

# LA FATICA DI VIVERE

*Gli eventi autolesivi nella provincia di Rovigo dal 1975 al 2000*

## PREMESSA

*Interrogarsi su un disagio così grave da portare le persone ad interrompere volontariamente la loro esperienza di vita, può sembrare marginale rispetto ai tanti problemi che caratterizzano l'attuale stagione della nostra Comunità, tuttavia si tratta di un elemento estremo del quale è necessario acquisire in primo luogo la dimensione del fenomeno per poi scandagliarne le motivazioni per comprenderne a fondo le dinamiche sociali con le quali anche un'Amministrazione come la Provincia deve confrontarsi.*

*Si tratta di un lavoro particolarmente delicato e complesso in cui è stato necessario confrontarsi con una legittima ritrosia dei familiari, e con un'approfondita consultazione degli atti giudiziari.*

*Tra gli eventi della vita il più drammatico è senz'altro il suicidio, negazione di ogni speranza, espressione della solitudine che diventa disperazione, sino a giungere al rifiuto del futuro.*

*E l'angoscia maggiore sta proprio nell'immaginare gli ultimi momenti di una esistenza dominata dall'accavallarsi di mille pensieri, impenetrabile, dove i sentimenti scatenano tempeste interiori implacabili e le parole perdono ogni significato. Ma la porta più difficile da aprire purtroppo è quella dell'animo dell'Uomo, e spesso si sosta sull'uscio, senza mai riuscire a varcare la soglia.*

*È importante però conoscere la portata del fenomeno, per arginarlo e soprattutto per rimuovere le situazioni di disagio e sofferenza che lo sottendono.*

*Ogni anno infatti, secondo stime dell'OMS, circa 500.000 persone scelgono di interrompere volontaria-*

*È necessario riconoscere l'alto livello di professionalità con cui questa indagine è stata svolta e la qualità che la caratterizza.*

*Di particolare interesse è l'analisi del movente che porta a tali drammatiche decisioni ed il contesto in cui esso si sviluppa. Tutto ciò deve fare riflettere ognuno di noi, perché da questo studio, oltre alla comprensione del fenomeno, ne scaturisca anche la ricerca di azioni in grado di rimuoverne, per quanto possibile, le cause.*

*Un vivo apprezzamento ed un sincero ringraziamento all'Assessore dr.ssa Tiziana Virgili ed a quanti nel Settore sociale e nel Servizio statistica della Provincia lo hanno reso possibile.*

**Federico Saccardin**  
**Presidente della Provincia di Rovigo**

*mente la loro vita e il suicidio rappresenta una delle dieci più frequenti cause di morte nei paesi industrializzati. In tale scenario l'Italia sembra riscontrare un'incidenza più bassa rispetto ad altre nazioni.*

*La ricerca condotta in Polesine dalla Provincia di Rovigo con la collaborazione tecnica del Dipartimento di Salute Mentale dell'AUSL 19 di Adria, i cui dati sono illustrati in questo numero monografico di "Polesine Medico", evidenzia come il fenomeno sia ampiamente rappresentato anche nel nostro contesto sociale.*

*Nel periodo di riferimento, 1975-2000, i casi di suicidio sono stati 647, pari ad una media annua di 25, con un trend in aumento e una differente distribuzione sul territorio.*

*Dati eloquenti che fotografano un fenomeno e nel contempo suggeriscono l'esigenza di interventi di supporto alle sempre maggiori richieste di aiuto.*

**Tiziana Virgili**  
**Assessore ai Servizi Sociali**  
**della Provincia di Rovigo**

## PRESENTAZIONI

Sono lieto di presentare questo lavoro, risultato di una fruttuosa collaborazione fra la Provincia di Rovigo e l'Azienda ULSS 19 di Adria.

Il fenomeno suicidario sembra essere in aumento in tutti i paesi sviluppati, e gli stessi dati della ricerca oggi proposta indicano che anche per il territorio polesano tale tendenza risulta confermata. Ma al di là del mero dato statistico, il tema del suicidio resta sempre di grande attualità e credo tutti siano stati, in un qualche modo, dolorosamente toccati da esso. Sia che si tratti di una persona nota o anonima, come di qualcuno che ci è vicino o di una semplice conoscenza, la notizia di un evento autoaggressivo evoca sempre un senso di turbamento e di sconcerto. Ne sono coinvolte spesso persone insospettabili ed il gesto sembra assai spesso del tutto inspiegabile, altre volte interessa invece persone in difficoltà e sembrano facilmente intuibili le ragioni che vi sono sottese; ma l'atto concreto di abbandonare la vita non sembra trovare mai una completa giustificazione e al sentimento di costernazione che la notizia irrimediabilmente evoca, non può non accompagnarsi un senso di disapprovazione. Al giudizio razionale prevale infatti sempre quello di stampo morale.

Viene qui offerta all'attenzione degli specialisti del settore, come di un pubblico più vasto, una ricerca che abbraccia un lungo periodo di tempo e che è il risultato di una lavoro impegnativo per la grande mole di dati che vengono esaminati attraverso una analisi raffinata che, oltre i dati sociodemografici e descrittivi, interessa le cause e i moventi degli eventi autoaggressivi; una indagine che pur mantenendo la caratteristica scientifica con una rigorosa impostazione epidemiologica e statistica, non perde di vista il significato propriamente umano ed antropologico del tema. Anche sotto questo profilo, il testo contiene esaurienti spiegazioni per la comprensione del fatto suicidario e può pertanto contribuire ad una riflessione che non può riguardare solo gli addetti ai lavori ma deve tendere a coinvolgere l'intera comunità perché siano poste in essere politiche di solidarietà atte ad arginare, per quanto possibile, tali eventi.

Particolarmente apprezzabile mi è sembrato il tentativo di indagare il fenomeno sommerso attraverso l'analisi di quei comportamenti a rischio, come la guida pericolosa o l'uso di sostanze, che configurano vere e

Alla realizzazione di un osservatorio permanente sugli eventi autoaggressivi nel territorio di Rovigo si aggiunge un nuovo tassello con un ulteriore aggiornamento all'anno 2000, così da avere un quadro che si sviluppa nell'arco di una generazione (25 anni).

L'analisi di vari eventi suicidari, compiuta attraverso un generoso impegno di raccolta di dati epidemiologici mediante consultazioni di certificazioni di morte, di schede Istat, di cartelle cliniche e di fascicoli di inchieste dei Carabinieri e della Polizia di Stato, giacenti presso gli archivi della Procura della Repubblica e del Tribunale è stata condotta da un punto di vista metodologico sia a livello quantitativo che qualitativo per giungere ad una migliore comprensione attraverso una

proprie condotte di morte (penso ad esempio alle stragi del sabato sera), e ciò in considerazione proprio dell'aumento del suicidio giovanile.

Suicidio e tentato suicidio sono considerati importanti marcatori del disagio sociale. Essi traducono infatti quelle contraddizioni e difficoltà che, seppur sotto soglia, sempre si agitano in seno alla società; tensioni talora violente, ma anche semplici e banali, che tuttavia contribuiscono a spezzare una esistenza. Già l'analisi del fatto e delle sue cause costituisce un primo utile tentativo di complessiva ricerca di senso del problema, ed è questa restituzione di senso che può essere motivo di riflessione per la comunità. Ma non va dimenticato che l'idea che una prevenzione sia possibile, attraverso mezzi sanitari e con una azione di profilassi sociale, e quanto essa sia doverosa, trova oggi generale attenzione, tanto che il Piano Sanitario Nazionale ha posto tra i suoi obiettivi quello della riduzione degli eventi autoaggressivi nelle popolazioni a rischio quale quella di competenza psichiatrica, ciò che può essere attuato attraverso programmi specifici che possano efficacemente contribuire ad arginare il fenomeno. Ma la prevenzione del suicidio costituisce una sfida che tutta una società e non solo le organizzazioni deputate deve saper raccogliere, deve inoltre esserci la consapevolezza dell'importanza di dotarsi di adeguati strumenti di conoscenza e di analisi del disagio, dell'isolamento, dell'emarginazione.

Anche per questa ultima considerazione ritengo doveroso un ringraziamento ai ricercatori che hanno saputo affiancare al loro operare quotidiano un impegno gravoso ma tanto importante come quello della raccolta e dell'analisi di questi dati, che messi a disposizione della programmazione socio-sanitaria, possono contribuire al miglioramento dei servizi offerti ai cittadini, attraverso la predisposizione di interventi strutturati ed animati da un forte sentimento di solidarietà umana ed un altrettanto forte afflato etico, da parte delle nostre aziende socio-sanitarie di concerto con gli altri attori istituzionali e delle società civile.

Plaudo anche alla scelta dell'Ufficio Statistica della Provincia di Rovigo e del nostro Dipartimento di Salute Mentale di istituire un osservatorio permanente sul fenomeno suicidario, una scelta intelligente e lungimirante che ho in pieno condiviso.

**Alberto Monterosso**  
**Direttore Generale ULSS 19 Adria**

ricostruzione psicologica ed una valutazione degli elementi extrasoggettivi, non trascurando valutazioni di ordine socio-economiche relative alle varie epoche.

Il primo dato che risulta dallo studio è la tendenza all'aumento degli eventi suicidari nella Provincia di Rovigo nel periodo 1994-2000 rispetto sia al periodo esaminato in precedenza relativo agli anni 1975-1984 (Istituto di Psichiatria Università di Ferrara), sia al periodo relativo agli anni 1984-1994 (La camicia di Nesso); il secondo dato è che l'evento continua ad esser più frequente fra la popolazione maschile rispetto a quella femminile.

Lo studio si sviluppa in una approfondita analisi della attualità aperta a più fattori, dalla variabile città-campagna, al sesso, all'età, allo stato civile, all'occupazio-

ne, il metodo per raggiungere lo scopo, (i soggetti di sesso maschile adottano metodi più cruenti, mentre i soggetti di tipo femminile sembrano prediligere i metodi così detti dolci e che non alterano l'aspetto esteriore del corpo) al luogo ed alla ciclicità del suicidio per poi prenderne in esame il movente, gli aspetti stressanti, la presenza di disturbi psichici.

Elementi che nella loro comparazione con altri studi effettuati in altre località ed in altre condizioni socio-ambientali ne sottolineano le divergenze e le assonanze, cercando di sviscerare nel più profondo la conoscenza psico-ambientale che porta un individuo alla ricerca della sua autosoppressione.

Nella nostra Provincia sembra non vi siano stati casi di suicidi legati più o meno a sette religiose, quindi il problema della religione non risulta evidenziato. Anche se una forte componente religiosa potrebbe spiegare il fatto contrario e cioè che essendo il suicidio condannato dalla religione cattolica, si avrebbe ragione del perché nel Veneto si registra un minor numero di casi di suicidio rispetto ad altre regioni del Nord-Italia o forse perché vi sono meno donne suicida.

Le conclusioni rilevate dai numerosi dati raccolti portano ad altrettanti dubbi interpretativi che non possono essere risolti se non in un approccio multidisciplinare degli eventi ricordando l'aspetto psicologico individuale con i movimenti della struttura socio-ambientale, non dimenticando i familiari delle persone che hanno messo in atto "l'estremo gesto" i quali sono esposti ad una sequenza di atti distruttivi.

La comprensione in una realtà limitata ci può aiutare a comprendere meglio i molti fenomeni e richiama l'attenzione ad interventi mirati da parte delle Istituzioni preposte alla salvaguardia della salute pubblica ed individuale.

La collaborazione fra l'Amministrazione Provinciale, l'Azienda Asl di Adria e l'Ordine dei Medici di Rovigo può contribuire a realizzare quello che gli autori propongono nelle loro conclusioni e che si è rivelata come la linea guida di tutto il lavoro effettuato: poter individuare adeguati interventi di profilassi sociale che in una valutazione di carattere individuale sappiano cogliere gli aspetti sociali, psicologici, morali oggettivi e soggettivi, religiosi e laici. Un progetto che continua.....

**Francesco Noce**  
**Presidente Ordine Provinciale**  
**dei Medici di Rovigo**



## LA FATICA DI VIVERE

### *Gli eventi autolesivi nella provincia di Rovigo dal 1975 al 2000*

Ernesto Destro (Psichiatra)<sup>(1)</sup>, Cinzia Viale (Statistico)<sup>(2)</sup>, Marcello Mazzo (Psichiatra)<sup>(3)</sup>, Donatella Bolognese (Statistico)<sup>(2)</sup>, Luciano Finotti (Psichiatra)<sup>(1)</sup>

#### INTRODUZIONE

Oggetto del presente lavoro è uno studio epidemiologico condotto su tutti i casi di suicidio e tentato suicidio verificatisi nella Provincia di Rovigo nel periodo 1975-2000. Esso è stato realizzato grazie ad una collaborazione tra il Dipartimento di Salute mentale dell'Azienda U.L.S.S. n. 19 di Adria e la Provincia di Rovigo. I risultati sono stati pubblicati in un volume dal titolo *"La camicia di Nesso"*. Nell'intento di costituire un osservatorio permanente su un fenomeno di rilevanza sociale presentiamo qui un ulteriore aggiornamento ed un confronto con i precedenti risultati.

Vogliamo brevemente ricordare come uno studio epidemiologico sul suicidio debba rispondere ad alcuni fondamentali requisiti: svolgersi in ambito locale sulla base di una buona conoscenza della realtà storico sociale e del contesto economico del territorio analizzato, raccogliere e coordinare il maggior numero di informazioni possibile in relazione a ciascun caso, tendere ad indagare il fenomeno sommerso per arrivare ad una più aderente valutazione della prevalenza reale. Nella progettazione e svolgimento di questa indagine, abbiamo cercato di attenerci a tali principi.

Sostanzialmente per ragioni di spazio verranno qui esposti esclusivamente in dati relativi ai casi di suicidio; rimandando ad altra sede la discussione sui risultati dell'indagine sul tentato suicidio. Per altro verso i dati da noi raccolti sul fenomeno del tentato suicidio sono certamente assai meno significativi. I tentativi autolesivi vengono infatti meglio indagati utilizzando studi epidemiologici prospettici.

Oltre ai risultati della elaborazione descrittiva e statistica certamente incompleta data l'infinità degli incroci ed elaborazioni possibili, verrà, in via preliminare, brevemente illustrata anche la metodologia di lavoro, gli strumenti di indagine da noi adottati ed i sussidi informatici utilizzati.

Tra le diverse fonti di informazione, sulle quali è possibile condurre lo studio epidemiologico delle condotte autolesive, ossia schede di morte, schede ISTAT, cartelle cliniche ospedaliere, verbali di autopsia, verbali di sommarie informazioni trasmesse all'autorità giudiziaria da parte della Polizia di Stato e dai Carabinieri, abbiamo scelto di consultare i fascicoli delle inchieste di Polizia Giudiziaria relative ai casi di suicidio e di tentato suicidio depositati presso gli Archivi della Procura della Repubblica e del Tribunale. Il maggior impegno richiesto da tale metodo di indagine ci è parso, comunque, giustificato. È nostra opinione, infatti, che, per quanto riguarda il fenomeno suicidario, le inchieste di Polizia Giudiziaria rappresentino un sistema di registrazione quantitativo affidabile quanto le schede Istat e siano a queste ultime preferibili per la quantità e qualità di notizie relative al gesto che si possono reperire in ciascun fascicolo. Il rapporto è, infatti, basato su dati circostanziali e testimoniali e riporta con particolare attenzione le indicazioni fornite dai familiari. I dati demografici e le circostanze del gesto sono rilevati quasi sempre in modo preciso; a volte, invece, altri dati sono riportati in modo più approssimativo e generico (come ad esempio l'attività lavorativa). Questo avviene o per l'effettiva indisponibilità di alcuni elementi, non sempre ad esempio è possibile risalire all'ora dell'evento, o perché alcuni dati non sono ritenuti importanti ai fini dell'indagine giudiziaria; o perché ancora, essi vengono riferiti in modo incompleto dai familiari per una comprensibile reticenza, specie se riguardanti pregressi tentativi di suicidio, la presenza di alcolismo o precedenti psichiatrici. È ipotizzabile che l'imprecisione massima sia legata al movente suicidario, risentendo di forti condizionamenti affettivi, emozionali e culturali. Ma, nonostante questi limiti l'indagine di Polizia Giudiziaria tende, per lo più, ad indagare gli elementi

<sup>(1)</sup> Azienda U.L.S.S. 19 Adria

<sup>(2)</sup> Provincia di Rovigo

<sup>(3)</sup> Cattedra di Psichiatria Università di Ferrara

personali ed ambientali che possono aver contribuito a determinare l'evento ed è per questo una preziosa e insostituibile fonte di informazioni.

Per quanto riguarda invece il tentato suicidio, la cartella clinica ed i verbali di Pronto Soccorso vengono riconosciuti come le fonti di indagine più idonee, così come l'intervista diretta. Tuttavia anche per il tentato suicidio, in relazione all'impostazione retrospettiva della nostra ricerca, gli Archivi Giudiziari hanno offerto dati qualitativamente interessanti. Va ricordato, inoltre, il fatto che ogni inchiesta riporta con precisione il luogo dell'eventuale ricovero; ciò potrebbe consentire, in una successiva fase di approfondimento, di indagare direttamente i dati delle cartelle cliniche. Nella conduzione di tali ricerche e nella lettura dei dati va comunque tenuto sempre presente il limite insito negli studi epidemiologici riguardanti il suicidio ed il tentato suicidio, rappresentato dal fatto che l'incidenza verificabile rappresenta solo una parte di quella reale; gli eventi autoaggressivi sono, infatti, fenomeni di difficile quantificazione e ciò soprattutto per quel che riguarda le condotte parasuicidarie. Elementi di tipo culturale, sociale, religioso ed anche economico, legati ad esempio alle problematiche assicurative, concorrono a far sì che si tenti, spesso, di dissimulare la condotta suicidaria facendola passare come accidentale. Inoltre alcune modalità stesse del suicidio, come gli incidenti stradali possono prestarsi ad interpretazioni contrastanti. A tal proposito già Portigliatti rilevava come, non eccezionalmente, possa essere difficile, e comunque soggettivo, ascrivere alcuni casi a suicidio o a disgrazia o al limite ad omicidio e come, anche nell'indagine giudiziaria, i casi dubbi rimangano non raramente tali o per mancata esecuzione di approfondite indagini medico-legali o perché, per ragioni religiose o di costume, facilmente si perviene a etichette di comodo. Nelle statistiche ufficiali, pertanto, le condotte suicidarie sono sempre sottostimate. Per il tentato suicidio il "numero oscuro" è certamente ancora maggiore; moltissimi sono, ad esempio, i casi di persone che, dopo l'evento, non ricorrono alle strutture sanitarie per le cure. Ma anche una volta che l'atto sia accertato come autoaggressivo, la tendenza al fenomeno sommerso esiste ancora in relazione alla compilazione lacunosa delle schede di morte o delle cartelle cliniche ed infine anche in relazione alle difficoltà della rubricazione giudiziaria.

