, gli squilibri non sono prodotti solo dai grandi eventi: le persone finiscono per star male anche quando sono semplicemente esposte a una continua situazione di pressione, anche lieve. Ecco allora che gli “abiti” (i fattori protettivi) che le persone indossano entrano in gioco e mostrano la loro utilità.

Vari studi hanno individuato molteplici *fattori di protezione* (familiari, individuali e socio-culturali) importanti contro i rischi della sofferenza psichica in generale e del suicidio in particolare.

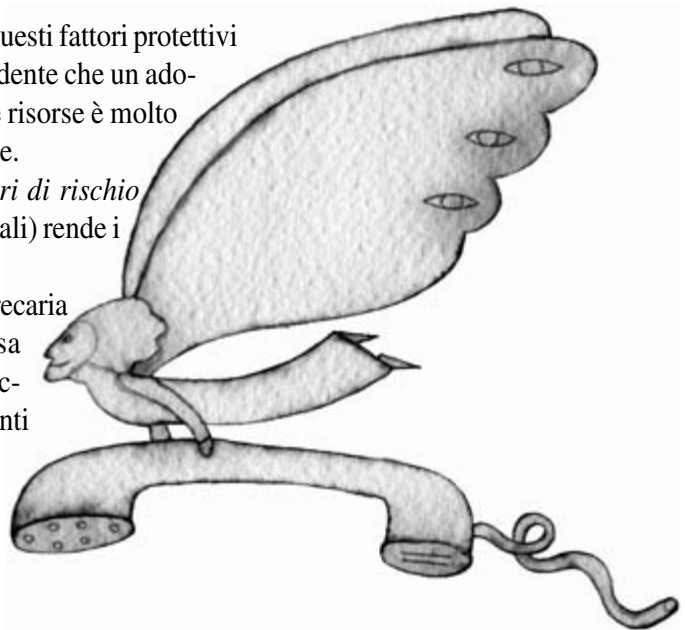
Per la salute fisica e psichica di una persona, tra i *fattori familiari* hanno un significativo valore di protezione una buona relazione e un rapporto di sostegno con i componenti della propria famiglia.

Fattori protettivi legati più ad *aspetti individuali*, cioè al proprio modo di essere e di sapersi relazionare con gli altri, sono: saper socializzare, cercare aiuto quando sorgono difficoltà, chiedere consiglio quando devono essere fatte delle scelte importanti, poter contare sul sostegno di persone di fiducia, essere aperti verso le esperienze e le soluzioni altrui, avere un buon rapporto con i compagni di scuola, con gli insegnanti e con gli adulti in generale. Inoltre avere una capacità di pensiero flessibile ed aperto, disponibile a fare nuove conoscenze, accanto a una buona dose di fiducia in se stessi e nelle proprie risorse, contribuisce ad acquisire l'abilità di saper controllare le situazioni del proprio *ambiente fisico e relazionale*, sentendosi inseriti e partecipi alla vita sociale. Ad esempio attraverso la frequenza di attività associative, religiose, sportive.

Si provi ora a rovesciare ognuno di questi fattori protettivi nel suo contrario e sarà del tutto evidente che un adolescente privo di una o più di queste risorse è molto più a rischio di chi invece le possiede.

Inoltre la compresenza di più *fattori di rischio* (socio-culturali, familiari e individuali) rende i soggetti ovviamente più vulnerabili.

Tra gli *aspetti socio-culturali*: una precaria condizione economica, una scarsa scolarità e problemi legati alla disoccupazione in famiglia sono importanti fattori di rischio che vivono, ad esempio, le persone con esperienze



di migrazione e mobilità sociale, per le conseguenti e ovvie difficoltà di adattamento in contesti completamente differenti da quelli di origine. Quindi esperienze di forte conflitto, di confusione di valori, di perdita dei legami sociali attentano ancora di più alla costruzione dell'identità dei giovani, privi così di modelli di riferimento e di conseguenza ancora più a rischio di esclusione e isolamento.

Anche alcuni contesti come la scuola (o l'università) possono diventare ambienti a rischio per i disagi e le frustrazioni che si generano in situazioni di competitività o di aspettative eccessive da parte del giovane stesso o degli adulti che da lui pretendono troppo.

Ci sono poi le caserme, a causa della freddezza di orari e regole e soprattutto per la rigidità delle gerarchie e per il cosiddetto fenomeno del nonnismo. Anche il carcere rappresenta un ambiente a rischio, in particolare durante la prima notte di detenzione e soprattutto per i giovani tra i 20 e i 35 anni, in carcerazione preventiva in attesa di giudizio.

Ma anche un *contesto familiare* problematico rappresenta un rilevante fattore di rischio quando presenta modelli genitoriali negativi e distruttivi: psicopatologie quali depressione o altri disturbi psichiatrici, abuso di alcol o sostanze tossiche, comportamento antisociale, storia familiare di suicidi o tentati suicidi, violenza intrafamiliare dove i maltrattamenti sono abituali, fino ad arrivare ad abusi fisici e sessuali sui minori. E pure una scarsa capacità di prendersi cura dei figli e dei loro bisogni, un'alta conflittualità familiare e ripetuti episodi di violenza tra partner adulti in presenza del minore sono aspetti importanti, che mettono seriamente a rischio di disagio precoce la personalità nel corso del suo sviluppo.

Accanto a questi *aspetti di disfunzionalità e instabilità familiare* si riscontrano spesso, nella vita di bambini e adolescenti che hanno tentato o commesso suicidio, eventi traumatici particolari vissuti nella prima infanzia, situazioni che la personalità ancora giovane e fragile si è trovata ad affrontare da sola, senza riuscire a superarli ed elaborarli. Tra gli eventi di vita più significativi, che possono lasciare un segno nel percorso di crescita, ci sono situazioni di divorzio o separazione legale, genitori "separati in casa", allontanamento o morte del genitore, esperienze di adozione o di affidamento extrafamiliare, frequenti cambi per migrazione o mobilità sociale del luogo in cui si vive, problemi di salute. Sempre all'interno della famiglia, durante le fasi delicate di crescita dell'infanzia e dell'adolescenza, possono mettere a rischio lo sviluppo della personalità, generando ansie, insicurezza e instabilità emotiva. Anche certi stili comunicativi ed educativi condizionano negativamente, fino a comprometterle, le relazioni familiari: un costante atteggiamento

mento genitoriale di scarsa attenzione, di rifiuto e di trascuratezza, di mancanza di tempo dedicato ai figli, poco interesse e scarsa vicinanza emotiva nei momenti difficili e più stressanti per il minore, aspettative eccessive o carenti, autorità eccessiva o inadeguata, rigidità familiare, scarso o inadeguato dialogo sono modi inadeguati di comunicare, e la loro presenza all'interno di una famiglia costituisce un fattore di rischio.

L'evidenza suggerisce che il più delle volte i giovani suicidi provengono da famiglie con più di un problema, nelle quali i singoli fattori di rischio sono cumulativi e si moltiplicano tra loro.

A questo si aggiunge un'ulteriore difficoltà: il "dolore emotivo" che prova il minore costretto a cercare aiuto al di fuori del contesto familiare fonte di disagio.

D'altra parte, eventi apparentemente uguali possono assumere significati radicalmente diversi a seconda della persona che si trova a doverli vivere. Ma c'è di più: collocato all'interno della concreta vita di quella singola persona, ogni evento acquista un particolare significato e una irripetibile risonanza. Ad esempio, la morte del proprio cane o del proprio gatto viene generalmente vissuta con dolore ma poi superata. Se però questa morte avviene in un momento già sovraccarico di difficoltà, può diventare "l'ultima goccia", quella che fa precipitare una situazione già a rischio.

Ecco allora un punto estremamente importante: una strutturata condizione di predisposizione e di delicata vulnerabilità produrrà una profonda sofferenza solo quando nella vita di quella persona si verificheranno eventi particolari in circostanze altrettanto particolari.

Accanto a fattori socio-culturali e familiari ci sono quindi anche *fattori individuali*, legati agli aspetti peculiari della personalità di ciascun individuo e al suo stile cognitivo, cioè alla sua singolare modalità di elaborare e interpretare quello che accade.

Alcuni tratti di personalità (tra l'altro di riscontro comune nel periodo adolescenziale) sono stati individuati come tipici per il rischio di suicidio o tentato suicidio. Tuttavia, di per sé non possono predire deterministicamente un comportamento suicidario. È chiaro però che, se queste caratteristiche individuali si associano a un disturbo mentale, aumentano il rischio di suicidio o di tentato suicidio.

Dovrebbe quindi destare una certa attenzione un giovane con umore instabile, che manifesta rabbia, comportamento aggressivo, provocatorio e antisociale, irritabile e impulsivo, con facilità di passaggio all'azione. In questo quadro, possono essere ostentati verso i coetanei, gli adulti in generale o gli stessi genitori, atteggiamenti di superiorità e

di rifiuto, che mascherano il senso di vuoto e di incertezza che il giovane ha dentro di sé. Nel rapporto con gli altri può esserci anche *un tipo di relazione ambivalente*, che oscilla tra amore e odio.

A livello cognitivo va considerato a rischio un atteggiamento rigido, moralistico, un tipo di pensiero dicotomico (bianco/nero), con scarse abilità di risolvere situazioni e di vedere alternative di fronte alle difficoltà. Oppure può esservi una certa incapacità della persona a percepire la realtà, una tendenza a vivere in un mondo illusorio e fantastico, alternando fantasie di grandezza a sentimenti di inadeguatezza e inferiorità. O ancora, può esprimere un immediato senso di delusione di fronte a piccole frustrazioni, con un forte senso di ansia davanti anche a lievi sintomi fisici.

Di solito queste persone hanno aspettative troppo elevate su se stesse e lo scontro con la realtà le porta a un immediato senso di fallimento, di poca considerazione di sé, di perdita di speranza, spesso alimentati dal contesto sociale e dalle scarse relazioni con gli altri.

Un altro importante fattore di rischio è l'incertezza sulla propria identità e sull'orientamento sessuale. Fino a pochi anni fa, anche alcuni insegnanti, genitori e medici pensavano che l'omosessualità fosse una specie di malattia da curare. E nonostante già dal 1974 essa sia stata eliminata dal manuale dei criteri diagnostici dei disturbi mentali redatto dall'Associazione Psichiatrica Americana, alcuni educatori ed "esperti" continuano ad avere un atteggiamento ambiguo, intriso di tacita disapprovazione e discriminazione. Cosicché giovani gay, lesbiche o bisessuali vengono feriti in luoghi nei quali dovrebbero invece trovare comprensione, come la famiglia o la scuola.

Va fatta infine un'importante distinzione: quella tra *elementi predisponenti ed elementi precipitanti*.

Abbiamo già tracciato un elenco di massima dei primi, i fattori di rischio, la cui presenza, spesso sedimentata nel corso degli anni, costituisce un terreno fertilissimo per la possibilità di un severo disagio individuale, nel quale potrebbe innestarsi anche il suicidio.

