

Prevenire il suicidio:
linee guida per i medici di medicina generale



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



Publicazione autorizzata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.
Dipartimento per la Salute Mentale, Disturbi Mentali e del Comportamento,
Ginevra 2000



A.S.S. n°1 Triestina - Comune di Trieste - Televita S.p.A.
Progetto “AMALIA - TELEFONO SPECIALE”, Trieste 2004

Prevenire il suicidio: linee guida per i medici di medicina generale

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, denominata SUPRE (Suicide Prevention).

Parole chiave: *suicidio / prevenzione / risorse /
medici di medicina generale / formazione /
assistenza primaria*

Edizione italiana a cura di
G. Dell'Acqua, D. Belviso, K. Lekovich, A. Oretti.
Traduzione italiana a cura di Maristella Cannalire.

Prefazione all'edizione inglese	5
Prefazione all'edizione italiana	7
Prevenire il suicidio. Una risorsa per i medici di medicina generale	9
Il carico del suicidio	9
Suicidio e disturbi mentali	10
Suicidio e patologie mediche	17
Suicidio e fattori socio-demografici	19
Come far fronte al rischio di comportamento suicidario	22
Prendersi cura delle persone a rischio di suicidio	26
Invio a cure specialistiche	28
“Amalia” - “Telefono Speciale” A Trieste, un Progetto pilota	30
“Amalia” - “Telefono Speciale” La nuova campagna promozionale	35
Guida essenziale ai servizi sociali e sanitari del territorio di Trieste	40
Bibliografia	59

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, anche se purtroppo la sua prevenzione e il suo controllo non sono un compito facile. Le attuali ricerche dimostrano che un'azione preventiva, benché 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 controllo sociale dei fattori di rischio. Elementi essenziali dei programmi di prevenzione sono altresì un'appropriata 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 al Dr. Jean-Pierre Soubrier (Groupe Hospitalier Cochin, Parigi, Francia) che ha predisposto la prima versione di questo manuale. Il testo è stato poi successivamente modificato dai seguenti membri della Rete Internazionale per la Prevenzione del Suicidio dell'OMS, ai quali vanno i nostri ringraziamenti:

- Dr. Sergio Pérez Barrero, Hospital de Bayamo, Granma, Cuba;
- Dr. Annette Beautrais, Christchurch School of Medicine, Christchurch, Nuova Zelanda;
- Prof. Diego de Leo, Griffith University, Brisbane, Australia;
- Dr. Ahmed Okasha, Ain Shams University, Il Cairo, Egitto;
- Prof. Lourens Schlebusch, University of Natal, Durban, Sudafrica;
- Dr. Airi Varnik, Tartu University, Tallinn, Estonia;
- Prof. Danuta Wasserman, National Centre for Suicide Research and Control, Stoccolma, Svezia;
- Dr. Shutao Zhai, Nanjing Medical University Brain Hospital, Nanjing, Cina.

Siamo grati anche alla Dr. Lakshmi Vijayakumar, SNEHA, Chennai, India, per la sua assistenza tecnica durante l'edizione della prima versione di questa guida.

Le guide vengono attualmente diffuse a livello mondiale nella speranza che siano tradotte e adattate alle situazioni locali - un prerequisito essenziale per la loro utilità. Saranno benvenuti commenti e richieste di permesso per la traduzione e l'adattamento di questo materiale.

Dr. J. M. Bertolote

Coordinatore Dipartimento per la Salute Mentale
Disturbi Mentali e del Comportamento
Organizzazione Mondiale della Sanità

Prefazione all'edizione italiana

Dalla metà degli anni Novanta il Ministero della Sanità ha cominciato a preoccuparsi della questione del suicidio. A fronte di un rassicurante tasso medio nazionale che ci faceva omologare sempre di più ai paesi mediterranei, pieni di sole, di mare, cattolici, con famiglie numerose con tanti bambini e quindi con scarso rischio di suicidio – perché quelli elencati sono tutti fattori protettivi – è cominciata infatti a rivelarsi la presenza inquietante di numeri che smentivano questa rosea immagine. Ma soprattutto abbiamo cominciato ad avere sentore, coscienza, che in tante aree in Italia (magari più a Nord che a Sud, ma sicuramente il Sud non è immune), qualche ridente cittadina del centro della Toscana piuttosto che della Valtellina, cominciava a presentare dei tassi europei o mitteleuropei. Tassi indubbiamente allarmanti. Da qui le indicazioni dei Piani Sanitari Nazionali alle Regioni e alle Aziende Sanitarie a provvedere.

A Trieste abbiamo avuto sempre la consapevolezza di essere una strana città italiana, ossia di essere mediterranei per certi aspetti e per altri europei ovvero mitteleuropei. Purtroppo per noi, gli standard per quanto riguarda i suicidi erano più mitteleuropei che mediterranei. E quindi siamo stati più solerti, forse, di altri ad accogliere gli inviti dei vari Piani Sanitari Nazionali, delle indicazioni del governo regionale (1-2-3-4-5), mettendo in piedi un Programma di prevenzione, nella fattispecie il Progetto “Amalia-Telefono Speciale”.

Non appena abbiamo deciso di passare all'azione ci siamo resi conto di quanto impreparati eravamo ovvero quanto miseri erano gli strumenti che noi avevamo a disposizione. Non era più sufficiente avere consapevolezza della solitudine degli anziani, del tasso dei suicidi, delle ampie fasce di popolazione a rischio. Non era più possibile medicalizzare o psichiatrizzare il suicidio, il tentativo di suicidio, i comportamenti a rischio. E' nata spontaneamente la necessità di allargare la comunicazione, di allargare la rete, di coinvolgere il più possibile gli attori sociali e sanitari.

Il presente manuale, il primo della serie, è rivolto al medico di medicina generale, come uno degli attori più coinvolti in questi accadimenti, sia perché può agire, può fare delle scelte che possono determinare il corso delle cose, sia per i contatti che ha, per le mille persone che vede. Il medico di medicina generale è un comunicatore privilegiato e in quanto tale può costruire cultura di prevenzione.

Accogliendo l'invito dell'Organizzazione Mondiale della Sanità a utilizzare e diffondere i suoi manuali di prevenzione rivolti a fasce distinte di attori, abbiamo pensato per prima cosa di offrire questo prezioso

supporto ai medici di Trieste, ma probabilmente anche a quelli della Carnia, che ce lo hanno chiesto, e a quelli dell'Isontino nell'ambito di un programma di area vasta. E continueremo con gli operatori della salute, gli insegnanti, i giornalisti, i sopravvissuti, le carceri, per sensibilizzare e informare sul rischio ma anche offrire strumenti semplici e immediati per affrontarlo.

Dr. Peppe Dell'Acqua
Direttore Dipartimento Salute Mentale
A.S.S. n° 1 Triestina

Una risorsa per i medici di medicina generale

Una delle situazioni peggiori che un medico può trovarsi ad affrontare è il suicidio di un paziente. Le reazioni più comuni in queste situazioni sono sfiducia, perdita di autostima, rabbia e sentimenti di colpa. Il suicidio di un paziente può scatenare sentimenti di inadeguatezza professionale, dubbi sulla propria competenza e timore di perdere la reputazione. Inoltre il medico deve anche confrontarsi con l'enorme difficoltà di discutere quanto accaduto con la famiglia e gli amici della persona deceduta.

Queste linee guida sono destinate principalmente ai medici di medicina generale. L'obiettivo è di delineare i principali fattori di rischio, contesti e situazioni di vita connessi al fenomeno suicidario e quindi di dare informazioni sulla possibile identificazione e gestione del rischio suicidario, per contribuire a specifici programmi di prevenzione. La comprensione del suicidio è possibile soltanto secondo una prospettiva multifattoriale.

Il carico del suicidio

In base alle stime dell'OMS, circa 1 milione di persone si sarebbero suicidate nel corso dell'anno 2000. Il suicidio è fra le prime 10 cause di morte in qualsiasi paese e una delle prime 3 cause di morte nella fascia di età compresa tra i 15 e i 35 anni.

L'impatto sociale e psicologico del suicidio sulla famiglia e sulla comunità è enorme. In media un solo suicidio colpirà emotivamente e in maniera profonda almeno 6 altre persone. Se poi il suicidio si verifica in una scuola o in un posto di lavoro, avrà un simile impatto su centinaia di persone.

Il carico del suicidio può essere valutato in termini di "disabilità per anni di vita". In base a questo indicatore, nel 1998 ai suicidi è imputabile l'1.8 % del carico totale mondiale di disabilità, percentuale che varia tra il 2.3 %, nei paesi industrializzati, e l'1.7 % nei paesi in via di sviluppo. Questo equivale al carico sociale dovuto a guerre e omicidi, al carico dovuto a traumi alla nascita e a due volte il carico causato dal diabete.

Il carico soggettivo e oggettivo che il suicidio di una persona comporta deve essere tenuto in seria considerazione da parte del medico di medicina generale. Il rapporto personale e di fiducia che, nel corso del suo lavoro, il medico solitamente instaura con l'intero nucleo familiare dovrebbe consentire di sostenere emotivamente i componenti cosiddetti sopravvissuti al gesto del loro congiunto.

Suicidio e disturbi mentali

Il suicidio viene attualmente considerato un problema multifattoriale, determinato da una complessa interazione tra fattori biologici, genetici, psicologici, sociali e ambientali. *Le ricerche dimostrano che una percentuale compresa fra il 40% e il 60% delle persone che si sono suicidate aveva visto un medico nel mese precedente il suicidio: la maggior parte di queste persone aveva visto un medico di medicina generale anziché uno psichiatra.*

Nei paesi dove i servizi di salute mentale non sono ancora molto diffusi e organizzati, questa percentuale è probabilmente ancora più elevata. Identificare, valutare e gestire il rischio di suicidio è un importante compito del medico di medicina generale, il quale ha un ruolo fondamentale nella prevenzione.

Tuttavia valutare una predittività del rischio è particolarmente difficile proprio a causa delle molteplici variabili che entrano a far parte della storia soggettiva di vita di ciascuna persona.

Il suicidio di per sé non è una malattia, né è necessariamente la manifestazione di una malattia, ma il disturbo mentale è il fattore più frequente associato al suicidio.

Gli studi effettuati, sia in paesi in via di sviluppo che in paesi industrializzati, evidenziano una prevalenza di disturbi mentali nell'80-100% dei casi di suicidio portati a termine. È stato stimato che, nel corso della vita, il rischio di suicidio di persone con disturbi dell'umore (in particolare con depressione) è del 6-15%; in caso di alcolismo del 7-15%; in caso di schizofrenia del 4-10%.

Un riscontro comune rilevato tra i casi di suicidio è la compresenza di più disturbi. I disturbi più comunemente associati sono alcolismo e disturbi dell'umore (come la depressione), disturbi della personalità e altri disturbi di rilevanza psichiatrica.

Inoltre, un'osservazione sistematica del suicidio e una prassi preventiva tra i pazienti dei servizi di salute mentale è un obiettivo riconosciuto dalle pianificazioni sanitarie nazionali e regionali.

Nel corso del 2001 si è conclusa la ricerca-intervento "Salute Mentale, Suicidio e Sistemi Informativi in Friuli Venezia Giulia" (6) che, grazie al contributo del Ministero della Sanità, Istituto Superiore della Sanità, ha reso possibile una collaborazione tra i sei Dipartimenti di Salute Mentale, l'Agenzia Regionale della Sanità e delle Cliniche Psichiatriche Universitarie di Udine e Trieste. L'obiettivo è stato di rilevare i casi di suicidio nella popolazione generale in Regione negli anni 1998-1999, identificando poi quei casi di persone che erano state almeno una

volta in contatto con un servizio di salute mentale.

Oltre alla finalità di rendere operativa una procedura per un sistema informativo psichiatrico omogeneo, nell'ambito del Sistema Informativo Sanitario Regionale, si è tentato, alla luce dei dati raccolti (indagine confidenziale), di formulare linee guida sulla pratica clinica dei servizi (modalità della presa in carico, trattamenti, accessibilità, perdita di contatto) e di delineare strategie di riduzione del rischio di suicidio in soggetti con disturbo mentale.

I soggetti suicidatisi nei due anni selezionati, in contatto o in carico presso i Dipartimenti di Salute Mentale sono stati 71 (su un totale di 312 suicidi), ossia il 22% della mortalità regionale per questa causa.

In linea con i dati della letteratura i disturbi dell'umore (in particolare di tipo depressivo) sono risultati la categoria diagnostica più rappresentata (47,9%), seguita dalle psicosi (23,9 %) e dai disturbi di personalità (9,9 %). Il 38% dei casi infine presentava almeno una diagnosi secondaria.

Nel corso del 2003 nella sola città di Trieste su 43 casi di suicidio, circa il 42% delle persone suicidatesi ha avuto almeno un contatto con un servizio di salute mentale. Va ricordato che a Trieste i servizi di salute mentale hanno una soglia di accesso molto bassa, registrando ogni anno circa 4.500 contatti, quasi il 20 ‰ della popolazione provinciale.

Comunque è appurato che una parte notevole di persone che si suicidano muoiono senza aver mai visto un operatore della salute mentale.

Perciò il riconoscimento precoce, la rapidità dell'invio, la facilità di accesso ai servizi specialistici e la possibilità di un intervento precoce e adeguato per le persone con disagio mentale, costituiscono un importante passo nella prevenzione del suicidio, evitando inoltre possibili percorsi di cronicizzazione della malattia mentale stessa.

L'efficacia di un programma preventivo sta nel suo livello di organizzazione e quindi di integrazione e coinvolgimento di più servizi di promozione della salute, in una vasta gamma di interventi terapeutici e in campagne di promozione e educazione sanitaria.

In questo senso, per la loro capacità di filtro di una sempre più vasta pluralità di richieste di aiuto che la comunità esprime, e per l'importanza di un loro rapido riconoscimento e invio a possibili servizi di competenza, i medici di medicina generale dovrebbero collaborare e interagire con i servizi territoriali, in particolare di salute mentale, affinché i loro pazienti con disturbo mentale abbiano un trattamento tempestivo e appropriato.