Nel tentativo di scandagliare il più possibile la parte sommersa di questi eventi e di allargare il numero dei casi noti, dai registri sono stati estratti e sottoposti ad una puntuale analisi catamnestica anche i casi definiti "dubbi" ed i casi di tentativo di suicidio non dichiarato dall'autore del gesto. Più precisamente, la fonte utilizzata ci ha consentito di valutare anche quei casi di morte violenta per i quali non è possibile stabilire a priori se derivino da suicidio o da altra causa, e quei casi di persone che, una volta salvate, hanno attribuito l'evento ad una distrazione o ad incidente

fortuito. Per quest'ultima categoria, spesso e per comprensibili motivi, le dichiarazioni del soggetto non vengono sottoposte ad eccessivo vaglio critico da parte dei medici all'atto della compilazione della cartella clinica, mentre è più probabile che sia l'indagine di Polizia Giudiziaria a stabilirne il nesso con una condotta autolesiva. Ogni singolo fascicolo è stato così analizzato con un'opera paziente e con estrema attenzione e puntualità, estraendo tutti gli elementi utili ad una ricostruzione storica del fatto. Definita la fonte, il passo successivo è stato l'adozione di idonee schede precodificate per la raccolta e la siglatura dei dati, finalizzate all'analisi computerizzata delle variabili e funzionali ad uno studio retrospettivo. Per questa specifica funzione abbiamo utilizzato, con alcune modifiche non sostanziali, le schede di raccolta approntate presso la Cattedra di Psichiatria dell'Università di Ferrara, già collaudate in precedenti ricerche. Ricordiamo che nella costruzione delle schede ci si è avvalsi dell'esempio di preesistenti griglie di raccolta, già usate per l'analisi di questi fenomeni: schede di morte, DSM, ICD, scheda dell'OMS per la ricerca multicentrica europea sul tentato suicidio, Scala di Pierce per la valutazione dell'intenzionalità suicidaria, segni preliminari di Litman. Alla elaborazione definitiva delle griglie si è giunti via via, sul campo, dopo una preliminare raccolta non strutturata dei dati, con l'inclusione o l'esclusione mirata di alcuni parametri e attraverso la codificazione ragionata delle possibilità connesse a ciascuna variabile. La scheda, con la relativa legenda, sarà, a richiesta, messa a disposizione agli interessati. Nella prima parte le due schede sono sovrapponibili e vi si raccolgono: caratteristiche demografiche e relative al tessuto relazionale, oltre alle notizie di anamnesi familiare e personale. La seconda parte, diversa nelle due schede, è relativa alle circostanze dell'evento autolesivo e vi si raccolgono variabili temporali, spaziali e comportamentali riferibili alla dinamica dell'evento e notizie relative al teatro del gesto. Con l'intento di approfondire il rapporto fra malattia mentale e suicidio, nelle schede particolare rilievo è stato dato alla ricerca di precedenti psichiatrici che sono stati valutati in relazione ai ricoveri, alle diagnosi e agli eventuali mezzi terapeutici adottati. Particolare interesse è stato rivolto allo studio del contesto relazionale e all'eventuale presenza di fattori stressanti per le cui variabili si è fatto riferimento al DSM-IV. Nel nostro studio pertanto, più che alla quantificazione degli eventi autolesivi, abbiamo cercato di dare rilievo alla codifica qualitativa dei singoli casi e ciò in accordo con l'affermazione espressa da Blalock che i metodi statistici non sono qualcosa di opposto all'analisi qualitativa basata sullo studio dei casi, ma metodi complementari che ben si integrano l'un l'altro. Riteniamo infatti che la valutazione dell'ampia mole di dati, raccogliibile attraverso la puntuale compilazione della scheda, possa rivelarsi utile al fine di ricostruire gli eventi antecedenti al gesto e consentire una migliore

comprensione degli elementi personali ed extrasoggettivi che lo hanno determinato. Per questo modello Litman ha proposto il termine di autopsia psicologica, intendendo con ciò una ricostruzione psicologica dell'atto e della crisi suicidaria, allargando, pertanto, l'orizzonte dell'indagine epidemiologica al significato degli eventi autolesivi. Come ulteriori elementi metodologici vogliamo ricordare che nel tentativo di ricercare nell'analisi diacronica del fenomeno variazioni significative, anche in relazione alle trasformazioni socio-economiche, abbiamo scelto di disaggregare i risultati della nostra ricerca in due distinti periodi: quello 1975-1994 e quello relativo all'ultimo periodo di ricerca 1995-2000. Tra questi due periodi, per giungere all'identificazione dell'emergere o del consolidarsi nel tempo di fattori suicidogeni, verranno proposti numerosi raffronti.

Ricordiamo inoltre che le schede relative a tutti i casi di suicidio e di tentato suicidio rilevati sono state preliminarmente sottoposte alle operazioni necessarie ai fini del miglioramento delle informazioni disponibili per le successive elaborazioni e previste per la validazione finale dei dati. Tali operazioni sono consistite in una accurata revisione delle codifiche, seguita dall'eliminazione degli eventuali errori di rilevazione. Dove correttamente applicabile, si è provveduto all'imputazione automatica dei dati mancanti, mentre, in alcuni casi, si è ritenuto di mantenerli tali al fine di evidenziare anche i limiti della ricerca. Infine si sono effettuate opportune ricodifiche di variabili per consentire talune elaborazioni specifiche.

La progettazione delle Tavole e dei relativi grafici ha seguito la successione degli items delle schede, prendendo in considerazione alcune variabili fondamentali, quali il sesso e l'età, nella quasi totalità delle elaborazioni. Nella costruzione dei tassi per centomila abitanti la popolazione di riferimento è quella media tra i Censimenti del 1981 e del 1991 per le tavole relative ai vent'anni mentre, per l'ultimo periodo di sei anni, è la popolazione media, risultante dal movimento anagrafico dei Comuni negli anni dal 1995 al 2000, pubblicata annualmente dall'ISTAT. Nella tab. 4, relativa allo stato occupazionale, è stata utilizzata la popolazione media tra i Censimenti del 1991 e del 2001. Nelle tavole e grafici, salvo diversa specificazione, le definizioni adottate sono quelle ISTAT. A tal proposito ricordiamo che le pubblicazioni statistiche ufficiali, a livello nazionale, contengono una vasta gamma di informazioni sui casi di suicidio e tentato suicidio tali da consentire una serie di elaborazioni riguardanti gli aspetti socio-demografici, le modalità del gesto, la stagionalità e così via. Esse sono contenute, con i maggiori dettagli, negli annuari ISTAT di Statistiche Giudiziarie e delle Cause di Morte. Nel dettaglio territoriale più piccolo, quale il provinciale, gli Annuari di Statistiche giudiziarie pubblicano il solo dato quantitativo. Rammentiamo, inoltre, che questi dati consentono di effettuare confronti

significativi unicamente se la fonte di provenienza è la stessa.

I supporti informatici che sono stati utilizzati sono il software Microsoft Access per la costruzione del database, il pacchetto statistico SPSS per Windows per l'elaborazione dei dati e Microsoft Excel per i grafici. Nella successiva esposizione dei dati sul suicidio, allo scopo di facilitarne la lettura, per ogni singola variabile abbiamo fornito alcuni commenti, attenti dalla più accreditata letteratura; questo, per gli esperti, potrà risultare inutile e ridondante e di ciò ci scusiamo.

## INCIDENZA

I casi di suicidio, occorsi nel periodo 1975-2000 nella provincia di Rovigo e relativi ai soli residenti, di cui abbiamo trovato documentazione negli Archivi presso le Cancellerie degli Uffici Istruzione, sono 647 (tab.1). La media annua è stata di 24.9. La valutazione separata dei due periodi considerati (1975-1994 e 1995-2000) consente di rilevare una tendenza all'aumento, con medie annue rispettivamente di 24.2 e 27.3.

Altri 40 casi, 27 maschi e 13 femmine, relativi a soggetti residenti al di fuori della provincia, avendo noi utilizzato come campione di riferimento la popolazione generale ivi residente, sono stati esclusi dallo studio. Di questi, una parte sono relativi a persone che hanno commesso suicidio nel proprio luogo di residenza ma, per il mezzo utilizzato, l'annegamento, sono state ritrovate nel territorio di Rovigo, zona mesopotamica compresa fra il Po e l'Adige. Altri casi sono relativi a persone, nate nella provincia ma residenti altrove, che hanno realizzato l'atto autosoppressivo all'interno di questo territorio casualmente, perché temporaneamente ospiti presso parenti o conoscenti, ovvero intenzionalmente, perché hanno scelto tale cornice come teatro del loro gesto estremo.

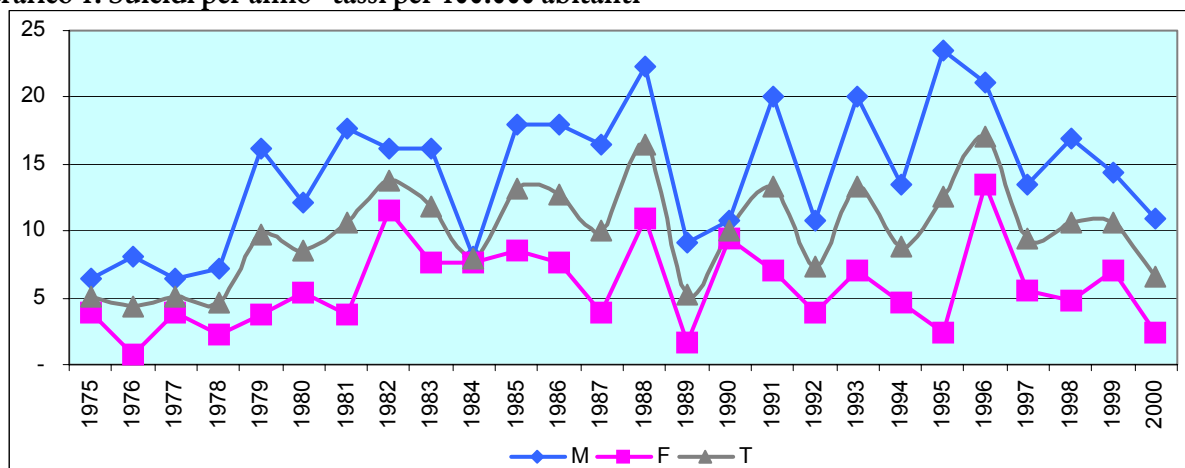
Tale dato consente di inferire che alcuni altri episodi di suicidio relativi a residenti possano essere occorsi presso altre località al di fuori del mandamento giudiziario e di cui, pertanto, non esisterebbe traccia nella fonte da noi utilizzata.

La tendenza all'aumento dell'incidenza del fenomeno tra il primo ed il secondo periodo viene confermata dalla comparazione dei dati presentati sempre nella tab. 1, che riporta i tassi di suicidio per 100.000 abitanti. Si passa, infatti da 9.6 di tasso medio nel ventennio 1975-94 a 11.2 in quello 1995-2000, con un tasso medio complessivo di 10.0. La tabella 1 riporta anche l'andamento annuo del fenomeno. Come si può osservare, il picco percentuale massimo è relativo all'anno 1996, in cui è stata raggiunta l'incidenza del 17.1 per centomila abitanti, seguita dall'anno 1988 con 16.4.

Tabella 1. Suicidi per anno - valori assoluti e tassi per 100.000 abitanti -

Anno	INTERO PERIODO 1975-2000							
	Valori assoluti				Tassi per 100.000 abitanti			
	M	F	T	M % F	M	F	T	
1975	8	5	13	160	6,5	3,9	5,1	
1976	10	1	11	1.000	8,1	0,8	4,3	
1977	8	5	13	160	6,4	3,9	5,1	
1978	9	3	12	300	7,2	2,3	4,7	
1979	20	5	25	400	16,1	3,8	9,8	
1980	15	7	22	214	12,1	5,4	8,6	
1981	22	5	27	440	17,7	3,8	10,6	
1982	20	15	35	133	16,2	11,5	13,8	
1983	20	10	30	200	16,2	7,7	11,8	
1984	10	10	20	100	8,1	7,7	7,9	
1985	22	11	33	200	18,0	8,5	13,1	
1986	22	10	32	220	18,0	7,7	12,7	
1987	20	5	25	400	16,4	3,9	10,0	
1988	27	14	41	193	22,3	10,9	16,4	
1989	11	2	13	550	9,1	1,6	5,2	
1990	13	12	25	108	10,8	9,4	10,1	
1991	24	9	33	267	20,0	7,0	13,3	
1992	13	5	18	260	10,8	3,9	7,3	
1993	24	9	33	267	20,0	7,1	13,3	
1994	16	6	22	267	13,4	4,7	8,9	
1995	28	3	31	933	23,5	2,4	12,6	
1996	25	17	42	147	21,1	13,4	17,1	
1997	16	7	23	229	13,5	5,5	9,4	
1998	20	6	26	333	16,9	4,8	10,6	
1999	17	9	26	189	14,4	7,1	10,7	
2000	13	3	16	433	11,0	2,4	6,6	
<b>Ventisei anni 1975-2000</b>								
Totale	453	194	647	234				
Media annua	17,4	7,5	24,9					
Tasso medio annuo					14,4	5,8	10,0	
Devianza standard	5,9	4,0	8,6		5,0	3,1	3,5	
<b>Venti anni 1975-1994</b>								
Totale	334	149	483	224				
Media annua	16,7	7,5	24,2					
Tasso medio annuo					13,7	5,8	9,6	
Devianza standard	5,9	3,8	8,7		4,9	2,9	3,5	
<b>Sei anni 1995-2000</b>								
Totale	119	45	164	264				
Media annua	19,8	7,5	27,3					
Tasso medio annuo					16,8	5,9	11,2	
Devianza standard	5,2	4,8	8,0		4,4	3,7	3,2	

Grafico 1. Suicidi per anno - tassi per 100.000 abitanti -



•

Il suicidio è un fenomeno di vasta rilevanza sociale che, nel mondo occidentale, è tra le prime dieci cause di morte. L'Organizzazione Mondiale per la Sanità (OMS), lo ha definito un "Problema di salute pubblica" ed ha stimato in almeno 500.000 all'anno le morti per autosoppressione nel mondo. Il nostro Paese viene considerato a basso tasso di suicidio, con percentuali significativamente distanti da quelle di Giappone, Ungheria, Repubblica Ceca, Danimarca, Finlandia, Svezia, Austria, Svizzera che sono invece a medio ed alto tasso.

A proposito degli indici riportati dalle statistiche ufficiali, va ricordato che non poche perplessità vengono espresse relativamente alla loro attendibilità. Valgono per questo le osservazioni fatte nell'introduzione, ma, ciononostante, la maggior parte degli autori, pur riaffermandone gli aspetti critici, soprattutto per la accertata e costante sottostima del fenomeno, lo considera comunque utile per la valutazione nel tempo degli andamenti.

In Italia i primi dati delle pubblicazioni statistiche ufficiali sul suicidio compaiono dal 1864, mentre per il tentato suicidio le prime informazioni risalgono solo al 1955. Lo studio italiano più importante e ricco di informazioni resta quello di Stefano Somogyi, che costituisce un punto di riferimento obbligato. L'autore ha analizzato il fenomeno dal 1864 al 1962 in base a tutte le documentazioni ufficiali disponibili; principalmente dalle statistiche delle cause di morte e da quelle giudiziarie ed anche dalle dimissioni ospedaliere. Rosa Anna Somogyi ha recentemente aggiornato la pubblicazione con le statistiche ufficiali, disponibili fino al 1990.

Nel tempo i tassi rilevati nella popolazione italiana (per centomila abitanti) tendono a subire sensibili variazioni. Secondo i dati riferiti da Somogyi si passa dal 2.89 del quinquennio 1864-1870, attraverso un progressivo tendenziale aumento al tasso massimo di 9.73 raggiunto nel quinquennio 1926-1930. È in questo periodo che, nel tentativo di arginare il fenomeno, il governo fascista emanò disposizioni speciali che vietavano la pubblicazione di tali notizie nella cronaca dei giornali. Da qui si assiste ad un decremento sino al 1966-1970, con una punta minima di 5.46. Successivamente si verifica, invece, un progressivo aumento (Graf. A Appendice).

La variazione dei tassi merita di essere attentamente valutata. Interessante è stata la flessione che si è osservata corrispondente alle due guerre mondiali. L'osservazione che il rischio suicidario sia notevolmente ridotto nei periodi bellici è stata già posta dalle prime ricerche scientifiche sul suicidio del tardo '800 e del primo '900 (Morselli, Durkheim, Massarotti). A tal proposito, rispetto al livello raggiunto in Italia nei primi anni trenta e delle suaccennate iniziative governative, così si esprime Somogyi "*Non le drastiche disposizioni normative, ma le complicazioni degli interventi militari con la guerra d'Africa e con la guerra civile di Spagna*

*assolsero il compito di influire sul livello dei suicidi*". A rendere ragione di tale riduzione vengono addotte spiegazioni diverse. Una, di carattere sociale, porta l'attenzione sul fatto che la mobilitazione bellica, coinvolgendo l'intera popolazione, tende a rafforzare la coesione e l'identità del gruppo e ad allentare le tensioni di carattere individuale; un'altra, di orientamento psicodinamico, sostiene che la polarizzazione dell'aggressività verso un nemico esterno riduce conseguentemente la carica di autoaggressività.

Le variazioni che si verificano, invece, nel secondo dopoguerra sembrano trovare una convincente spiegazione nell'andamento economico del periodo. Già Durkheim nello stabilire le connessioni tra situazione economica e suicidio, concludeva che ogni periodo di instabilità, sia di recessione che di crescita (anomalia), determinava incremento del tasso suicidario. Altri, ancora recentemente, hanno confermato tale tesi alla quale, nel tempo, se ne è contrapposta un'altra che sostiene che il suicidio è inversamente correlato con lo sviluppo economico. L'andamento del fenomeno nell'Italia del dopoguerra sembrerebbe avvalorare questa seconda ipotesi. Mentre la diminuzione nel primo periodo corrisponde, infatti, ad un rapido sviluppo strutturale dell'economia del paese, alla sua industrializzazione ed inurbazione, il periodo attuale, con una tendenza alla crescita del tasso suicidario, corrisponde ad un periodo di recessione, ad alti tassi di disoccupazione, ad instabilità economica e a crisi dello stato sociale. Alcuni di questi aspetti saranno più dettagliatamente svolti nel capitolo relativo all'occupazione.

L'andamento del suicidio nelle grandi circoscrizioni territoriali italiane, nel periodo oggetto della nostra ricerca, merita alcune osservazioni. In Italia le regioni del nord, con eccezione del Veneto, hanno quozienti di suicidi superiori al valore nazionale, mentre quelle più a sud, con l'eccezione della Sardegna, hanno tassi inferiori. Questo fatto viene interpretato con motivi legati all'integrazione sociale, osservando che, nel meridione d'Italia, i legami familiari e la comunità di vicinato è molto più forte di quella riscontrabile al nord. Nella spiegazione di questa differenza, che ha corrispondenza secolare, Ferri e Morselli avevano creduto di poter osservare un rapporto di correlazione inversa tra la frequenza del suicidio e quella dell'omicidio. Essi affermano infatti che i due fenomeni sarebbero "*effetti di una stessa causa che si esprime ora in una forma ora in un'altra senza peraltro essere in grado di assumerle entrambe contemporaneamente*" e il suicidio sarebbe in un qualche modo un "omicidio modificato e attenuato". Tale ipotesi veniva anche confermata anche da Durkheim. Secondo questi autori gli uomini cui sono inibiti gli impulsi omicidi potrebbero, pertanto, più facilmente rivolgere la loro volontà di morte verso se stessi.