Se essi sono la polveriera satura di tutto il suo contenuto esplosivo, i *fattori precipitanti o scatenanti* sono invece la miccia o il detonatore, che si accendono nei giorni o addirittura nelle ore precedenti il suicidio. Senza la polveriera, difficilmente la miccia provocherà un disastro. Ma senza la miccia, la polveriera potrebbe rimanere inerte per sempre.

Vediamo allora alcuni di questi elementi precipitanti a cui un giovane può reagire, con le sue peculiari caratteristiche di personalità e il suo singolare stile cognitivo, manifestando la propria suscettibilità allo stress.

Sono *eventi di vita negativi*, particolarmente dolorosi per quella persona, quelli che riattivano il suo senso di impotenza, di sfiducia e disperazione sperimentato già in precedenza, e che potrebbero far emergere pensieri suicidari o progetti per una loro messa in atto.

Un insuccesso scolastico, un fallimento negli studi, una delusione per il risultato ottenuto, aspettative eccessive durante i periodi di esame possono travalicare i propri confini contingenti e “istituzionali” per investire drammaticamente il giudizio complessivo che il giovane ha di se stesso o di chi gli vive accanto. Analoghi ruoli possono avere dei provvedimenti disciplinari, a scuola come a casa, oppure eventi apparentemente banali che vengono però percepiti come estremamente offensivi, tali da minacciare la sua immagine personale e la sua dignità. La perdita di una persona cara o di un animale cui si è affezionati, ripetuti e incomprensibili conflitti con i genitori, con il partner o con gli amici, la fine di un rapporto sentimentale, sono altri possibili fattori scatenanti.

Così come altri eventi decisamente difficili da affrontare sono l’esperienza di una gravidanza involontaria, un aborto, l’aver subito una molestia sessuale, serie malattie fisiche, avere avuto problemi giudiziari, vivere uno stato di disoccupazione o di precarietà finanziaria, aver vissuto esperienze di prepotenza e vittimizzazione (ad esempio in sette religiose o sataniche), subire le pressioni del gruppo dei coetanei e del loro stile comportamentale autodistruttivo.

Spesso nei giovani certe reazioni spropositate ed eccessive, rispetto all’evento in sé, sono scatenate anche dall’uso di sostanze quali alcol e droghe che hanno un effetto disinibente su comportamenti già strutturati e che possono condurre in maniera impulsiva a gesti autolesivi.

Ecco allora che la contemporanea presenza nello stesso adolescente di elementi sia predisponenti che precipitanti sollecita da parte degli adulti una particolare attenzione.

Avere effettuato un *precedente tentativo di suicidio*, singolo o ripetuto, è un ulteriore fattore di rischio specifico.

Abbiamo accennato come tutte queste variabili, tanto più se associate alla diagnosi di un *disturbo mentale*, aumentino il rischio del suicidio e del tentato suicidio. Il Ministero della Salute italiano stima che un minore su cinque soffre di problemi di salute mentale, e che nei prossimi anni quasi la metà della popolazione fino ai diciotto anni sarà a rischio di disagio psichico.

Il passaggio da una situazione di benessere a quella di disturbo mentale è graduale: si può immaginare attraverso quattro condizioni che, pur diverse tra loro, non sono delimitate da confini netti.

Per *condizione di benessere* intendiamo un buon livello di soddisfazio-

ne dei propri bisogni, che fa percepire alla persona una buona qualità della vita, sia rispetto a standard socio-culturali che alle proprie aspettative. Una *condizione di disagio* comporta invece uno stato di intensa sofferenza psichica presente nei momenti di vita critici o in difficili situazioni ambientali, ma senza manifestare specifici sintomi psichiatrici.

La *condizione di disturbo mentale* porta a prolungare nel tempo uno stato di intensa sofferenza tanto da manifestare precisi sintomi. Se questo stato di disturbo si protrae ancora nel tempo e si complica per cure inadeguate, può condurre a una *condizione di disturbo stabilizzato*.

Il disturbo mentale è senz'altro il fattore di rischio specifico più frequentemente associato al suicidio, anche se riteniamo utile sottolineare ancora che il suicidio non è di per sé una malattia, né necessariamente una sua manifestazione, proprio a causa delle molteplici variabili che interagiscono nella storia soggettiva di ciascuna persona.

L'adolescenza e la prima giovinezza sono l'età di esordio di diversi disturbi di rilevanza psichiatrica (depressione, psicosi, anoressia e bulimia, tossicodipendenza, abuso di alcol, attacchi di panico, disturbi psicosomatici), le cui manifestazioni iniziali sono spesso sfumate, subdole, poco chiare, ma che ben si differenziano dai fisiologici turba-menti fisici e psicologici che caratterizzano questa fascia di età.

Tra i disturbi dell'umore, soprattutto la depressione, se non diagnosticata e non trattata precocemente e in maniera adeguata, può in alcuni casi portare ad avere seri pensieri di morte o a mettere in atto tentativi suicidari o suicidio.

Durante l'adolescenza è esperienza comune avere una scarsa autostima, avvilitamento, perdita di interesse, difficoltà di concentrazione e senso di fatica, disturbi del sonno e dell'appetito, che solo se durevoli e di una certa intensità possono far sospettare una configurazione di sintomi tipica di un disturbo depressivo.

Spesso una reale depressione viene mascherata da sintomi fisici quali mal di testa, mal di stomaco, dolori alle gambe o al torace oppure una generica e imprecisata stanchezza, che portano a cercare un primo contatto con il medico di fiducia, importante agente di prevenzione cui spetta una valutazione complessiva del problema.

Inoltre si è osservato che in adolescenti suicidi la depressione accertata rappresenta un fattore di rischio maggiore quando è associata alla presenza di un comportamento aggressivo antisociale. In particolare i maschi, anche se depressi, utilizzano questi comportamenti dirompenti allo scopo di attirare su di sé la massima attenzione dei genitori o degli insegnanti. Ma questo li mette a rischio di isolamento e di comporta-

menti suicidari fatali.

D'altro canto, le ragazze con un disturbo anoressico che incorrono in una seria depressione, hanno un rischio di suicidio venti volte superiore alla media giovanile.

In più, vari studi hanno ampiamente documentato *un precedente abuso di alcol o droghe* in almeno uno su quattro dei giovani che si sono poi suicidati.

E spesso, dietro il suicidio di una persona molto giovane, può esserci un disturbo psicotico non riconosciuto. Questo disturbo ha infatti una fase iniziale (o esordio) molto subdola, che può durare anche due anni, caratterizzata da segnali di un cambiamento in atto, in particolare nella vita relazionale e sociale. Questi cambiamenti sono percepiti prima dalla persona stessa (marcato senso di insicurezza e diversità) e poi dall'ambiente relazionale circostante (che "non la riconosce più come tale" e la percepisce distante e chiusa). La persona gradualmente si ritira, riduce i contatti con la rete sociale, compromettendo le capacità acquisite a livello scolastico, lavorativo e sociale.

Possono poi comparire idee strane, "fissazioni", convinzioni di tipo magico e mistico oppure interessi rigidamente settoriali e unilaterali.

Non è facile quindi leggere "oltre" quella che può apparire una situazione generica di disagio individuale, di quasi depressione o di una banale apprensione dei genitori per il comportamento ribelle, viziato e bizzarro del proprio figlio. A questo si aggiunge la difficoltà (per sfiducia, mancanza di informazione) degli stessi giovani di rivolgersi ai servizi sanitari o al proprio medico di famiglia per chiedere aiuto.

Dunque un riconoscimento precoce dei primi segnali è un fattore decisivo, accanto alla tempestiva ricerca di un adeguato trattamento, per intraprendere percorsi di possibile ripresa e per contrastare un possibile rischio suicidario, cui ogni disturbo mentale può condurre.

Ma ancora una volta accanto ai fattori individuali, alla capacità di saper ricercare e accettare un aiuto più specialistico per fronteggiare le difficoltà conseguenti al proprio problema di salute, giocano un ruolo fondamentale le risorse protettive e di sostegno offerte dal contesto familiare e sociale (come quello della scuola, dei coetanei e degli stessi servizi), necessarie per evitare possibili e pericolosi percorsi di stigma, esclusione, isolamento e deriva sociale del giovane con problemi di salute mentale.

La storia di Enrico, classe IV C

Dietro ogni studente c'è una persona, del tutto singolare per le sue caratteristiche individuali, il suo peculiare stile cognitivo, il suo particolare ambiente di vita familiare, sociale e culturale: tutto questo, gli insegnanti ormai lo sanno benissimo. Ma sapere come rispondere a una situazione di disagio e a un possibile rischio suicidario è certamente molto più difficile: abbiamo visto in precedenza che i fattori di rischio sono molteplici, interagenti tra loro e che nessuno di essi ha in sé e per sé un valore predittivo sulla possibilità di suicidio. Eppure, conoscerli aiuta a essere più attenti. Essere informati sulla consistenza del fenomeno in Italia e nella propria città, sui fattori di rischio e su quelli di protezione aiuta ad andare "oltre" letture riduttive e semplicistiche dei problemi, cogliendo la complessità di un'esistenza e non restando solo impotenti e sorpresi quando una giovane vita si spegne vicino a noi. Per questo nessun "esperto" ha ricette risolutive da dare, né strumenti o tecniche sofisticate da prescrivere.

E allora abbiamo scelto un'altra strada: provare a raccontare questa complessità attraverso una breve storia.

Enrico ha diciassette anni e frequenta la IV C. Finora il suo percorso scolastico si è mimetizzato con quello di tanti altri ragazzi: non ha mai creato problemi, si applica sufficientemente nello studio, in classe è tranquillo ed ha un discreto giro di amicizie, i suoi genitori si fanno regolarmente vivi ai ricevimenti degli insegnanti.

La cosa che lo contraddistingue è la sua intensa passione per la musica: con i compagni scambia di frequente cd masterizzati e dvd rock, va spesso ai concerti e suona la chitarra, sia acustica che elettrica.

Poi nel giro di poche settimane, Enrico cambia.

Le sue interrogazioni sono diventate scene mute e le prove scritte scarse, in classe disturba continuamente, ha cominciato a fumare, a bere alcol e consumare droghe, in un tema libero si è soffermato a lungo e con insistito compiacimento sulla morte, alcune volte è mancato da scuola e i genitori non sapevano nulla di queste sue assenze. Una corda della chitarra si è rotta e lui non l'ha sostituita.

Certo, nessuno può predire con sicurezza che Enrico stia meditando o addirittura progettando di togliersi la vita, però il suo comportamento racconta un disagio ed è tale da suscitare l'attenzione di chi gli sta vicino.