Disturbi dell'umore

Tutti i disturbi dell'umore sono stati associati al suicidio. Questi comprendono il disturbo bipolare dell'umore, l'episodio depressivo, il disturbo depressivo ricorrente e quello persistente (come ciclotimia e distimia), i quali costituiscono le categorie F31-F34 dell'ICD-10 (7). Il suicidio è un rischio rilevante che corrono le persone affette da depressione, a maggior ragione se non diagnosticata e non trattata. La depressione ha un'elevata prevalenza nella popolazione generale e da molti non viene riconosciuta come un disturbo. Si stima che circa il 30% delle persone viste da un medico di medicina generale soffra di depressione. Approssimativamente il 60% di coloro che chiedono un trattamento, inizialmente contattano un medico di medicina generale, che si trova ad affrontare simultaneamente una patologia medica e un disturbo psicologico. In molte situazioni la depressione è infatti mascherata e il paziente riferisce solo disturbi somatici.

Durante un episodio depressivo tipico, la persona di solito soffre di: umore depresso (tristezza) perdita di interesse e della capacità di provare piacere mancanza di energia (affaticamento e diminuzione delle attività).

I sintomi che si presentano comunemente nel disturbo depressivo sono:

- Stanchezza
- Tristezza
- Difficoltà di concentrazione
- Ansia
- Irritabilità
- Disturbi del sonno
- Dolori somatici in diverse parti del corpo.

Questi sintomi, accanto a un'accurata valutazione del contesto sociale, familiare, lavorativo e psicologico del paziente, dovrebbero far sospettare la presenza di un disturbo depressivo per condurre a una valutazione multifattoriale del rischio di suicidio.

Queste specifiche caratteristiche (8) sono associate all'elevato rischio suicidario nella depressione:

- Insonnia persistente
- Trascuratezza
- Disturbo grave (in particolare depressione psicotica)
- Deficit di memoria
- Agitazione
- Attacchi di panico.

I seguenti fattori aumentano il rischio di suicidio nelle persone con depressione (9):

- Età al di sotto dei 25 anni nei maschi
- Fase iniziale del disturbo
- Abuso di alcol
- Fase depressiva di un disturbo bipolare
- Episodi misti (disturbo maniaco - depressivo)
- Episodio maniacale psicotico.

La depressione è un fattore rilevante nel suicidio tra adolescenti e anziani, ma le persone con un esordio del disturbo depressivo in età avanzata sono maggiormente a rischio, considerando che spesso vivono in una condizione di isolamento o di scarsa rete sociale.

In Svezia è stato rilevato che la formazione dei medici di medicina generale nell'identificare e trattare il disturbo depressivo ha contribuito a ridurre i casi di suicidio (10).

I recenti progressi nel trattamento della depressione sono molto importanti per la prevenzione primaria del suicidio. Le ricerche epidemiologiche fanno ipotizzare che l'utilizzo dei farmaci antidepressivi riduca il rischio di suicidio fra le persone con depressione. I pazienti che seguono una regolare terapia di mantenimento con il litio presentano un più basso rischio di suicidio (11).

Ma accanto al trattamento farmacologico, la possibilità di una presa in carico complessiva della persona, con l'attivazione di risorse familiari, sociali, economiche, la modificazione di condizioni di vita particolarmente difficili e stressanti, costituiscono certamente dei fattori protettivi. Questi aiutano l'individuo a uscire gradualmente dalle sensazioni di disperazione, di essere senza alternative e vie di scampo, tipiche del vissuto di depressione.

Alcolismo

L'alcolismo (inteso sia come abuso, che come dipendenza da alcol) è una diagnosi frequente fra le persone che si sono suicidate, in particolare fra i giovani. Ci sono spiegazioni di ordine biologico, psicologico e sociale per la correlazione tra suicidio e alcolismo. Fattori specifici, associati a un maggior rischio di suicidio fra gli alcolisti, sono:

- Insorgenza del problema in giovane età
- Lunga storia di alcolismo
- Elevati livelli di dipendenza
- Umore depresso
- Salute cagionevole
- Difficoltà a mantenere il ruolo lavorativo

- Storia familiare di alcolismo
- Recente perdita o rottura di una importante relazione affettiva.

Queste problematiche devono essere considerate dal medico di medicina generale e fronteggiate con il coinvolgimento del contesto familiare, cui spesso l'alcolista stesso nega di avere delle difficoltà.

La capacità del medico di attivare servizi sociali e sanitari territoriali è legata a un'attenta considerazione, non solo delle conseguenze fisiche dell'alcol. Questo allo scopo di evitare l'isolamento e il declino sociale di un alcolista, contribuendo così a una riduzione del rischio suicidario.

Schizofrenia

Seconda alla depressione, la schizofrenia è il disturbo psichiatrico più uniformemente diffuso nei vari paesi, che colpisce quasi l'1% della popolazione generale. L'età d'esordio è di solito compresa tra l'età adolescenziale e la prima giovinezza (16-30 anni), anche se spesso ha un'insorgenza subdola e poco chiara. Colpendo i giovani e a causa della sua lunga evoluzione, rappresenta un rilevante problema sociale e sanitario.

Si è visto che non si tratta di una "malattia singola", in quanto il suo quadro clinico varia nel tempo, comprende una serie di disturbi psicotici e un'eterogeneità di cause. Sia il periodo di insorgenza che il suo riconoscimento e la ricerca di un suo trattamento, con la conseguente risposta e decorso, sono estremamente variabili da soggetto a soggetto, fortemente influenzati dalle sue capacità di "coping" e dalle risorse dell'ambiente circostante.

Il suicidio è la prima causa di morte prematura fra le persone affette da schizofrenia.

Spesso però dietro una persona giovane che si è suicidata c'è un disturbo psicotico non riconosciuto.

Un altro problema è il fatto che spesso i giovani non hanno un buon rapporto con i servizi né tantomeno con il medico curante. Spesso il medico deve trovarsi a leggere "oltre" a quella che può apparire una banale apprensione del genitore per il comportamento "bizzarro" del figlio.

Fondamentale è dunque il riconoscimento precoce dei primi segnali di malattia, per poter inviare la persona rapidamente ai servizi di salute mentale e individuare una terapia ottimale. Diversi studi di valutazione del decorso e di esito dei disturbi psicotici hanno messo in discussione il concetto di inguaribilità, evidenziando che tra una stabilizzazione del disturbo e una remissione sintomatologica, più o meno completa (o con periodi transitori di fasi acute), esiste un'ampia gamma di posizioni in-

termedie, tante quante sono le soggettività di ciascun individuo. La grande variabilità del decorso dipende anche dalla rapidità di accesso al trattamento e dal tipo di gestione terapeutica e riabilitativa personalizzata che si offre. Accanto al progetto individualizzato è necessario coinvolgere e sostenere anche i familiari dei giovani all'esordio psicotico.

Fornire più strategie integrate di prevenzione e di intervento precoce, consente di venire incontro e riconoscere come "particolari" i bisogni delle famiglie che per la prima volta stanno vivendo in modo improvviso e drammatico l'impatto con il problema delle psicosi. In specifici gruppi di accoglienza i familiari possono così essere orientati verso prospettive di guarigione e di ripresa, di accurato riconoscimento del problema, evitando il rischio di interruzioni e di discontinuità del trattamento.

“La convinzione che la psicosi debba avere un esito ineluttabilmente sfavorevole è definitivamente in crisi (...) È fondamentale distinguere fra il processo di guarigione dal primo episodio psicotico e da quelli successivi. Tale distinzione è assai importante rispetto alle strategie di intervento, e in relazione al processo di adattamento del paziente alla sua malattia (...) Esistono differenti fasi nella malattia: fase prodromica, fase acuta, ripresa dalla fase acuta, postdimissione e convalescenza, fase residuale; ognuna di queste fasi presenta necessità differenti” . (12)

Nel faticoso e impervio tentativo di ogni individuo di costruirsi una propria identità psicologica e sociale, la domanda di cura che si può presentare al medico di medicina generale, nell'attuale complessità dei sistemi sociali, è sempre più sfumata, molteplice e differenziata (difficoltà scolastiche, lavorative, conflitti familiari, dipendenza e/o abuso di sostanze, difficoltà relazionali, comportamenti strani e bizzarri). Come confermato dai dati ottenuti in vari programmi di prevenzione in alcuni paesi, il medico di medicina generale ha in questa fase un ruolo centrale. Egli dovrebbe cercare di riconoscere l'esordio psicotico e intervenire precocemente all'interno di un'organizzazione sociale e sanitaria comunitaria e distrettuale, interagendo con una molteplicità di figure professionali (educatori, insegnanti, operatori dei consultori, dei minori e della salute mentale).

Ritornando alla valutazione del rischio suicidario, si possono considerare come caratteristici questi aspetti (13):

- Maschio di giovane età disoccupato
- Ricadute frequenti
- Paura di deterioramento cognitivo, in particolare per le persone molto dotate intellettualmente

- Sintomi positivi quali eccessiva sospettosità e allucinazioni
- Sintomi depressivi.

Il rischio di suicidio è più alto nei seguenti periodi di malattia:

- Fasi iniziali del disturbo
- Fase iniziale di una ricaduta
- Fase iniziale di remissione.

Rispetto ai soggetti di età più avanzata con disturbo mentale severo e di più lunga durata, il medico di medicina generale spesso si può trovare a dover fronteggiare una serie di patologie mediche non trascurabili, che necessitano di accertamenti periodici o terapie specifiche in collaborazione con il servizio di salute mentale stesso, con la famiglia o con altri servizi di competenza distrettuale.

Disturbi della personalità

Recenti ricerche su giovani che hanno commesso suicidio evidenziano un'alta prevalenza (20-50%) dei disturbi di personalità. Quelli più frequentemente associati al suicidio sono il disturbo "borderline" e il disturbo antisociale di personalità (14).

Anche i disturbi istrionico e narcisistico di personalità e certi tratti psicologici, quali impulsività e aggressività, sono stati correlati al suicidio.

Anche in questi casi il medico di medicina generale può diventare un punto di riferimento, integrandosi con programmi di prevenzione di altri servizi (come il Dipartimento delle Dipendenze, il Servizio Sociale per adulti, le scuole).

Disturbi d'ansia

I disturbi d'ansia, come il disturbo da attacchi di panico e il disturbo ossessivo compulsivo, soprattutto in situazioni conflittuali e problematiche o contesti di vita particolari, possono rendere più palese il rischio di suicidio.

Suicidio e patologie mediche

Le patologie mediche, soprattutto se croniche, se comportano disabilità e hanno prognosi negativa (15) mettono a dura prova le capacità di adattamento di una persona, che può facilmente precipitare in una depressione reattiva, o in una condizione comunque di malessere psicologico, e perdere ancora di più le proprie capacità adattive e di “coping”. In condizioni di vita per molte persone inaccettabili e prive di senso, il suicidio può rappresentare l'unica via d'uscita.

Disturbi neurologici

L'epilessia comporta un più alto rischio di suicidio, essendo questo disturbo spesso associato a una maggiore impulsività e aggressività e a disabilità cronica.

Danni cerebrali e al midollo spinale aumentano altresì il rischio di suicidio. Ricerche recenti hanno rilevato che dopo un ictus - particolarmente in presenza di lesioni posteriori, che causano maggiori deficit e disabilità - il 19% dei pazienti è di umore inevitabilmente depresso e commette suicidio.

Neoplasie

Il rischio di suicidio è più alto al momento della diagnosi e nei primi due anni di malattia in fase terminale, con un aumento in caso di decorso negativo.

Il dolore fisico contribuisce significativamente ad aumentare il rischio di suicidio.

Hiv/Aids

L'infezione da Hiv e l'Aids rappresentano un crescente fattore di rischio di suicidio fra i giovani. Il rischio è maggiore al momento della conferma della diagnosi e nelle prime fasi della malattia. I consumatori di stupefacenti per via endovenosa sono ancora più a rischio.

Altre patologie

Altre malattie croniche, quali disturbi renali, epatici, delle ossa e delle articolazioni, malattie cardiovascolari e gastrointestinali, comportano un maggior rischio di suicidio. Disturbi della deambulazione, cecità e sordità possono altresì spingere verso il suicidio.

Recentemente l'eutanasia e il suicidio assistito sono diventati un tema cruciale di discussione. L'eutanasia è illegale in quasi tutte le giurisdizioni e il suicidio assistito è tuttora fonte di controversie etiche e filosofiche.

Il medico di medicina generale si trova quotidianamente a contatto con pazienti con patologie croniche e invalidanti. Il suo ruolo è fondamentale in un'ottica preventiva, a patto che riesca a trascendere le sue competenze medico-tecnicistiche ed essere consapevole degli effetti positivi e negativi della sua modalità comunicativa con il paziente, nel rispetto e nella comprensione dell'alto impatto emotivo che questa comunque comporta.

È molto importante prestare attenzione non al “che cosa” si comunica bensì al “come” si comunica ossia la reale capacità di ascolto del medico, lo sforzo di comprendere, rassicurare, instaurare insomma con il paziente una relazione il più possibile empatica.

Ancora di più in questi contesti, quando cioè la minaccia della morte e del non essere più come prima, attanaglia i pensieri di una persona malata, prevenire un eventuale gesto estremo vuol dire considerare e attivare risorse, reti, fattori protettivi sociali, ambientali e familiari.

Suicidio e fattori socio-demografici

Il suicidio è un atto individuale; ciò nonostante bisogna tener presente che esso avviene in un determinato contesto sociale ed è correlato a diverse variabili socio-demografiche. Questi fattori, come il sesso e l'età, rappresentano un rischio generico del comportamento suicidario.

Sesso

Nella maggior parte dei paesi sono soprattutto i maschi a commettere suicidio con un rapporto 3:1, benché il rapporto maschi-femmine varia da paese a paese. La Cina è l'unico stato in cui vi è un maggior numero di donne suicide nelle aree rurali, mentre nelle aree urbane il rapporto tra maschi e femmine è 1:1.