Questa tesi si accorda con l'interpretazione psicodinamica del suicidio. Stekel, infatti, riprendendo la tesi avanzata da Freud in "*Lutto e melanconia*" sostiene che nessuno si uccide

senza aver prima desiderato la morte di qualcun'altro, e Menninger afferma che l'atto del suicidio contiene contemporaneamente il desiderio di uccidere e di morire. Si ristabiliscono così legami profondi fra l'auto e l'eteroaggressività, che rappresentano le due polarità dell'unica "pulsione di morte".

La correlazione è comunque smentita dai dati stessi, così ad esempio in Toscana, contrariamente alla Calabria, ad alti tassi di suicidio corrispondono bassi indici di omicidio, ma in Lazio e in Veneto si osservano, invece, valori altrettanto bassi per i due fenomeni. Va, infine, considerato che le condizioni della vita sociale che favoriscono le tensioni fra l'io e il mondo esterno, creando le premesse psicologiche per il verificarsi dell'omicidio e del suicidio, non sono costanti nella realtà storica, per cui anche se il suicidio costituisce un equivalente psicologico o una forma sostitutiva dell'omicidio, non è detto che si debba per questo constatare un aumento di suicidi tutte le volte che diminuiscono gli omicidi e viceversa. Inoltre, l'uso dell'interpretazione psicodinamica contrasta con le diverse motivazioni che sono sottese ai due fenomeni. Mentre infatti il suicidio rimane sempre un fatto strettamente individuale, l'omicidio è, come nota Chinnici, specialmente nella realtà meridionale, molto spesso sotteso da una intenzionalità collettiva legata alle grandi organizzazioni criminali.

## LA VARIABILE CITTÀ - CAMPAGNA

La distribuzione del fenomeno suicidario nel territorio polesano viene analizzata nelle successive tabelle. La ripartizione dei comuni segue la suddivisione adottata, in occasione della applicazione della L. 833 nel 1978, nella definizione degli ambiti territoriali delle Unità Sanitarie Locali n. 29, 30 e 31 (poi Aziende U.L.S.S. n. 18 e n. 19) corrispondenti ad Alto, Medio e Basso Polesine.

Il numero maggiore di eventi suicidari appartiene al Medio Polesine, peraltro assai vicino a quello dell'Alto, mentre la quantità di casi verificatisi nel territorio del Basso è significativamente minore. Se si valutano i tassi (Graf. 1B), si osserva che quello più elevato è dei comuni del Medio Polesine con 11.0, seguito dall'Alto 10.0 e dal Basso con 8.4 per centomila abitanti. La scomposizione di tale dato in due distinti periodi consente di osservare come la più elevata tendenza all'aumento, tra il primo ed il secondo periodo, si sia verificata nel Medio e nel Basso Polesine, mentre si sia verificata una diminuzione nell'Alto.

Considerando, invece, la distribuzione del suicidio per classi di ampiezza demografica dei comuni di residenza, che sono stati divisi in tre gruppi (sopra i 10.000 abitanti, fra i 5.000 e i 10.000 e sotto i 5.000 - graf. 1C), si osserva che i tassi più elevati vengono registrati nei comuni più grandi e nei più piccoli (10.2 e 10.1) seguiti da quelli intermedi con 9.5. Se si osservano i trend valutabili con la

scomposizione di questi dati in due periodi, il maggior aumento spetta ai comuni intermedi seguiti da quelli maggiori, mentre nei comuni più piccoli c'è diminuzione.

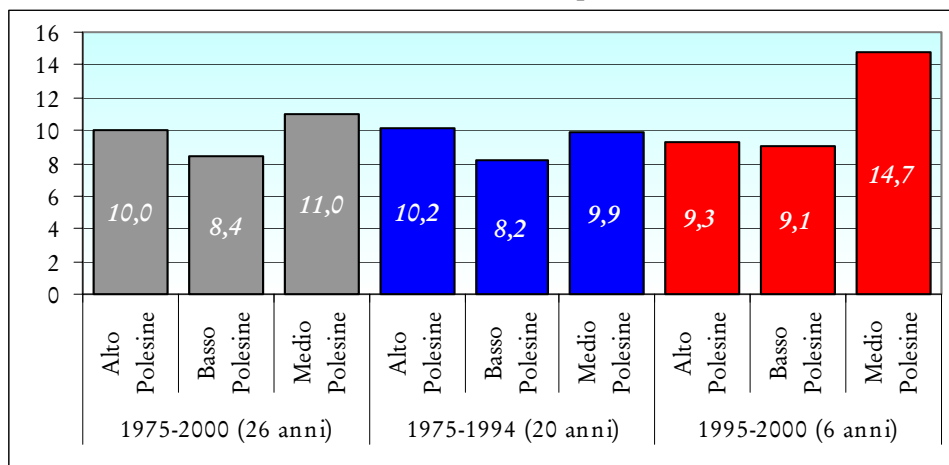
- È convinzione comune che nelle città, specialmente in quelle più grandi, il fenomeno suicidario sia più diffuso. Ma tale convinzione, più che ai risultati delle indagini statistiche, appare legata al fatto che i fenomeni di patologia sociale sono nelle città maggiormente amplificati dai media e più saldamente si fissano nella memoria e nell'immaginario collettivo. Mentre alla città, infatti, alcuni conferiscono un forte potere suicidogeno, altri lo negano sino a attribuirle invece un valore protettivo.

Durkheim, per il secolo scorso, presentava nelle città più grandi come Parigi, Vienna, Budapest, il triplo dei suicidi rispetto alla media della nazione. Per Holderegger la maggior frequenza di atti autoaggressivi nelle città rispetto alle campagne sarebbe dovuto al maggior grado di isolamento sociale, alla riduzione dell'intensità comunicativa, al dissolvimento della trama delle relazioni, nonché all'anonimato del lavoro e dell'abitazione. Per Stengel gli indici di mortalità sarebbero addirittura proporzionati alla dimensione della città e ciò sarebbe da ascrivere al maggior rischio di isolamento, all'impersonalità delle relazioni, alla mobilità sociale ed alla minor organizzazione dei servizi. Altri autori affermano che nelle città l'alta mortalità del suicidio non dipende affatto dalla loro dimensione, così, ad esempio, viene fatto osservare che Londra, benché più popolosa di Berlino e Stoccolma, ha un tasso di suicidi molto inferiore.

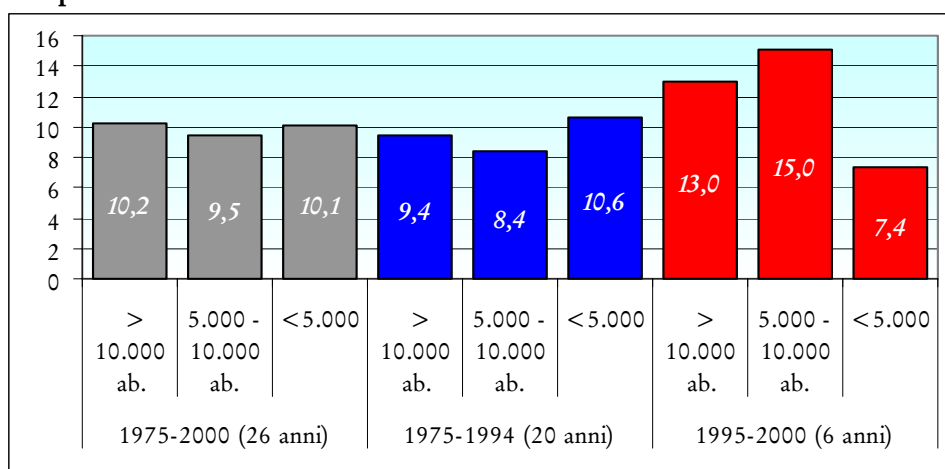
Contrariamente a tale tesi, negli USA è la ruralità che si configura come fattore a forte potere suicidogeno, e anche in Italia storicamente ha sempre prevalso il suicidio rurale. Attualmente, però, nel nostro paese, è il suicidio urbano che tende ad aumentare ed i quozienti relativi comuni capoluogo/comuni non capoluogo sono passati dal 3.14 versus 5.40 del 1979 al 6.03 versus 6.91 del 1986. Ciò consente di inferire l'affermarsi di nuovi fattori suicidogeni nelle città, per la cui individuazione occorrono approfondimenti che definiscano le aree di malessere emergenti nelle singole città. Torre, nel suo lavoro su Torino e provincia, ha trovato che la frequenza del suicidio è più elevata nelle aree extraurbane e ritiene che le città possiedano un'azione più protettiva che alienante. Per lui, nel piccolo paese isolato le problematiche esistenziali risulterebbero più pesanti e difficili da affrontare, anche in considerazione delle minori opportunità di utilizzare difese contro l'angoscia, quali ad esempio l'uniformità gregaria. Torre conclude che, quale ne sia l'interpretazione, il dato è comunque di tutto rilievo e dovrebbe essere tenuto in considerazione dal punto di vista della prevenzione del suicidio.

A tal proposito occorre rilevare che da tempo è in atto un processo di forte urbanizzazione dei territori rurali e che esiste una intensa mobilità, tra aree urbane e non urbane,

**Grafico 1B. Suicidio e zona di residenza - tassi per 100.000 abitanti -**



**Grafico 1C. Suicidio e ampiezza demografica del comune di residenza - tassi per 100.000 abitanti -**



che tende ad omogeneizzare gli stili di vita ed i comportamenti, per cui il valore della contrapposizione città/campagna sembra certamente assumere oggi molta minore importanza che nel passato. D'altra parte, il suicidio è un fenomeno troppo complesso e troppo denso di significati diversi per essere ricondotto ad una interpretazione unicausale che assuma come sola variabile la dimensione demografica; bisognerebbe in questo senso riferirsi ad un più ampio concetto di territorio, in grado di definirne la cultura, i valori, gli atteggiamenti ed i comportamenti.

Sainsbury ha invece analizzato le variazioni degli indici di suicidio nei diversi quartieri londinesi, stabilendo correlazioni statisticamente significative tra il carattere sociale di un quartiere e la frequenza del fenomeno. Il suicidio sembrerebbe aumentare con l'aumento del grado di mobilità sociale rilevato in base alla frequenza dei traslochi ed al numero degli immigrati e con il grado di isolamento e disorganizzazione sociale evidenziato dal numero di coloro che vivono soli e dalla frequenza dei divorzi e dei nati fuori dal matrimonio. Inoltre, egli osserva

che nei quartieri operai il numero dei suicidi è inferiore a quello dei quartieri residenziali.

#### SESSO

Dei 647 casi di suicidio da noi rilevati 453 sono maschi e 194 sono femmine (rapporto di mascolinità, ovvero sia rapporto maschi femmine uguale a 234). Relativamente ai due periodi i dati sono rispettivamente di 334 versus 149 (rapporto mf 224) nel primo e di 119 versus 45 (rapporto mf 264) nel secondo. Tali elementi sono specificati sempre nella tab. 1 che riporta anche le medie annue. Nella stessa tabella vengono anche riportati i tassi per 100.000 abitanti. Si osserva che questi sono rispettivamente di 14.4 versus 5.8 nella totalità del periodo considerato e rispettivamente di 13.7 versus 5.8 nel primo ventennio e di 16.8 versus 5.9 nell'ultimo periodo. Pertanto, nella provincia di Rovigo e nel periodo considerato, l'aumento della frequenza del suicidio appare sensibilmente maggiore per i maschi che non per le femmine.

•

La prevalenza del suicidio nella popolazione maschile appare una costante del fenomeno. A spiegazione di questa differenza, sempre nell'assunto che il fenomeno suicidario appartenga ai comportamenti violenti, sono state avanzate motivazioni diverse.

Così, dal punto di vista biologico l'aggressività sarebbe, ad esempio, legata alla secrezione di specifici ormoni maschili. Mentre dal punto di vista culturale è stato osservato come già il modello pedagogico, oltre che quello sociale, prevedano, quali indici di virilità, comportamenti più aggressivi da parte del maschio. Schneider ritiene che la maggior tendenza al suicidio nei maschi sia da riferire ad un fenomeno di natura biologica, per cui essi avrebbero minore resistenza vitale e sarebbero pertanto "più inclini alla morte".

Prescindendo dalle interpretazioni, il dato in sé rivelerebbe una maggior tendenza dell'uomo a comportamenti irrazionali e distruttivi quando si trova nei momenti di difficoltà ed una risposta di maggior passività della donna di fronte agli stessi avvenimenti.

Queste spiegazioni sembrerebbero, però, essere contraddette dall'osservazione fatta in molti paesi di una progressiva riduzione del divario tra suicidi maschili e femminili. Già Durkheim affermava che la ragione del minor numero di suicidi nella donna era dovuta al fatto che questa molto meno dell'uomo era impegnata nella vita pubblica. Schierandosi all'interno della polemica discriminatoria sulla questione del rapporto sesso-carattere, egli sosteneva che la donna era costitutivamente diversa dall'uomo e che i caratteri biologici e psichici peculiari della personalità femminile differivano da quelli della personalità maschile. Il ruolo della donna non era, pertanto, per Durkheim, funzionale ad un certo tipo di società, ma dovuto alla sua natura stessa: molto affettiva, dotata di una sensibilità rudimentale, di un sentimento sociale superficiale, al contrario dell'uomo ritenuto più complesso e profondo, dotato di una coscienza sociale più alta e di una ricchezza e impegno maggiore. Di questo atteggiamento, fondato su pregiudizi maschilisti, la cultura successiva ha fatto giustizia. Fromm per primo ha sottolineato come le differenze siano effetto e conseguenza di secoli di storia, dei condizionamenti ambientali, della divisione dei compiti e stabilito che il carattere delle persone è intrinsecamente connesso alla cultura che nella sfera sociale si trovano ad acquisire, formare, cristallizzare ed ereditare.

Il processo di emancipazione femminile, l'imporsi a ruoli sempre più elevati di responsabilità, con identiche possibilità di influenza e di decisione, la raggiunta parità sociale dovrebbero, pertanto, tendere verso il livellamento del rischio suicidario. Si ritiene, in altre parole, che quando il carico psicologico, dovuto all'acquisizione di ruoli sociali più centrali, sarà per la donna uguale a quello dell'uomo anche la frequenza del suicidio diverrà eguale. I dati più

significativi di un avvicinamento dei due indici sembrano essere quelli del Giappone, paese ad alto tasso suicidario, in cui i processi sociali di mutamento dei tradizionali ruoli femminili hanno avuto, dopo la seconda guerra mondiale, una trasformazione repentina e tumultuosa.

In Italia, invece, nonostante un forte movimento di emancipazione femminile, gli indici del fenomeno non confermano tale ipotesi ed anzi il divario tra suicidio maschile e femminile tende nell'ultimo ventennio ad aumentare, soprattutto a causa del continuo aggravamento del fenomeno tra gli uomini. In proposito, Rosa Anna Somogyi rileva come indice massimo del rapporto di mascolinità il 1987 con 260 suicidi di maschi ogni 100 femmine. I risultati della nostra ricerca appaiono in linea con questa tendenza. La particolarità di tale fatto, a differenza di altri paesi industrializzati, può essere spiegata con la presenza nel nostro paese di una sensibile recessione economica, i cui effetti colpirebbero assai di più il maschio perché ancora molto più impegnato della donna nel mondo del lavoro. Riteniamo che, non ultima, sia da valutare una più profonda forza di resistenza al cambiamento accumulato in sedimentazioni secolari, che nei paesi latini si esprime in maniera certamente più forte che altrove, soprattutto quando si tende a vedere nell'acquisizione da parte della donna di ruoli sociali più impegnati una perdita della femminilità.

## ETÀ

Nella tab. 2, sono riportati i valori assoluti dei casi di suicidio, suddivisi per classi di età e per sesso. Come si osserva, la classe maggiormente rappresentata è quella relativa ai 60-69 anni con 124 casi. Seguono, con 115 casi ciascuna, le classi 70-79 e 50-59; a seguire quella 40-49 con 77, quella 80 anni e oltre con 76 e quella 30-39 con 72 casi. I casi di suicidio nelle classi di età sino ai 29 anni sono invece 62 (57 + 5).

Il rapporto maschi femmine (rapporto di mascolinità) più elevato (400 e oltre) si riscontra nelle prime tre classi di età. Esso è ancora alto nella classe 80 e oltre e si abbassa nella classi 50-59 e 60-69 raggiungendo il minimo di 141 nella classe 40-49. Disaggregando i dati dei due periodi si osserva il cospicuo aumento, nel secondo periodo, del tasso di mascolinità nelle classi di età 30-39, 60-69 e 40-49. L'aumento più consistente per il sesso femminile è invece relativo alla classe 80 e più.

Altrettanto interessante il dato relativo ai tassi di età per 100.000 abitanti, evidenziato ancora in tab. 2. L'utilizzo dei tassi rivela una progressione continua nelle diverse classi di età. Si passa, infatti, dallo 0.4 della classe sino ai 20 anni e dal 6.0 della classe 20-29 al 31.8 di quella estrema. Un rilievo di grande importanza che impone riflessione. Il confronto maschi/femmine nelle diverse classi di età mostra un crescente divario a partire dalla classe 50-59. La differenza diviene massima nella classe 80 anni ed oltre

con 81.2 casi per centomila nei maschi versus 10.2 casi per centomila nelle femmine.

La disaggregazione nei due distinti periodi consente di delineare alcune tendenze. L'aumento più significativo che viene registrato è quello relativo alla classe 20-29 che passa dal 4.8 al 10.1, mentre in diminuzione appaiono le classi 60-69 e 70-79; invariata la classe 80 e oltre. Ciò significa che l'aumento assoluto rilevato dalla nostra ricerca riguarda sostanzialmente le classi più giovani. A riprova di ciò il fatto che nel rapporto maschi/femmine il dato più significativo è l'aumento della classe 20-29 per le femmine (1.9 versus 4.0 per 100.000) oltre a quello delle ultraottantenni (8.0 versus 16.8).

In conclusione, pertanto, l'incremento della mortalità per suicidio, a partire dalle età più giovani verso le più avanzate, è un fenomeno che trova sostanziale conferma anche nel nostro campione, ed esso riguarda, sia pure in misura diversa, entrambi i sessi. L'eccezione è rappresentata dalla classe 20-29, che nell'ultimo periodo registra tassi più elevati rispetto alla classe 30-39 (10.1 versus 8.2).