Ed è soprattutto l'episodio, apparentemente piccolo e trascurabile, della corda spezzata della chitarra a essere inquietante: gli educatori sanno

bene che qualsiasi improvviso o drammatico mutamento che influisca sul rendimento, la frequenza o il comportamento di un bambino o un adolescente deve essere sempre considerato con attenzione. Nel caso di Enrico, l'avvenimento lascia intuire che forse lui sta recidendo alcuni legami con i suoi interessi, con il proprio mondo affettivo, con la vita. Ed ecco che nella nostra storia entra in scena un insegnante che negli anni precedenti aveva stabilito un rapporto di fiducia e di stima con Enrico. Questo professore o professoressa (a cui diamo il cognome Valla) si rende conto che un problema esiste e che esso va affrontato, senza nessun indugio. Ma come?

Grazie alla propria esperienza di insegnante e alla propria sensibilità umana, Valla sa che per arrivare al contatto con Enrico si dovrà raggiungere un delicato equilibrio fra distanza e vicinanza, empatia e rispetto. E allora, per prima cosa, ne parlerà con i colleghi e le colleghe, mettendo insieme le notizie e le impressioni relative a Enrico. Esistono infatti molti segnali che vanno colti tempestivamente. Può succedere che un ragazzo o una ragazza scrivano un tema, un racconto, una poesia, un fumetto in cui la morte, l'inutilità della vita o il suicidio acquistino un'importanza preponderante. Altro mezzo attraverso il quale viene comunicato il disagio può essere il resoconto di un sogno. Non è necessario che siano riferiti direttamente al vissuto di chi ne scrive, possono anche essere trattati in generale e in astratto: si tratta in ogni caso di indizi da non trascurare, tanto più se inseribili in un quadro già a rischio.

Poi Valla cerca di sentire anche i compagni di classe. Qualcuno racconta che Enrico non chiama più nessuno al telefono e, se invitato a uscire, trova mille scuse per non venire. Un altro compagno di classe riferisce che Enrico ha dato via la sua preziosa ed amatissima raccolta di dischi dei Green Day e dei Chemical Brothers.

Sempre in questa fase "istruttoria", l'insegnante cerca di sentire i genitori, che magari riferiranno che da un po' di tempo Enrico dorme male ed è sempre nervoso.

A volte, comportamenti all'apparenza insignificanti o altri piccoli indizi osservati da qualcuno a contatto con i ragazzi, sono di grande aiuto per comprendere e definire

meglio il quadro della situazione. Questi comportamenti sottili possono essere i più svariati: un atteggiamento particolarmente reticente, addii



o saluti particolari (scrivere lettere, regalare le proprie cose, mandare messaggi, fare testamento). Oppure un'improvvisa calma e serenità, che dietro di sé può nascondere tutt'altro: una situazione di forte malessere che rischia di precipitare. Così come deve essere presa in attenta considerazione anche un'intenzione esplicitamente manipolatoria, ricattatoria e orientata verso una evidente richiesta d'aiuto, tesa a ottenere cambiamenti nei rapporti interpersonali. Adesso, Valla ha acquisito il maggior numero possibile di informazioni e sa bene che i passi successivi dipendono da tanti fattori: la sensibilità e la personalità del suo studente, il grado di confidenza con i genitori, il rapporto speciale di Enrico con un adulto di cui si fida e di cui ha particolare stima. Forse però qualcuno dei colleghi di Valla ha già manifestato delle perplessità.

Uno tra loro ha detto che *“i suicidi sono talmente rari che... forse non è neanche il caso di esagerare preoccupandosi eccessivamente”*. Un altro ha replicato che *“per quanto alcuni di noi si illudano di poter limitare la propria azione educativa nei confini del puro e semplice insegnamento, esiste una responsabilità che si alimenta nella relazione con i ragazzi e che dunque va esercitata, soprattutto in momenti di crisi”*.

Un terzo professore esprime il timore che, parlando direttamente con Enrico, si rischi di far precipitare la situazione, che *“evocare”* il suicidio apra la porta alla sua reale effettuazione.

“Non è così” ribatte un altro. *“Anzi, è l'esatto contrario. Dobbiamo trovare il modo di comunicare con lui”*

“Abbiamo visto” aggiunge Valla *“che un disagio esiste. Io penso che sia il caso, sulla base delle nostre esperienze, di entrare in contatto con Enrico”*

Certo, anche a prescindere dal percorso intimo che lo ha portato a questa condizione di sofferenza, è già molto aver saputo cogliere puntualmente la sua situazione di difficoltà. L'aspetto più importante nella prevenzione di un comportamento suicidario sta proprio nel percepire e riconoscere precocemente questa difficoltà personale che può esporre a un maggior rischio.

Però non basta: bisogna fare dei passi successivi.

Una possibilità (propone un insegnante) è quella di affrontare indirettamente in classe il problema della sofferenza e del suicidio, ovviamente senza riferirsi in alcun modo alla situazione di Enrico, magari proponendo un tema libero oppure traendo lo spunto da un testo letterario, da un film o da un episodio di cronaca.

“O forse” suggerisce un altro professore *“potremmo parlargli diretta-*

mente. E questo potresti farlo tu, Valla, che sei la persona più adatta, quella che lo ha ascoltato di più”.

Così Valla lo incontra, non prima di aver raccolto la maggior quantità di elementi: Enrico ha già messo in atto un tentativo di suicidio? Esistono indizi di un progetto preciso? Da quanto tempo persistono questi pensieri? Quanto sono intensi e profondi? In quale contesto emergono? Quale situazione o evento negativo ha appena vissuto? Riesce a distrarsi e a cogliere alternative? E qualche compagno ne sa qualcosa? E senza farsi prendere dall'ansia e dalla fretteolosità, ma anzi avendo tempo a disposizione, Valla mostra interesse per Enrico e i suoi problemi. Nel corso del colloquio, prima di tutto Valla cerca di mettere a proprio agio Enrico, perché solo così potrà aiutarlo a parlare a fondo. Il passo successivo è saper ascoltare anche i suoi pensieri più negativi, senza fermarlo né bloccarlo: chi è in crisi ha una grande fame di trovare qualcuno che lo accolga.

E poi riesce a partecipare a quanto Enrico sta provando. Anche grazie alla propria esperienza sa che è meglio non sminuire né banalizzare. Non importa nulla se questa situazione non sembra oggettivamente grave. Quello che conta è come la sta vivendo Enrico. Dunque non ha nessun senso risalire metaforicamente in cattedra per dare lezioni etiche o filosofiche contro il suicidio, così come sarebbe sbagliato giudicare o anche garantire la totale segretezza sulle eventuali intenzioni suicidarie.

Durante l'incontro, Valla non può fare a meno di lasciar emergere anche le proprie emozioni e il proprio coinvolgimento. In fondo Enrico ha bisogno di qualcuno che sia presente, che in questo momento faccia da argine al tumulto che ha dentro di sé. Al termine del colloquio, Valla avverte che è riuscito/a a stare con Enrico ed Enrico con lui/lei. Tuttavia sente ancora il bisogno di continuare: ora ha qualcosa di più significativo da proporre ai suoi colleghi e agli amici di Enrico.

Suggerimenti per una cultura di prevenzione

Abbiamo già accennato all'importanza che il contesto scolastico può avere nello svolgere appropriate azioni di prevenzione. Accanto a quello di familiari, medici, operatori sociali e sanitari, mass media e legislatori, il ruolo degli insegnanti e di coloro che sono coinvolti nell'educazione dei giovani è fondamentale nel costruire una cultura di possibilità e di speranza. In particolare gli insegnanti e il personale scolastico sono dei comunicatori privilegiati, che si trovano a contatto quotidiano con i bisogni, gli interessi, le risorse e le difficoltà che i giovani esprimono comunque, magari a stento e a modo loro, in un contesto che di fatto è diventato il luogo principale di socializzazione giovanile. E ormai molte scuole hanno imparato a non fermare lo sguardo su quelli che possono apparire solo problemi di profitto o di comportamento, riconoscendo invece con sensibilità e rispetto un giovane in difficoltà, che necessita di aiuto.

Ecco dunque alcune bussole per saper riconoscere queste complesse situazioni.

Il primo passo per una cultura di prevenzione è comunicare apertamente in un clima di fiducia reciproca. Al contrario, una mancanza di dialogo, di contatti e di coinvolgimento emotivo conduce all'isolamento, a imbarazzanti silenzi, a tensioni e a fraintendimenti nelle relazioni. Al contrario, un dialogo aperto e reciproco, capace di ascoltare, tollera e accoglie anche i contenuti più negativi, pericolosi e pesanti per il nostro stesso equilibrio personale. Ma ciascuno di noi deve essere chiaramente consapevole della propria reale capacità di ascolto, per evitare ambivalenze, eccessiva risonanza emotiva, inadeguati tentativi di aiuto oppure scarsa disponibilità. Infatti è difficile essere disposti sempre e in qualunque circostanza ad affrontare temi e situazioni che di per sé producono un inevitabile disagio: si può finire per non riconoscere o addirittura per negare quella richiesta di aiuto che un bambino o un adolescente cercava, a fatica, di farci arrivare. Chi è in difficoltà è molto sensibile al modo di comunicare di coloro che lo circondano e avverte subito l'imbarazzo di quelli che cercano di evitarlo. E spesso la tendenza da parte dei giovani di sfuggire al dialogo è un segno di sfiducia nel mondo degli adulti, che appare distante e freddo. Tanto più perché le persone che vivono momenti particolarmente difficili hanno spesso un atteggiamento ambivalente, che rischia di venire frainteso: nello stesso momento ricercano e rifiutano l'aiuto di chi gli sta vicino.



Il coinvolgimento di coloro che sono attivi nell'educazione dei giovani

è un altro aspetto cruciale per costruire una cultura di prevenzione. Non si pretende che gli educatori si sostituiscano agli operatori sanitari né che debbano sentirsi investiti del ruolo di terapeuti nei confronti degli allievi. Il coinvolgimento cui alludiamo va piuttosto inteso come un tentativo per creare una maggiore attenzione e sensibilità verso le cose che accadono. In questo quadro programmi informativi e formativi, che aiutano il personale scolastico a riflettere e a riconoscere le situazioni a rischio, a sapersi rapportare con quegli studenti che maggiormente si mostrano in difficoltà, contribuiscono a migliorare il clima e le relazioni.

Così come può essere utile stabilire rapporti di collaborazione con operatori esperti in campi contigui, non solo nel settore della pedagogia e della salute mentale, ma anche in quello dell'arte e delle culture giovanili. Una costante attenzione ai modi di vivere e di manifestarsi dei giovani contribuisce infatti a migliorare le personali attitudini alla comunicazione di chi lavora nella scuola. E diventa più facile che l'intero contesto scolastico sia maggiormente informato e sensibile su tutte le questioni che riguardano il mondo giovanile. Anche quelle che destano maggiore allarme, quali ad esempio l'uso e l'abuso di sostanze e di alcol, i disturbi del comportamento alimentare, la depressione, la difficoltà di entrare in contatto con le risorse e i servizi. Così, chi lavora nella scuola si costruisce un proprio orientamento anche nel rapporto con gli operatori dei servizi territoriali e con gli "esperti" coinvolti nelle questioni giovanili, imparando a utilizzare i servizi nei momenti di crisi, a contattare con partecipazione delicatezza le famiglie, in particolare i genitori. Segnalare che il figlio ha dei particolari problemi emotivi o relazionali, suggerire ai genitori o allo stesso studente in difficoltà come fare ricorso ai servizi non deve significare far sentire la famiglia o le singole persone messe in discussione o addirittura oltraggiate.