Nel decennio 1989-1999 nella Regione Friuli Venezia Giulia sono stati registrati come mortalità per suicidio 1922 casi di suicidi e di morti traumatiche da causa incerta. Di questi, il 71.4% (1372) dei casi è rappresentato da soggetti di sesso maschile. Nella città di Trieste l'attivazione di un servizio di monitoraggio sistematico dei suicidi ha registrato, nel corso del 2003, 43 casi di suicidio, di cui 22 uomini e 21 donne, con un tasso di 17,71 per 100.000 abitanti, decisamente in calo rispetto all'andamento degli ultimi venti anni (in cui il tasso si assestava sopra il 20 per 100.000 abitanti). Se negli ultimi anni la riduzione dei suicidi a Trieste ha riguardato particolarmente le donne, a conferma che è il maschio la categoria più a rischio, nel 2003 si è notata per la prima volta un'inversione di tendenza. Il rapporto maschi-femmine è stato quasi di 1:1.

Età

Le persone più anziane (sopra i 65 anni) e quelle più giovani (tra i 15 e i 30 anni) sono quelle a maggior rischio di suicidio. Recenti ricerche hanno evidenziato un aumento dei tassi di suicidio in uomini di mezza età.

I dati della sopra citata ricerca nel Friuli Venezia Giulia evidenziano un'età media di 54 anni dei casi di suicidi considerati, con due picchi modali nel 54° e nel 67° anno di età.

Una lieve riduzione dell'età media si rivela anche nei casi di suicidio avvenuti a Trieste nel corso del 2003: 59 anni per gli uomini e 60 per le donne, a fronte di un'età media di 62 anni rilevata a partire dal 2000.

Stato civile

Essere divorziati, separati, vedovi o single rappresenta un altro fattore di rischio per il suicidio. La presenza di un contesto familiare e di una

stabilità relazionale infatti è un fattore protettivo, sebbene non sia così significativo per le donne. Essere separati o vivere soli aumenta il rischio di suicidio per gli uomini oltre i 55 anni di età.

Lavoro/occupazione

Ci sono significative correlazioni tra disoccupazione e tasso di suicidio, benché tale rapporto sia complesso e non sempre diretto. Infatti gli effetti della disoccupazione sono probabilmente mediati da fattori quali povertà, isolamento sociale, problemi familiari e senso di impotenza. D'altra parte le persone con disturbo mentale hanno maggiori probabilità di essere disoccupate. Un licenziamento recente rappresenta un maggior fattore di rischio rispetto a uno stato di disoccupazione di lunga data.

Alcune categorie professionali presentano un elevato rischio di suicidio: chirurghi, veterinari, farmacisti, dentisti, agricoltori e medici in particolare. Non è stata ancora trovata una spiegazione a questo, benché le ragioni possano essere svariate (facile accesso ai mezzi di suicidio, pressioni lavorative, isolamento sociale, difficoltà finanziarie).

Fattori extra-soggettivi

Per fattori di rischio extra-soggettivi si intendono situazioni socio-economiche e ambienti di vita particolari: ad esempio il vivere in una famiglia con problemi di salute mentale, abuso di alcol o psicofarmaci, violenze, rapporti incestuosi e abuso sia fisico che psichico.

Viene considerato un fattore di rischio un'educazione inadeguata durante infanzia e adolescenza, e che può generare instabilità emotiva, ansia e insicurezze.

Anche la scuola (come l'università) può diventare un ambiente a rischio per i disagi e le frustrazioni che si possono generare in situazioni di competitività o di aspettative eccessive da parte dell'ambiente.

Ci sono poi le caserme, ambienti a rischio a causa della rigidità di orari e regole e soprattutto per il rispetto degli ordini gerarchici e il cosiddetto fenomeno del nonnismo.

Anche il carcere rappresenta un ambiente a rischio, in particolare per la prima notte di detenzione e soprattutto per i giovani tra i 20 e i 35 anni, in carcerazione preventiva in attesa di giudizio.

Aspetti più sociali ed economici sono i fenomeni di migrazione e di mobilità sociale con le conseguenti difficoltà di adattamento in contesti culturali e sociali completamente differenti da quelli di origine.

Anche l'area di residenza di una persona può essere un fattore di rischio; ad esempio in alcuni paesi i suicidi sono più frequenti nelle aree

urbane, mentre in altri si verificano soprattutto nelle aree rurali.

Si aggiungono poi i life-events (eventi di vita) come fattori di rischio e possibili circostanze di vita scatenanti e/o stressanti quali lutti, separazioni, divorzi, problemi di salute.

Accessibilità dei metodi e mezzi autolesivi

Infine anche l'accessibilità dei metodi e mezzi autolesivi rappresenta un fattore di rischio.

Chi decide di suicidarsi sceglie di solito un metodo ad alta garanzia letale. E tuttavia, la scelta dipende da variabili psicologiche individuali, da influenze culturali e ambientali, diverse tra stati, città e località rurali e dalla facile reperibilità del mezzo. Se il gesto autolesivo è un "acting-out" (azione diretta), la rapidità del passaggio dal pensiero all'atto, l'impulsività, limitano la possibilità di scelta del metodo, e viene utilizzato quello che si ha a portata di mano. Se invece il gesto è preceduto da una lunga fase di riflessione, la scelta si amplia insieme alle circostanze.

Spesso il metodo viene suggerito dagli episodi di cronaca di suicidi e si diffonde per imitazione ("effetto Werther"). Ci sono studi che hanno osservato l'effetto imitativo di suicidi di persone famose o conosciute all'interno di una certa comunità (ad es. la morte di Marilyn Monroe o quella di Kurt Cobain famoso cantante dei Nirvana).

Si è visto che ha un forte effetto imitativo il fatto di pubblicare la notizia del suicidio in prima pagina, con foto e facendone un racconto dettagliato e talvolta romanzato.

La scelta del metodo non sempre rivela la reale intenzionalità suicida della persona, ma certamente influenza la probabilità che una morte sia interpretata come suicidio da chi ne referta la causa (medico legale).

I dati della citata ricerca regionale hanno messo in evidenza come oltre il 65% dei suicidi sia avvenuta attraverso tre modalità principali, rispettivamente per impiccagione-strangolamento (36.9%), per precipitazione (17.8%) e per avvelenamento da gas (10.6%).

È emersa inoltre una differenza significativa tra la modalità utilizzata e l'età: i più giovani utilizzano gas di scarico dell'automobile, rispetto agli anziani che adottano la precipitazione.

A Trieste, nel corso del 2003, la modalità più usata tra uomini e donne è stata l'impiccagione, seguita dalla precipitazione (utilizzata preferibilmente dalle donne) e da altre modalità.

Come far fronte al rischio di comportamento suicidario

Diversi studi catamnestici hanno permesso di identificare molteplici fattori di rischio del comportamento suicidario, tra loro interagenti. Tali fattori hanno un effetto cumulativo, un ruolo e un peso diverso a seconda delle varie fasi e dei periodi evolutivi, degli eventi scatenanti (life-events), delle caratteristiche di personalità e del particolare ambiente di vita di una persona.

I seguenti fattori individuali e socio-demografici sono associati al suicidio (16):

- Sesso maschile
- Fasce d'età tra i 45 e i 75 anni
- Vivere soli (socialmente isolati)
- Essere divorziati, vedovi o single
- Essere disoccupati o in pensione
- Precedenti tentativi di suicidio
- Storia familiare caratterizzata da suicidi, alcolismo e/o problemi di salute mentale
- Esordio acuto di patologie mediche (gravi, dolorose o croniche invalidanti; Aids)
- Disturbi di salute mentale (depressione, alcolismo e disturbi di personalità)
- Lutti durante l'infanzia.

Inoltre, eventi di vita stressanti correlati al rischio di suicidio sono:

- Separazione coniugale
- Lutto
- Problemi familiari
- Cambiamenti di lavoro o economici
- Rifiuto da parte di una persona significativa
- Senso di vergogna che deriva dal fatto di esser considerati colpevoli di qualcosa.

Ci sono diverse scale per la valutazione del rischio di suicidio che quantificano lo stato di “hopelessness” (mancanza di speranza), di depressione e intenzione suicidaria, ma è certamente molto più efficace un buon colloquio clinico per arrivare a un'ampia conoscenza dei problemi del paziente e quindi a una più accurata valutazione del rischio. Il medico può trovarsi ad affrontare una varietà di condizioni e situazioni che causano e mantengono problemi e disagi in una persona

con pensieri suicidari o che ha già commesso un comportamento suicidario non fatale. Un uomo anziano, rimasto vedovo di recente, curato per disturbo depressivo, che vive solo, con una storia di tentati suicidi e una giovane donna, abbandonata dal proprio compagno, che presenta piccoli tagli agli avambracci, sono due esempi estremi all'interno dei quali possono rientrare la maggior parte dei pazienti a rischio.

Un precedente tentativo di suicidio è considerato uno dei maggiori indicatori predittivi nel 40% dei casi, soprattutto nei successivi sei mesi dal gesto. La depressione è invece la diagnosi maggiormente correlata alla serietà dell'intenzione di morire.

Alcune persone possono avere sentimenti di hopelessness e pensieri suicidari, riconoscerli ma non essere depressi, altre ancora possono chiedere aiuto proprio perché ossessionate da pensieri di morte.

Altre ancora potrebbero sentirsi depresse e stanche di vivere, ma negare attivamente di avere pensieri suicidi.

Ricordiamo che vari studi epidemiologici hanno mostrato che circa il 40% delle persone che poi si sono suicidate si sono rivolte, nelle settimane precedenti al gesto, al proprio medico o ad altri servizi.

Quando il medico ha motivo di temere un comportamento suicida da parte di un paziente, gli si presenta a quel punto il dilemma di come procedere. Alcuni medici non si sentono a proprio agio con persone che hanno tendenze suicide. *È importante essere consapevoli di questa sensazione e cercare aiuto da altri colleghi e possibilmente da operatori della salute mentale, o contattare gli operatori, appositamente formati, di linee telefoniche di prevenzione del suicidio della propria città.*

A Trieste (vedi apposito capitolo) è attivo dal 1997 il Programma di prevenzione “Telefono Speciale. Un progetto per prolungarsi la vita”, che offre un numero verde in ascolto 24h su 24, “*un punto d'appoggio immediato e discreto... per chiunque si senta stanco e abbattuto... senza via d'uscita... e abbia voglia di tagliare i fili con il mondo*”; inoltre offre l'opportunità di rivolgersi a esperti del Dipartimento di Salute Mentale in un Centro di Ascolto, appositamente istituito in una sede distrettuale e quindi non stigmatizzante.

È dunque essenziale non ignorare o negare il rischio.

In primo luogo è fondamentale valutare il grado di rischio attuale, che oltre alle caratteristiche rilevanti suddette, deve senz'altro considerare anche il contesto socio-relazionale di vita della persona, la disponibilità e la capacità di gestione della famiglia in momenti di difficoltà, affinché l'individuo non sia lasciato solo.

Se il medico decide di procedere a un'eventuale presa in carico, il primo passo è quello di trovare del tempo da dedicare al paziente, anche se altre persone stanno attendendo in sala d'aspetto. Dimostrando desiderio di capire, dedicando del tempo, il medico inizia a stabilire un rapporto positivo, collaborativo e di fiducia con il paziente. Ascoltare con empatia è di per sé uno dei più importanti fattori che possono ridurre il livello di disperazione che conduce al suicidio. Non è certo facile chiedere a una persona delle sue ideazioni suicide, ma può essere d'aiuto iniziare a parlarne gradualmente. Quando si è instaurata una relazione, il paziente si sente a proprio agio per esprimere i propri sentimenti, anche se negativi (sensazione di essere impotente, infelice, stanco, incapace di affrontare la giornata e che la vita non vale più la pena di essere vissuta). Questi pensieri vanno semplicemente riconosciuti e ascoltati, stando attenti a non negarli o sottovalutarli. È preferibile fare delle semplici osservazioni su ciò che la persona stessa esprime, senza utilizzare domande troppo dirette.

Un luogo comune, spesso fonte di pregiudizio, è che quando una persona parla dei suoi pensieri suicidari, raramente si suicida, oppure che il solo fatto di parlarne con qualcuno può in qualche modo provocarlo. In realtà si è visto che condividere i propri pensieri con qualcuno capace di ascoltarli, può essere utile non soltanto a sentirsi meno soli, ma anche a ridurre l'ansia, facendo sentire la persona sollevata e compresa. Talvolta comportamenti all'apparenza insignificanti o altri piccoli indizi che più facilmente possono essere osservati dalle persone significative per il paziente, possono aiutare a comprendere e a definire meglio il quadro.

Questi comportamenti "sottili" possono essere un atteggiamento reticente, addii o saluti particolari (scrivere lettere, messaggi, fare testamenti, regalare le proprie cose) o comportamenti che indicano un'improvvisa calma e serenità, preludio invece della imminente messa in atto della decisione di uccidersi.

Anche quando l'intenzione è palesemente di minaccia, orientata verso una richiesta di aiuto, manipolatoria, per ottenere dei cambiamenti nei rapporti interpersonali o di eventi di vita, deve essere presa seriamente in considerazione.

Merita un'approfondita comprensione l'analisi delle motivazioni che hanno portato all'ideazione o al tentativo suicidario, cercando di valutare quanto è avanzata la progettualità del suicidio. Si dovrebbe cercare di valutare il tipo di ideazione (frequenza e gravità), il metodo pensato e la sua accessibilità e pericolosità, se mirata all'uccidersi o al solo tentativo.

È importante sapere se il paziente ha fatto dei piani e se ha i mezzi per commettere il suicidio. Se la persona dice di volersi uccidere con un'arma da fuoco, ma non ne possiede una, né può procurarsela, il rischio è più basso. Se un paziente ha pianificato uno schema di suicidio ed è in possesso del mezzo (per es. pillole), o se i mezzi previsti sono facilmente accessibili, il rischio di suicidio è ovviamente più alto.

Prendersi cura delle persone a rischio di suicidio

Come più volte sottolineato, la capacità del medico di mettersi in relazione, al di là delle sue competenze tecnico-scientifiche, di dimostrare comprensione, ascolto e dedicare attenzione può essere sufficiente per guadagnare del tempo e per decidere circa l'eventuale presa in carico. Il medico dovrà prevedere un successivo incontro a breve, cercando di coinvolgere le persone significative (amici, parenti, vicini) affinché la persona, specie se priva di un adeguato sostegno sociale, possa sentirsi meno sola.