Ancora in tab. 2 sono riportati i tassi standardizzati dell'ultimo periodo 1995-2000. Questi vengono riferiti alla popolazione tipo media dei censimenti 1981-1991 e consentono di verificare l'incidenza dei cambiamenti nella composizione per età della popolazione avvenuti nel periodo considerato.

•

In termini di rischio suicidario la variabile età sembra essere quella a maggiore significatività. Già oltre un secolo fa Quetelet affermava che i suicidi sono poco frequenti nei primi periodi della vita e il loro numero cresce con l'età. Tale legge ha pressappoco la stessa validità per gli uomini come per le donne. Conformemente a tale regola tutti i rilievi statistici della letteratura scientifica internazionale concordano sul fatto che i suicidi sono poco frequenti nelle età giovanili e il loro numero tende ad aumentare in misura significativa con il crescere dell'età per ambedue i sessi. Le curve di mortalità dovute ad atti autolesivi nei paesi occidentali mostrano, infatti, che nella media età

dopo i 40 anni, si verifica un forte aumento dei suicidi e un aumento ulteriore si verifica nell'età più elevata dopo i 60. Da notare, inoltre, che mentre nei maschi la frequenza al suicidio aumenta sempre in ragione dell'età, nelle femmine tende a diminuire nelle età estreme. Questo stesso andamento è stato osservato nella prima parte del nostro studio e non nell'ultimo periodo come sopra osservato.

I dati relativi alla distribuzione per classi di età in Italia sono conformi a questa direzione, così che Somogyi concludeva *"l'età gioca un ruolo decisivo nelle frequenze del suicidio, ruolo che si esterna in una bassa proporzione di suicidio nei giovanissimi, ed in una alta negli anziani"*. In particolare il suicidio giovanile, che rappresenta oggi la seconda/terza causa di morte in questa fascia di età, sembrerebbe essere in diminuzione piuttosto che in aumento. Nel nostro Paese il segmento demografico a più alto rischio rimane quello degli ultrasessantacinquenni. Questo dato appare, quindi, in contrasto con la convinzione diffusa di un aumento del suicidio giovanile, che probabilmente deriva dal particolare risalto che a questo fenomeno viene dato dai mezzi di comunicazione. Basti a questo proposito ricordare l'enfasi con cui sono stati, alcuni anni fa, trattati alcuni casi di suicidio tra i giovani di leva. Grande attenzione va prestata all'elevato rischio suicidario che si riscontra nella tarda età e alla sua crescita tendenziale. Questo fenomeno assume anche maggior rilievo in relazione all'aumento relativo di tale fascia di età conseguente alla sempre maggiore longevità che si registra nei paesi a più alto tasso di sviluppo. Esposito e Consiglio notano come sia significativo che il suicidio degli anziani costituisca ormai un tema dominante nell'ambito delle ricerche mondiali sul fenomeno, soprattutto in paesi, come l'Italia, caratterizzati da un progressivo e rapido invecchiamento della popolazione. Nelle cause generalmente addotte per spiegare tale aumento, non completamente convincente appare la spiegazione, spesso avanzata, di un frequente collegamento con problemi relativi alla salute. Oggi, mentre si riconosce il peso che l'evento malattia può avere in molti episodi, dalla maggior parte dei ricercatori si concorda che la motivazione va,

**Tabella 2. Suicidio e classi di età - valori assoluti e tassi per 100.000 abitanti -**

Classi di età	1975-2000 (26 anni)								1975-1994 (20 anni)								1995-2000 (6 anni)							
	Valori assoluti				Tassi per 100.000				Valori assoluti				Tassi per 100.000				Valori assoluti				Tassi per 100.000			
	M	F	T	M % F	M	F	T	M	F	T	M % F	M	F	T	M	F	T	M % F	M	F	T	M % F		
<20	4	1	5	400	0,6	0,1	0,4	3	1	4	300	0,5	0,2	0,3	1	-	1	-	0,8	-	0,4			
20-29	46	11	57	418	9,5	2,4	6,0	29	7	36	414	7,6	1,9	4,8	17	4	21	425	16,0	4,0	10,1			
30-39	58	14	72	414	12,2	3,1	7,7	42	11	53	382	12,2	3,3	7,8	16	3	19	533	13,7	2,6	8,2			
40-49	45	32	77	141	10,3	7,6	9,0	30	25	55	120	9,6	7,9	8,8	15	7	22	214	13,9	6,8	10,4			
50-59	79	36	115	219	19,5	8,5	13,8	61	28	89	218	19,4	8,2	13,6	18	8	26	225	20,1	8,9	14,5			
60-69	84	40	124	210	24,6	9,7	16,5	64	34	98	188	23,7	11,0	17,6	20	6	26	333	23,7	6,1	14,2			
70-79	72	43	115	167	34,9	13,9	22,3	55	34	89	162	38,8	15,6	24,9	17	9	26	189	30,2	10,8	18,6			
80 e più	59	17	76	347	81,2	10,2	31,8	44	9	53	489	89,4	8,0	33,1	15	8	23	188	74,6	16,8	33,9			
n.d.	6	-	6	-	-	-	-	6	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
<b>Totale</b>	<b>453</b>	<b>194</b>	<b>647</b>	<b>234</b>	<b>14,4</b>	<b>5,8</b>	<b>10,0</b>	<b>334</b>	<b>149</b>	<b>483</b>	<b>224</b>	<b>13,7</b>	<b>5,8</b>	<b>9,6</b>	<b>119</b>	<b>45</b>	<b>164</b>	<b>234</b>	<b>16,8</b>	<b>5,9</b>	<b>11,2</b>			
	<b>Tasso standardizzato</b>																			<b>14,9</b>	<b>5,3</b>	<b>10,0</b>		

invece, ricercata in fattori causali diversi e più complessi. L'altissima frequenza di suicidio negli anziani, soprattutto di sesso maschile, sarebbe spiegabile con argomenti di ordine psicosociologico che ineriscono a problematiche tipiche della terza età. L'attenzione va portata, infatti, sul più generale contesto sociale e culturale e sulla presenza di più fattori concomitanti che insieme possono operare nel determinare esiti suicidari: così il rapporto di coppia ed il clima familiare, la condizione sociale ed economica, i conflitti generazionali, le condizioni di vita nelle case di riposo. In questo lavoro, tali fatti saranno indagati nella discussione sugli eventi stressanti antecedenti al gesto. Riassumendo, si può affermare che le problematiche alla base dei vissuti angoscianti che sottendono ai fenomeni suicidari stanno lentamente spostandosi dai tradizionali problemi che riguardano l'integrità fisica e la sicurezza economica verso quelli del desiderio di un pieno soddisfacimento dei bisogni esistenziali e della qualità della vita.

## STATO CIVILE

La distribuzione del suicidio rispetto allo stato civile viene evidenziata nella tab. 3. I dati, suddivisi per sesso, riportano i valori assoluti ed i tassi per 100.000 abitanti. Vi sono differenze tra i due metodi di lettura, il primo fornisce un rilievo meramente quantitativo mentre il secondo consente una valutazione delle condizioni relative allo stato civile che possono essere interpretate come favorevoli o protettive gli eventi suicidari.

Rispetto ai numeri assoluti, quello dei coniugati, 275 (42.5% del campione), rispettivamente 197 maschi e 78 femmine, è il più elevato, ed è seguito dai celibi/nubili, 177 (27.4%), rispettivamente 136 maschi e 41 femmine. La categoria vedovi/e è rappresentata da 142 casi (21.9%), 80 maschi e 62 femmine. Molto distante quella dei divorziati e separati 24 (3.7%) 17 maschi e 7 femmine. Altro significato assumono questi stessi dati quando rapportati alla composizione percentuale della popolazione. I tassi per centomila abitanti consentono di rilevare, infatti, che i valori più elevati di mortalità per suicidio si hanno in relazione alle condizioni di vedovo/a e divorziato/separato, rispettivamente 25.1 e 37.8 per 100.000 abitanti di uguale stato civile. Al contrario, molto

basso è l'indice per le persone coniugate, 8.5, ed ancora più basso quello dei celibi/nubili, 7.1. Nell'ambito di tali valori complessivi appare tuttavia molto diversa l'incidenza del suicidio nei due sessi. Le femmine registrano, infatti, valori molto bassi sia nella condizione di coniugate, 4.8, che di nubili, 3.6, mentre i maschi nelle stesse condizioni presentano un maggior rischio, rispettivamente 12.2 per i coniugati e 10.1 per i celibi. Ma il confronto numerico di relazione reciproca è ancora più distante nella condizione di separazione e divorzio, 57.3 per i maschi contro 20.7 per le femmine e soprattutto in quella di vedovo/a, 90.9 contro 13.0. Le tendenze rilevabili dalla scomposizione dei dati nei due distinti periodi mostrano dati sostanzialmente invariati per i vedovi, una lieve diminuzione per i coniugati, un significativo aumento per la categoria celibi/nubili che passano dal tasso di 6.4 del primo periodo al 10.9 del secondo. Va inoltre rilevato che tale aumento è da ascrivere nella quasi totalità a quello dei maschi che passano dal tasso di 8.7 del periodo 1975-1994 al 16.6 del periodo 1995-2000.

Particolarmente significativo l'aumento nella categoria divorziati/separati, che passa dal 35.2 del primo al 49.7 del secondo, con un aumento significativo per entrambi i sessi. La conclusione da trarre è che, evidentemente, sempre più la condizione della separazione costituisce un fattore favorente la condotta suicidaria.

•

Già Durkheim indicava lo stato civile come un elemento determinante in relazione alle condotte suicidarie ed osservava che le persone sposate inclinano meno al suicidio. Tale protezione risulta ancora più efficace in presenza di figli. Ancora oggi i ricercatori unanimemente ritengono che l'indice di suicidio sia più basso tra le persone sposate rispetto a quelle che vivono sole, cioè le celibi, vedove o separate. Il matrimonio, o comunità similari ad esso, rappresenterebbe quindi un importante fattore protettivo. La solitudine sarebbe invece un elemento favorente il gesto autolesivo.

Su questa linea, nel suo studio, Somogyi indicava una mortalità per suicidio molto alta per i vedovi, intermedia per i celibi e bassa per i coniugati. A differenza di ciò, nella nostra ricerca il tasso più basso si registra invece tra i celibi/nubili. A proposito della differenza di

**Tabella 3. Suicidio e stato civile - valori assoluti e tassi per 100.000 abitanti -**

Stato civile	1975-2000 (26 anni)						1975-1994 (20 anni)						1995-2000 (6 anni)					
	Valori assoluti			Tassi per 100.000			Valori assoluti			Tassi per 100.000			Valori assoluti			Tassi per 100.000		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Celibi/Nubili	136	41	177	10,1	3,6	7,1	87	31	118	8,7	3,8	6,4	49	10	59	16,6	4,1	10,9
Coniugati/e	197	78	275	12,2	4,8	8,5	154	63	217	13,0	4,9	8,9	43	15	58	11,2	3,9	7,6
Vedovi/e	80	62	142	90,9	13,0	25,1	60	45	105	93,3	13,3	26,2	20	17	37	101,0	14,5	26,9
Divorziati/Separati	17	7	24	57,3	20,7	37,8	10	4	14	52,9	19,2	35,2	7	3	10	76,1	27,4	49,7
n.d.	23	6	29	-	-	-	23	6	29	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Totale</b>	<b>453</b>	<b>194</b>	<b>647</b>	<b>14,4</b>	<b>5,8</b>	<b>10,0</b>	<b>334</b>	<b>149</b>	<b>483</b>	<b>13,7</b>	<b>5,8</b>	<b>9,6</b>	<b>119</b>	<b>45</b>	<b>164</b>	<b>16,8</b>	<b>5,9</b>	<b>11,2</b>

comportamento tra i due sessi rispetto alle condizioni dello stato civile Somogyi scriveva *“Per i maschi lo stato di vedovanza è determinante ai fini del suicidio: la frequenza relativa è due-tre volte più elevata che non per i coniugati e i celibi; per le vedove, invece, tale condizione non rappresenta un particolare motivo per rinunciare alla vita”*. Egli spiega così tale diversità *“Si tenga presente che, per un uomo, tra le altre cose, la morte della moglie significa spesso un radicale cambiamento nella vita domestica, nelle cure ricevute, ecc., mentre per la donna la posizione nella famiglia, nella casa, subisce cambiamenti meno decisivi”*.

Rosa Anna Somogyi ha compiuto una disamina dell'evoluzione della distribuzione proporzionale percentuale del fenomeno rispetto alle categorie dello stato civile tra il 1964 ed il 1986, evidenziando un sensibile aumento tra le vedove e solo a seguire dei vedovi. Ma, nello stesso periodo, ha registrato anche un non indifferente aumento dei celibi ed una flessione fra le nubili.

Anche Torre, autore della già citata ricerca sul suicidio a Torino, rileva che il maggior contributo al suicidio è fornito dalle categorie dei vedovi e separati maschi e femmine e che, in ogni caso, la percentuale più bassa di atti autoaggressivi si verifica nei coniugati e nei non coniugati. Per lui sono più soggette al suicidio quelle categorie nelle quali la solitudine (vedovi/separati) non è una scelta ma un accidente esistenziale, mentre risultano più protette le categorie che per propria volontà hanno optato per la solitudine (celibi/nubili) o per il matrimonio.

Altre osservazioni indicano che per gli uomini, vedovi o separati, i primi sei mesi dopo la perdita del partner sarebbero i più inclini al suicidio, mentre per le donne, separate o vedove, un innalzamento della tendenza suicidaria si verificherebbe anche fino a 10 anni dopo la perdita del coniuge.

Ricordiamo ancora come sia stato rilevato che spesso le statistiche sullo stato civile siano imprecise a causa del fatto che non vi sono contemplate le comunità paramatrimoniali, fenomeno come noto in costante aumento, e risulti pertanto difficile una esatta misura di quanto la vita di coppia eserciti un effettivo fattore protettivo.

Nella disamina della letteratura specialistica abbiamo osservato come spesso le cifre, anche in recenti ricerche, non rispecchino in modo aderente la realtà perché non vengono calcolate in proporzione con la distribuzione normale della popolazione studiata. Mentre le diverse condizioni dello stato civile del nostro campione non si discostano sostanzialmente da quello della popolazione generale, alcune differenze che registriamo tra la nostra ed altre ricerche potrebbero trovare spiegazione in questo fatto.

## OCCUPAZIONE

Nel nostro studio è stato possibile accertare il dato relativo all'occupazione in 599 casi su 647 (92.6%). Il rapporto

tra suicidio ed occupazione viene analizzato nella tab.4. Per questa sono state utilizzate le stesse categorie dell'ISTAT; pensionati ed invalidi sono stati raggruppati in un'unica classe, la categoria studenti e altro comprende ogni altra categoria non altrimenti indicata, ivi compresi i militari di leva. Rispetto ai valori assoluti il dato numerico più significativo riguarda i pensionati che sono 351 (58.6% del campione utile), rispettivamente 244 maschi e 107 femmine. A seguito la categoria degli occupati rappresentata da 153 soggetti (25.5%), 135 maschi versus 18 femmine. Il numero dei disoccupati è di 43 (7.2%) seguito dalle casalinghe, 40 (6.7%). Ancora più basso quello degli studenti 12 casi (2%) con 10 maschi e 2 femmine. L'utilizzo dei tassi consente più aderenti valutazioni sull'effettivo rischio suicidario legato all'attività professionale. Come si osserva, il tasso più elevato è quello relativo alla categoria dei pensionati maschi, 40.2 per 100.000, a fronte di un tasso medio, nell'intero periodo considerato, di 14.4 per i soggetti di sesso maschile. Anche per le femmine il tasso relativo alla categoria dei pensionati è ancora molto elevato, 15.1, a fronte di un tasso complessivo di 5.8. Di notevole interesse il diverso rilievo che la condizione occupazionale sembra assumere nei due sessi. La categoria dei disoccupati assomma complessivamente a 16.6 per 100.000 e si discosta in modo non eccessivo dal complessivo tasso suicidario dell'intero periodo, che è di 10.0 per 100.000 abitanti. Ma, se si suddividono i dati per i due sessi, si osserva che il tasso dei disoccupati maschi è particolarmente elevato, 30.3 per 100.000. Al contrario, il dato relativo alla popolazione femminile disoccupata dimostra un tasso di suicidi più basso rispetto al dato totale complessivo per le femmine, rispettivamente 5.6 versus 5.8. Tutte le altre categorie rappresentate nello studio hanno indici più bassi del tasso totale rispetto relativo al periodo considerato, assunto sempre come riferimento. Pertanto i fattori di rischio relativi alla condizione occupazionale isolabili nel nostro campione sono: il pensionamento per entrambi i sessi e la disoccupazione per i soli maschi.

Per completare il quadro del rapporto suicidio-occupazione come esso emerge dai nostri dati, dobbiamo rilevare alcune significative differenze fra i due periodi considerati, che evidenziano l'evolversi nel tempo dei fattori suicidogeni. Si osserva così una diminuzione dei tassi per la categoria dei pensionati, sia per i maschi che per le femmine, ed un aumento del tasso di suicidio fra gli occupati che passa dal 5.9 per 100.000 a 7.8. In particolare l'aumento riguarda la popolazione maschile con tassi che dall'8.0 salgono all'11.0. Ancora significativo è l'aumento tra la categoria studenti, dallo 0.6 all'1.8, e ciò sarebbe in relazione col generale aumento suicidio giovanile. Ma certamente il dato di maggior rilievo è quello relativo alla categoria dei disoccupati, che passa dal 12.6 del primo periodo al 28.7 del secondo, con un maggior interessamento, come sopra ricordato, per i maschi (21.6

versus 52.3). In conclusione mentre diminuisce il suicidio tra i pensionati, il problema lavoro sembra essere sempre più in causa sia per gli occupati che, soprattutto, per i giovani e i disoccupati.

•

Per Durkheim il suicidio sarebbe più frequente nelle classi più elevate della società, e ciò a causa della maggiore istruzione, che eserciterebbe la sua azione in maniera indiretta facendo perdere alla religione il suo potere di coesione sociale. Anche per Morselli il tasso di suicidio era più alto nelle classi elevate a causa di una maggiore problematizzazione dell'esistenza legata alla maggiore istruzione. Rispetto ad un ipotetico nesso tra professione e suicidio, i risultati delle diverse ricerche oscillano tra il negare una qualsiasi correlazione e l'affermazione di una precisa associazione con particolari professioni. Secondo Holderegger appare molto difficile istituire un confronto tra le frequenze dei suicidi nelle diverse professioni e nelle differenti classi sociali. L'analisi di tale dato fornisce indicazioni solo molto generiche, oltre che difficilmente confrontabili con quelle di altre ricerche, in ordine a difficoltà di metodo relative alla non unitarietà nelle classificazioni professionali adottate e al fatto che nella rilevazione dei dati stessi le indicazioni professionali sono troppo spesso viziate da inesattezze. Sono state anche rilevate difficoltà a reperire indicazioni precise in ordine alle attività lavorative della popolazione complessiva, e c'è anche, come affermato dal Somogyi, una estrema complessità a far combaciare le classificazioni risultanti dalle statistiche sulle cause di morte con quelle dei censimenti demografici.