Dove la scuola e chi vi lavora si attivano attorno alle citate modalità di intervento, si ottengono risultati di grande utilità. Anche la partecipazione a incontri brevi produce maggiore informazione e consapevolezza nei confronti delle situazioni a rischio e dei segnali di allarme. Ormai è d'uso che nelle scuole vengano individuate alcune persone di riferimento particolarmente esperte delle problematiche in questione.



- Se l'educazione intesa in senso ampio resta la principale funzione del sistema scolastico, troppo spesso viene trascurata la capacità di socializzare e di costruire una rete relazionale. Educare un adolescente non significa soltanto imporgli una serie di limiti e divieti (soprattutto a sesso, droga, alcol), ma *riuscire a trasmettere fiducia e speranza aperte alla possibilità del cambiamento*. Al contrario, è a partire da luoghi chiusi e degradati, angusti e segnati da una cultura autoritaria, che si sviluppano nella scuola episodi di violenza e intimidazione. In questo senso, l'attenzione alla qualità degli spazi scolastici, la partecipazione consapevole di chi vi lavora, un rapporto rispettoso con gli esuberanti e magari eccentrici modi di manifestarsi degli allievi trasmettono di per sé importanti valori: il rispetto per se stessi, per gli altri e per l'ambiente, la curiosità, l'accettazione di chi è diverso, la tolleranza. La sfida di un futuro globalizzato e multiculturale va preparata partendo dai banchi di scuola.

- Ed è utile farlo anche guardando il mondo con gli occhi e le emozioni di un adolescente. Ma per riuscirci, bisogna prima di tutto sapere chi sono, gli adolescenti. Fra le tante strade praticabili, gli insegnanti e coloro che si occupano di mondo giovanile ne suggeriscono due. La prima: gli adulti non dovrebbero né scimmiettare i giovani, mimando in modo compiacente i loro gusti e i loro atteggiamenti, né disprezzare le loro preferenze giudicandole con sufficienza. È meglio ascoltarli, guardarli, sapere quali sono i loro interessi, tenersi aggiornati sui film che guardano, le musiche che ascoltano, i fumetti che leggono, i miti che ammirano. Quello che bisogna cercare di fare è conoscerli a fondo. La seconda: ogni adulto (anche se l'ha dimenticato) ha avuto undici, dodici, tredici anni. E allora è utile attingere a questo proprio passato di adolescente, arricchendolo con la fantasia e con la costante osservazione della realtà. La scuola dovrebbe essere perciò il luogo in cui gli studenti si sentono liberi di potersi esprimere, sapendo che la loro opinione sarà ascoltata e tenuta in considerazione. Permettere ai giovani di assumersi le proprie responsabilità significa rinforzare la loro fiducia in se stessi. Perciò la valutazione che gli insegnanti fanno dei loro allievi è unita all'auto-valutazione che i ragazzi fanno di sé. Le loro iniziative e le loro attività, anche extra-scolastiche, vengono valorizzate e stimolate, con l'obiettivo di trasmettere la convinzione che i problemi di vita sono comuni a tutti gli esseri umani, ma che è possibile affrontarli e comunque ridimensionarne la portata. Se esiste un ambiente strutturato in questo modo, o che comunque a

questo modello tende, gli adolescenti si sentiranno incoraggiati a comunicare anche ciò che crea situazioni di malessere.

Ed esistono molti strumenti che favoriscono il racconto di se stessi. Il più immediato è il diario. È perciò utile che gli insegnanti ne promuovano l'utilizzo, sia presentando direttamente testi diaristici già pubblicati, sia dimostrandone l'importanza e l'efficacia per ognuno di noi. La scuola può anche far conoscere scrittori, registi o musicisti che hanno affrontato il problema del disagio e della sofferenza.

“Il racconto è dolore, ma anche il silenzio è dolore” scriveva Eschilo nel “Prometeo”.

Partendo da qui, dalla lettura o dalla visione in classe di opere artistiche, è poi breve il passo che porta da quest'attività didattica alla vera e propria produzione autonoma di testi. In questo passaggio, è importante che gli studenti assaporino sia l'utilità che il piacere della scrittura. È risaputo che i libri ci fanno sentire meno soli: scopriamo che i nostri problemi, quelli che noi pensiamo accadano a noi per la prima volta nella storia dell'umanità, sono invece problemi che gli esseri umani hanno già affrontato milioni e milioni di volte. E questo patrimonio di esperienze ci aiuta a vivere meglio.

Ma i libri ci fanno anche percepire l'insoddisfazione, la ribellione contro le ingiustizie, gli squallori e le infelicità del mondo: i libri sono un combustibile per andare avanti, per non rassegnarsi, per intravedere e per cercare la speranza e il cambiamento.

D'altro canto, è importante proporre agli adolescenti storie e personaggi in cui possano riconoscersi. Specchi in cui possano guardare se stessi, intravedendo i propri difetti, i propri limiti, ma anche le proprie qualità.

Prendiamo l'esempio di Charlie Brown. Lui è un bambino normale, ma con una bassissima autostima, si vede come un incapace e ciò dà il via a un circolo vizioso: Charlie diviene sempre più simile all'immagine che ha di se stesso.

Chi legge le strisce di Charles Schultz riderà e sorriderà insieme a Charlie Brown, per le sue fissazioni, i suoi impacci, i suoi ingenui slanci, le sue vergogne, le sue piccole bugie, le sue megalomanie, la sua mancanza di autostima, insomma per la sua vita. Ma chi ride e sorride di lui potrà trovare lo spunto per ridere anche di se stesso, dei propri impacci, slanci, vergogne, bugie, megalomanie, mancanze di autostima. Insomma, anche così gli adolescenti possono apprendere piano piano a ridere di sé.

Ecco allora l'importanza dell'autoironia, l'aiuto fondamentale che può dare un personaggio attraverso il quale riconoscersi.

Ma naturalmente non esiste solo la scrittura: perché i singoli possono esprimersi nei più svariati modi, dalla musica al disegno, dal canto alla recitazione.

È allora importante che la scuola riesca a sviluppare interventi per *superare l'alfabetismo emotivo*, cioè imparare a comprendere e manifestare in modo costruttivo le proprie emozioni. Sono moltissimi i modi per contribuire a ottenere questa “alfabetizzazione”. Accenniamo soltanto ad alcuni: i giochi di ruolo verbali (nei quali i bambini e gli adolescenti imparano a “mettersi nei panni” degli altri e del “diverso”, superando il solipsismo individuale), immedesimarsi nell'animale che ci è più vicino e che ci rappresenta meglio, descrivere il film che sa raccontare il nostro vissuto e il nostro immaginario più intimo. Ecco in estrema sintesi qualche semplice percorso per aiutare i ragazzi a trovare il modo di parlare di sé.



L'enorme pressione dei mass media e della pubblicità sempre più invasiva sta insinuando nelle nuove generazioni un pericolosissimo messaggio: “tu sei un consumatore”. Invece tutti, e tanto più i giovani, abbiamo bisogno non solo degli oggetti materiali ma anche di strumenti intellettuali ed emozionali che diano senso alle cose e alla vita. L'adolescente che svaluta se stesso, fraintende il mondo circostante e l'intera realtà; ogni avvenimento rischia di diventare un segno della sua inadeguatezza. Col rischio di coinvolgere nel disprezzo anche chi si occupa di lui: “se io non valgo nulla, anche lui/lei che si interessa di me non vale nulla”.

Inoltre, il giovane con scarsa autostima tende a ricordare solo i propri insuccessi, accantonando le cose che sono andate bene. Per cercare di uscire da questa spirale, alcuni provano ad apportare brusche modifiche alla propria vita: cambiare scuola, frequentare un altro gruppo di coetanei, alterare il proprio aspetto. Ma anche in questi e altri casi, se non si riesce a modificare l'immagine profonda e intima che si ha di se stessi e della propria identità, dopo le modifiche si torna punto e a capo.

Come aiutare i ragazzi a evadere da questo recinto di disistima?

Negli Stati Uniti, che nel bene e nel male sono in anticipo sui tempi e sulle tendenze che poi arriveranno anche nel nostro paese, le strade percorse sono state spesso fallimentari: intere generazioni sono state consegnate alla facile psicoterapia e alle sue rozze generalizzazioni. L'invasività degli “esperti”, la medicalizzazione dei disagi, l'impersonalità degli interventi, l'uso e l'abuso di farmaci di contenimento come il Ritalin o il Prozac che provocano danni non solo

fisici e psichici ma anche il crollo dell'autostima: davanti a tutto ciò, i giovani americani si sono difesi inserendo anche la figura dello "strizzacervelli" nella galleria degli "adulti brutali" che, incapaci di aiutare la crescita emozionale degli adolescenti, sanno solo imporre il controllo sociale.

Invece, almeno a grandi linee, l'autostima e il benessere si possono insegnare. Partendo da un presupposto fondamentale: dal punto di vista di un adolescente l'importante della scuola non è l'apprendimento del sapere, bensì il riconoscimento della propria esistenza e identità. Ecco allora che la conquista dell'autostima nei bambini e negli adolescenti è legata allo sviluppo delle loro abilità fisiche, sociali ed espressive. Per raggiungere un'adeguata autostima, l'adolescente ha bisogno di raggiungere gradualmente l'indipendenza dalla famiglia e dai coetanei, maturando una capacità di relazionarsi con gli altri, sapendo dare e ricevere sostegno, senza paura di ricercare il consiglio dell'adulto, se lo ritiene necessario. Così come preparandosi a svolgere un'occupazione che lo renda autosufficiente e acquisendo sempre più una visione della vita realizzabile e ricca di significati.

Per un essere umano, una vita appagante significa riuscire, nella situazione in cui si trova, a concretizzare collegamenti tra i suoi desideri e i suoi progetti e il tentativo di realizzarli. E anche se gli obiettivi vanno al di là delle possibilità, la persona cerca di realizzarli: non li raggiungerà, o non li raggiungerà tutti, ma verso essi si protenderà, in questo modo sviluppando se stesso e le proprie potenzialità. In questa prospettiva, benessere significa incontrare la complessità del mondo, percependo *la vita come risorsa e non come ostacolo*. Al contrario, la sofferenza spezza il collegamento tra i progetti e la loro possibile realizzazione, rendendoci il mondo estraneo e ostile.