Secondo le più attuali concezioni psicologiche (studi clinici a livello individuale), nel comportamento suicidario sono molto importanti i fattori di stress come eventi scatenanti, anche banali, che però rappresentano per quella persona "la goccia che fa traboccare il vaso". Sono stati però messi in evidenza soprattutto i processi cognitivi che determinano la decisione suicida.

Queste persone soffrono molto, non solo perché le cose vanno male, ma perché hanno una loro particolare elaborazione cognitiva degli eventi, che li porta a giudicare la vita come insopportabile e il suicidio rappresenta l'unica via di risoluzione.

Beck (17) ha molto studiato i comportamenti suicidari e i fattori di predizione e ha concluso che non è tanto la depressione tra i fattori di rischio, ma un fattore cognitivo: l'hopelessness, la mancanza di apprezzamenti sul presente e un sistema cognitivo di aspettative negative, di scarsa considerazione di sé, spesso rinforzato dallo stesso contesto sociale e da scarse relazioni interpersonali. Diversi studi hanno confermato la presenza di hopelessness in pazienti non depressi e con un'alta intenzione suicidaria.

Non è chiara la relazione dell'hopelessness con altri fattori cognitivi. Alcuni autori hanno individuato un tipo di pensiero dicotomico (aut-aut), assolutizzante, caratterizzato da rigidità e scarse abilità di "problem solving" (risoluzione del problema).

Si può cercare allora di discutere e contrastare con il paziente, ad esempio l'opinione che la vita sia degna di essere vissuta in termini assoluti o, viceversa, come arbitraria ed estremamente soggettiva, quindi indimostrabile. Questo può servire a insinuare qualche dubbio nella testa del paziente, circa la fondatezza della sua decisione, esaminando in modo empirico le sue ragioni per vivere e per morire, e prospettando delle alternative realistiche e più adeguate. Il rischio di suicidio può ridursi se il medico riesce con la sua capacità dialettica a mettere in discussione l'ambivalenza del logorante conflitto tra il desiderio di vi-

vere e la spinta di lasciarsi morire. Sostenere le ragioni di vivere, proporre delle alternative, attivare risorse e sostegno sociale attorno alla persona significa che *“una candela può rischiarare un luogo rimasto al buio per un miliardo di anni”*, come evidenziato da uno dei pieghevoli utilizzati nelle campagne pubblicitarie del Progetto di prevenzione della città di Trieste.

Invio a cure specialistiche

Come abbiamo già detto, il suicidio non è necessariamente la manifestazione di un disturbo mentale.

Per la maggior parte delle persone può essere utile l'indicazione di rivolgersi al numero verde del Progetto di prevenzione, di cui nel prossimo capitolo spiegheremo le modalità.

Si è visto infatti che di solito le persone trovano giovamento al loro disagio potendo parlare in qualunque ora della giornata con un operatore formato, capace di dare ascolto, sostegno e orientamento alle difficoltà espresse.

Se a volte può essere sufficiente avere l'appoggio di una specie di telefono amico, a volte può essere utile per la stessa persona trovare il coraggio di incontrare una figura esperta (psichiatra, psicologo, operatore della salute mentale, assistente sociale), soprattutto se la persona in difficoltà non si è mai rivolta ai servizi socio-sanitari territoriali, per reticenza, per timore dello stigma, per vergogna o più semplicemente per assenza di conoscenza.

Per la maggior parte delle persone è sufficiente che vengano aiutate ad approfondire le motivazioni delle loro difficoltà e orientate a farsi sostenere dai servizi di competenza, per trovare delle possibili risposte concrete, delle alternative, dei sostegni adeguati in un sistema di reti sociali e sanitarie. L'obiettivo è quello di aiutare la persona a sentirsi sostenuta, ma anche a incoraggiarla verso percorsi di autonomia e di ripresa, migliorando positivamente le proprie aspettative di vita e del proprio futuro.

Altre volte potrebbe essere più indicato che il medico stesso spieghi alla persona con propositi suicidari la necessità di un invio alla rete dei servizi (in particolare della salute mentale), quando sospetta la presenza di un disturbo mentale, o di un forte disagio concomitante a patologie mediche gravi e invalidanti, quando la persona è completamente priva di rete sociale e vive una profonda solitudine, o ha compiuto precedenti tentativi suicidari.

Il medico di medicina generale non dovrebbe naturalmente limitarsi al solo invio. Il medico di medicina generale ha infatti un delicato e prezioso compito che è quello di dare spiegazioni chiare ed esaustive sulla sua decisione, per alleviare timori relativi allo stigma e all'eventuale assunzione di farmaci psicotropi, chiarire che le terapie farmacologiche e psicologiche possono essere efficaci. È importante che il medico trasmetta alla persona che "invio" non significa "abbandono". Il medico può (e deve) farsi quindi attivo ricercatore del

contatto con il collega psichiatra, fissare un appuntamento assieme alla stessa persona, assicurando nel contempo una continuità terapeutica di rapporto con il suo paziente.

In situazioni più problematiche e urgenti può essere necessaria prendere una decisione immediata rispetto alla presa in carico da parte dei servizi. Il medico di medicina generale può valutare, in situazioni di rischio immediato, di contattare direttamente i servizi di emergenza e d'urgenza o invocare lo stato di necessità inviando il paziente al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, ove è reperibile 24 ore su 24 un medico psichiatra. Anche in questi casi il medico di medicina generale non solo si deve proporre come ricercatore attivo di contatto con i servizi, ma può accompagnare il suo paziente, convincerlo della necessità di una modalità di presa in carico, mediare rispetto alla figura dello psichiatra, informare i familiari in virtù del suo particolare rapporto relazionale di conoscenza e di fiducia che ha con il paziente.

“Amalia” - “Telefono Speciale”

A Trieste, un Progetto pilota

Breve descrizione di due servizi di prevenzione

“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

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 Televita
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

Trieste: le morti solitarie degli anziani e i suicidi (18-19-20). 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 fondano 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’A.S.S. 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 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 12 nel 2003, con numeri anche inferiori nel 2001 e 2002) e del tasso dei suicidi (da 23 e più, a meno di 18 per ogni 100.000 abitanti). 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” e “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 denuncia 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 rimuovere le cause che hanno 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 Inquinato 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 alle fasce di età inferiori.

Le altre fonti di segnalazione attivate sono i servizi pubblici del territorio (Servizio Sociale del Comune, Distretti Sanitari, medici di medicina generale, Centri di Salute Mentale), il territorio (parenti, amici, conoscenti, vicini di casa, parrocchie, utenti stessi di “Amalia”, utenti del Telesoccorso), 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, in netta prevalenza donne, 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, assicurazione, 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 31 dicembre 2003 “Amalia” ha avuto in carico 2.199 persone, con un’età media di 85 anni, donne per l’85%. La percentuale maggiore, il 23% delle utenze, è stata reclutata con le indagini sul bisogno sommerso. Negli anni sono stati effettuati 9.419 interventi consistenti in: diretta prevenzione morte solitaria (il 43% del totale degli interventi) ossia ricerca degli utenti presso parenti, amici, vicini oppure ospedali e/o tramite visite sul posto, visite domiciliari, attivazione rete informale, interventi di supporto psicologico e sociale, aiuto economico (attivazione linea e pagamento bollette telefoniche), consegna farmaci a domicilio, attivazione del volontariato, servizi aggiuntivi a pagamento.

Il servizio è stato sospeso per 1.203 persone, la maggior parte (il 66%) per cause di forza maggiore (decessi, ricovero definitivo 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 notoriamente 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 nel Comune di Trieste un Servizio di Monitoraggio del fenomeno. 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 operatori della salute mentale 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 31 dicembre 2003 sono state gestite oltre 8.700 telefonate, per il 51% 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 identificate per problemi reali, sono state gestite altre telefonate cosiddette reali inoltrate da “anonimi” (il 6% sul totale delle chiamate gestite).

Queste telefonate reali sono state inoltrate al “Telefono Speciale” da 581 persone, per la maggior parte donne (65%) con un’età media di 49 anni e 40 anni per gli uomini. Le problematiche denunciate 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 40% sul totale).

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

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

*(l'illustrazione
"Battito d'ala" è di
Flora Zonta e
Elisa Degrassi)*



reiterata di informazione e campagna di educazione sanitaria destinata a distinte categorie della popolazione. Tra le azioni di maggiore ri-

lievo 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 spettacolo 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 risultati ottenuti, illustriamo di seguito una breve sintesi dell’iniziativa.

“Amalia”-“Telefono Speciale”

La nuova campagna promozionale

Primavera-estate 2003, un percorso di comunicazione sociale

Come già detto, dall’avvio del Progetto di prevenzione delle morti solitarie degli anziani e dei suicidi “Amalia-Telefono Speciale”, a fianco dei vari gruppi strategici e operativi, le linee telefoniche verdi, il Centro di Ascolto e altre modalità di intervento, si è creato un Gruppo di comunicazione sociale addetto alle azioni di informazione, promozione e divulgazione dei due nuovi servizi pubblici.

Negli anni si sono susseguite diverse campagne promozionali (manifesti, locandine, pieghevoli), talvolta studiate ex novo talaltra ricorrendo a interventi di “restyling” e aggiornamento delle informazioni e dei messaggi esistenti.

La linea scelta fin dall’inizio era improntata alla massima cautela nell’esplicitare i problemi che si andavano a colpire, nel timore – lecito – del cosiddetto effetto “rebound”. Ossia di provocare, specie per quel che concerne il servizio di prevenzione suicidi, una sorta di effetto contrario che, anziché invogliare le persone a ripensarci, a salvarsi, le “stimolasse” in senso opposto, spingendole verso quel tragico e irrimediabile epilogo che il Progetto si propone di evitare a ogni costo.

La linea scelta e portata avanti dal Progetto viene così descritta nel Quaderno “Amalia-Telefono Speciale. Il primo triennio di un progetto

pilota” (18), al capitolo “La comunicazione sociale. Comunicare il senso della possibilità”:

Nell’inventare denominazioni e slogan, la linea adottata dal Gruppo - composto da esperti della comunicazione (giornalisti, grafici, scrittori) che operano in stretta collaborazione con gli specialisti sociosanitari - è quella di evitare toni enfatici e riferimenti espliciti (verbali e grafici) ai fenomeni del suicidio e della morte solitaria. (...) La scommessa del Gruppo di comunicazione sociale è quindi quella di mantenere e affinare un linguaggio rispettoso della complessità e della profondità dei temi affrontati e nel contempo utile e accessibile al comune cittadino in quanto destinatario del Progetto; l’ambizione è di educare ed educarsi alla figura del “cittadino esperto”.

Per decenni a Trieste non si era mai parlato costruttivamente né di suicidi né di morti solitarie; si trattava quindi di preparare il terreno per poterne parlare in maniera più aperta, esplicita e soprattutto foriera di speranze e soluzioni per le persone più esposte e più direttamente a rischio. In 7 anni il Progetto si è fatto conoscere, ha conseguito risultati apprezzabili in termini di calo dei suicidi e delle morti solitarie, mentre il costante lavoro di comunicazione sociale ha predisposto il campo per un cambiamento culturale, una diversa maturità e consapevolezza rispetto ai problemi sia delle strutture sanitarie e sociali sia degli stessi cittadini. Nel 2003, anche a fronte di ripetuti solleciti da parte di cittadini esperti, tra cui anche alcuni stimati giornalisti locali e non, il Comitato scientifico ha avvertito l’esigenza di inaugurare una linea di comunicazione inedita fino a quel momento. Il materiale usato per le precedenti campagne, oltre che esaurito e quindi da ristampare eventualmente, è stato valutato dagli esperti come non più attuale: sia per i contenuti di messaggi e slogan, sia per la forma grafica, che inoltre, nelle ultime due campagne proponeva una linea non uniforme e non immediatamente riconducibile a un Progetto solo. (Ricordiamo che “Amalia-Telefono Speciale” nascono come Progetto unico e integrato, sebbene con peculiarità e specificità operative che riportano inevitabilmente a due servizi diversificati). Inoltre, specie per “Telefono Speciale”, da diverso tempo si notava la necessità di un messaggio più esplicito e diretto, destinato effettivamente a un target di persone ad alto rischio suicidario.

Mantenendo i principi e i parametri di fondo della cosiddetta scuola di comunicazione sociale europea che, pur scegliendo messaggi chiari e diretti evita immagini e slogan aggressivi o scioccanti, la nuova linea

ha voluto privilegiare una comunicazione che possa a un tempo scuotere e far riflettere sul senso della possibilità, sulle opzioni di speranza, sulle vie di uscita.

Il nuovo messaggio di “Amalia” (prevenzione morti solitarie)

Nella scelta del nuovo messaggio promozionale di “Amalia”, il Comitato scientifico non ha avuto grossi dubbi, poiché il fenomeno della morte solitaria è notoriamente meno complesso e sfuggente di quello del suicidio, che si caratterizza per la sua enorme complessità, imprevedibilità e insondabilità.

Nell’elaborare il messaggio ci si è ispirati alle molte storie (vere) raccolte in questi anni sul territorio dal servizio “Amalia”. Una in particolare è stata fonte di ispirazione del materiale in seguito prodotto:

Maria - 76 anni - vive sola, dopo la perdita del convivente, in un rione periferico della città.

COMUNE DI TRIESTE AZIENDA SERVIZI SANITARI ASS. N.1 TRIESTINA TELEVITA S.p.A.
Assistenza 24 ore su 24

Numero Verde
800-846079

Chiamata gratuita 24 ore su 24
7 giorni su 7

Anziani soli invisibili tanti

Amalia' è nata per loro e per tutti quelli che vorrebbero fare qualcosa,
ma non sanno come.

Conosce “Amalia” attraverso il giornale e si attiva tramite il Distretto. Aveva un compagno che ha perso, col quale condivideva tutto, in particolare l’interesse per la natura, le passeggiate in montagna, la lettura, le visite ai musei. Persona con una cultura superiore alla media, trovata sola, cade in una profonda depressione. Ora non le rimane che ricordare. Tramite gli utenti di “Amalia” e attraverso gli operatori, Maria trova una nuova persona con la quale condividere i suoi hobby e riprendere a vivere.