Si tratta, quindi, di una correlazione assai problematica e complessa da indagare ed i risultati vanno assunti con grande cautela ed in termini comunque relativi. Pertanto quelle che a seguito vengono presentate rappresentano per lo più solo ipotesi di lavoro elaborate dai vari autori e, spesso, sono tra loro diverse o contrastanti. Sainsbury, in una ricerca condotta nella città di Londra, ha registrato una correlazione positiva tra numero di suicidi e stato socio-economico elevato o dimesso. Molti altri autori concordano nell'assegnare la tendenza maggiore al suicidio alle persone appartenenti alle classi sociali più alte ed a

quelle più basse, mentre quelle intermedie sarebbero meno esposte. Anche Stengel, in Inghilterra, avvalorava questa legge della bipolarità.

Shneidman e Litman invece, sulla base di una indagine sulla popolazione di Los Angeles, concludono di non avere rilevato una correlazione particolarmente significativa tra la frequenza dei suicidi ed un particolare livello socio-economico. Così, mentre per molti autori non è possibile concludere nel senso di un maggior rischio legato alla pratica di determinate professioni, per altri esisterebbe, seppure all'interno di grandi fluttuazioni, un indice più elevato di suicidio a carico di determinati gruppi professionali. Così, professionisti e manager avrebbero più alti indici di suicidio. Fra questi, ai primi posti vi sarebbero i medici (gli psichiatri in primo luogo e per ultimi i pediatri), che negli Usa mostrano un indice che è tre volte maggiore rispetto alla popolazione normale. Per Holderegger si suiciderebbe addirittura un medico su 50. Tra i professionisti la percentuale più bassa si ha invece, tra gli insegnanti. Anche dirigenti con mansioni di responsabilità e commercianti autonomi avrebbero, secondo ricerche condotte in diversi paesi, livelli di suicidio molto elevati. Livelli più bassi sarebbero, invece, a carico di operai specializzati e di impiegati e negozianti, mentre i tassi risalirebbero per la forza lavoro non qualificata e soprattutto per i disoccupati. Per questi ultimi valgono peraltro considerazioni più specifiche, legate alle condizioni economiche generali del paese cui più avanti cercheremo di accennare. In definitiva, anche negli Stati Uniti il suicidio riguarderebbe in generale soprattutto le persone che occupano gli estremi della scala socio-economica.

Interessa notare come negli USA sia stato osservato un indice di suicidio più elevato tra gli studenti rispetto ai coetanei. È ancora in discussione la ragione per cui la condizione studentesca, in cui la maturazione della responsabilità sociale viene ritardata in una adolescenza artificialmente protratta, possa esercitare tale influsso. In conclusione dalla letteratura internazionale non risulta una correlazione chiara tra classe sociale, professione ed indice di suicidio. Inoltre, anche l'appartenenza ad una determinata classe sociale non sembra costituire un fattore molto significativo per il rischio suicidario. È quindi, probabilmente, poco rigoroso concludere per una stabilità

**Tabella 4. Suicidio e stato occupazionale - valori assoluti e tassi per 100.000 abitanti -**

Stato occupazionale	1975-2000 (26 anni)						1975-1994 (20 anni)						1995-2000 (6 anni)					
	Valori assoluti			Tassi per 100.000			Valori assoluti			Tassi per 100.000			Valori assoluti			Tassi per 100.000		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Occupati/e	135	18	153	8,3	1,9	6,0	94	12	106	8,0	2,1	5,9	41	6	47	11,0	2,6	7,8
Disoccupati/e	35	8	43	30,3	5,6	16,6	22	5	27	21,6	4,9	12,6	13	3	16	52,3	9,7	28,7
Pensionati-Invalidi/e	244	107	351	40,2	15,1	26,7	188	86	274	47,7	18,9	31,7	56	21	77	37,3	12,4	24,1
Studenti/e-servizio leva	10	2	12	1,3	0,3	0,8	5	1	6	0,9	0,2	0,6	5	1	6	3,1	0,6	1,8
Casalinghe	-	40	40	-	5,1	5,1	-	28	28	-	4,3	4,3	-	12	12	-	7,5	7,4
n.d.	29	19	48	-	-	-	25	17	42	-	-	-	4	2	6	-	-	-
<b>totale</b>	<b>453</b>	<b>194</b>	<b>647</b>	<b>14,4</b>	<b>5,8</b>	<b>10,0</b>	<b>334</b>	<b>149</b>	<b>483</b>	<b>13,7</b>	<b>5,8</b>	<b>9,6</b>	<b>119</b>	<b>45</b>	<b>164</b>	<b>16,8</b>	<b>5,9</b>	<b>11,2</b>

di un nesso professione-suicidio ed appare più probabile che siano in causa condizioni economiche e di centralità sociale che una certa categoria professionale viene ad occupare in una determinata società e in un preciso tempo storico. Per l'Italia, rispetto alle categorie professionali, Somogyi, dopo aver osservato che per ogni categoria la mortalità per suicidio è decisamente più elevata per i maschi, ad eccezione delle attività commerciali in cui il quoziente delle femmine è praticamente identico a quello degli uomini, rileva che gli eventi autoaggressivi sono più frequenti tra i lavoratori in proprio rispetto alle categorie dei lavoratori dipendenti, soprattutto per il sesso maschile. Nella sua indagine l'ordine di frequenza per attività riguarda in primo luogo le persone che praticano attività commerciali e servizi, seguono poi le professioni libere, amministrative e agricole all'incirca con pari frequenza, quindi, a notevole distanza, ma accomunate come intensità, i restanti gruppi, cioè gli operai e le condizioni non professionali.

La conclusione di Somogyi, dopo aver osservato che, in linea generale, i lavoratori in proprio sono portati al suicidio con più elevata frequenza dei lavoratori dipendenti, è che le differenti tendenze al suicidio nei diversi gruppi professionali, mentre non autorizzano a conclusioni sulla influenza esplicita dell'elemento lavoro, confermano, invece, come determinante la netta influenza del comportamento differenziato tra i due sessi. E così conclude: *“La maggiore o minore tendenza al suicidio degli appartenenti ad un settore economico, ad una categoria professionale od a gruppi di posizione, non sarà da ascrivere tanto all'influenza di tali fattori, quanto alla minore o maggiore partecipazione dei due sessi”*. Altri studi in Italia hanno segnalato tra le categorie maggiormente a rischio quella degli agricoltori. Ciò viene interpretato con il fatto che questi fanno un lavoro solitario ed abitano in contesti non urbani, in cui può essere più marcato l'isolamento sociale.

Chinnici, valutando i dati ISTAT 1979-1986 relativi alla posizione professionale, trova una netta correlazione fra suicidio e professione. Il suicidio avrebbe la più bassa incidenza negli impiegati e dirigenti che hanno un grado di istruzione più alto e, in contrasto con l'ipotesi di Durkheim conclude che, nella realtà culturale attuale, l'istruzione non solo non esercita una azione suicidogena, ma sembrerebbe anzi assumere una azione protettiva, soprattutto quando impegna in ruoli gratificanti. Per questo autore la tendenza al suicidio assume rilevanza per due categorie che ancora una volta si collocano ai due vertici della gerarchia occupazionale: imprenditori e liberi professionisti da un lato, operai e coadiuvanti dall'altro. Di questo egli offre una spiegazione utilizzando le categorie suicidarie di Durkheim. Per imprenditori e liberi professionisti sarebbe in causa il suicidio egoistico che si fonda su un'eccessiva affermazione dell'io individuale sull'io sociale. Questi non avrebbero, infatti, forti livelli di integrazione sociale, ma scarsa dipendenza dal gruppo e

come regola fondamentale di condotta il perseguire il loro interesse privato *“rimanendo separati nonostante tutti i legami”*. Il suicidio di operai e coadiuvanti apparterebbe, invece, alla categoria del suicidio anomico. La crisi economica del periodo considerato colpirebbe, infatti, in modo particolare gli operai e sarebbe causa di frustrazione per l'arresto del soddisfacimento di bisogni crescenti. Cofattore sarebbe l'eclissi di fondamentali idee guida con abbassamento della tensione morale ed ideale. Nel suo già citato lavoro Rosa Anna Somogyi segnala, invece, una più rilevante incidenza del suicidio nei soggetti senza attività professionale, con le più alte proporzioni per i pensionati e rileva il *“peso meno esiguo”* che nel periodo 1986-1990 è raggiunto dai soggetti in cerca di prima occupazione. Questa categoria nei periodi precedenti era, secondo la Somogyi, solo minimamente rappresentata. Anche altri autori sono portati ad attribuire importanza al fattore disoccupazione nel suicidio giovanile. Così Fizzotti e Gismondi osservano come, in Italia, tra i soggetti non occupati, il tasso di suicidi sia più del doppio rispetto al tasso standard nazionale (13.44 contro 6.29 nel 1989), e come questo interessi prevalentemente il sesso maschile (24.12). Inoltre, per i soggetti in cerca di nuova occupazione, il tasso è ancora più elevato 29.78 (quasi 5 volte superiore al tasso standard nazionale). Il quadro è ancora più drammatico se si considerano le statistiche dei disoccupati relative ai soli maschi. Mentre tra i maschi in cerca di prima occupazione nell'anno 1989 il tasso è di 14.05, e cioè oltre il doppio del tasso standard nazionale, tra i maschi in cerca di nuova occupazione esso sale a 47.90. C'è, a questo proposito, quindi, una differenza di comportamento tra i due sessi che viene interpretata come indice della ancora presente separazione dei ruoli; nella realtà italiana il maschio è ancora colui su cui grava il peso della conduzione economica della famiglia e la mancanza di lavoro è più facilmente avvertita come frustrazione e fallimento esistenziale; la donna, invece, appare in minor misura alla ricerca dell'indipendenza economica e trova ancora nel matrimonio la sua realizzazione. Anche Esposito e Consiglio, autori di una ricerca sul suicidio dal 1978 al 1986 in Italia condotta su dati Istat, concludono che un fattore correlato all'aumento del suicidio è la disoccupazione. Una correlazione che giudicano particolarmente allarmante proprio in relazione alla tendenza all'aumento delle persone in condizione non lavorativa nel nostro paese. Essi osservano che i tassi di suicidio tra i disoccupati nel periodo 1978-1986 aumentano dal 4.6 al 9.9 per centomila; in particolare, il numero assoluto di suicidi passa da 72 nel 1978 ai 261 del 1986, e notano che il dato è il risultato della somma di due condizioni diverse, coloro che sono alla ricerca di una nuova occupazione e quelli in cerca di prima occupazione. Il primo gruppo avrebbe un peso maggiore, con un tasso d'incremento annuale particolarmente consistente. Gli stessi autori, inoltre, calcolando i tassi di disoccupazione

per 100 forze di lavoro nel periodo 1978-86 e confrontandoli con i relativi tassi di suicidio, rilevano una correlazione positiva con un coefficiente pari a 0,91.

A proposito della correlazione tra suicidio e disoccupazione, Sainsbury afferma che questa sarebbe solo il motivo precipitante, in quanto il disoccupato vive con più sensibilità e inquietudine i periodi di sconvolgimento economico che, di fatto, sarebbero la variabile responsabile dell'incremento dei suicidi in tutte le categorie. Per altri, invece, le condizioni di necessità materiale ed il deterioramento del ruolo sociale sarebbero le cause dirette del gesto.

Molti autori hanno affermato che esiste un rapporto diretto tra suicidio e crisi economiche. Durkheim sosteneva che il lavoro è la più efficace forma di prevenzione del suicidio; per lui, le crisi economiche tendono in generale ad esercitare una influenza aggravante sulla tendenza agli atti autoaggressivi. Ma, mentre una depressione economica di lunga durata non sembra avere incidenza poiché, secondo un'altra sua ipotesi, la povertà stessa ha nei confronti del suicidio un potere immunizzante, sono le recessioni economiche improvvise ad avere l'effetto di aumentarne la frequenza. Inoltre questo stesso effetto si verificherebbe anche nello sviluppo economico positivo verso la prosperità. In definitiva, per Durkheim l'instabilità economica, sia recessiva che progressiva, sarebbe sempre accompagnata da un aumento degli indici di eventi autoaggressivi e ogni mutamento economico sarebbe da correlarsi direttamente con il tasso dei suicidi.

Pierce, in una ricerca importante anche se ormai datata (1967), valutando il rapporto tra gli indici di suicidio e gli indici dei prezzi di vendita al consumo, ha ritenuto di confermare l'ipotesi di Durkheim concludendo che questi variano in proporzione diretta con il variare della situazione economica pubblica, qualunque sia la direzione del cambiamento. Altri autori hanno contrastato tale tesi. Così Henry e Short registrano una correlazione positiva con la frequenza dei suicidi soltanto in caso di sviluppo economico lento e non quando tale sviluppo è improvviso.

## METODO

I metodi utilizzati per raggiungere lo scopo autosoppressivo sono illustrati nella tab.5. Come si osserva la quota più elevata del nostro campione riguarda l'impiccagione messa in atto da 207 soggetti pari al 32.4% del campione, seguita dall'annegamento, con 183 episodi corrispondenti al 28.7%. Più distanziati e con frequenza tra loro quasi simile sono le armi da fuoco con 78 casi, la defenestrazione-precipitazione con 68 e l'intossicazione-avvelenamento con 63, in percentuale rispettivamente il 12.2, il 10.7 e il 9.9%. Quest'ultima categoria è comprensiva dell'avvelenamento da sostanze esogene con 25 casi, dell'avvelenamento da gas domestico con 4 e di quello da

gas di scarico con 34 casi. Infine, nella nostra ricerca, risulta molto basso il ricorso alle armi da taglio con 16 eventi, pari al 2.5%.

Assai diverso appare nei due sessi la scelta del metodo suicidario. Mentre nei maschi è prevalente la scelta dell'impiccagione, 175 soggetti, pari al 39.1% dei suicidi maschili dell'intero periodo, nelle femmine la scelta del mezzo dell'annegamento appare preponderante, 98 casi, che rappresentano il 51.6%. Seguono nei maschi l'annegamento e le armi da fuoco con 85 e 71 casi rispettivamente 19.0 e 15.8% degli eventi maschili. Nelle femmine appare invece ancora discretamente elevato il ricorso all'impiccagione e alla defenestrazione, 32 e 26 casi, rispettivamente pari al 16.8 e al 13.7%. Più marginale nei maschi il ricorso all'intossicazione-avvelenamento e alla defenestrazione-precipitazione riscontrati rispettivamente in 48 e 42 evenienze pari al 10.7 e al 9.4%. Ancora più marginale nelle femmine il ricorso ai mezzi dell'intossicazione-avvelenamento, alle armi da fuoco e agli strumenti da taglio, rispettivamente con 15, 7 e 5 eventi, pari al 7.9% per il primo mezzo e al 3.7 e 2.6% per il secondo e terzo mezzo. La scomposizione dei dati nei periodi 1975-1994 e 1995-2000 consente di rilevare che sia nei maschi che nelle femmine appare in aumento percentuale il ricorso al mezzo dell'intossicazione-avvelenamento: 10.0 versus 12.6% nei maschi e 6.2 versus 13.3% nelle femmine. Va a tal proposito notato che appare in significativo aumento l'uso dei gas di scarico dell'automobile, che viene utilizzato anche dalle donne, mentre era prima utilizzato solo dai maschi. Ancora in aumento il ricorso all'annegamento nelle femmine, dal 49.0 al 60.0%, e l'impiccagione nei maschi, dal 38.3 al 41.2%, mentre gli altri metodi non presentano significative variazioni.

La comparazione, invece, dei metodi per età (tab. 5B e 5C) testimonia una maggiore determinazione nel compimento dell'atto suicidario dei soggetti maschi più anziani, ove si osserva la prevalenza dei mezzi più sicuri e cruenti (impiccagione e defenestrazione). Lo stesso non vale per le femmine in cui prevale l'annegamento in tutte le classi di età. Inoltre, la comparazione dei mezzi utilizzati nei due periodi della nostra osservazione consente di rilevare una tendenza al maggior utilizzo dei mezzi definiti soft e cioè l'intossicazione-avvelenamento e l'annegamento. Rispettivamente 10.0 e 18.8% nei maschi per il primo periodo versus 12.6 e 19.3% nel secondo periodo e 6.2 e 49.0% versus 13.3 e 60.0% nelle femmine. La morte per suicidio aumenta, ma si sceglie di morire con un mezzo meno violento.

•

Diversi fattori sembrano influenzare la scelta del metodo suicidario, che mostra nel tempo e nelle diverse realtà culturali ampie modificazioni. Nei vari studi presenti in letteratura si osservano, infatti, notevoli differenze nello strumento prescelto in relazione a molteplici altre variabili.

È stata avanzata l'ipotesi che la scelta del mezzo non dipenda esclusivamente dalla sua facile disponibilità ed accesso, ma anche da fattori psichici e culturali. Per questo il mezzo assume grande importanza nella ricostruzione retrospettiva dell'evento. Così la scelta del metodo con cui è messo in atto il suicidio appare influenzata oltre che dalle caratteristiche individuali come sesso, età, struttura della personalità, anche dalle circostanze storiche e culturali e dal valore, dal significato psicologico e simbolico che l'azione suicida stessa, attraverso le modalità con cui si realizza, viene ad assumere.

Un esempio del variare nel tempo della scelta del mezzo secondo i mutamenti storici e culturali in una popolazione è fornito, in Italia, dal ricorso alle armi da fuoco che avevano un uso molto largo sino ai primi decenni del '900 e massimo negli anni '20 e '30, ma che ha subito un progressivo decremento nei decenni successivi, come conseguenza del mutamento delle caratteristiche sociali, culturali e politiche del paese. Così, ad esempio, nei paesi orientali è assai frequente la scelta del fuoco come mezzo autosoppressivo, che è invece in tutto l'Occidente una evenienza piuttosto rara. A parte va considerata la scelta del metodo nelle psicosi, in cui l'atto suicidario si iscrive in una condizione di delirio ed il comportamento viene attuato spesso con modalità complesse e bizzarre ed anche particolarmente cruento ed efferate che mirano alla distruzione della propria persona fisica.

Nella scelta del mezzo suicidario, in determinate circostanze, sembra assumere importanza anche il potere di suggestione esercitato dalla cronaca. Si tratterebbe di una sorta di attrazione negativa, esercitata sui potenziali suicidi con comparsa, quasi in forma epidemica di molteplici episodi circoscritti nel tempo caratterizzati da identiche modalità suicidarie. Ma, in questi casi, il fattore imitazione riguarderebbe più la scelta del mezzo che non la spinta vera e propria verso l'azione suicidaria.

L'importanza del fattore dell'imitazione è controversa. Questa, dal nome del personaggio che rese celebre il giovane Goethe, viene anche denominata "effetto Werther". Subito dopo la pubblicazione del romanzo si ebbe, infatti, una epidemia di suicidi tra giovani tanto da indurre il suo autore a prendere, in una successiva edizione, le distanze dal suo personaggio.