Analogamente, i bambini e gli adolescenti non devono venire costantemente e ossessivamente spinti a fare sempre di più e sempre meglio. Tutti dovrebbero sentirsi speciali così come sono, per il solo fatto di esistere. Malgrado le apparenze, la simpatia (così carica di giudizi di valore) rischia di ostacolare il rafforzamento dell'autostima, mentre l'empatia (la capacità di immedesimarsi in un'altra persona) la favorisce, perché il giudizio viene messo da parte. Bisogna riuscire a far percepire ai ragazzi che aver fatto un tema obiettivamente bruttissimo o aver ricevuto un pessimo voto non significa "essere una schifezza umana". Un ragazzo che fa scena muta durante un'interrogazione non deve né diventare né sentirsi lo zimbello della classe.

D'altro canto, tutte le esperienze positive dei ragazzi dovrebbero venire favorite e sottolineate: i successi del passato, anche se piccoli, au-

mentano la capacità di avere maggiore fiducia in se stessi, negli altri e nel futuro.

•

Nel paragrafo che segue parleremo di una situazione rara ma di cui tuttavia è opportuno discutere.

Quando in ambiente scolastico avviene un fatto drammatico che coinvolge uno degli studenti, la risonanza del fatto viene amplificata dalla dimensione collettiva della classe e dell'intera scuola. Così, dopo un tentativo ma soprattutto dopo un suicidio dall'esito fatale, chi frequentava la stessa classe e la stessa scuola vorrà capire, pretenderà delle risposte, cercherà delle rassicurazioni autentiche. E la scuola, le aule, i corridoi, i bagni, il marciapiede davanti all'edificio, saranno i luoghi decisivi di questa richiesta e di questo confronto: a lungo si intrecceranno senso di impotenza e dolore, rabbia e paura, proteste e malesseri. In due parole: confusione e disagio.

In questo delicatissimo momento della vita scolastica, il ruolo educativo degli insegnanti e di tutto il personale diventa ancora più importante. Ci si porrà certamente il problema di evitare che altri allievi ripetano il gesto suicidario. Ma per cercare di arginare questo effetto, è il caso di fare al più presto una cosa, e cioè comunicare urgentemente e senza reticenze con gli studenti.

Il gruppo di lavoro del SUPRE (Suicide Prevention) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità si è occupato a fondo di come fronteggiare queste situazioni e propone alcune semplici strategie:

- evitare lunghe assemblee incentrate su quanto è accaduto al compagno,
- favorire, al contrario, la discussione di piccoli gruppi,
- esporre l'accaduto senza enfasi, senza particolari né dettagli e senza coloriture "romantiche",
- ribadire che quello che è successo era solo una delle tante possibili scelte.

Il punto centrale è forse questo: senza negare l'accaduto e senza mitizzarlo, i ragazzi devono sentire che la vita va avanti e che la scuola continuerà a essere un luogo a essi utile. In questo senso, viene suggerito (quando si tratta dell'evento più grave) che il funerale non si svolga nell'orario scolastico e che le modalità rituali (partecipazione di una delegazione, corona funebre, messaggio ufficiale) non si discostino da quelle usate in altre circostanze.

Ma molto spesso sono gli stessi mass media, dalla carta stampata alla televisione, ad affrontare in modo assolutamente inadeguato i casi di suicidio, con una miscela di incompetenza, faciloneria e superficialità.

I risultati negativi sono almeno due: accrescere il dolore delle persone che hanno voluto bene alla vittima, ma anche aumentare il sensazionalismo, che a sua volta rischia di portare a un effetto di “imitazione”. Sorge però un problema: come conciliare il diritto all’informazione con la necessità di non moltiplicare il danno?

Il gruppo del SUPRE ha elaborato un semplice protocollo al quale dovrebbero attenersi le televisioni, le radio e i giornali che affrontano un caso di suicidio o di tentato suicidio:

- *non* collocare la notizia nella prima pagina, né in grande evidenza,
- *non* riprodurre una foto della vittima,
- *non* usare direttamente la parola “suicidio”,
- *non* utilizzare dettagli particolareggiati sulle modalità del fatto,
- *non* riprendere la notizia nei giorni successivi,
- *non* rendere il fatto “romantico”, positivo o attraente.

Il filo conduttore di tutte queste indicazioni è ridurre l’identificazione con la vittima e di conseguenza attenuare il più possibile l’emulazione. Ogni suicidio colpisce in maniera molto profonda almeno altre sei persone e, se si verifica in una scuola, avrà un effetto simile su centinaia di giovani.

Anche per questo motivo, un suicidio non è soltanto una questione privata.

Progetto di prevenzione Amalia-Telefono Speciale

Breve descrizione di due servizi di prevenzione

NB: i dati statistici riportati di seguito sono aggiornati al 30-06-2005

AMALIA, “un progetto per la socializzazione delle persone anziane sole” e TELEFONO SPECIALE, “un progetto per prolungarsi la vita”



nascono dall'urgenza di far fronte a due fenomeni che per decenni hanno colpito Trieste: le morti solitarie degli anziani e i suicidi. Data la gravità e la complessità del problema, verso la fine del 1996 due grandi enti pubblici: il Comune di Trieste e l'Azienda per i Servizi Sanitari n°1 Triestina, e un ente privato specializzato in teleassistenza per anziani e soggetti deboli: Televita Spa., decidono di unire le forze, stipulando dopo un periodo di sperimentazione una Convenzione triennale che dà il via a un Progetto pilota unico nel suo genere in Italia. Fin da subito AMALIA-TELEFONO SPECIALE si fonda sulla costituzione di una rete integrata di intervento.

Il Progetto ottiene immediatamente il benestare del Ministero della Sanità, che lo annovera tra i suoi “progetti finalizzati” stanziando un contributo di 500 milioni di lire per 3 anni, cui la Regione Friuli Venezia Giulia aggiunge ulteriori 550 milioni di lire a favore dell'Azienda per i Servizi Sanitari n°1 Triestina. L'obiettivo è la prevenzione delle

morti solitarie e dei suicidi attraverso azioni sinergiche che valorizzino le singole competenze, esperienze e professionalità al fine di utilizzare appieno e con modalità e forme nuove le molte e molteplici risorse sociali, sanitarie e umane dei tre enti coinvolti.

Dopo il primo triennio, la bontà e l'utilità del Progetto è stata confermata da un effettivo calo dei suicidi a Trieste, che ha fatto perdere alla città "il suo più triste primato" e da una drastica diminuzione delle morti solitarie.

Dall'avvio del Progetto si osserva un calo delle morti solitarie (da 40 nel 1996 a 8 nel 2004, con numeri anche inferiori nel 2001 e 2002) e del tasso medio dei suicidi (da 25 e più, a meno di 18 per ogni 100.000 abitanti, dal 1997 al 2004). Pur nella evidente impossibilità di dimostrare un rapporto causa-effetto, è ragionevole immaginare che a ciò si associno significativamente le iniziative del Progetto di prevenzione.

La specificità delle due problematiche ha portato a un'inevitabile distinzione tra i due servizi AMALIA-TELEFONO SPECIALE, con l'istituzione di due numeri verdi (gratuiti, in ascolto 24 ore su 24) e la creazione di Gruppi di lavoro differenziati, che man mano si specializzano e perfezionano nell'offrire risposte sempre più mirate.

Mentre TELEFONO SPECIALE è un numero "passivo", che accoglie e smista le domande di chi esprime un disagio, AMALIA è un servizio "attivo", caratterizzato dalla ricerca degli anziani potenzialmente soli.

Lo scopo è interrompere l'isolamento e stimolare un miglioramento della vita dell'anziano, individuando ogni tipo di bisogno della persona e facendo scattare l'intervento dei due enti pubblici, al fine di ri-

CHI ATTIVA AMALIA

Una persona che vive in una condizione di solitudine e bisogno oppure un familiare, un vicino, il medico di medicina generale, un operatore dei servizi sociali e/o sanitari



800-846079
Rispondono gli operatori di Televisi
che valutano la domanda
raccolgono informazioni utili, compresi disponibilità e consenso della persona
si accordano su un programma di telefonate giornaliero o settimanale

In ordine ai bisogni si attivano tutte le risorse della rete familiare, sociale e/o dei servizi

muovere le cause che determinato il disagio. In base alle specifiche necessità, i servizi proposti e attivati dai due enti, costruiscono quindi

intorno alla persona una rete di rapporti e di supporti il più possibile salda e completa.

La ricerca viene avviata in collaborazione con enti e istituzioni cittadine. La prima grande azione di monitoraggio viene fatta in cooperazione con l'Ufficio Inquilinato dell'allora IACP - Istituto Autonomo Case Popolari (oggi ATER), al quale viene chiesta una lista di tutte le persone anziane che vivono sole, distribuite per fasce di età. Il successo dell'operazione evidenzia l'opportunità di proseguire con l'iniziativa, allargando il campo di azione anche sulle fasce di età inferiori.

Le altre fonti di segnalazione sono i servizi pubblici del territorio (Servizi Sociali del Comune, Distretti Sanitari, medici di medicina generale, Centri di Salute Mentale), il territorio stesso (parenti, amici, conoscenti, vicini di casa, parrocchie, utenti stessi di AMALIA, il volontariato), e infine le autosegnalazioni. È interessante notare come nel primo semestre seguito alla firma della Convenzione, su 170 persone prese in carico solo 36 erano note ai servizi del territorio. L'utenza di AMALIA è costituita da grandi vecchi (più di 1000 persone, età media 81 anni), in netta prevalenza donne (85%), che vengono immesse nella rete su segnalazione dei servizi sociali o sanitari, dei cittadini, oppure perché appartenenti a fasce di popolazione a rischio (ad es. soggetti con pluriricoveri, soggetti che vivono soli nei caseggiati ATER indagine sul bisogno sommerso).

I mezzi usati: protezione, rassicurazione, reinclusione nel mondo "normale"; ove possibile risoluzione delle condizioni escludenti. Non solo per curare, ma per prendersi cura.

Dall'avvio del servizio (gennaio '97) al 30 giugno 2005 AMALIA ha avuto in carico 2.394 persone, con un'età media di 81 anni, donne per l'85%. La percentuale maggiore, il 21%, delle utenze, è stato reclutato con le indagini sul bisogno sommerso. Negli anni sono stati effettuati 12.755 interventi consistenti in: pura prevenzione morte solitaria (il 45% del totale degli interventi) ossia ricerca degli utenti presso parenti, amici, vicini oppure ospedali e/o tramite visite sul posto, attivazione rete informale (volontariato) e formale (servizi sociali e sanitari), interventi di supporto psicologico e sociale, aiuto economico (attivazione linea e pagamento bollette telefoniche), consegna farmaci a domicilio, servizi aggiuntivi a pagamento (consegna spesa, riparazioni guasti). Il servizio è sospeso per cause di forza maggiore: decessi (70%), trasferimenti di domicilio o residenza e ricovero in casa di riposo.