“Amalia” diventa un’ancora per non chiudersi in se stessi, lo stimolo per intrecciare nuove relazioni e riprendere a vivere attivamente (18). Ne sono derivati lo slogan di testa (headline) “ANZIANI, SOLI, INVISIBILI, TANTI” e la frase conclusiva (payoff) “AMALIA È NATA PER LORO E PER TUTTI QUELLI CHE VORREBBERO FARE QUALCOSA MA NON SANNO COME”, illustrati da una suggestiva e quanto mai esplicita immagine fotografica.

Il nuovo messaggio di “Telefono Speciale” (prevenzione suicidi)

Molto più ardua e laboriosa è stata l’elaborazione e la conseguente scelta delle proposte elaborate per “Telefono Speciale”. Inizialmente sono state studiate una trentina di proposte di testo, suddivise per 6 gruppi tematici, di cui sono state selezionate 3 opzioni:

- Una linea “morbida” e indiretta che ricalca le scelte delle campagne precedenti
- Una linea ibrida, “morbida” ed esplicita nel contempo
- Una linea esplicita che colpisce il cuore del problema ma con messaggio finale di speranza.

Sulla base di dette tre linee, i comunicatori hanno elaborato quindi 4 messaggi visivi, sottoposti in seguito al Comitato scientifico. Dopo una accurata (e sofferta) valutazione delle proposte, e anche a seguito dell’allarmante picco di suicidi registrato dall’Osservatorio triestino nella primavera del 2003, gli esperti hanno optato per la linea esplicita. Lo slogan di testa o headline finale è quindi “Non farlo”, chiuso dalla frase conclusiva o payoff: “Prima di tagliare i fili con il mondo, attaccati al telefono”.

Anche qui per questioni di impatto visivo in relazione anche alle dimensioni gigantesche dei manifesti, l’immagine scelta è fotografica. Immagine che ha richiesto l’intervento di un fotografo professionista, assieme al quale gli esperti hanno elaborato la proposta in varie fasi, fino a giungere all’immagine definitiva. Consapevole della forza e dell’immediatezza, visiva e psicologica, delle proposte (compresa la scelta del formato gigante 6m x 3 dei manifesti) il Comitato ha scelto di proposito la linea più “provocatoria”, pur sapendo che questa può comportare dei rischi. Ma proprio questo esporsi, sebbene con cautela e razionalità, potrebbe portare al Progetto una carica in più, facendo parlare dei problemi in maniera nuova, diversa, più diretta e, si spera, più risolutiva.

Come sempre non è dato sapere con certezza né si può azzardare un rapporto diretto di causa-effetto, ma le statistiche dei primi due mesi successivi al lancio della nuova campagna di “Telefono Speciale” (luglio 2003) hanno rilevato a Trieste in tutto 4 suicidi in 2 mesi (agosto

2003: uno solo, settembre 2003: tre). Inoltre e come era nei desideri e nei programmi, è stato notato per la prima volta un notevole calo dei suicidi dei maschi, la categoria notoriamente più a rischio. Da notare che la figura umana scelta a rappresentare il messaggio di “Telefono Speciale”, per quanto si sia cercato di mantenerla il più possibile “unisex”, porta i pantaloni e un paio di scarpe che a molti hanno fatto pensare si tratti di un uomo-maschio.

E ancora una volta, come per tutte le campagne del Progetto, decisivo si è dimostrato il lavoro di gruppo: tecnici, artisti, esperti e scienziati hanno lavorato in perfetta sinergia, confrontando competenze, idee, dubbi e perplessità, ad avvalorare quello che è da sempre stato uno dei punti di forza del Progetto: *la creatività*.



Una creatività che senza l'interazione e la cooperazione non si sarebbe mai potuta espletare, poiché – come recita quel detto - due teste ragionano meglio di una e due paia di occhi vedono più lontano di uno. Osservare, ragionare, valutare, decidere e agire insieme, si diceva, comporta rischi, contraddizioni e conflitti che soltanto un atteggiamento propriamente creativo, aperto al confronto, al dialogo, a un continuo e risoluto mettersi in gioco, può e poteva trasformare in energie potenziate, sfida propulsiva (18).

Guida essenziale ai servizi sociali e sanitari del territorio di Trieste

L'Azienda per i Servizi Sanitari della provincia di Trieste opera attraverso 4 Distretti, integrati con le Unità Operative territoriali dei Comuni per funzioni socio sanitarie.

È opportuno che il cittadino si rivolga al Distretto del suo territorio per ricevere al meglio le prestazioni richieste o le indicazioni più appropriate. Anche la persona che vive una condizione di disagio, tanto da rischiare di non farcela, può (e deve) contattare uno dei servizi sociali e/o sanitari dell'area in cui vive.

Anche il medico di medicina generale può (e deve) chiedere informazioni e indicazioni per meglio organizzare la presa in carico proprio di quelle persone che, non presentando una malattia conclamata ma una diffusa condizione di disagio o sofferenza, rischiano di più.



DISTRETTO 1

Punto informativo Distretto	040 399 7805 • 040 399 7845
Centro di Salute Mentale di Barcola e Aurisina	040 411 452 • 040 411 586 040 200 988 • 040 201 211
Unità Operativa Territoriale n. 1 del Comune di Trieste	040 452 8096 • 040 452 8098

SEDI

• Via Stock 2 • Aurisina 108/d • Via di Prosecco 28/a, Opicina

DISTRETTO 2

Punto informativo Distretto	040 399 5600 • 040 399 5629
Centro di Salute Mentale della Maddalena	040 390 845 • 040 396 711
Unità Operativa Territoriale n. 2 del Comune di Trieste	040 322 3620 • 040 322 0452

SEDI

• Via Nordio 15 • Via San Marco 11 • Via Vespucci 7/1 • Androna degli Orti 4/b

DISTRETTO 3

Punto informativo Distretto	040 399 5833 • 040 399 5827
Centro di Salute Mentale di Domio	040 282 0039 • 040 282 0024
Unità Operativa Territoriale n. 4 del Comune di Trieste	040 831 067 • 040 831 048

SEDI

• Via Valmaura 57-59 • Via Puccini 48-50 • Via Battisti 6, Muggia • San Dorligo della Valle 462

DISTRETTO 4

Punto informativo Distretto	040 399 7332 • 040 399 7453
Centro di Salute Mentale di Via Gambini	040 632 195 • 040 632 140
Unità Operativa Territoriale n. 3 del Comune di Trieste	040 362 580 • 040 768 535

SEDI

• P.le Canestrini 8 • Via Pasteur 41/e

Stradario della provincia di Trieste

Elenco delle vie	Distretto	Elenco delle vie	Distretto
Via Raffaele Abro	2	Molo Fratelli Bandiera	2
Via degli Aceri	1	Via Carlo Banelli	3
Via dell' Agro	4	Piazza Barbacan	2
Via delle Aiuole	4	Via Barbariga	1
Via Leon Battista Alberti	2	Via Aldo Barbaro	3
Via Albona	3	Via Giuseppe Baretti	2
Via Aldraga	2	Via Giuseppe Barison	4
Via Aleardo Aleardi	2	Androna Barriera Vecchia	4
Via Vittorio Alfieri	4	Largo della Barriera Vecchia	4
Via Dante Alighieri	2	Via Antonio Barsan	3
Via Alpi Giulie	3	Via Bartoletti	4
Via degli Alpini	1	Capo di Piazza Gianni Bartoli	2
Via degli Alti Forni	3	Via Matteo Giulio Bartoli	3
Via Tonino Amatori	3	Via Salvatore Barzilai	4
Via Giovanni Amendola	1	Via dei Baseggio	1
Via Gregorio Ananian	4	Strada Per Basovizza	4
Via dell' Annunziata	2	Via di Basovizza	1
Via degli Antenorei	2	Via della Bastia	2
Via Andrea Antico	3	Via del Bastione	2
Via Carlo Antoni	4	Via Rodolfo Batagely	3
Via degli Apiari	1	Via Battaglia	2
Via Aquileia	1	Largo Raffaello Battaglia	4
Via Carlo Archi	4	Via Raimondo Battera	2
Via degli Argento	2	Via dei Battigelli	4
Via Lodovico Ariosto	2	Via Cesare Battisti	2
Via dell' Arsenale	2	Via Antonio Bazzarini	2
Via Artemidoro	1	Via Riccardo Bazzoni	2
Clivo Artemisio	1	Via delle Beatitudini	4
Via degli Artisti	2	Via Beato Angelico	4
Via Graziadio Ascoli	1	Via Cesare Beccaria	2
Via dell' Asilo	2	Via delle Beccherie	2
Via dell' Assenzio	1	Via delle Beccherie Vecchie	2
Piazzale Atleti Azzurri	3	Via Francesco Beda	4
Molo Audace	2	Via Beirut	1
Piazzale dell' Autostrada	2	Via della Bellavista	1
Via Elisa Baciocchi	2	Via Cristoforo Belli	2
Piazzale Antonio Baiamonti	3	Via Vincenzo Bellini	2
Via Antonio Baiamonti	3	Via Bellosguardo	2
Via dei Baiardi	1	Via Belpoggio	2
Via Quinto Baieno	1	Campo del Belvedere	
Via Cesare Balbo	1	n° 1,5,6,7	2

Elenco delle vie	Distretto	Elenco delle vie	Distretto
n° 2,3,4	1	Via Nicolò Bottacin	4
Scala al Belvedere	2	Via Vittorio Bottego	2
Piazza Silvio Benco	2	Via Sandro Botticelli	4
Via Bernardo Benussi	3	Via del Boveto	1
Via Giovanni Berchet	1	Via Roberto Bracco	3
Via Bergamasco	2	Via Lodovico Braidotti	1
Via del Bergamino	4	Via Donato Bramante	
Via dei Berlam	1	n° 1-11	4
Via Giuseppe Bernardi	1	n° 2-12	2
Via Lorenzo Bernini		Via Brandesia	4
n° 1,2,4	4	Via Aldo Brandolin	3
n° 3,6	2	Via Brigata Casale	
Molo dei Bersaglieri	2	n° 1-157 e 4-124	3
Via Vittorio Bersezio	3	n° 251	2
Largo Bertolini	1	Via Brigata Osoppo	3
Via Pasquale Besenghi	2	Via Brigata Sassari	4
Galleria Marco Besso	2	Via del Broletto	2
Via del Biancospino	1	Via Aurelio Brovedani	3
Via Bartolomeo Biasoletto	4	Via Karl Ludwig Von Bruck	2
Via dei Bidischini	1	Via Filippo Brunelleschi	4
Via Giuseppe Bernardino Bison	1	Via Giuseppe Bruni	1
Via Giovanni Boccaccio		Via Guido Brunner	2
n° 1-19 e 2-6	2	Via Bartolomeo Budrio	
n° 21-33 e 10-20	1	n° 1-11 e 6-24	2
Via Alberto Boccardi	2	n° 13-19	3
Via Eugenio Boegan	4	Via Giovanni Buich	1
Via Alberto Bois De Chesne	4	Via Buie D'Istria	1
Via Arrigo Boito	3	Via Michelangelo Buonarroti	4
Via Vittorio Bolaffio	4	Via Bruno Buozzi	3
Via Bonafata	1	Via dei Burlo	2
Via Bonaparte	2	Via Richard Francis Burton	4
Via Francesco Bonazza	2	Via Bruno Busecchian	3
Scala Ruggero Bonghi	4	Via Ferruccio Busoni	1
Via Bonomea	1	Via Carlo Buttazoni	3
Via dei Bonomo	4	Via Lorenzo Butti	4
Via della Bora	2	Via di Caboro	2
Via Edoardo Borghi	1	Via G. e S. Caboto	3
Piazza della Borsa	2	Via Antonio Caccia	4
Rotonda del Boschetto	4	Viale al Cacciatore	4
Via del Bosco		Riva Alvise Cadamosto	3
n° 1-15	4	Via Luigi Cadorna	2
n° 2-54	2	Via Caduti Sul Lavoro	2
Via del Botro	3	Piazzale Umberto Cagni	3

Elenco delle vie	Distretto	Elenco delle vie	Distretto
Vicolo dei Calafai	2	Piazza Carlo Alberto	2
Via della Calcara	3	Via Giorgio Carmelich	4
Via del Calcare	1	Via Carmelitani	1
Via dei Caldana	3	Via Carnaro	3
Via dei Calderai	2	Via Vettor Carpaccio	2
Via Calpurnio	1	Via del Carpineto	3
Via di Calvola	2	Via Carpison	2
Via Antonio Camaur	1	Via Carsia	1
Via Giulio Camber - Barni	1	Piazza A. e K. Casali	2
Via Glauco Cambon	4	Via della Cassa Di Risparmio	2
Via delle Campanelle		Vicolo del Castagneto	1
n° 1-169, 2-288 e 223-367	2	Via Panfilo Castaldi	2
n° 189-219 e 367/1-367/2	3	Via del Castelliere	
Scala dei Campi Elisi	2	n° 5-15	2
Viale dei Campi Elisi	2	n° 6-18 e 21-97	3
Androna Campo Marzio	2	Via del Castello	2
Via di Campo Marzio	2	Via Castelmonte	1
Via Campo Romano	1	Via Arturo Castiglioni	4
Largo Giulio Ascanio Canal	2	Via Bruno Castro	3
Via del Canale Piccolo	2	Via Alfredo Catalani	3
Via Cristoforo Cancellieri	2	Via Ciriaco Catraro	2
Via Alfonso Canciani	4	Via Carlo Cattaneo	1
Piazzale Luigi Canestrini	4	Via Angelo Cattaruzza	3
Via Antonio Canova	4	Piazza della Cattedrale	2
Via Cesare Cantù	1	Via Della Cattedrale	2
Via dei Capitelli	2	Strada di Cattinara	4
Via Capitolina	4	Via Catullo	1
Via Capodistria	3	Via Jacopo Cavalli	4
Via del Capofonte	4	Androna di Cavana	2
Piazzale Giuseppe Capolino	4	Piazza di Cavana	2
Via Francesco Cappello	2	Via di Cavana	2
Scala dei Cappuccini	4	Via dei Cavazzeni	2
Via del Caprile	1	Via alle Cave	4
Via Giuseppe Caprin	2	Corso Cavour	2
Via dei Capuano	2	Salita di Cedassamare	1
Via del Caravaggio	4	Via Benvenuto Cellini	2
Via Carbonara	2	Via della Cereria	2
Via dei Cardi	1	Via dei Cergna	4
Via Giosuè Carducci	2	Via del Cerreto	1
n° 1-29 e 2-26	2	Androna Melchiorre Cesarotti	1
n° 31-45 e 28-36	4	Via Giovanni Cesca	3
Via Francesco Carletti	3	Androna Cherso	3
Via Gian Rinaldo Carli	2	Via Luigi Cherubini	3