Ricordiamo che Durkheim considerava trascurabile il peso del fattore imitazione nel determinare un aumento della frequenza dei suicidi. J. Motto ha tentato di verificare l'influenza esercitata dalla stampa ed il peso dell'imitazione giungendo alla conclusione che esso è trascurabile. Soubrier sostiene invece che la sospensione della stampa può far diminuire i suicidi e riporta l'esempio di Detroit, quando durante un lungo sciopero in cui i giornali non uscirono per mesi, si ebbe una riduzione cospicua della mortalità per suicidio. D. Phillips ritiene che, nel caso di adolescenti, il suicidio largamente pubblicizzato divenga un modello perverso che incoraggerebbe altri a seguirlo.

Il meccanismo dell'imitazione sarebbe più evidente nell'età giovanile che nell'età adulta. Dopo notizie televisive di atti autolesivi, Phillips e Carstensen hanno osservato un aumento statisticamente significativo di suicidi. Per Stephen Platt, sociologo che ha indagato il rapporto tra suicidio e media, l'aumento si verificherebbe in seguito alle notizie di suicidio di celebrità e questo perché si tende ad imitare i comportamenti delle persone con le quali si realizzano processi di identificazione. Dopo il suicidio di Marilyn Monroe ci fu, ad esempio, un incremento straordinario di suicidi.

Una valutazione diacronica dei mezzi prevalenti utilizzati è stata fatta dalla Somogyi, la quale osserva che, oltre che per le armi da fuoco, dall'inizio del secolo in Italia è andata decrescendo anche la percentuale dei suicidi per annegamento e da punta-taglio, mentre è andata aumentando la proporzione dei casi con ricorso all'impiccagione. Nelle statistiche del Rogari e del Palmieri relative ai primi decenni del '900 l'impiccagione compare, infatti, in percentuali molto minori rispetto ad oggi. Inoltre a partire dagli anni '50 è aumentato anche il ricorso alla precipitazione.

In Italia, la frequenza relativa di mortalità per suicidio più elevata è attualmente quella dovuta ad impiccagione (comprensivo di soffocamento e strangolamento), mezzo che è stato in ascesa sino al 1989. Su livelli di mortalità più distanti seguono i casi di precipitazione che hanno presentato un andamento crescente nel tempo sino al 1985, quindi le armi da fuoco e poi l'annegamento e l'avvelenamento. Il maggior ricorso all'impiccagione è stato messo in relazione alla prevalente realtà agricola del territorio nazionale ed anche alla elevata percentuale di soggetti anziani nella popolazione suicidaria. Si è notato, infatti, che con l'aumentare dell'età vi è la crescente tendenza a scegliere mezzi più sicuri in senso letale. Somogyi stesso osservava come i due fattori, età avanzata dei soggetti ed impiccagione, mostrino un andamento crescente e parallelo negli ultimi periodi della sua ricerca, e come sia diverso il comportamento nei due sessi. Nei maschi prevale l'impiccagione, segue l'uso delle armi da fuoco, la precipitazione e, più distanziati, i metodi dell'annegamento e dell'avvelenamento. Nelle femmine, a partire dagli anni '60, il mezzo prevalente è divenuto la precipitazione, seguito dall'impiccagione che risulta in aumento a partire dalla metà degli anni '70. Seguono poi l'annegamento e l'avvelenamento. Le differenze specifiche legate al sesso sono largamente confermate in tutte le ricerche statistiche. I maschi utilizzano più frequentemente i mezzi "duri" e "attivi", cioè i mezzi più brutali. Le donne sembrano, invece, preferire i metodi "dolci" e "passivi", poco cruenti, indolori e che non alterano l'aspetto esteriore del corpo. È stato inoltre osservato che la possibilità di sopravvivenza entro uno stesso metodo di suicidio sarebbe maggiore per le donne; ciò starebbe, per alcuni, a significare che nelle donne opera, rispetto agli uomini, un

**Tabella 5. Suicidio e metodo - valori assoluti e percentuali -**

Metodo	1975-2000 (26 anni)						1975-1994 (20 anni)						1995-2000 (6 anni)					
	Valori assoluti			Valori %			Valori assoluti			Valori %			Valori assoluti			Valori %		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
intossicazione/avvelenamento	48	15	63	10,7	7,9	9,9	33	9	42	10,0	6,2	8,9	15	6	21	12,6	13,3	12,8
impiccagione	175	32	207	39,1	16,8	32,4	126	28	154	38,3	19,3	32,5	49	4	53	41,2	8,9	32,3
annegamento	85	98	183	19,0	51,6	28,7	62	71	133	18,8	49,0	28,1	23	27	50	19,3	60,0	30,5
armi da fuoco	71	7	78	15,8	3,7	12,2	56	5	61	17,0	3,4	12,9	15	2	17	12,6	4,4	10,4
strumenti da taglio	11	5	16	2,5	2,6	2,5	8	5	13	2,4	3,4	2,7	3	-	3	2,5	-	1,8
defenestramento/precipitazione	42	26	68	9,4	13,7	10,7	35	21	56	10,6	14,5	11,8	7	5	12	5,9	11,1	7,3
investimento	12	2	14	2,7	1,1	2,2	7	2	9	2,1	1,4	1,9	5	-	5	4,2	-	3,0
altro	4	5	9	0,9	2,6	1,4	2	4	6	0,6	2,8	1,3	2	1	3	1,7	2,2	1,8
n.d.	5	4	9	-	-	-	5	4	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Totale</b>	<b>453</b>	<b>194</b>	<b>647</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>334</b>	<b>149</b>	<b>483</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>119</b>	<b>45</b>	<b>164</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tabella 5B. Suicidio per metodo e classi di età negli individui di sesso maschile - valori assoluti e percentuali**

Metodo	1975-2000 (26 anni)						1975-1994 (20 anni)						1995-2000 (6 anni)					
	Valori assoluti			Valori %			Valori assoluti			Valori %			Valori assoluti			Valori %		
	<30	30 - 59	>=60	<30	30 - 59	>=60	<30	30 - 59	>=60	<30	30 - 59	>=60	<30	30 - 59	>=60	<30	30 - 59	>=60
intossicazione/avvelenamento	10	29	9	18,2	16,5	4,1	6	21	6	16,2	16,5	3,6	4	8	3	22,2	16,3	5,8
impiccagione	18	74	83	32,7	42,0	38,2	12	55	59	32,4	43,3	35,8	6	19	24	33,3	38,8	46,2
annegamento	9	30	46	16,4	17,0	21,2	4	21	37	10,8	16,5	22,4	5	9	9	27,8	18,4	17,3
armi da fuoco	15	27	29	27,3	15,3	13,4	13	20	23	35,1	15,7	13,9	2	7	6	11,1	14,3	11,5
strumenti da taglio	-	3	8	-	1,7	3,7	-	2	6	-	1,6	3,6	-	1	2	-	2,0	3,8
defenestramento/precipitazione	1	4	37	1,8	2,3	17,1	1	3	31	2,7	2,4	18,8	-	1	6	-	2,0	11,5
investimento	-	8	4	-	4,5	1,8	-	5	2	-	3,9	1,2	-	3	2	-	6,1	3,8
altro	2	1	1	3,6	0,6	0,5	1	-	1	2,7	-	0,6	1	1	-	5,6	2,0	-
n.d.	2	2	1	-	-	-	2	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Totale</b>	<b>57</b>	<b>178</b>	<b>218</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>129</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>18</b>	<b>49</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tabella 5C. Suicidio per metodo e classi di età negli individui di sesso femminile - valori assoluti e percentuali**

Metodo	1975-2000 (26 anni)						1975-1994 (20 anni)						1995-2000 (6 anni)					
	Valori assoluti			Valori %			Valori assoluti			Valori %			Valori assoluti			Valori %		
	<30	30 - 59	>=60	<30	30 - 59	>=60	<30	30 - 59	>=60	<30	30 - 59	>=60	<30	30 - 59	>=60	<30	30 - 59	>=60
intossicazione/avvelenamento	3	9	3	23,1	11,5	3,0	2	5	2	22,2	8,3	2,6	1	4	1	25,0	22,2	4,3
impiccagione	3	19	10	23,1	24,4	10,1	2	17	9	22,2	28,3	11,8	1	2	1	25,0	11,1	4,3
annegamento	4	33	61	30,8	42,3	61,6	3	25	43	33,3	41,7	56,6	1	8	18	25,0	44,4	78,3
armi da fuoco	2	4	1	15,4	5,1	1,0	1	3	1	11,1	5,0	1,3	1	1	-	25,0	5,6	-
strumenti da taglio	-	1	4	-	1,3	4,0	-	1	4	-	1,7	5,3	-	-	-	-	-	-
defenestramento/precipitazione	-	8	18	-	10,3	18,2	-	6	15	-	10,0	19,7	-	2	3	-	11,1	13,0
investimento	1	3	2	7,7	3,8	2,0	1	3	2	11,1	5,0	2,6	-	-	-	-	-	-
altro	-	1	-	-	1,3	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	5,6	-
n.d.	-	3	1	-	-	-	-	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Totale</b>	<b>13</b>	<b>81</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>9</b>	<b>63</b>	<b>77</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>18</b>	<b>23</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

più intenso freno vitale nei confronti della perdita della vita.

Passando a considerare realtà più ristrette e vicine al nostro campione, De Vanna e collaboratori, nella popolazione di Trieste, trovano come mezzo prevalente la precipitazione, poi l'impiccagione e l'avvelenamento. Rispetto alle differenze fra i sessi osservano che l'impiccagione è molto alta fra i maschi, a cui si deve la totalità dei suicidi con armi da fuoco. Tra le donne oltre la metà usa la precipitazione o l'avvelenamento.

Baconcini, in un lavoro sulla popolazione suicidaria della città di Genova nel periodo 1974-1987, ha riscontrato nella

precipitazione il mezzo cui più frequentemente viene fatto ricorso (33,3% contro il 20 circa della media nazionale), rispetto ai mezzi dell'impiccagione, delle armi da fuoco e dell'avvelenamento. Anche questo ultimo risulta, nella statistica genovese, notevolmente più elevato rispetto alla media nazionale. Basso appare, invece, in questo campione il ricorso all'annegamento, dato che viene giudicato sorprendente per una città che ha sul mare gran parte della sua storia e cultura, mentre il grande ricorso alla precipitazione viene spiegato in relazione al tipo di urbanizzazione e alla presenza di edifici elevati. Si fa cioè riferimento alla facile disponibilità del mezzo. Bellini e

collaboratori, in uno studio sulla popolazione del territorio di Faenza nel periodo 1972-1986, trovano invece una grande prevalenza del mezzo dell'impiccagione, 37.87% del totale, seguita a grande distanza da precipitazione, 18.34%, arma da fuoco, 15.98%, annegamento, 13.02% e avvelenamento, 10.65%. Tra i due sessi essi registrano importanti differenze di comportamento. L'impiccagione è elevata per entrambi i sessi, 40.17% per i maschi e 32.69% per le femmine; per quest'ultime non è però la prima causa, essendo superata dalla precipitazione, 34.62%. L'impiego di quest'ultimo mezzo è invece basso tra i maschi, l'11.11%. L'annegamento risulta elevato nelle femmine e ridotto tra i maschi, 21.15% versus 9.40%. L'utilizzo delle armi da fuoco, invece, alto tra i maschi, 22.22%, è molto basso nelle femmine in cui rappresenta l'1.92%. L'avvelenamento è, stranamente, in questo campione rispetto alla grande maggioranza delle ricerche, più elevato tra i maschi che non nelle femmine, 12.82% versus 5.77%. Padovani e colleghi, in una recente ricerca sul suicidio nella città di Padova che copre gli anni 1981-1992, trovano l'impiccagione, strangolamento e soffocamento come mezzi più frequentemente impiegati seguiti da precipitazione ed annegamento. Per i soggetti di sesso maschile è in questi dati più frequente il ricorso all'impiccagione, 34.7%, seguita da precipitazione, 14.6%, armi da fuoco, 11.9% ed annegamento, 11.3%. Per le femmine più frequente è l'annegamento, 24.2%, la precipitazione, 23.5%, l'impiccagione, 14.4% e l'intossicazione volontaria da farmaci, 12.9%.

## LUOGO E CICLICITÀ DEL SUICIDIO

Le condizioni collegate al luogo ove si verifica l'evento e alle variazioni stagionali ed orarie del suicidio vengono illustrate nelle successive tabelle. Rispetto al luogo prescelto per commettere il gesto, tab. 6, si osserva che in oltre la metà dei casi del nostro campione esso avviene nella propria abitazione. In luogo aperto ed isolato avviene, invece, nel 25.5% dei casi ed in luogo aperto frequentato nel 9.1%.

Il numero delle persone che hanno commesso suicidio in ospedale è di 29 (4.9%) e in casa di riposo 17 (2.9%).

La suddivisione per sesso fa rilevare che oltre la metà dei maschi e circa il 40% delle femmine commette il gesto nella propria abitazione. I luoghi aperti od isolati sono utilizzati dalle femmine con una percentuale maggiore rispetto ai maschi. Il luogo preferito della propria abitazione è l'autorimessa, specie per i maschi, e la camera da letto (tab. 7).

Rispetto all'andamento mensile (graf. 2), nella totalità del periodo considerato, si osservano due picchi. Il più elevato a gennaio/febbraio con il 10.1% ed il secondo a giugno/luglio/agosto con il 9.9/10.2/9.3%. La fascia oraria (graf.3) maggiormente interessata è quella del mattino.

In quella notturna invece si realizza il minor numero di eventi.

**Tabella 6. Suicidio e luogo dell'evento - valori assoluti e percentuali -**

1975-2000 (26 anni)						
Luogo	Valori assoluti			Valori %		
	M	F	T	M	F	T
propria abitazione	252	73	325	60,6	41,2	54,8
luogo di cura	33	13	46	7,9	7,3	7,8
luogo aperto isol.	84	67	151	20,2	37,9	25,5
luogo aperto freq.	32	22	54	7,7	12,4	9,1
altro	15	2	17	3,6	1,1	2,9
n.d.	37	17	54	-	-	-
<b>Totale</b>	<b>453</b>	<b>194</b>	<b>647</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tabella 7. Suicidio e luogo dell'evento nell'abitazione - valori assoluti e percentuali -**

1975-2000 (26 anni)						
Luogo nell'abitazione	Valori assoluti			Valori %		
	M	F	T	M	F	T
camera da letto	55	19	74	21,8	26,0	22,8
cucina	9	7	16	3,6	9,6	4,9
soggiorno	15	2	17	6,0	2,7	5,2
servizi	16	8	24	6,3	11,0	7,4
autorimessa	82	10	92	32,5	13,7	28,3
locale attiguo	32	7	39	12,7	9,6	12,0
giardino	15	8	23	6,0	11,0	7,1
altro	8	3	11	3,2	4,1	3,4
locale non riportato	20	9	29	7,9	12,3	8,9
<b>Totale</b>	<b>252</b>	<b>73</b>	<b>325</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Rispetto al luogo ove viene commesso il gesto è stato da vari autori rimarcato un diverso comportamento tra i sessi. La donna sembra infatti ricercare i luoghi frequentati, mentre per l'uomo non risulterebbero preferenze. Tali osservazioni si accordano con i risultati del nostro campione. Nel già ricordato studio di Bellini e coll., circa il 60% dei casi, con pari distribuzione maschi-femmine, avveniva nella propria abitazione, mentre il 20% sceglieva un luogo aperto. Nei due sessi, rispetto a quest'ultimo fattore, il comportamento appare diverso. Infatti, nei luoghi aperti e frequentati è più elevata la percentuale nelle femmine.

Vi sarebbero dinamismi diversi nel suicidio attuato nascostamente, in forma discreta, lontano dalla vista degli altri e la clamorosità del gesto messo in atto in luogo pubblico. Nel primo caso la quota di aggressività, presente in ogni atto suicidario, sarebbe limitata agli intimi. Al contrario, nel suicidio in luogo pubblico l'aggressività sembra coinvolgere un gruppo più allargato, che viene eletto spettatore ed anche, per l'impatto emotivo e per il senso di orrore che ne può ricevere, bersaglio del gesto. Va ricordato che la scelta del luogo quale teatro del gesto può assumere significati particolari, la cui ricerca ha valore

solo se rapportata alle motivazioni che sono sottese alla storia personale del soggetto. Si tratta in ogni caso di nessi non sempre facili da accertare e non significativi sul piano statistico. Molti studi, invece, si sono occupati della elevata frequenza o delle particolari caratteristiche che assumevano i gesti autolesivi in determinati ambienti. La scuola, ad esempio, che spesso funziona come rivelatrice di conflitti presenti nel soggetto. Qui, infatti, possono comparire sentimenti di insicurezza o di inadeguatezza, o forti sentimenti competitivi. Anche nelle caserme, in cui vigono ordine e disciplina che possono acuire sentimenti di angoscia e solitudine collegati ai turni di guardia o all'assenza di riservatezza cui il soggetto è sottoposto. Negli Ospedali Psichiatrici il suicidio oltre che alla patologia di base poteva essere una risposta alla condotta del personale medico e paramedico improntata all'anaffettività. Così pure nelle prigioni, in cui è stato rilevato che la maggioranza dei gesti autolesivi avviene durante il primo periodo di detenzione.

L'influenza dei fenomeni climatici e stagionali sull'andamento del suicidio è osservazione antica. Montesquieu, ad esempio in *"De l'esprit des lois"*, sosteneva che la grande frequenza del suicidio in Inghilterra, era dovuta alle particolari condizioni climatiche dell'Isola Britannica. I primi alienisti, Pinel, Esquirol, Chiarugi, studiarono le correlazioni fra oscillazioni barometriche e gli "accessi maniaci", e in seguito Lombroso nel suo lavoro *"Pensiero e meteore"*. Morselli col suo ampio studio sul suicidio e Tamburini, che valutava la relazione tra accessi epilettici e variazioni stagionali, ribadirono l'importanza dei fattori meteorologici sull'insorgere delle malattie mentali, e sul suicidio e l'omicidio. Però, Esquirol notava che i suicidi sono più frequenti in primavera e nei grandi calori; Lombroso rilevava che il massimo numero si ha nei mesi di maggio e giugno ed osserva che fra l'andamento delle malattie mentali e le variazioni stagionali dei suicidi vi era poca differenza. Morselli trovava che le morti volontarie aumentavano con regolarità dal principio dell'anno sino a giugno e poi altrettanto regolarmente decrescevano cadendo al minimo nel mese di dicembre. L'andamento stagionale della frequenza del suicidio venne osservato anche da Durkheim, che nella spiegazione di tali variazioni chiamava, però, in causa le diverse modulazioni delle interazioni sociali.