Le iniziative di ricerca delle persone anziane potenzialmente sole, condotte nei primi due anni del Progetto riescono a coprire solo una piccola parte del territorio urbano, lasciando inesplorate molte realtà noto-

riamente a rischio. Nel 1999 un Gruppo di lavoro costituitosi appositamente avvia uno studio capillare dei “rischi di isolamento sociale degli anziani soli nella città di Trieste”. Il prodotto di questo lavoro è una Mappa delle zone cittadine più a rischio, al fine di agevolare il lavoro di AMALIA, ma anche un validissimo strumento da utilizzare nelle varie iniziative collaterali di sensibilizzazione del territorio.

Configurandosi la quantificazione del “fenomeno delle morti solitarie” molto complessa e come un problema tipico delle aree cittadine, viene avviato anche un monitoraggio della situazione degli anziani a rischio nella città di Trieste, attendibile e aggiornato e in sinergia con i programmi di prevenzione. A partire dal febbraio 1999 il Centro Studi e Ricerche del Dipartimento di Salute Mentale di Trieste in collaborazione con l’Ufficio Anagrafe e la Sezione Anticrimine della Questura di Trieste attiva così un Servizio di Monitoraggio del fenomeno nel Comune di Trieste. Da questa data si iniziano a registrare i casi classificabili come morte solitaria di persona anziana.

Parallelamente al lavoro istituzionale, AMALIA promuove diverse iniziative di socializzazione coinvolgendo enti, associazioni, professionisti e cittadini privati.

A differenza di AMALIA, TELEFONO SPECIALE non cerca le persone, anche se fa di tutto perché queste lo cerchino. Le persone che



chiamano, adottando a richiesta una sigla o uno pseudonimo, prendono confidenza con l’operatore e la telefonata diventa un appuntamento,

per alcuni, quotidiano. “Un punto di appoggio sicuro e discreto” che, volendo, può attivare altri tipi di supporto. Viene istituito un Centro di Ascolto, dove psichiatri, psicologi e operatori sociali sono pronti ad accogliere, su appuntamento, la persona che ha bisogno di un aiuto più concreto e continuativo.

Dall’avvio del servizio (novembre '97) al 30 giugno 2005 sono state gestite oltre 11.373 telefonate, per il 50% identificabili, ovvero inoltrate da persone che hanno lasciato i propri dati e con cui, in molti casi, il rapporto è continuato (tramite costanti telefonate o invio al Centro di Ascolto). Oltre alle telefonate fatte da persone che si sono fatte identificare, sono state gestite altre telefonate inoltrate da “anonimi” (il 5% sul totale delle chiamate gestite).

Le telefonate sono state inoltrate al TELEFONO SPECIALE per la maggior parte da donne (64%) con un’età media di 44 anni. Le problematiche espresse sono state classificate in: solitudine, problemi relazionali, di salute mentale, di salute fisica, economici o di lavoro, più problemi riuniti (i cui casi rappresentano il 34% sul totale) o altro (informazioni, problemi esistenziali).

Un altro obiettivo era quello di attivare un monitoraggio sistematico del fenomeno suicidario a Trieste. Dal 1999, in seguito a una collaborazione con diversi enti e uffici interessati (Uffici Anagrafe dei 6 Comuni della Provincia, Polizia di Stato, Procura della Repubblica presso il locale Tribunale, Unità Clinica Operativa di Medicina Legale e delle Assicurazioni) il Dipartimento di Salute Mentale fornisce trimestralmente un monitoraggio sull’andamento dei suicidi. Si è così giunti a disporre dei principali dati anagrafici e circostanziali dei suicidi avvenuti in Provincia, nonché a conoscere quanti di questi erano stati in contatto con i servizi di salute mentale.

Fin dall’inizio, accanto ai Gruppi di lavoro specialistici, si è formato inoltre un Gruppo di lavoro “trasversale”. Questo Gruppo, composto da giornalisti, scrittori ed esperti della comunicazione che lavorano in stretto contatto con gli specialisti, si occupa della comunicazione sociale (informazione, divulgazione, promozione del Progetto) e opera in tutti quei campi del cosiddetto cambiamento culturale. Il lavoro del Gruppo si articola in due tipi di interventi: campagna permanente e reiterata di informazione e campagna di educazione sanitaria destinata a distinte categorie della popolazione. Tra le azioni di maggiore rilievo portate a termine vi sono il Seminario su Suicidio e Comunicazione “Battito d’ali” organizzato in collaborazione con il Consiglio Regionale dell’Ordine dei giornalisti del Friuli Venezia Giulia e il Comitato di Garanzia del Friuli Venezia Giulia per l’informazione sui minori ed i

soggetti deboli e il laboratorio di prevenzione del suicidio con gli studenti dell'Istituto d'Arte "Nordio", che ha prodotto materiale iconografico per le campagne promozionali del Progetto e uno spetta-



colo teatrale. Nel corso del 2003, infine, per entrambi i servizi è stata studiata e lanciata una nuova campagna di comunicazione sociale, caratterizzata da messaggi di testo e grafici molto diretti ed espliciti, che hanno avuto come conseguenza un aumento notevole delle telefonate di informazione e di richiesta di aiuto.

A titolo esplicativo, anche in virtù dei messaggi e dei contenuti del presente opuscolo nonché dei risultati ottenuti, illustriamo di seguito una sintesi dei laboratori di prevenzione del suicidio realizzati con un gruppo di adolescenti-studenti triestini.

Un percorso di comunicazione sociale

Il futuro è nell'educazione. Se in qualche cosa dobbiamo investire: capacità, energie e denari, questa è l'educazione. A dirlo sono un po' tutti, pensatori, filosofi, politici e laici, a occidente come a oriente, a nord come a sud. E non è una novità. Ciò che cambia, a sentire grandi educatori del nostro tempo come Johan Galtung¹, è l'approccio, che da

I quattro opuscoli informativi della campagna promozionale 2001 *Telefono Speciale*

l'illustrazione "Batito d'ala" è di Flora Zonta e Elisa Degrassi

passivo o tutt'al più ricettivo, deve essere attivo. L'educazione o istruzione, per servire i bisogni del mondo odierno, dovrà essere sempre più *partecipazione*. Dice Galtung: «L'istruzione dovrebbe essere in primo luogo auto-educazione. In secondo luogo dopo l'auto-educazione è importante la co-educazione, intendendo con questa scambi di opinione e di esperienza tra amici e colleghi allo stesso livello di evoluzione, un'auto-istruzione allargata, o per così dire, una discussione che coinvolga il mutuo insegnamento. Importante, ma non decisiva, è l'educazione esterna, cioè la relazione insegnante-alunno [...]»²

Si può dire che la campagna di educazione sanitaria di TELEFONO SPECIALE, che ha caratterizzato il Progetto fin dalla sua fase sperimentale, privilegi i due aspetti indicati da Galtung: l'auto-educazione e la co-educazione, passando ovviamente per "l'educazione esterna". L'obiettivo, ambizioso ma indispensabile, è quello di stimolare la crescita di cittadini sensibili, responsabili ed esperti, che possano contribuire in prima persona al cambiamento culturale - quell'ultimo, alto gradino del percorso chiamato prevenzione.

1. Johan Galtung è fondatore dell'Istituto Internazionale di Ricerca sulla Pace e docente di studi sulla pace presso l'Università delle Hawaii. E' autore di numerose autorevoli pubblicazioni sul tema della pace e dei Diritti Umani, tra cui *Human rights in another key* (1994), *Peace by peaceful means* (1995) e il dialogo con il filosofo giapponese Daisaku Ikeda *Choose peace-Scegliere la pace* (1995).

2. Johan Galtung - Daisaku Ikeda, *Scegliere la pace* (Esperia edizioni, Milano 1996. Pag. 19).

Educazione pubblica è un intervento che si ritrova in diversi tipi di strategie anche se con sfumature diverse tra Paese e Paese. In Norvegia ad esempio vengono trasmessi dei programmi educativi alla radio e alla televisione in modo da informare sul fenomeno del suicidio e ridurre lo stigma del suicidio; la Finlandia invece ha proposto un approccio diverso, teso a sviluppare le risorse personali degli individui, attraverso l'insegnamento di abilità di coping ed attività di preparare gli anziani al pensionamento.

Programmi di prevenzione nelle scuole non sono rivolti ai gruppi di studenti cosiddetti "a rischio", ma a possibili "soccorritori". Tali programmi [...] si basano sulla considerazione che, tra gli adolescenti problematici, il principale supporto è rappresentato dai compagni (i coetanei o gruppo di "pari"). [...]

Programmi formativi sono rivolti a coloro che operano nella scuola

come gli insegnanti e ai membri delle comunità in generale come sacerdoti, educatori, allenatori, poliziotti, assistenti domiciliari - tutte quelle persone più frequentemente a contatto con gruppi a rischio di giovani o anziani, che sarebbe utile fossero in grado di riconoscere gli elementi di un disagio che può condurre a una scelta autosoppressiva. [...]

Tratto da “Il comportamento suicidario:
possibilità e limiti delle strategie di prevenzione”
di E. Pascolo-Fabrizi e A. Oretti
Società Italiana di Psichiatria.
Bollettino scientifico e di informazione,
Milano, marzo 1999

In termini pratici, la campagna consiste in azioni di educazione sanitaria mirata, destinate a categorie distinte della popolazione, suddivise come segue:

- I cittadini in generale.
- Le popolazioni suddivise per istituzioni di appartenenza (scuole, Mass Media, caserme, case di riposo, parrocchie, carceri etc.). Queste fasce sono state individuate dalla stessa OMS, le cui linee guida in tema di prevenzione del suicidio il Gruppo di comunicazione sociale triestino ha pienamente adottato.
- Le popolazioni propriamente esperte (operatori dei servizi sociali e operatori dei servizi sanitari suddivisi in non specialisti e specialisti).

Nei primi due anni del Progetto, il Gruppo di comunicazione sociale si è concentrato soprattutto su due azioni che hanno coinvolto, la prima gli studenti e i docenti di una scuola superiore locale, la seconda i giornalisti. La scelta del Gruppo di investire buona parte delle proprie risorse nella scuola e nei Mass Media è frutto di una accurata valutazione delle priorità nel campo della prevenzione dei suicidi assegnate dalla stessa OMS nonché dai Piani sanitari nazionali e regionali, ma anche della specificità sia delle problematiche, sia del particolare territorio dove queste si manifestano.

Fin dall'inizio, gli addetti al Progetto di prevenzione dei suicidi si sono accorti dell'enorme difficoltà di raggiungere i giovani e i giovanissimi. Questo sia per una questione demografica (da sempre, Trieste è la - più o meno - “gaia Pensionopolis italiana”, una città di anziani dove la maggior parte dei progetti sociali sono ad essi rivolti), sia per le iniziali e inevitabili modalità di comunicazione/promozione adottate dal Progetto (la prima campagna promozionale, fatta nel periodo di sperimentazione, si rivolgeva al cosiddetto “cittadino medio”, senza ancora puntare su fasce di età o altre, circoscritte). Nel contempo, i

suicidi giovanili erano in sensibile aumento e, dopo alcuni casi estremamente tragici - indici di una situazione sempre più preoccupante, il Progetto (partito dal problema dell'emarginazione degli anziani) ha dovuto orientare maggiormente i propri sforzi verso questo particolare gruppo a rischio.