Elenco delle vie	Distretto	Elenco delle vie	Distretto
Via Gabriello Chiabrera	4	Via dei Coppa	2
Via di Chiadino	4	Via Pietro Coppo	2
Via Della Chiauchiarà	2	Via dei Cordaroli	1
Via Damiano Chiesa	4	Via Arcangelo Corelli	3
Portici di Chiozza	2	Via Cormons	1
Androna Chiusa	2	Piazza Cornelia Romana	2
Via Giacomo Ciamician	2	Via del Coroneo	2
Via Marco Tullio Cicerone	2	Via del Correggio	4
Via Nicolò Cigotti	2	Via Filippo Corridoni	4
Via Francesco Cilea	1	Via Guido Corsi	2
Via Domenico Cimarosa	3	Androna della Corte	2
Via Dei Cipressi	1	Via della Corte	2
Via al Cisternone	1	Via Corti	2
Largo Città Di Santos	2	Via Pietro Cossa	3
Via Cittanova D'Istria	3	Via Norma Cossetto	3
Via Civiale	1	Via Costalunga	
Via dei Civrani	4	n° 1-41 e 2-80	2
Via Claudio Pulcro	3	n° 43-265 e 80/1 412	3
Via Mario Codermatz	3	Via Costantino Costantinides	4
Via Arturo Colautti	2	Passo Costanzi	2
Via del Collegio	2	Strada Costiera	1
Via Bartolomeo Colleoni	2	Via dei Cosulich	3
Via del Collio	1	Via Napoleone Cozzi	4
Via Francesco Collotti	1	Via Armando Crisciani	3
Via di Cologna	1	Via Francesco Crispi	
Via dei Colombi	2	n° 1-45, 2-52 e 58-64	2
Androna Cristoforo Colombo	2	n° 47-58 e 54-56	4
Via Cristoforo Colombo	2	n° 66-78	1
Via Vittoria Colonna	2	Via Bruno Croatto	4
Via Eugenio Colorni	3	Lungomare Benedetto Croce	1
Via Carlo Combi	2	Via dei Crociferi	2
Via Emilio Comici	4	Via del Crocifisso	2
Via Commerciale		Via di Crosada	2
n° 17-41 e 22-56	2	Via Giulio Cubi	3
n° 43-163, 167-177		Via Costantino Cumano	4
e 188/1-190	1	Via dei Cunicoli	1
Via Pietro Comuzzi	3	Via Eugenio Curiel	3
Salita a Conconello	1	Via Fabio Cusin	3
Via di Conconello	1	Via Nicoletto D'Alessio	
Via della Concordia	2	n° 1-21 e 2-8	3
Via Conti	4	n° 23-33 e 12-18	2
Salita di Contovello	1	Via Francesco Dall'Ongaro	2
Androna dei Coppa	2	Piazza Dalmazia	2

Elenco delle vie	Distretto	Elenco delle vie	Distretto
Via Bartolomeo D'Alviano		Via Armando Diaz	2
n° 11-41 e 16-90	2	Via Umberto Diena	3
n° 43-45 e 92-100	3	Via Dignano	3
Via Enrico Dandolo	2	Via Antonino Di Peco	3
Via Massimiliano D'Angeli	4	Via del Dittamo	1
Viale Gabriele D'Annunzio	4	Via Giuseppe Di Vittorio	3
Via Lorenzo Da Ponte	3	Via Doberdò	1
Via Ferruccio Dardi	3	Via delle Docce	4
Via Ettore Daurant	2	Via Domus Civica	3
Riva Giovanni Da Verrazano	3	Via Casimiro Donadoni	4
Via Sara Davis	1	Via Rodolfo Donaggio	3
Via Massimo D'Azeglio	4	Via del Donatello	4
Via Alessandro De Almerigotti	3	Via Gaetano Donizetti	2
Via Edmondo De Amicis	2	Piazza Di Donota	2
Via Villan De Bachino	1	Via di Donota	2
Piazzale Antonio De Berti	3	Scala Dublino	2
Via Pompeo De Brigido	4	Via E. F. Duca D'Aosta	2
Via Giuseppe De Coletti	2	Piazza L.A. Duca Degli Abruzzi	2
Via Carlo De Franceschi	3	Via Marcello Dudovich	4
Piazzale Alcide De Gasperi	4	Via G. e D. Economo	2
Via Nicolò Degli Aldegardi	4	Vicolo dell' Edera	1
Via F. e G. Dè Guardi	2	Via Luigi Einaudi	2
Via Giusto Dei Girardi	4	Via Enrico Elia	1
Via Luigi De Jenner	3	Via Emilio Scauro	1
Via Cesare Dell'Acqua	3	Via Angelo Emo	2
Via Michele Della Vedova	3	Via Francesco Erberti	2
Via Giuseppe e Luca Delmestri	4	Via delle Erbette	4
Via Carlo De Marchesetti		Via dell' Eremo	4
n° 1-59, 61-65 e 2-56	4	Scala dell' Erica	1
n° 59/12 e 59/14	3	Via dell' Erica	1
Salita Ezio De Marchi	3	Via dell' Ermada	1
Via Francesco Denza	2	Via Carlo Errera	3
Via Guglielmo De Pastrovich	4	Piazzale Europa	1
Via Paolo De Ralli	4	Scala dei Fabbri	2
Via Nicolò De Rin	2	Via dei Fabbri	2
Via Cecilia De Rittmeyer	2	Via della Fabbrica	4
Androna Almerico D'Este	4	Via Max Fabiani	4
Via del Destriero		Via Fabio Severo	
n° 1-21 e 6	2	n° 1-49 e 2-20	2
n° 2-4	4	n° 51-153 e 22-158	1
Via Angelo De Valentini	4	Ponte della Fabra	
Via Roberto Dè Visiani	4	n° 1	4
Via Paolo Diacono	2	n° 2	2

Elenco delle vie	Distretto	Elenco delle vie	Distretto
Via Michele Fachinetti	2	Via Francesco Fortunio	4
Via dei Falchi	4	Via Gabriele Foschiatti	4
Via Giorgio Fano	3	Via Ugo Foscolo	4
Via Giuseppe Farinelli	3	Via Pietro Fragiacomo	2
Via del Farnetello	4	Via Franca	2
Via del Farneto	4	Via dei Frassini	1
Via Carlo Favetti	1	Via Luigi Frausin	2
Via Umberto Felluga	4	Via Gerolamo Frescobaldi	3
Galleria Venice	2	Via dei Frigessi	3
Scala Enrico Ferolli	1	Strada del Friuli	1
Via Paolo Ferrari	1	Via Isidoro Furlani	2
Via Galileo Ferraris	4	Via Arnaldo Fusinato	1
Androna della Ferriera	4	Via Giorgio Galatti	2
Via della Ferrovia	1	Via Galileo Galilei	1
Via Fianona	3	Via della Galleria	2
Via del Fico	2	Via Giacinto Gallina	2
Via Fabio Filzi	2	Via Luigi Galvani	1
Via Dè Fin	2	Via Pio Riego Gambini	4
Via dei Fiordalisi	1	Via Edoardo Gardoni	3
Via Arturo Fittke	4	Piazza Garibaldi	4
Strada di Fiume		Via Edoardo Gasser	4
n° 1-333 e 2-56	2	Via Giuseppe Lorenzo Gatteri	
n° 86-250	4	n° 1-25 e 2-28	2
n°417-555 e 294-390	3	n° 27-47 e 30-62	4
Via Flavia	3	Vicolo dei Gattorno	
Via Alexander Fleming	1	n° 1-27	2
Via Ugo Flumiani	4	n° 2-6	1
Via Antonio Fogazzaro	1	Via Santo Gavardo	2
Via del Follatoio	3	Via Antonio Gazzoletti	1
Via Enrico Fonda	3	Scala Eugenio Geiringer	1
Via Fratelli Fonda Savio	3	Via dei Gelsomini	1
Via della Fonderia	4	Via Gemona	1
Via della Fontana	2	Via Genova	2
Via Fonte Oppia	3	Via della Geppa	2
Piazza dei Foraggi	4	Via dei Gerani	1
Via Carlo Forlanini		Viale Romolo Gessi	2
n° 3-145 e 2-36	4	Via Carlo Ghega	2
n° 38-40	3	Via Lorenzo Ghiberti	2
Via della Fornace	4	Via del Ghirlandaio	4
Via dei Fornelli	2	Via dei Giacinti	1
Via Sergio Forti	3	Via Paolo Giacometti	3
Via del Fortino	2	Via Giuseppe Giacosa	3
Via Leone Fortis	2	Scala dei Giaggioli	1

Elenco delle vie	Distretto	Elenco delle vie	Distretto
Via dei Giaggioli	1	Via Gradisca	1
Via del Giambellino	2	Via Antonio Gramsci	2
Via Bartolomeo Gianelli		Largo dei Granatieri	2
n° 1-15 e 2-24	2	Via Achille Grandi	3
n° 17-45 e 30-52	3	Via dei Gravisi	3
Via dei Giardini	3	Via Antonio Grego	3
Largo del Giardino	1	Via Carlo Gregorutti	4
Piazzale di Giarizzole	3	Salita di Gretta	1
Via di Giarizzole	3	Via Edoardo Gridelli	4
Via Vincenzo Gigante	3	Via Grignano	1
Scala dei Giganti		Via Guido Grimani	4
n° 1	2	Via Grisignana D'Istria	2
n° 2-4	4	Via Tommaso Grossi	4
Via dei Ginepri	1	Via Antonio Grossich	2
Via delle Ginestre	1	Via Igo Gruden	1
Via della Ginnastica		Riva Grumula	2
n° 1-45 e 2-52	2	Via Isidoro Gruenhut	4
n° 47-53 e 54-68	4	Via della Guardia	2
Piazzale Vincenzo Gioberti	4	Strada di Guardiella	4
Via Flavio Gioia	2	Via F. D. Guerrazzi	4
Via Umberto Giordano	1	Via Francesco Guicciardini	1
Via Licio Giorgieri	1	Riva Tommaso Gulli	2
Piazza Virgilio Giotti	2	Via Mario Haipel	3
Via Giotto	2	Via Francesco Hermet	2
Via Giovenale	1	Via Carlo Hollan	4
Via Giulia		Piazza Attilio Hortis	2
n° 1-17	2	Via Antonio Illersberg	1
n° 19-55 e 2-96	1	Via Matteo Renato Imbriani	2
n° 57-85 e 98-108	4	Via Ugo Inchiestri	3
Via dei Giuliani	2	Via dell' Industria	2
Via Giulio Cesare	2	Viale dell' Ippodromo	4
Via Giuseppe Giusti	1	Via Ireneo Della Croce	2
Via dei Giustinelli	2	Largo Ugo Irneri	2
Via Giustiniano	2	Via d' Isella	2
Via Giovanni Battista Goineo	2	Via Isola D'Istria	3
Passo Carlo Goldoni	4	Pontile Istria	2
Piazza Carlo Goldoni		Strada Vecchia Dell' Istria	3
n° 1-5 e 2-6	4	Via dell' Istria	
n° 7-11 e 8-10	2	n° 1-65 e 2-110	2
Via Gorizia	1	n° 67-137 e 112-202	3
Via Massimiliano Gortan	4	Corso Italia	2
Via Gaspare Gozzi	2	Via Antonio Ive	3
Via dei Gradi	2	Via Jacopone Da Todi	1

Elenco delle vie	Distretto	Elenco delle vie	Distretto
Via Carlo Junker	1	Via Domenico Lovisato	4
Via Pietro Kandler	1	Via Piero Lucano	4
Via Dragotin Kette	1	Via Tommaso Luciani	4
Via Giovanni Kobler	2	Via Lucio Papiriano	2
Via Robert Koch	4	Via Lucio Vero	1
Via Srecko Kosovel	1	Via Lucrezio	1
Via Giulio Kugy	4	Via Lussinpiccolo	3
Via Carlo Kunz	2	Via Moisè Luzzatto	1
Via Sergio Laghi	2	Via dei Macelli	3
Via Vinicio Lago	3	Via Nicolò Machiavelli	2
Via Alessandro La Marmora	4	Via Felice Machlig	4
Via Luciano Laurana	3	Via Antonio Madonizza	2
Scala dei Lauri	2	Via della Madonna Del Mare	2
Via del Lavareto	1	Salita alla Madonna Di Gretta	1
Via del Lavatoio	2	Via della Madonnina	4
Via dei Lavoratori	2	Via Maestri Del Lavoro	2
Via del Lazzaretto Vecchio	2	Scala Giuseppe Mainati	4
Via Adolfo Leghissa	4	Via della Maiolica	4
Piazzale dei Legnami		Via Francesco Malacrea	4
n° 1,2	2	Via Alessandro Malaspina	3
n° 3-13 e 2-18	3	Via Malcanton	2
Via dei Leo	4	Via Goffredo Mameli	4
Piazza Leonardo Da Vinci	1	Via Terenzio Mamiani	2
Via Ruggero Leoncavallo	3	Riva del Mandracchio	2
Via Giacomo Leopardi	1	Via della Mandria	1
Via Ferdinand De Lesseps	1	Ratto dei Mandrieri	4
Via Adolfo Lavier	4	Via Luciano Manli	3
Via Giorgio Levitz	3	Via Manlio Vulsone	3
Piazza della Libertà	2	Via Ruggero Manna	2
Via della Liburnia	3	Via Gregorio Mansanta	2
Via Limitanea	4	Via Andrea Mantegna	4
Via delle Linfe	4	Via Mantovani	1
Via Filippo Lippi	4	Via Aldo Manuzio	2
Via Demetrio Livaditi	4	Via Alessandro Manzoni	4
Via Livia	1	Via Mario Maovaz	3
Via del Lloyd	2	Via Benedetto Marcello	2
Via Vittorio Locchi	2	Via del Marcese	3
Via delle Lodole	2	Via Guglielmo Marconi	
Via Carlo Lona	4	n° 1-11 e 36-42	1
Strada Per Longera	4	n° 2-34	2
Via Antonio Lonza	4	Via Giuseppe Marenzi	2
Via Lorenzo Lorenzetti	2	Via Margherita	1
Via Lorenzo Lotto	4	Via Margherita	4