Due concezioni hanno, nel tempo, tentato di spiegare le variazioni circannuali che statisticamente si osservano. La prima, chiamava in causa influssi climatici e geofisici, la seconda fattori sociologici. Trascurata nel tempo la spiegazione climatica, la ciclicità nella mortalità per suicidio è, negli ultimi anni oggetto di ricerche anche di tipo biologico, oltre che socio-psicologico, poiché gli studi di cronobiologia hanno dimostrato l'esistenza di variazioni stagionali e circadiane che condizionano le attitudini istintuali dell'uomo. Inoltre, andamenti costanti non sembrano riguardare le sole stagioni, ma anche gli orari ed i giorni della settimana.

Secondo la maggior parte degli autori moderni, nella curva dell'andamento annuale dei suicidi ci sarebbero due punte, una primaverile, da marzo a giugno, ed una autunnale, da ottobre a novembre. Nei diversi studi il consenso appare maggiore per il periodo della primavera, che rappresenterebbe il periodo più pericoloso per l'attuazione dell'atto autosoppressivo. Tale andamento sarebbe, per alcuni, in funzione di una influenza sul comportamento timico da parte delle variazioni stagionali. Da altri è stato anche osservato un picco in agosto per la terza età, giustificato con l'aumento in questo mese dei vissuti di solitudine e di emarginazione di cui è vittima l'anziano, specialmente nelle grandi città.

Holderegger ritiene che ci sia una punta elevata in primavera e all'inizio dell'estate, ed una punta minore nel tardo autunno. L'incidenza più bassa si realizzerebbe in inverno, e questo avrebbe valore, con piccole differenze, per entrambi i sessi.

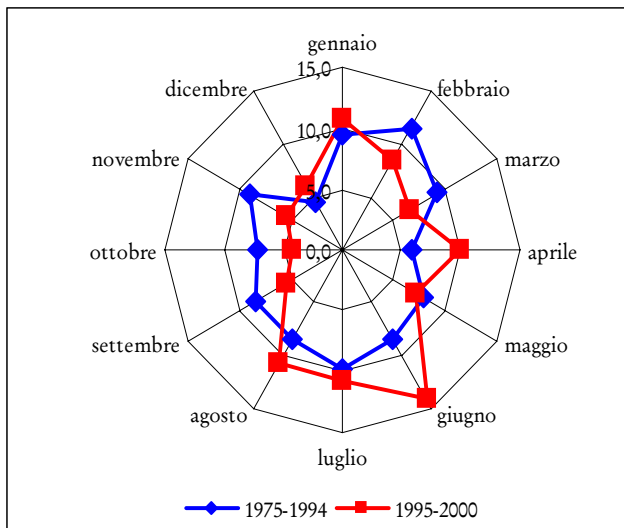
Lester, che ha analizzato le variazioni stagionali dei suicidi nella popolazione di New York, ha trovato due picchi: uno in maggio e l'altro in ottobre, senza differenze significative fra maschi e femmine. Eastwood e Peacock, esaminando le variazioni stagionali del suicidio in rapporto alle variazioni dei ricoveri ospedalieri per malattia depressiva nella provincia canadese dell'Ontario nel periodo 1969-1973, trovano significative differenze di comportamento tra i due sessi. Per i maschi un picco a maggio e l'altro ad ottobre e per le femmine uno a marzo e l'altro sempre ad ottobre. Inoltre, questi autori trovano una concordanza con la distribuzione durante l'anno dei ricoveri per depressione endogena, e non per quella nevrotica, per cui ridimensionano il peso dei fattori sociali a favore della patologia depressiva, quale causa delle variazioni stagionali delle condotte suicidiane. Meaves e collaboratori, in uno studio sulla popolazione inglese negli anni '80, concludono che non si possono fare considerazioni nelle determinanti biologiche e sociali delle variazioni stagionali dei suicidi, ma che una differenza tra i due sessi nella fluttuazione circannuale è un dato di fatto. Per i maschi la prevalenza sarebbe ad aprile-maggio, per le femmine a marzo-aprile e a ottobre-novembre.

In Italia, la Somogyi trova che i decessi per suicidio sono più frequenti tra la primavera e l'inizio dell'estate. Maggio, giugno e luglio sono i mesi a frequenza più elevata. De Vanna, trova due picchi, uno in primavera, l'altro più ridotto all'inizio dell'inverno.

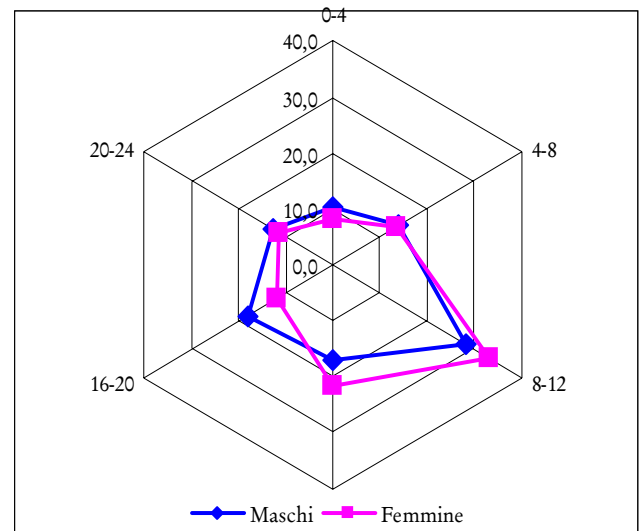
Bellini descrive un picco nel mese di maggio ed una flessione a giugno, mentre Baconcini indica due picchi: uno più lungo primaverile (marzo, aprile e maggio) ed uno estivo (luglio). De Maio e coll., in una revisione sistematica della letteratura sull'argomento, confermano la stabilità dell'acrofase del suicidio in certi mesi dell'anno, che per il nostro Paese sarebbe maggio e giugno.

La maggior frequenza del suicidio nelle ore diurne era stata già messa in evidenza dagli autori classici. Le ore

**Grafico 2. Suicidio e andamento mensile per periodo**



**Grafico 3. Suicidio secondo l'andamento orario**



prescelte sarebbero le prime ore del mattino e le ultime della sera, forse in relazione a variazioni circadiane dell'asse timico.

La Somogyi registra la frequenza massima durante le ore del mattino e nelle ore centrali della giornata e i valori minimi, invece, nelle prime ore della notte. De Vanna osserva una maggiore frequenza fra le 8 e le 16 senza differenza tra i sessi. Baconcini rileva una frequenza massima del 35% nella fascia oraria 7-13.

Per spiegare l'origine della maggior frequenza mattutina, la maggior parte dei ricercatori fa riferimento al risveglio precoce, che è sintomo assai frequente nella depressione e alla penosa difficoltà avvertita nella necessità di riaffrontare gli affanni della vita quotidiana.

Rispetto ai giorni, quello in cui viene osservata la maggior frequenza è il lunedì, quando il richiamo agli impegni del quotidiano fa apparire più gravoso il peso dei giorni da affrontare. La ripresa dell'attività lavorativa o delle normali consuetudini rappresenterebbe, quindi, un momento critico per l'elaborazione e la messa in atto dell'intenzione suicidaria. Un secondo picco si realizzerebbe il venerdì, quando, al contrario, può apparire il vuoto e la solitudine per le imminenti giornate di riposo.

## IL MOVENTE DEL SUICIDIO

In una indagine statistica, la definizione dei fattori causali non può che essere generica ed approssimativa. Infatti, con l'eccezione dei casi in cui siano ritrovati attendibili messaggi scritti che abbiano riscontro nella storia personale e nelle indagini successive, le motivazioni sono semplicemente quelle riferite dai familiari, amici, conoscenti e medici curanti ed il movente è indagabile solo sulla base di supposizioni. Occorre inoltre tener conto della soggettività interpretativa, che risente del proprio retroterra culturale oltre che del coinvolgimento

emozionale, e si comprende così come la motivazione indicata spesso costituisca il risultato di inconsci meccanismi di negazione e di razionalizzazione adottati per reazione a forti sentimenti di angoscia e di colpa, o anche per consapevoli sentimenti di compassionevole indulgenza o di opportunità sociale. Così, la frequente attribuzione del suicidio a generici disturbi psichici risponde a meccanismi di attenuazione del sentimento di colpa, ha lo scopo di facilitare l'elaborazione della perdita ed è funzionale a chi sopravvive, ma non rispecchia necessariamente le effettive motivazioni di chi ha attuato il gesto. Nel corso del nostro lavoro, grande attenzione abbiamo prestato alle notizie attinenti l'anamnesi dei soggetti suicidi, quali la familiarità psichiatrica e suicidaria, la presenza di alcolismo e tossicomania, la presenza di pregressi tentativi di suicidio. Si tratta di elementi molto importanti per la conoscenza e l'approfondimento del singolo caso, ma che certamente assumono minore valore nell'approccio statistico. Questo perché la loro rilevazione, da parte degli organi preposti, risulta frammentaria, poiché le testimonianze e i riferimenti anamnestici sono assunti per lo più senza una metodologia codificata. Sarebbe invece auspicabile una loro rilevazione sistematica e tecnicamente più corretta, anche da parte dell'Autorità Giudiziaria. Per tali considerazioni abbiamo deciso di vagliare criticamente le ipotesi interpretative, reperibili nei fascicoli, e preferito ricercare elementi più oggettivamente classificabili, che abbiamo ricondotto o alla categoria degli eventi esistenziali stressanti o a quella della malattia mentale. Questo non per avvalorare una suddivisione semplicistica tra suicidio patologico e non patologico, ma allo scopo di ricercare elementi oggettivi di comprensione del fenomeno, da porre a fondamento di ogni successiva interpretazione.

## EVENTI STRESSANTI

La medicina psicosomatica ipotizza che nell'insorgere della malattia rivestano grande importanza lo stress e gli eventi che lo provocano. Gli avvenimenti esistenziali richiedono infatti una continua riorganizzazione degli equilibri precedenti per un perenne adattamento della persona al suo ambiente psicosociale. Evento stressante è definito quindi quel fattore di sollecitazione o di stimolo imprevisto, a brusco impatto, che produce rilevanti variazioni nella vita e richiede uno sforzo di adattamento alla nuova situazione.

Nella genesi degli effetti patogeni non sarebbero però in causa gli eventi esistenziali in se stessi, ma soprattutto il modo di viverli e di reagire, la capacità, quindi, dell'individuo di gestire in maniera adeguata la sequenza delle reazioni emozionali prodotte dall'evento stesso. Rimane tuttora aperto il problema del valore etiologico degli eventi stressanti e dei loro rapporti con la struttura di personalità dell'individuo, e in questo senso si è cercato di identificare gli schemi di reazione agli eventi dotati di potenzialità patogena. Inoltre, nella valutazione in termini di impatto degli eventi significativi che intervengono nella vita di una persona, oltre ovviamente alla loro gravità, assume grande importanza la loro sequenza temporale ed il loro addensarsi in alcuni periodi critici della vita. È da attendersi, infatti, che una sequenza ravvicinata di eventi che si succedono in un breve periodo di tempo comporti un effetto sommatorio assai più intenso di quanto avvenga se i medesimi sono diluiti in un lasso di tempo più lungo. Nella pratica clinica, per stabilire l'esistenza di un rapporto tra particolari tipi di stimolazioni provenienti dall'ambiente psicosociale e la comparsa di una particolare patologia, vengono individuate sequenze di avvenimenti a potenzialità stressante, presenti con una certa costanza nelle storie dei soggetti. Si è giunti così alla definizione di liste standardizzate di avvenimenti (life stress events, LSE) che presumibilmente provocano un cambiamento nella vita di un individuo tale da produrre una reazione emozionale prolungata nel tempo.

Nel nostro lavoro abbiamo mutuato tale concetto applicandolo al fenomeno psicosociale del suicidio, ritenendolo meno vago e arbitrario delle categorie causali in cui esso viene tradizionalmente ristretto. Per l'elenco degli eventi stressanti e le variabili di tempo e gravità ci siamo riferiti alle diverse edizioni del DSM, il manuale psichiatrico diagnostico e statistico multiassiale adottato dall'American Psychiatric Association, che rappresenta oggi un importante punto di riferimento della moderna cultura psichiatrica.

Nella nostra ricerca è stato possibile individuare la presenza di uno o più eventi stressanti in 269 soggetti maschi e in 91 soggetti femmine (tab. 8). Più eventi stressanti erano invece presenti in 87 uomini e in 27 donne.

L'evento maggiormente rappresentato in ambo i sessi è nell'area della salute, 161 casi (44.7%), rispettivamente 127 (47.2%) per i maschi, e 34 casi (37.4%) per le femmine. Se consideriamo globalmente le aree in cui si esprime prioritariamente la vita affettiva e relazionale (coniugale, parentale ed interpersonale) si arriva a 82 casi di maschi (30.5%) contro 44 femmine (48.4%) a testimonianza del maggior peso che rivestono per le femmine gli eventi relativi alla vita affettiva. Le percentuali si invertono se consideriamo insieme le aree occupazionale e finanziaria in cui si hanno 42 casi maschili (15.6%) contro 5 casi di femmine (5.5%). L'osservazione sembra riproporre lo stereotipo della donna come maggiormente interessata agli affetti e dell'uomo come proiettato ad affrontare gli aspetti concreti della vita. Rispetto a tale considerazione non si verificano significative differenze tra i tre periodi considerati in tabella.

Nella tab. 8B viene analizzata la relazione temporale con l'evento stressante, che dimostra che la maggior frequenza di eventi si verifica nell'anno precedente o in data ancor più remota rispetto al suicidio. Infatti, solo in 11 casi (3.1%) l'evento accade nello stesso giorno del suicidio, in 19 (5.3%) nella settimana precedente, in 54 (15%) nei 6 mesi precedenti, in 37 (10.3%) nell'anno precedente e in ben 136 (37.8%) casi l'evento stressante si verificava entro un periodo superiore all'anno. Il dato appare importante in quanto, da un lato toglie al suicidio la connotazione di gesto impulsivo e, dall'altro, ripropone come il gesto autosoppressivo, maturando spesso nell'arco di un lungo periodo di tempo, risulti un evento in una certa misura prevedibile, per la sofferenza che vi è sottesa. Sofferenza magari mascherata e decifrabile attraverso l'osservazione specialistica. Va ricordato infatti che, secondo alcuni Autori, ogni suicida presenterebbe un disturbo psichiatrico, i più frequenti sarebbero la depressione e l'abuso di sostanze. Studi sistematici hanno evidenziato la presenza costante di eventi psicosociali stressanti, di cui i più comuni sono: perdita o conflitto nel campo interpersonale, malattia, problemi economici.

I casi di suicidio in cui era presente una idea prevalente di male incurabile sono 45, 39 maschi e 6 femmine, a fronte di 37 casi in cui era, invece, effettivamente presente una malattia neoplastica, che può essere ritenuta motivo precipitante il gesto.

•

Il più importante tentativo di correlazione tra diagnosi psichiatrica ed eventi stressanti presenti in letteratura è il San Diego Suicide Study (1988). In questo studio sono stati analizzati, in particolare, i casi di soggetti con abuso di sostanze e con diagnosi di depressione. Considerando un arco di sei settimane prima dell'evento suicidario, i soggetti con una storia di abuso avevano una maggiore incidenza di eventi stressanti rispetto ai soggetti con sola

depressione; tale differenza non era riscontrabile nei soggetti giovani, suggerendo che questi ultimi sarebbero più sensibili agli stressors in genere, a prescindere dalla diagnosi. Dallo studio emerge inoltre, in accordo con altra letteratura, una associazione pressoché costante tra abuso di sostanze e depressione nei soggetti che commettono suicidio.

In Italia, ancora all'inizio del secolo, Massarotti, su 3000 casi, accanto alla malattia mentale, che sosteneva fosse il primo fattore causale del suicidio, distingueva due altre cause principali: l'amore nelle sue diverse accezioni, contrariato, non corrisposto, abbandono, gelosia (30.94% del suo campione, con una percentuale relativa doppia nella donna) e la paura, nella quale l'alienista romano includeva la miseria, i dissesti finanziari, la malattia cronica ecc. (49.78% del totale).

Il Porta nella sua distinzione delle cause del suicidio, oltre a quello patologico, considerava le cause economiche e quelle affettive, ma concludeva che è difficile identificare la ragione ultima che mette in moto la condotta suicidaria, prodotto di un embricarsi di fattori, non tutti evidenti, la cui efficacia causale è di difficile valutazione quantitativa. Il Somogyi, tra i motivi di suicidio non collegati a malattie, riporta, per il periodo 1955-57, quelli finanziari nel 6.9%, questi sono assai prevalenti nei maschi rispetto alle femmine, (8.5% versus 3%), quindi i dissidi familiari nel 3.7%, i lutti nel 2.2%. I dispiaceri amorosi rappresentano il 3.8% e sono nettamente prevalenti nelle femmine (6.8% versus 2.5%). Il movente dell'indigenza è indicato nel 2.6% dei casi. Sempre Somogyi, per il periodo 1958-1962, propone una codifica semplificata con sole 4 cause ed indica la presenza di malattie fisiche nel 21.1%, di motivi affettivi e d'onore nel 16.3% con prevalenza femmine versus maschi (20.8% versus 14.4%). I motivi economici rappresentano il 6.8% con prevalenza maschi versus femmine (8.5% versus 2.9%).

I moventi suicidari, non collegati a patologia psichiatrica, indicati dalla Luzzago in un lavoro sul suicidio in Emilia-Romagna sono: malattie fisiche nel 14.4% dei casi, mentre nel 3% è in causa l'erronea convinzione di una grave malattia fisica. Problematiche familiari sono presenti nel 4%, gravi lutti nel 3%, cause sentimentali nel 1.3%, la solitudine nel 1.1%. Da ultimo viene indicata la presenza di procedimenti penali con lo 0.4%.

Bellini e collaboratori a Faenza trovano tra i fattori precipitanti il suicidio la presenza di malattie fisiche nel 20.71% dei casi e di cause psicosociali nel 21.3%. Secondo Rosebaum fra i fattori suicidari nei maschi si evidenziano in primo piano i fattori socio-culturali, il disadattamento lavorativo, i motivi economici, mentre nelle femmine prevalgono i fattori interpersonali, di natura affettiva, erotica e famigliare. Appare interessante notare come questo dato non sia stato osservato solo nelle società industrializzate, ma anche in quelle primitive. Bohannon ha rilevato, infatti, nei suicidi di sesso maschile di tribù

africane, il prevalere di tensioni nelle strutture sociali, mentre nelle femmine il suicidio era associato all'instabilità matrimoniale e alle tensioni nell'ambito familiare.

I cambiamenti di status, la perdita di rapporti significativi, la presenza di patologie fisiche, vissuti con senso di disperazione ed abbandono sono elementi ad alto rischio anche in assenza di patologia depressiva. Tratti psicologici predisponenti sarebbero la presenza di dipendenza per il mantenimento della propria autostima, con continuo bisogno di rassicurazione, approvazione e attenzione. Anche soggetti che, in modo non realistico hanno un elevato concetto di sé sono frequentemente insoddisfatti e possono essere incapaci di cercare un supporto in momenti di stress.