La seconda scelta, quella di assegnare, nelle azioni di educazione sanitaria, la priorità agli operatori dell'informazione è stata dettata dalle difficoltà di interagire con questi, non tanto per la mancanza di una reale disponibilità da parte dei medesimi, quanto a causa dei ritmi fin troppo serrati che spesso il lavoro giornalistico comporta, specie nel caso della stampa quotidiana e dei notiziari televisivi e radiofonici. Rivoluzionare questi ritmi è ovviamente impensabile, molto più fattibile è l'idea di allentarli, creare delle "pause" volute per inserirvi momenti di riflessione e di auto-riflessione, stimolando preziose quando non indispensabili sinergie tra gli operatori dell'informazione e quelli sociali e sanitari.

Sono nati così due progetti di comunicazione sociale inediti nel panorama locale, e forse anche in quello nazionale: "Battito d'ali. Un seminario su suicidio e comunicazione" e "Il Progetto Nordio. La prevenzione va a scuola".

Il progetto Nordio. La prevenzione va a scuola

Marzo 1999. *"Perché pensate che ci vogliamo suicidare?" chiedono gli studenti di una classe dell'Istituto d'Arte Nordio, Trieste, quando il prof. annuncia la visita di quelli della Prevenzione suicidi.*

Nessuno pensa questo, rimanda il prof., è solo che il problema esiste e bisogna parlarne. Già, il problema esiste. In tutto il mondo il suicidio è la seconda/terza causa di morte nei giovani tra i 15 e i 24 anni. E sono ancora i giovani di ogni parte del mondo a tentare di più il suicidio, come "azione dimostrativa", benché estrema, nei confronti dell'ambiente. Ultimo, tornando a Trieste, ogni settimana un triestino si toglie la vita assegnando alla città il primato nazionale dei suicidi.

È bene dunque parlarne, ribadisce il prof. Perché parlando delle cose, nominandole con il loro nome, queste diventano familiari e una cosa familiare non ti coglie in contropiede. Se la conosci la gestisci e se è da evitare, sai come farlo.

Iniziano così i primi incontri con il Nordio, che TELEFONO SPECIALE ha scelto - concordi preside e docenti - per avviare uno dei suoi laboratori di Prevenzione nella "Città dal triste primato". In cifre, 20 suicidi per ogni 100mila abitanti contro la media italiana dichiarata di sette.

Ottobre 1999. Al Nordio, complice sensibilità e talenti degli allievi e dei docenti che li seguono, partono due laboratori. Il primo ha come obiettivo la stesura di un testo teatrale, il secondo, la produzione di volantini e manifesti destinati ai più giovani. Parola d'ordine: costruire speranza. Il suicidio, sostengono infatti gli esperti, è principalmente una questione di non-speranza. Acquisita, indotta dalle circostanze, ma ancor prima, forse, da un qualche cosa di indicibile e sinistro che cova nelle radici dell'esistenza. Freud la chiama "pulsione di morte", intesa come distruzione di sé e dell'altro; per Fromm è una "fuga dalla libertà"; gli orientali parlano di "oscurità fondamentale della vita". Sia come sia, questa "cosa oscura e disperata" va contrastata, o meglio, trasformata. In speranza, per l'appunto.

"Speranza, e come si fa? Siamo sicuri che 'sta roba poi arriva?" mandano a dire, dall'alto dei loro scarponi a zeppa, quelli del Nordio.

Mai sentito parlare dell'effetto farfalla? rimanda la Prevenzione.

"Sì, no, non so", rimpallano, tra un piercing sul naso e un traforo del Monte Bianco sull'orecchio destro, quelli del Nordio.

Si dice, ed è scientificamente corretto, che un battito d'ali di una farfalla a Pechino oggi, può scatenare, tra un mese, un temporale a New York. Questo si chiama effetto farfalla. A essere più precisi, siamo di fronte a uno dei principi fondamentali della fisica quantistica e della teoria del caos, secondo il quale una qualsiasi azione, anche minima, in una parte remota di un sistema, può produrre conseguenze di portata molto più ampia. In parole povere, se oggi qui, in questo preciso laboratorio, noi riusciamo a spremere una goccia che sia una, di speranza, questa non andrà persa. Non solo, ma un domani a qualcuno, magari sul lato opposto della città, potrebbe piovere sulla testa un inaspettato vaso di... speranza. (Sempre meglio che un blocco di ghiaccio, commenta qualcuno.) Vi pare poco?

Nordio e Prevenzione si mettono al lavoro. Le domande fioccano, le risposte volano come palle di neve. Ci si fa fuori per amore, per dolore, perché ti hanno tradito, perché non ti hanno capito, perché non sai chi sei, che cosa vuoi, perché il mondo ti fa schifo, perché ti fai schifo da solo... Sono bravi, al Nordio, a inventare antidoti, impastare risposte con vita vissuta. La sceneggiatura lievita, di ora in ora, di giorno in giorno, di settimana in settimana.

Dall'altra parte, nel laboratorio 2, lievitano i bozzetti, si preparano per l'attacco gli slogan. Di che colore è la speranza? Rosso violento o verde discreto? Io dico che è giallo dimesso. E quante parole conosce la speranza? A me non viene in mente nessuna. A me, duemilasettecento. Voglio proprio vedere se con duemilasettecento parole di speranza non

gli passa la voglia di farsi fuori.

31 dicembre 1999. La sceneggiatura è pronta. Pronti i primi bozzetti per volantini e manifesti. E pronte sono le statistiche: quest'anno, a Trieste, 12 suicidi in meno rispetto al '98. Per la prima volta, in quasi vent'anni di Osservatorio triestino dei comportamenti autolesivi, la media dei 20 e più suicidi per 100mila abitanti è scesa. Siamo a 17.

Tratto da “Calano i suicidi,
la città ha meno paura del futuro”
Il Piccolo, Trieste 17-02-2000

L'articolo riportato racconta, con un linguaggio volutamente giovane e frizzante, le tappe salienti del Progetto Nordio. L'idea di creare “un laboratorio di prevenzione” con gli studenti dell'Istituto d'arte è nata dalla necessità di offrire agli adolescenti, anziché una serie di sterili e magari noiose conferenze sul tema della prevenzione, l'occasione per un fattivo coinvolgimento, per “sporcarsi le mani” - in questo caso di colore. Solamente tramite un coinvolgimento in prima persona, dove i ragazzi possono raccontare il mondo (interno ed esterno) con linguaggi e mezzi a loro consoni, è possibile immaginare una prevenzione attiva, vista come processo di crescita e di presa di coscienza di sé e dell'altro. Come accennato, due sono i maggiori prodotti del laboratorio Nordio:



un nuovo messaggio grafico per la campagna promozionale di TELEFONO SPECIALE e una sceneggiatura teatrale tratta dal racconto “Ragazza che precipita” di Dino Buzzati. L'idea di un laboratorio teatrale ci è venuta assistendo allo spettacolo ispirato alla vita del pittore Basquiat, che i ragazzi del “Nordio” avevano messo in scena con molto successo l'anno precedente, aggiudicandosi peraltro il prestigioso Palio degli Asinelli.

Abbiamo lavorato insieme 3 mesi circa, incontrandoci i pomeriggi dopo le lezioni. Fin da subito era chiaro che l'idea si prestava a un lavoro propriamente maieutico, dove noi avremmo dovuto aiutare i ragazzi e le ragazze (in nettissima dominanza, peraltro) a “tirar fuori” le loro esperienze di vita, brutte e belle,

sulle quali poi costruire lo spettacolo. Una delle chiavi che abbiamo adottato lavorando alla sceneggiatura era proprio quella di usare le proprie esperienze per gli altri. Metterle al servizio di altri giovani, e

della gente in generale, nell'ottica di trasformare "il veleno in medicina", di "scambiare sassi con oro e immondizia con riso". Si trattava di capovolgere il punto di vista, uscire dagli schemi, angusti e sterili, che un'esperienza dolorosa spesso impone e fare un salto di qualità, che all'inizio si presentava- e non poteva essere diversamente - come un salto nel buio.

L'impalcatura del racconto di Buzzati era molto adatta a questo genere di percorso. Una ragazza, Marta, si butta da un grattacielo. Precipitando, come al rallentatore, la vediamo "irrompere" negli appartamenti dei singoli piani del grattacielo e quindi nelle vite delle persone che li abitano. Quelle case, quelle vite sarebbero state le case e le vite dei ragazzi del "Nordio". Avremmo raccontato cose probabilmente viste e sentite centinaia di volte, cose quotidiane, anche banali, ma assolutamente autentiche. Fino al tonfo fatale, fatale in quanto si risolve con un colpo di scena: il finale di questa "Ragazza che precipita" è uno dei più lieti che si possa immaginare.

A prescindere dal finale, crediamo che a commuovere gli spettatori sia stata proprio l'autenticità delle storie: la sera dello spettacolo abbiamo visto piangere professori e genitori, psichiatri e assessori, adulti e giovanissimi. Ecco che cosa hanno detto di questa esperienza gli studenti del "Nordio".

Per me è stata la prima esperienza teatrale: per quanto riguarda il lavoro di sceneggiatrice è stato come gettarsi in una terapia capace di togliere un gran peso dalla mia mente. Sul versante invece dell'esperienza come scenografa, il mio disegno ha voluto rappresentare dei grattacieli grigi come chi li abita, ovvero gente che non riesce a vedere più in là del suo naso, capace soltanto di logorarsi di pensieri, come chiodi fissi. [...]

Elisa Degrassi

Tratto da "Ecco come abbiamo dipinto
le inquietudini del mondo"

Il Piccolo, Trieste 26-04-2000

La mia prima esperienza teatrale... emozionante e unica. Poter esprimere in prima persona i problemi di noi giovani è stato molto utile anche per combatterli, assieme a un gruppo.

Francesca Visintin

Tratto da "Uno spettacolo,
ma anche un'utile terapia di gruppo"

Il Piccolo, Trieste 26-04-2000

È stata l'esperienza più profonda, intensa e entusiasmante e faticosa della mia vita! Quasi una terapia di gruppo, soprattutto nella stesura della sceneggiatura. [...]

Valentina Dessenibus

Tratto da "Uno spettacolo,
ma anche un'utile terapia di gruppo"

Il Piccolo, Trieste 26-04-2000

Romantica, profonda è la passione delle persone, dei personaggi. Auto, moto, semafori, fanali abbaglianti, danno serenità, felicità, gioia e libertà di vivere [...]