Elenco delle vie	Distretto	Elenco delle vie	Distretto
Via Gianni Marin	4	Salita adl Monbeu	3
Piazzale Marinai D'Italia	2	Via Moncolano	1
Via Marsala	4	Via G. B. Monfalcon	2
Via Martiri Della Libertà	2	Via di Monrupino	1
Largo Martiri Della Risiera	3	Salita dei Montanelli	2
Via Piero Marussig	4	Via Montasio	3
Via Don Edoardo Marzari	2	Via del Monte	
Via Marziale	1	n° 1-21 e 2-16	2
Via Masaccio	4	n° 18-22	4
Via Pietro Mascagni	3	Via di Montebello	4
Riva Massimiliano e Carlotta	1	Via Monte Canin	3
Via Giacomo Matteotti	4	Via Monte Carso	3
Via Pellegrino Matteucci	2	Via dei Montecchi	2
Via Leopoldo Mauroner	4	Via del Monte Cengio	1
Via Teodoro Mayer	4	Via Monte Coglians	3
Via Mazzini	2	Via di Montecucco	2
Via di Melara	4	Strada al Monte D'Oro	3
Via Saverio Mercadante	2	Via Monte Grappa	1
Via Luigi Mercantini	1	Via Monte Lanaro	3
Via di Mercato Vecchio	2	Via del Montello	1
Campo Pietro Metastasio	3	Via Monte Mangart	3
Via Leopoldo Metlicovitz	4	Via Monte Peralba	3
Via Antonio Meucci	2	Piazzale Monte Re	1
Via Ercole Miani	3	Via Monte San Gabriele	1
Via Milano	2	Via Monte Sernio	3
Via delle Milizie	4	Strada per Monte Spaccato	4
Via dei Mille	4	Salita Monte Valerio	1
Via Don Giovanni Minzoni	2	Campo Claudio Monteverdi	3
Largo Ugo Mioni	4	Via Vincenzo Monti	2
Viale Miramare		Scala al Monticello	1
n° 1-19 e 2 20	2	Via Montona	3
n° 23-363 e 24-92	1	Via Montorsino	1
Via dei Mirissa	2	Via dei Moreri	1
Via dei Mirti	1	Via Giambattista Morgagni	2
Via dei Modiano	2	Via Ulderico Moro	1
Via Giovanni Moise	2	Via Edgardo Morpurgo	3
Via dei Molini	1	Via della Muda Vecchia	2
Via Molino a Vapore	4	Via Giuseppe Mueller	4
Via del Molino a Vento		Via delle Mura	2
n° 1-123 e 56-160	2	Via del Muraglione	2
n° 2-50	4	Via Gioachino Murat	2
Via Antonio Mollari	1	Via Ludovico Antonio Muratori	1
Via delle Monache	2	Via Giusto Muratti	2

Elenco delle vie	Distretto	Elenco delle vie	Distretto
Via Girolamo Muzio	2	Via Ottaviano Augusto	2
Androna Frà Paolo Naldini	2	Via Ovidio	1
Via Frà Paolo Naldini	2	Via della Pace	3
Via dei Narcisi	1	Via Frà Pace Da Vedano	4
Via Arturo Nathan	4	Via Antonio Pacinotti	4
Via dei Navali	2	Via Giglio Padovan	4
Via Nazionale	1	Strada per Padriciano	4
Via Luigi Negrelli	2	Via Paduina	2
Via Silvio Negri	3	Via Nicolò Paganini	2
Largo Giambattista Niccolini	4	Via Giuseppe Pagano	3
Via Giorgio Nicolich	3	Via dei Pagliaricci	4
Via Aurelio Nicolodi	1	Via Giovanni Paisiello	3
Via Ippolito Nievo	1	Via Andrea Palladio	4
Via Pietro Nobile	2	Via dei Pallini	4
Via dei Noci	1	Via Palmanova	1
Via Aurelio e Fabio Nordio	2	Androna del Pane	2
Via Alberto Nota	4	Via del Pane	2
Piazza Guglielmo Oberdan	2	Via del Pane Bianco	3
Via Aldo Oberdorfer	1	Largo Odorico Panfili	2
Via dell' Officina	2	Via del Panorama	1
Androna Ettore Oliani	4	Via dei Panzerà	1
Androna Dell' Olio	2	Largo Papa Giovanni XXIII	2
Via Giovanni Oliva	2	Via dei Papaveri	1
Via dell' Oliveto	1	Via Papiniano	2
Via degli Olmi	1	Via Bernardin Parenzan	4
Via delle Ombrelle	2	Via Parenzo	3
Strada Nuova per Opicina		Via Gino Parin	4
n° 1-11 e 2/1	4	Via Giuseppe Parini	4
n° 13-37 e 2-26	1	Via Francesco Parisi	3
Via Orazio	1	Via Gilberto Parlotti	3
Via Argio Orell	4	Via Giovanni Pascoli	4
Via Alfredo Oriani	4	Via Louis Pasteur	4
Via Giovanni Orlandini	2	Via Francesco Patrizio	2
Via dell' Orologio	2	Via Pauliana	2
Via Orsenigo	1	Via Luigi Pecenco	1
Via Orsera	3	Via Dei Pellegrini	4
Androna degli Orti	2	Via Silvio Pellico	
Largo Osoppo	1	n° 1-3	2
Piazza dell' Ospitale		n° 2-12	4
n° 1-7 e 4-8	4	Via delle Peonie	1
n° 2	2	Via del Perarolo	1
Via dell' Ospitale	2	Androna della Pergola	2
Vicolo dell' Ospitale Militare	1	Via G. B. Pergolesi	3

Elenco delle vie	Distretto	Elenco delle vie	Distretto
Via Matteo Pertsch	1	Via Zeffirino Pisoni	1
Piazza del Perugino	4	Via Giorgio Pitacco	3
Via del Pesce	2	Largo Riccardo Pitteri	2
Molo della Pescheria	2	Via Valentino Pittoni	3
Via della Pescheria	2	Vicolo Ai Plai	3
Largo del Pestalozzi	2	Via Plinio	1
Largo Petazzi	1	Via Pola	3
Via Carlo Petitti Di Roreto	2	Via Giampaolo Polesini	3
Via Laura e Silvano Petracco	3	Via Odorico Politi	1
Via Francesco Petrarca	4	Via Antonio Pollaiuolo	4
Via Petronio	4	Scala Giorgio e Carlo Polli	1
Via Isidoro Piani	1	Via Marco Polo	2
Largo Piave	2	Via Ugo Polonio	2
Via Passo Di Piazza	2	Via Amilcare Ponchielli	2
Via Auguste Piccard	1	Via Pondares	4
Via dei Piccardi	4	Via del Ponte	2
Via Giuseppe Picciola	2	Piazza Del Ponterosso	2
Piazza Piccola	2	Via del Ponticello	3
Via della Piccola Fornace	2	Via del Ponzanino	2
Via Enea Silvio Piccolomini		Via Ponziana	2
n° 1-9 e 2-10	2	Piazzale Eugenio Popovich	4
n° 11-15	4	Via del Pordenone	4
Via Piemonte D'Istria	3	Via dei Porta	4
Via Pier Luigi da Palestrina	2	Passo della Portizza	2
Via Piero Della Francesca	4	Via Portole	3
Via Della Pietà	4	Androna del Pozzo	2
Via Pietraferrata	3	Via del Pozzo	2
Via Antonio Pigafetta	3	Via Pozzo Del Mare	2
Ratto della Pileria	3	Via Pozzo Di Crosada	2
Via del Pilone	1	Via Marco Praga	3
Via Bruno Pincherle	3	Via del Pratello	1
Via Ippolito Pindemonte		Via del Prato	1
n° 1-5, 5/1-13 e 6-14	4	Via Prelaser	2
n° 2-4	1	Vicolo delle Primule	1
Via della Pineta	1	Via Principe Di Montfort	2
Via Pinguente	3	Via della Procureria	2
Via del Pinturicchio	4	Largo del Promontorio	2
Via Luigi Pirandello	3	Salita al Promontorio	2
Via Piranella	2	Scala Properzio	1
Via Pirano	3	Via di Prosecco	1
Via Lucio Pisa	3	Galleria Arrigo Protti	2
Via Vettor Pisani	2	Erta dei Pruni	1
Via Pisino	3	Via Giacomo Puccini	3

Elenco delle vie	Distretto	Elenco delle vie	Distretto
Via del Pucino	1	Via Rio Primario	3
Piazza Edmondo Puecher	2	Via Rio Spinoletto	3
Via delle Pulsatille	1	Via Rio Storto	3
Via Punta Del Forno	2	Androna Riparata	2
Punto Franco Nuovo	2	Via Risano	3
Punto Franco Vecchio	2	Via Francesco Rismondo	2
Via Alberto Puschi	3	Via Risorta	4
Via delle Quercie	1	Via di Rivalto	2
Via Pietro Querini	3	Via del Rivo	2
Via Antonio Racheli	3	Via delle Robinie	1
Via della Raffineria	4	Largo a Roiano	1
Via della Rampa	2	Via di Roiano	1
Via Andrea Rapicio	2	Via Roma	2
Via Edgardo Rascovich	3	Androna di Romagna	2
Salita di Raute	3	Via di Romagna	
Via Carlo Ravasini	4	n° 1-27 e 2-70	2
Via Adolfo Rebez	3	n° 29-107, 111-145 e 78-198	1
Via Francesco Redi	4	Via Giandomenico Romagnosi	1
Via del Refosco	1	Via Samuele Romanin	2
Via Fratelli Reiss-Romoli	3	Via del Ronchetto	3
Via Guido Reni	2	Via del Ronco	2
Piazza della Repubblica	2	Strada della Rosandra	3
Piazzale Ottorino Respighi	3	Via Rita Rosani	3
Via Giuseppe Ressel	2	Via del Rosario	2
Via Costantino Ressmann	4	Via Rosazzo	1
Via Paolo Reti	2	Vicolo delle Rose	1
Via dei Rettori	2	Piazzale Antonio Rosmini	2
Via Giuseppe Revere	2	Via Fratelli Rosselli	3
Via Pasquale Revoltella	4	Via Domenico Rossetti	
Largo Riborgo	2	n° 1-23 e 2-8	2
Piazzetta Riccardo	2	n° 25-117 e 10-86	4
Via Riccardo	2	Via Cesare Rossi	3
Via Luigi Ricci	1	Via Gioacchino Rossini	2
Via del Ricreatorio	1	Via Giuseppe Rota	2
Via Arturo Rietti	4	Via della Rotonda	2
Via dei Righetti	1	Vicolo dei Roveri	
Via Rigutti		n° 1	4
n° 1-29 e 2-40	4	n° 2-16	1
n° 37-53	2	Via Gerolamo Rovetta	3
Viale della Rimembranza	2	Via Rovigno	3
Via Renato Rinaldi	2	Strada di Rozzol	4
Via Rio Corgnoletto	2	Via Giovanni Ruffini	1
Vicolo Rio Martesin	1	Corso Umberto Saba	4

Elenco delle vie	Distretto	Elenco delle vie	Distretto
Via del Sabotino	1	Via San Martino	4
Via Giovanni Sai	4	Via San Maurizio	4
Via Lucio Sala	3	Via San Mauro	1
Via Francesco Salata	3	Via San Michele	2
Via del Sale	2	Via San Nazario	1
Via Enrico Paolo Salem	4	Via San Nicolò	2
Via dei Salici	1	Via San Pantaleone	3
Via dei Saltuari	1	Via San Pasquale	4
Via Ercolano Salvi	3	Via San Pelagio	4
Vicolo della Salvia	3	Via San Pellegrino	1
Via Salvore	3	Via San Pio X	4
Via Edgardo Sambo	4	Via San Primo	4
Via San Benedetto	3	Via San Rocco	2
Via San Biagio	1	Via San Sabba	3
Via San Bortolo	1	Androna San Saverio	2
Via San Carlo	2	Androna San Sebastiano	2
Androna San Cilino	1	Via San Sebastiano	2
Via San Cilino		Via San Sergio	4
n° 1-113 e 14-52	4	Via San Servolo	2
n° 2-6	1	Androna San Silvestro	2
Via San Cipriano	2	Piazzetta San Silvestro	2
Via San Daniele	2	Via San Silvestro	2
Via San Donato	4	Piazza del Sansovino	4
Via San Felice	4	Via San Spiridione	2
Androna San Fortunato	1	Via Santa Caterina Da Siena	2
Vicolo San Fortunato	1	Via Santa Fosca	1
Via San Francesco D'Assisi		Via Santa Giustina	2
n° 1-51 e 2-56	2	Piazzetta Santa Lucia	2
n° 53	1	Via Santa Maria Maddalena	3
Campo San Giacomo	2	Via Santa Maria in Siaris	3
Via San Giacomo In Monte	2	Via Sant'Anastasio	2
Via San Giorgio	2	Passeggio Sant'Andrea	2
Passo San Giovanni	2	Erta di Sant'Anna	3
Piazza San Giovanni	2	Piazza Sant'Antonio Nuovo	2
Via San Giovanni Bosco	2	Via Sant'Apollinare	4
Via San Giusto		Via Santa Rita	2
n° 1-3 e 2-32	2	Androna Santa Tecla	2
n° 7-13	4	Via Santa Teresa	1
Via San Lazzaro	2	Via Sant'Ermacora	1
Via San Lorenzo In Selva	3	Androna Sant'Eufemia	2
Campo San Luigi	4	Via Sebastiano Santi	1
Scala San Luigi	4	Via Santi Martiri	2
Via San Marco	2	Capo di Piazza Mons. A. Santin	2

Elenco delle vie	Distretto	Elenco delle vie	Distretto
Via Sant'Isidoro	1	Via Severi	4
Largo San Tommaso	1	Scala Giuseppe Sforzi	1
Largo Santorio Santorio		Via Luca Signorelli	4
n° 1 e 2	4	Via Giuseppe Sillani	3
n° 3,4 e 5	2	Via Silvula	3
Via San Vito	2	Via Giuseppe Sinico	4
Via San Zaccaria	2	Via Oscar Sinigaglia	3
Via San Zenone	2	Via Scipio Slataper	
Viale Raffaello Sanzio	4	n° 1-15 e 2-30	2
Piazzale Rodolfo Sartori	3	n° 7-9	4
Molo Sartorio	2	Via Valdemaro Slavich	3
Via dei Sartorio	2	Via Antonio Smareglia	3
Riva Nazario Sauro	2	Via Cesare Sofianopolo	4
Via Carlo Sbisà	4	Via Solferino	4
Vicolo degli Scaglioni	4	Via Giulio Solitro	1
Scala Santa	1	Via Antonio Somma	1
Via della Scaletta	2	Via del Sommacco	1
Via della Scalinata	2	Via dei Soncini	3
Via dello Scalo Legnami	3	Largo Sidney Sonnino	4
Via Rinaldo Scarlicchio	3	Via della Sorgente	4
Via Giovanni Schiaparelli	2	Largo Sottomonte	1
Via Felice Schiavoni	4	Via Sottomonte	1
Via Carlo Schiffrer	3	Via Sottoripa	1
Via Carlo Schmidl	3	Via Sporcavilla	2
Pendice Dello Scoglietto	1	Piazza dello Squero Vecchio	2
Via dello Scoglio	1	Via dello Squero Vecchio	2
Via Eugenio Scomparini	4	Via Gaspara Stampa	2
Piazza Di Scorcola	2	Via Pietro Stancovich	2
Via di Scorcola		Via Domenico Stanich	3
n° 1-15/1 e 2-10	2	Via degli Stella	2
n° 19-71 e 12-54	1	Scala Stendhal	2
Via Vincenzo Scussa		Via dello Sterpeto	4
n° 1-7	2	Via Piero Sticotti	2
n° 2-12	1	Piazzale Danilo Stieповich	3
Via Giovanni Segantini	2	Via Lionello Stock	1
Via Segnano	3	Via Antonio Stoppani	
Via Salvatore Segrè	4	n° 1-5	2
Via Federico Seismit Doda	2	n° 2-4	1
Via Riccardo Selvatico	3	Via Strabone	1
Via del Seminario	2	Via Antonio Stradivari	1
Via di Servola	3	Via Carlo e Giani Stuparich	
Via delle Settefontane	4	n° 1-21 e 20-22	4
Via Luigi Settembrini	1	n° 2-18	2

Elenco delle vie	Distretto	Elenco delle vie	Distretto
Via Don Luigi Sturzo	2	Androna del Torchio	2
Via Sulpicio Gallo	3	Piazzetta Tor Cucherna	2
Via Ferruccio Suppan	3	Via Torino	2
Via Italo Svevo		Via del Toro	2
n° 1-13 e 2-22	2	Androna della Torre	2
n° 15-25 e 22/1-46	3	Via di Torre Bianca	2
Via Giandomenico Tacco	2	Via della Torretta	2
Via Giovanni Tagliapietra	2	Via delle Torri	2
Via Emo Tarabochia		Via Evangelista Torricelli	1
n° 1-9	4	Via di Tor San Lorenzo	2
n° 2-10	2	Via Tor San Piero	1
Viale Giuseppe Tartini	2	Via Paolo Toscanelli	2
Via Torquato Tasso	2	Via Arturo Toscanini	1
Via del Teatro	2	Via Enrico Toti	4
Via del Teatro Romano	2	Riva Traiana	2
Via Paolo Tedeschi	2	Piazza Tra I Rivi	1
Via del Terrano	1	Piazza Trauner	2
Via Terstenico	1	Via Trauner	2
Viale della Terza Armata	2	Via alle Tre Croci	3
Via della Tesa		Riva Tre Novembre	2
n° 17-47 e 2-50	4	Salita della Trenovia	
n° 51-63	2	n° 1-9 e 2-20	2
Via Fulvio Testi	2	n° 11-53 e 22-50	1
Via Alfredo Testoni	3	Via Trenta Ottobre	2
Via Tibullo		Via Trento	2
n° 1-7 e 12-22	1	Via Francesco Trevisani	4
n° 4-10	2	Via Antonio Tribel	3
Via Giambattista Tiepolo	2	Via del Trionfo	2
Via dei Tigli	1	Via Giangiorgio Trissino	
Via Tigor	2	n° 2-14	3
Via Ruggero Timeus	2	n° 15-31	2
Via Timignano	4	Via Carlo Ucekar	2
Via Vito Timmel	4	Via Udine	
Via del Timo	4	n° 1-27 e 2-44	2
Via del Tintoretto	4	n° 29-87	1
Via Tivarnella	2	Foro Ulpiano	2
Via dei Toffani	1	Via Umago	3
Via Tolmezzo	1	Piazza dell' Unita' D'Italia	2
Via dei Tominz	4	Via dell' Universita'	2
Piazza Nicolò Tommaseo	2	Via Antoniotto Usodimare	3
Via Ermanno Toneatti	3	Via dell' Uva	1
Via Gaspare Tonello	2	Via Dante Vaglieri	3
Via di Tor Bandena	2	Via Valdirivo	2

Elenco delle vie	Distretto	Elenco delle vie	Distretto
Via Alfonso Valerio		Strada Vicentina	1
n° 1-65 e 2-110	1	Piazza Giambattista Vico	
n° 73-131 e 112-148	4	n° 3-5 e 2-4	4
Via Valerio Festo	3	n° 7-9 e 6-8	2
Piazza della Valle	2	Via Girolamo Vida	3
Via della Valle	2	Via Antonio Vidacovich	4
Via di Vallicula	1	Via Giuseppe Vidali	4
Via Valmartinaga	1	Via dei Vigneti	3
Piazzale di Valmaura	3	Via del Vignola	4
Via Valmaura	3	Vicolo delle Ville	2
Via Pacifico Valussi	4	Via Giorgio Vincenti	2
Largo Silvio Vardabasso	2	Via delle Viole	1
Via Giorgio Vasari	4	Via Virgilio	
Piazza Vecchia	2	n° 1-37 e 20-34	1
Via Tiziano Vecellio	4	n° 2-16	2
Via del Veltro	2	Via Visinada	
Via della Vena	1	n° 1-7	3
Piazza Venezia	2	n° 1/1	2
Via Felice Venezian	2	Via della Vitalba	1
Via Sebastiano Venier	2	Via Alessandro Vittoria	4
Piazza Venticinque Aprile	3	Via Vittorino Da Feltre	4
Via Ventiquattro Maggio	2	Piazza Vittorio Veneto	2
Viale Venti Settembre		Via Angelo Vivante	3
n° 1-39 e 45-53	2	Piazza dei Volontari Giuliani	1
n° 41-43, 89/1-103 e 94-104	4	Via dei Volpi	1
n° 55-89 e 52-92	1	Via Alessandro Volta	1
Via del Vento	2	Salita di Vuardel	4
Via Giorgio Ventura		Via Edoardo Weiss	4
n° 3-37 e 2-38	3	Scala G.G. Winckelmann	4
n° 39-41	2	Via Carlo Wostry	4
Via Venzone	1	Via Spiro Tibaldo Xidias	2
Via Francesco Vercelli	4	Via Filippo Zamboni	2
Piazza Giuseppe Verdi	2	Via Giacomo Zammattio	2
Via Giovanni Verga	1	Via Riccardo Zampieri	4
Via Pier Paolo Vergerio	4	Via Riccardo Zandonai	3
Via dei Vergottini	3	Via Giacomo Zanella	1
Traversal Verniellis	1	Via Guido Zanetti	2
Via di Verniellis	1	Via Giovanni Zangrando	4
Via Paolo Veronese	2	Via Zara	3
Via Verrocchio	4	Via Cesare Zarotti	2
Via Umberto Veruda	4	Via Bruno Zelik	1
Via dei Verzieri	2	Via Albino Zenatti	3
Via Amerigo Vespucci	2	Via Baccio Ziliotto	2

Elenco delle vie	Distretto	Località della provincia di Trieste	Distretto
Via della Zonta	2	Località S.M.M. Superiore	
Via Pietro Zorutti	2	n° 132 e 1053	3
Via Raffaele Zovenzoni	2	n° 609, 524-1250	
Via delle Zudecche	4	e 1201-1241	2
Salita di Zugnano	3	Località Scorcola	
		n° 112, 833, 804,	
		840-1166	1
		n° 635	2
		Località Servola	3
		Località Trebianico	1
		Località Villa Opicina	1
		Comuni della provincia di Trieste	Distretto
		Duino Aurisina	1
		Monrupino	1
		Muggia	3
		San Dorligo della Valle	3
		Sgonico	1
Località della provincia di Trieste	Distretto		
Località Banne	1		
Località Barcola	1		
Località Basovizza	1		
Località Chiadino	4		
Località Chiarbola			
n° 89, 316/2 e 1004-1006	2		
n° 247-419 e 418-950	3		
Località Città			
n° 119-1719, 288-2070,			
4278-4786, 5353,			
5619-677/, 5958, 6129-6139,			
6010, 6608 e 6616	2		
n° 389-751/, 4919,			
4918-4922 e 5831	1		
n° 2995-4379, 2686-3090			
e 4942-4946	4		
Località Cologna	1		
Località Contovello	1		
Località Gretta	1		
Località Gropada	1		
Località Guardiella			
n° 34-330 e 531/	1		
n° 407-2309, 404-2186			
e 2559	4		
Località Longera	4		
Località Padriciano	1		
Località Prosecco	1		
Località Roiano	1		
Località Rozzol			
n° 406-1682, 691-1685,			
1776, 1777 1861-2999,			
1970-3000	4		
n° 413	3		
Località Santa Croce	1		
Località S.M.M. Inferiore	3		

Bibliografia

- 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 2000-2002. Delibera Giunta Regionale 10-12-1999 n° 3854 – *Piano Intervento Medio Termine (PIMT) Regionale per Assistenza Sanitaria e per Aree ad Alta Integrazione Socio-sanitaria* nel triennio 2000-2002.
- 6** A. Loperfido, M. Cannalire, B. Forti, a cura di (2001). *Spezzarsi la vita. Il suicidio nella Regione Friuli Venezia Giulia: ricerca-intervento e prevenzione*. Tipografia Sartor S.r.L. Pordenone.
- 7** World Health Organization (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, Tenth Revision. Vol. 1. Ginevra, WHO.
- 8** J. Angst, F. Angst, H.M. Stossen (1999). *Suicide risk in patients with major depressive disorders*. Journal of clinical psychiatry, 60, suppl. 2: 57 - 62.
- 9** S.G. Simpson, K.R. Jamison (1999). *The risk of suicide in patients with bipolar disorder*. Journal of clinical psychiatry, 60, suppl. 2: 53 - 56.
- 10** W. Rutz, L. von Knorring, J. Walinder (1992). *Long-term effects of an education programme for general practitioners given by the Swedish Committee for Prevention and Treatment of Depression*. Acta psychiatrica scandinavica, 85: 83 - 88.
- 11** M. Schou (1998). *The effect of prophylactic lithium treatment on mortality and suicidal behaviour*. Journal of affective disorders, 50: 253 - 259.
- 12** P. McGorry (1992). *The concept of recovery and secondary prevention in psychotic disorders*. Australian New Zealand Journal Psychiatry 26: 3 - 17.
- 13** S. Gupta et al. (1998). *Factors associated with suicide attempts among patients with schizophrenia*. Psychiatric Services, 10: 1353 – 1355.
- 14** E.T. Isometsa et al. (1996). *Suicide among subjects with personality disorders*. American journal of psychiatry, 153: 667 – 673.
- 15** J.C. González Seijo et al. (1997). *Poblaciones específicas de alto riesgo (Population groups at high risk.)*. In: Garcia J. Bobes et al. eds.

Prevenición de las conductas suicidas y parasuicidas. (Prevention of suicidal and parasuicidal behaviours). Masson, Barcelona, 69 – 77.

16 D. Gunnell, S. Frankel (1999). *Prevention of suicide: aspirations and evidences.* British medical journal, 308: 1227 – 1233.

17 A.T. Beck, M.E. Weishaar (1990). *Suicide Risk Assessment and Prediction.* In Crisis 11/2: 22 – 30.

18 D. Belviso e K. Lekovich, a cura di - *Telefono Speciale. Il primo triennio di un Progetto di prevenzione.* Confini - Coop. Sociale, Arti Grafiche Stella di Trieste, novembre 2002.

19 G. Dell'Acqua, D. Belviso, C. Crusiz, F. Costantinides (2001). *Trieste e il suicidio: un progetto di prevenzione.* In Spezzarsi la vita. Il suicidio nella Regione Friuli Venezia Giulia: ricerca-intervento e prevenzione (a cura di A. Loperfido, M. Cannalire, B. Forti), pagg. 50-70, Tipografia Sartor srl-Pordenone-Giugno 2001.

Una sintesi del lavoro è stata inviata, in lingua inglese, all'OMS Regione Europa, su esplicita richiesta del dott. Wolfgang Rutz, referente del programma SUPRE (Suicide Prevention), iniziativa a livello mondiale di prevenzione dei suicidi e di linee guida per specifici gruppi a rischio.

20 G. Dell'Acqua, D. Belviso, C. Crusiz, A. Oretti (2003). *Trieste e il suicidio: un progetto di prevenzione.* In Quaderni italiani di Psichiatria, vol. XXII, marzo 2003.

L'immagine in copertina è stata tratta dalla campagna promozionale 2003
per "Telefono Speciale" (grafica di Fabrizio Masi)

Finito di stampare a Trieste, aprile 2004
Grafica e videoimpaginazione: Confini Impresa Sociale
Stampa: Stella Arti Grafiche



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



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