Libera Serena Ziviani

Tratto da "Un sole triste e allegro
tra le rondini di notte"

Il Piccolo, Trieste 26-04-2000

Lo spettacolo è stato rappresentato al Teatro Cristallo di Trieste - uno dei più prestigiosi della città - il 6 maggio 2000 in occasione del Palio degli Asinelli (vincendo anche un premio) e replicato sempre al Teatro Cristallo con il patrocinio e l'organizzazione di TELEFONO SPECIALE il primo giugno 2000, alla presenza oltre che di un folto e vario pubblico, del Sindaco e delle autorità cittadine. La serata si è conclusa con il "Marta Party" (Marta è il nome della ragazza che precipita) organizzato dall'équipe di TELEFONO SPECIALE in collaborazione con il Centro Donna Salute Mentale e i DJ di Radio Fragola, nella splendida sede di Androna degli Orti nel centro storico di Trieste. I lavori prodotti nel laboratorio di arti visive Nordio-TELEFONO SPECIALE sono stati invece esposti in occasione della seconda giornata del Seminario su Suicidio e Comunicazione, "Battito d'Ali". Agli studenti del Nordio si devono anche gli inviti e i manifesti del Seminario. Sempre nel corso della seconda giornata di Battito d'Ali sono state lette e commentate alcune scene di "Ragazza che precipita". Pubblichiamo di seguito la scena IX dello spettacolo, dove i ragazzi raccontano di una (tipica) "Lite in famiglia" con risvolti comici e che ha fatto sorridere non poco la platea.

SCENA NONA
lite in famiglia

da “ragazza che precipita”

PERSONAGGI: Voce Fuori Campo, Marta I, Madre, Figlia, Padre (Roberto), Figlio (Marco).

VOCE FUORI CAMPO: “Settimo piano”.

Entriamo nell'appartamento al settimo piano.

MADRE: “Ehi tu, signorina! Dove credi di andare?”

FIGLIA (*pronta per uscire*): “Esco”.

MADRE: “Scordatelo, signorina. Te l'ho già detto: tu non esci di qui, prima di aver fatto il presepe. Tuo padre ci tiene. E tuo fratello anche”.

FIGLIA: “Ma mamma, sei impazzita? Ti droghi?”

MADRE: “Come ti permetti”...

FIGLIA: “E poi, il presepe io l'ho fatto. Non dirmi che non l'hai visto”.

MADRE: “Tu **quello** lo chiami presepe? Quella roba viola e argento, con le pecore psichedeliche... quella roba da Picasso... L'avevo detto io che l'Istituto d'Arte ti faceva male”.

FIGLIA: “Ma quale Picasso, mamma”!?!

Squilla il telefono. La FIGLIA si precipita a rispondere.

FIGLIA (*scalpitando*): “Mamma, devo andare. Sono in ritardo per il cine”.

MADRE: “Tu non vai proprio da nessuna parte. E a proposito, l'hai vista la bolletta? Se la vede tuo padre, mi ammazza. Tu non esci e non telefoni più. D'accordo?”

FIGLIA: “Merda”.

MADRE: “Cosa?”

FIGLIA: “Ho detto: merda”.

MADRE: “E da quando dici le parolacce?”

FIGLIA: “Da quando le dici anche tu”.

MADRE: “Io? Io non ho mai detto ‘merda’ in vita mia. Sei come tuo padre. Hai preso tutto da lui”.

Entra il PADRE.

PADRE: “Che cos'è tutto 'sto casino? Uno lavora dieci ore al giorno, torna a casa e al posto della cena, cosa trova? **Un emerito casino**”.

MADRE: “Guarda che il casino lo sta facendo **tua** figlia”.

PADRE: “Ah sì, e da quando **quella lì** sarebbe **mia** figlia?”

FIGLIA: “Da quando dice le parolacce”.

PADRE: “Quali parolacce?”

FIGLIA (*facendo il verso alla MADRE*): “Quelle che avrebbe imparato da **te**. ‘Hai preso tutto da tuo padre’...”

PADRE: “Ah, così. E allora se hai preso tutto da me, perché la tavola non è ancora apparecchiata?”

FIGLIA: “Perché, secondo la mamma, è più importante apparecchiare... il presepe”.

PADRE: “Che storia è mai questa?”

FIGLIA: “Bene, se non lo sapevi, la mamma da quest’anno vuole il presepe”.

PADRE (*rivolgendosi alla moglie*): “E chi dovrebbe pagarlo, il tuo presepe, se mi è concesso di sapere?”

MADRE: “Giusto, chi?”

PADRE: “Chi?”

FIGLIA: “Vi dico io chi. Io, devo pagarlo io. E per questo stasera non posso uscire”.

PADRE: “In ogni caso non esci. Né stasera né domani sera”.

FIGLIA: “Ma papà”...

PADRE: “Prima metti a posto la tua stanza, poi ne riparlamo”.

FIGLIA: “Ma perché sempre io? Il casino l’ha fatto Marco, perché devo pagare io per lui?”

PADRE: “A proposito, dov’è tuo fratello?”

FIGLIA: “E che ne so. Lui fa sempre quel cazzo che gli pare”...

PADRE: “Come hai detto, scusa?”

FIGLIA: “Ho detto che Marco fa sempre quel cazzo che”...

PADRE: “Cazzo. Hai detto cazzo. E da quando diresti ‘cazzo’, tu?”

FIGLIA: “Da quando”...

MADRE (*rivolgendosi al marito*): “Inutile che ti scandalizzi, Roberto. Io te l’ho sempre detto di non dire le parolacce davanti ai bambini”.

PADRE: “Ah, la colpa adesso sarebbe mia!”

MADRE: “L’hai detto. È tutta colpa tua”.

Squilla il telefono.

PADRE: “Chi cazzo è adesso?”

MADRE: “Vedi che avevo ragione?”

PADRE: “Vedo che cosa? (*Inciampa su un paio di scarpe da ginnastica*). Marco, Marco, dove cazzo è Marco? Marco, vieni subito qui, giuro che”...

Da una stanza esce il FIGLIO, Marco. Sta mangiando patatine e ha in mano il telecomando.

FIGLIO (*ha un’aria molto flemmatica, quasi annoiata*): “Mi stavi chiamando, papà?”

PADRE: “Dov’eri fino adesso?”

FIGLIO: “Di là, stavo guardando il campionato”.

MADRE: “Ecco, sempre con questo campionato... Invece di studiare”...

FIGLIA (*approfittando della situazione*): “Beh, io vado”...

MADRE: “Ferma là. Questa casa non è un albergo”.

FIGLIA: “Ma ho un appuntamento”...

MADRE: “Te l’ho già detto che con quel cretino tappezzato di tatuaggi, tu non esci”.

FIGLIA: “Quel **cretino** è il mio ragazzo”.

MADRE: “Finché stai sotto questo tetto, farai quello che dico io”.

FIGLIA: “Che palle”.

MADRE: “E non dire parolacce”.

FIGLIA: “Le dice anche Marco”.

PADRE: “È vero, Marco”?

FIGLIO: “Le ho imparate da lei”!

PADRE: “Ah sì? E lei da chi **cazzo** le avrebbe imparate”?

MADRE: “E ancora te lo chiedi”?

PADRE: “Tu stai zitta”.

MADRE: “Zitta, a me”?

PADRE: “C’è forse qualcun altro in questa fottuta casa”?

MADRE: “Fottuta casa lo dirai alla tua amante. Perché io, se non lo sapevi, in questa fottuta casa ci ho sputato sangue”!

PADRE: “E chi te l’ha mai chiesto? Ehi, cos’è ’sta schifezza”? (*Passa il dito sopra un mobile e ci soffia sopra come se ci fosse un chilo di polvere*).

MADRE: “Ecco, vedi che avevo ragione”.

PADRE: “Ma certo, tu hai **sempre** ragione”.

FIGLIA: “Beh, io devo proprio andare”...

PADRE: “Dove credi di andare? Tua madre ti ha detto di fare il presepe”.

FIGLIA: “Lo vedi che ha ragione sempre lei. Fino a mezz’ora fa le facevi le corna e adesso”...

PADRE: “Ehi, calma ragazzina. Scendi dal piedistallo”.

FIGLIA (*indicando il fratello*): “Perché non lo dici a lui, di scendere dal piedistallo”?

FIGLIO (*facendole il verso in stile ‘rap’*): “La vita che sballo, scendi dal piedistallo. Che sballo che sballo che sballo, scendi dal piedistallo”...

MADRE: “Scendi subito dal piedistallo, Marco. E tu, perché non dici a tuo figlio di scendere”...

PADRE (*esasperato*): “Saprò ben io a chi dire di scendere dal piedistallo e quando. (*Lancia un’occhiata fuori e si accorge di MARTA I che sta precipitando*). Ehi tu, scendi dal piedistallo? Mi hai sentito? Scendi subito”...

Buio.

Il Progetto Amalia-Telefono Speciale ha fatto riferimento a:

1 Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000, *D.P.R. del 23 luglio 1998*.

2 Piano Sanitario Nazionale per il triennio 2001-2003, *D.P.R. del 7 febbraio 2001*.

3 Piano Sanitario Nazionale per il triennio 2003-2005, *D.P.R. del 23 maggio 2003*.

4 Progetto Obiettivo “Tutela della Salute mentale” 1998-2000, *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana (22-11-1999) n° 274*.

5 Piano Sanitario Regionale per il triennio 2000-2002, *Delibera Giunta Regionale 10/12/99 n° 3854: Piano Intervento Medio Termine (PIMT) Regionale per Assistenza Sanitaria e per Aree ad Alta Integrazione Socio-sanitaria nel triennio 2000-2002*.

6 D. Belviso e K. Lekovich, *Telefono Speciale. Il primo triennio di un Progetto di prevenzione*, Confini Impresa Sociale, Trieste novembre 2002.

7 G. Dell’Acqua, D. Belviso, C. Crusiz, F. Costantinides, *Trieste e il suicidio: un progetto di prevenzione*, in “Spezzarsi la vita. Il suicidio nella Regione Friuli Venezia Giulia”.

8 A. Loperfido, M. Cannalire, B. Forti, *Ricerca-intervento e prevenzione*, pagg. 50-70, Tipografia Sartor srl, Pordenone giugno 2001.

9 G. Dell’Acqua, D. Belviso, C. Crusiz, A. Oretti, *Trieste e il suicidio: un progetto di prevenzione*, Quaderni italiani di Psichiatria - vol. XXII, marzo 2003.

10 G. Dell’Acqua, D. Belviso, K. Lekovich, A. Oretti, *Prevenire il suicidio: linee guida per i medici di medicina generale*, Confini Impresa Sociale, Trieste aprile 2004.

11 World Health Organization - Department of Mental Health Geneva, *Preventing suicide. A resource for general physicians*, Ginevra 2000.

12 World Health Organization - Department of Mental Health Geneva, *Preventing suicide. A resource for media professional*, Ginevra 2000.

13 World Health Organization - Department of Mental Health Geneva, *Preventing suicide. A resource for teachers and other school staff*, Ginevra 2000.