Secondo Ringel, nell'esecuzione di ogni suicidio cooperano fattori esterni e fattori interni. Situazioni e condizioni esistenziali sono da considerarsi solo fattori favorenti e non determinanti il suicidio. Essi possono, in particolare, far apparire comprensibile l'evento e far guardare alla storia umana con partecipazione, ma non c'è situazione, per quanto apparentemente insopportabile, che porti inevitabilmente al suicidio. Nessun caso può, quindi, essere spiegato esclusivamente in base al movente. Pertanto, Ringel afferma: *“La decisione ultima su essere o non essere ha sempre luogo nella personalità: e dunque in essa, o meglio nella sua specifica complessione psichica, va cercata la causa vera e propria del suicidio”*.

Le cause del suicidio sono, infatti, sottese a complesse dinamiche psicologiche che abbracciano l'intera esistenza della persona. A volte in esse è rintracciabile un significato patologico, ma non raramente il suicidio si verifica, improvvisamente ed inspiegabilmente, in assenza di qualsiasi patologia psichiatrica. In questi, più che negli altri casi, le cause che determinano il suicidio risultano oscurate nelle profondità intrasoggettive. Discussa è anche la questione dell'esistenza di un suicidio razionale sostenuto da una scelta libera e consapevole in assenza di una qualsiasi patologia psichica, magari improvvisamente e tumultuosamente insorta e sviluppata.

Si è tentato di stabilire quali dinamiche intrapsichiche, anche in assenza di evidenti disturbi psichiatrici, siano sottese al comportamento suicidario. Ringel, ad esempio, ha individuato una sindrome pre-suicidaria caratterizzata dalla successione di tre fasi. La prima con disinteresse per l'ambiente e perdita delle energie espansive, la seconda rappresentata da una fase di aggressività, a lungo inibita e latente, ed infine una terza contraddistinta da una fase di fuga nell'irrealtà in cui si realizzerebbero i propositi suicidari. In quest'ultima la realtà interna ha il sopravvento e si realizzano fantasie di morte e progetti per la sua attuazione. Contemporaneamente si verifica una sorta di anestesia psichica nella quale viene a sparire la paura stessa della morte.

Schneidmann rileva una situazione predisponente composta da tre fattori e da una scintilla che innesca

Tabella 8. DSM III Asse IV - Suicidio ed eventi stressanti occorsi nel periodo antecedente, per sesso e classi di età - valori assoluti e percentuali -

Sesso	Area Asse IV	1975-1984 (10 anni)					1985-1994 (10 anni)					1995-2000 (6 anni)					Totale	%
		<30	30 - 59	>=60	Tot	%	<30	30 - 59	>=60	Tot	%	<30	30 - 59	>=60	Tot	%		
maschi	coniugale	-	6	8	14	12,5	3	11	6	20	19,6	-	3	4	7	12,7	41	15,2
	familiare	2	7	3	12	10,7	2	7	2	11	10,8	1	5	2	8	14,5	31	11,5
	interpersonale	1	-	3	4	3,6	-	1	-	1	1,0	3	2	-	5	9,1	10	3,7
	occupazionale	2	4	2	8	7,1	3	6	2	11	10,8	-	3	2	5	9,1	24	8,9
	circostanze di vita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	3	5,5	3	1,1
	finanziaria	-	7	2	9	8,0	1	5	1	7	6,9	1	1	-	2	3,6	18	6,7
	legale	1	-	-	1	0,9	-	2	-	2	2,0	-	2	-	2	3,6	5	1,9
	sviluppo	-	-	1	1	0,9	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1,8	2	0,7
	salute	2	15	42	59	52,7	1	6	39	46	45,1	-	1	21	22	40,0	127	47,2
	altre aree	1	3	-	4	3,6	2	1	1	4	3,9	-	-	-	-	-	8	3,0
	<b>Totale</b>	<b>9</b>	<b>42</b>	<b>61</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>	<b>12</b>	<b>39</b>	<b>51</b>	<b>102</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>19</b>	<b>31</b>	<b>55</b>	<b>100,0</b>	<b>269</b>	<b>100,0</b>
femmine	coniugale	-	3	6	9	23,1	3	3	3	9	26,5	-	5	1	6	33,3	24	26,4
	familiare	-	7	7	14	35,9	-	2	-	2	5,9	-	1	1	2	11,1	18	19,8
	interpersonale	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2,9	1	-	-	1	5,6	2	2,2
	occupazionale	1	-	-	1	2,6	-	-	1	1	2,9	-	-	-	-	-	2	2,2
	circostanze di vita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0
	finanziaria	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2,9	-	2	-	2	11,1	3	3,3
	legale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	5,6	1	1,1
	sviluppo	-	2	-	2	5,1	-	1	-	1	2,9	-	-	-	-	-	3	3,3
	salute	1	3	6	10	25,6	1	8	9	18	52,9	-	3	3	6	33,3	34	37,4
	altre aree	-	3	-	3	7,7	1	-	-	1	2,9	-	-	-	-	-	4	4,4
	<b>Totale</b>	<b>2</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>91</b>	<b>100,0</b>
totale	coniugale	-	9	14	23	15,2	6	14	9	29	21,3	-	8	5	13	17,8	65	18,1
	familiare	2	14	10	26	17,2	2	9	2	13	9,6	1	6	3	10	13,7	49	13,6
	interpersonale	1	-	3	4	2,6	-	1	1	2	1,5	4	2	-	6	8,2	12	3,3
	occupazionale	3	4	2	9	6,0	3	6	3	12	8,8	-	3	2	5	6,8	26	7,2
	circostanze di vita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	3	4,1	3	0,8
	finanziaria	-	7	2	9	6,0	1	5	2	8	5,9	1	3	-	4	5,5	21	5,8
	legale	1	-	-	1	0,7	-	2	-	2	1,5	1	2	-	3	4,1	6	1,7
	sviluppo	-	2	1	3	2,0	-	1	-	1	0,7	-	-	1	1	1,4	5	1,4
	salute	3	18	48	69	45,7	2	14	48	64	47,1	-	4	24	28	38,4	161	44,7
	altre aree	1	6	-	7	4,6	3	1	1	5	3,7	-	-	-	-	-	12	3,3
	<b>Totale</b>	<b>11</b>	<b>60</b>	<b>80</b>	<b>151</b>	<b>100,0</b>	<b>17</b>	<b>53</b>	<b>66</b>	<b>136</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>30</b>	<b>36</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>	<b>360</b>	<b>100,0</b>

Tabella 8B. DSM III Asse IV - Intervallo temporale fra evento stressante e gesto - valori assoluti e percentuali -

Area Asse IV	1975-2000 (26 anni)									%
	evento previsto	lo stesso giorno	entro una settimana	entro sei mesi	tra sei mesi e un anno	oltre l'anno	n.d.	totale		
coniugale	-	4	6	8	5	29	13	65	18,1	
familiare	1	3	1	7	9	16	12	49	13,6	
interpersonale	-	1	2	3	-	1	5	12	3,3	
occupazionale	1	-	1	5	4	9	6	26	7,2	
circostanze di vita	-	-	-	-	-	-	3	3	0,8	
finanziaria	-	-	-	3	1	8	9	21	5,8	
legale	-	-	-	-	-	2	4	6	1,7	
sviluppo	1	-	-	1	-	1	2	5	1,4	
salute	5	3	6	23	16	68	40	161	44,7	
altre aree	-	-	3	4	2	2	1	12	3,3	
<b>Totale</b>	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>19</b>	<b>54</b>	<b>37</b>	<b>136</b>	<b>95</b>	<b>360</b>	<b>100,0</b>	
%	2,2	3,1	5,3	15,0	10,3	37,8	26,4	100,0		

l'azione. I tre fattori predisponenti sono: l'odio di sé dovuto alla colpa e alla bassa autostima, uno stato di agitazione estrema nel quale l'individuo è disforico ed incapace di ragionare, un restringimento delle capacità intellettive, o visione "tipo tunnel", tale che l'individuo non può pensare al di là della situazione immediata. Tugnoli e Giordani, in un importante lavoro che riassume

la visione psicodinamica del fenomeno, richiamano l'attenzione sul percorso autosoppressivo. Nucleo centrale è per essi una compromissione del "senso di realtà" che, al servizio del narcisismo distruttivo, attraverso il superamento dell'istinto di conservazione, rende possibile l'imbocco di una via senza ritorno. Per questi autori, ogni trama suicidaria, pur in diversa misura e con differente

successione, conterrebbe una serie di caratteristici elementi psicodinamici. Il suicidio si realizzerebbe infatti in un contesto di massiccia regressione narcisistica con incapacità di tollerare i sentimenti di angoscia e disperazione. La realtà psichica viene, inoltre, ad essere dominata da conflitti profondi che rimandano a fasi primordiali dello sviluppo sia per l'organizzazione libidica, la modalità della relazione oggettuale, la strutturazione dell'io e dei meccanismi di difesa principalmente utilizzati. C'è un deficit dell'investimento libidico ed una carenza qualitativa della relazione d'oggetto, che è causa di una maggiore pericolosità delle spinte autodistruttive. Il soggetto ripiega in un proprio mondo fantastico con regressione a fasi di sviluppo nelle quali la soppressione dell'io corporeo, sentito come estraneo, coincide con l'affermazione dell'onnipotenza narcisistica e con la negazione stessa della morte. Tali meccanismi sarebbero presenti non solo in condizioni di patologia, ma in quelle condizioni di "pseudonormalità" in cui ad un contesto di parvenza di normalità è sottesa un'organizzazione della personalità intrinsecamente deficitaria. L'io, a causa della sua fragilità, sotto il carico di eventi esterni significativi si sgretola per il riemergere di conflitti troppo violenti o per un esaurimento della riserva funzionale delle operazioni difensive.

## PRESENZA DEI DISTURBI PSICHICI

La presenza di disturbi psichici (tab. 9) è stata accertata in 376 casi pari al 58.1%. Di questi, 233 corrispondono a soggetti maschi e 143 a femmine. È interessante notare che la percentuale delle donne risultate affette da disturbi psichici è significativamente maggiore di quella degli uomini, 73.7 contro 51.4%. L'età media è invece, solo lievemente maggiore per il sesso femminile.

Tra le categorie diagnostiche la più rappresentata è quella dei disturbi affettivi con 178 casi pari al 47.3%. Di questi, 100 sono relativi a maschi e 78 a femmine. La percentuale relativa ai disturbi affettivi, che è nei maschi del 42.9%, arriva nelle femmine al 54.5%. Segue la categoria dei disturbi organici, con 85 casi pari al 22.6%. La percentuale dei disturbi organici è, al contrario della precedente, lievemente più elevata nei maschi piuttosto che nelle femmine, 24 versus 20.3%. Le psicosi sono rappresentate da 22 casi, il 5.9%, con percentuali vicine nei due sessi.

La scomposizione dei dati nei tre distinti periodi d'indagine consente alcuni interessanti rilievi. Anzitutto, la percentuale complessiva dei suicidi per i quali è stata messa in evidenza la presenza di disturbi psichici mostra una diminuzione, lieve per il primo periodo passando dal 63 al 61.8%, più significativa per il terzo periodo in cui si attesta al 45.7%. Tale diminuzione riguarda, anche se in modo discontinuo, entrambi i sessi, ma è più consistente per i maschi che crescono lievemente tra il primo e

secondo periodo (da 55.6% a 57.3%) e mostrano una diminuzione netta nel terzo periodo (37%). Nelle femmine resta invece costante una progressiva diminuzione (78.8 nel primo, 72.3 nel secondo e 68.9% nel terzo periodo). Rispetto all'età, si osserva una lieve tendenza all'abbassarsi dell'età media delle persone affette da disturbi psichici che commettono suicidio.

Rispetto alle categorie diagnostiche, appaiono fortemente in aumento, per entrambi i sessi, e soprattutto per i maschi, le percentuali delle persone affette da disturbi affettivi: dal 35.9 al 44.1 nel secondo periodo sino al 74.7% del terzo; si osserva che tale aumento riguarda prevalentemente il sesso maschile (30.4, 40.0 e 72.7% nell'ultimo). Per questa categoria compare una riduzione significativa dell'età media, soprattutto per i maschi: 58.5 del primo decennio contro 51.5 del secondo, e 47.3 del terzo periodo. Questi dati assumono grande rilievo in ordine alle possibilità di concrete azioni di prevenzione. Per quanto riguarda le psicosi, si osserva una diminuzione nel secondo periodo mentre nel terzo aumentano.

In diminuzione i disturbi organici, quasi assenti nell'ultimo periodo. Assente nel secondo e terzo periodo la categoria delle oligofrenie.

La dipendenza da sostanze (tab. 9B) è stata rilevata complessivamente in 66 casi, pari al 10.2% del totale; di questi, 52 sono maschi (11.5%) e 14 femmine (7.2%).

Da segnalare l'aumento, tra il primo e il secondo decennio e l'ultimo periodo, sia nei maschi (da 7.0 a 9.9, a 19.3%) che nelle femmine (da 3.0 a 8.4, a 19.1%).

La presenza di trattamento psichiatrico viene evidenziata nella tab. 10. Delle persone che hanno commesso suicidio nell'intero periodo considerato, in 283 casi, pari al 43.9%, risultano precedenti trattamenti psichiatrici. Rispetto al tipo di trattamento, nel 24.0% dei casi era fornita una assistenza di tipo generico esclusivamente dal medico di base. Il 25.8% dei soggetti era in carico ad un ambulatorio specialistico, il 13.8% aveva avuto un ricovero ed il 32.2% più di un ricovero. Ciò appare particolarmente significativo in ordine alla possibilità di articolare adeguate strategie preventive del suicidio.

Nella comparazione tra periodi, si osserva una consistente diminuzione della percentuale di persone in trattamento psichiatrico tra il primo e il secondo periodo (da 50.0% a 37.8%) e un aumento nel terzo (46.6%). Appare, inoltre, dapprima aumentato il numero di persone che ricevono solo l'assistenza di base, 23.1 versus 26.0%, che diminuisce nell'ultimo periodo a 22.7%. Risultano invariate nei primi due periodi le percentuali delle persone in carico ai servizi specialistici, che aumentano viceversa nell'ultimo periodo (20.2 versus 41.3%). Diminuiscono le persone con uno o più ricoveri.

Rispetto alla presenza di precedenti tentativi di suicidio, si osserva che in 103 soggetti del nostro campione era presente almeno un tentativo di suicidio. Di questi, 22

non ricevevano alcun tipo di trattamento medico, 8 erano trattati esclusivamente dal medico di base ed i rimanenti erano in carico ad un ambiente specialistico psichiatrico. Dei soggetti suicidi che non avevano mai effettuato alcun precedente tentativo (544), 339 erano in assenza di trattamenti di tipo psichiatrico e 202 ricevevano, invece, cure di tipo psichiatrico, prevalentemente farmacologiche, 60 dal proprio medico di base e i restanti in ambiente specialistico.

•

Masaryk, autore ancora nel 1881 di uno dei primi studi sul suicidio condotto con metodi statistici, attribuiva alle malattie mentali un terzo dei suicidi e confutava la tesi di Esquirol, secondo cui ogni suicida era da considerarsi alienato.

La questione, ancora aperta, è se l'uomo che si toglie la vita sia da considerarsi normale o anormale, sano o malato e se come causa del suicidio sia comunque presente una qualche anormalità psichica; se quindi l'atto del suicidio, in quanto tale, appartenga sempre alla sfera della psicopatologia.

Ringel, pur ammettendo l'esistenza di casi limite, dei quali peraltro solo una piccola parte si toglie la vita, ritiene che normalmente il suicidio sia la *"conclusione di un'evoluzione psichica di carattere morboso"* e che solo eccezionalmente il suicidio possa scaturire da una decisione libera del soggetto, in assenza di una componente patologica e conclude: *"è di importanza decisiva che il suicidio venga visto per quel che realmente è, una malattia"*. Anche Stengel sostiene che siano pochi i casi in cui non siano presenti fenomeni patologici.

Altri autori hanno, invece, sottolineato come esista un suicidio non patologico e come alla sua base si ponga uno svuotamento del senso, del significato della prospettiva e del contenuto della vita umana, che rende in molti casi possibile una scelta libera e razionale. Solo un terzo dei suicidi presenterebbe disturbi di tipo psichiatrico, mentre i rimanenti non possono essere inclusi in alcuna categoria diagnostica. Così, ad esempio, Sainsbury rileva la presenza di disturbi mentali nel 37% del suo campione cui aggiunge un 10% di casi incerti.

Appare evidente che in questa diversa visione del problema viene investito il concetto stesso di malattia, usato in maniera diversa e certamente per alcuni in modo allargato e per altri forse eccessivamente ristretto.

Nel lavoro di Somogyi che, come abbiamo ricordato, costituisce, almeno per il nostro paese il più autorevole punto di riferimento, la malattia mentale viene indicata come uno dei possibili motivi di suicidio. Il dato relativo mostra un progressivo incremento con percentuali attorno al 25% della totalità dei suicidi nell'800, sino ad arrivare al di sopra del 40 nella prima metà del '900. Inoltre, nel periodo 1958-1962 la percentuale sale al 51.2%. Per tale

ultimo periodo l'autore presenta una classificazione analitica delle concause di morte relativa a malattie fisiche e psichiche. In questa, le psicosi rappresentano il 43.54% dei casi, le psiconevrosi il 17.34%, le lesioni vascolari il 6.74%, le turbe del carattere il 5.98%, l'epilessia il 1.11%. Somogyi avverte che in questi dati la reale incidenza delle turbe psichiche sarebbe sovrastimata, e ciò dipenderebbe soprattutto dalle spinte morali e sociali a giustificare come "gesto insano" l'origine dell'atto suicidario.

Il movente "malattia mentale" è stato indagato dalla Luzzago, che lo trova nel 41.8% del totale dei casi di suicidio. La patologia prevalente è quella depressiva: 23.6% per la depressione endogena e l'11.8% per quella reattiva. Seguono gli stati d'ansia, con il 14.5%, le psicosi schizofreniche con il 10.4% e le psicosindromi organiche; tra queste, quelle senili rappresentano il 4.5% dei casi e quelle alcoliche il 3.7%. Alta, 31.5%, la percentuale dei soggetti per i quali, malgrado fossero in corso trattamenti psichiatrici, non si era potuta stabilire la diagnosi formulata. Inoltre, solo il 79.3%, dei soggetti che avevano avuto come movente riconosciuto del suicidio la malattia mentale riceveva cure psichiatriche. Familiarità psichiatrica emergeva nell'1.8% e familiarità suicidaria nell'1.7% dei casi. A proposito della familiarità va notato che oggi si ritiene che il ripetersi di suicidi nella stessa famiglia non sia determinato da cause ereditarie e disposizioni innate, ma solo da condizioni ambientali; in causa sarebbero schemi patogeni di soluzione dei conflitti, carenza affettiva nelle relazioni interpersonali, sentimento negativo della vita, aspetto suggestivo dell'azione suicida. Nel campione della Luzzago l'alcolismo è presente nel 4.4%, mentre la percentuale di tossicodipendenti appare, in quel periodo, trascurabile. Bassa ancora, 2.13, la percentuale dei soggetti che avevano precedentemente messo in atto tentativi autosoppressivi con esito negativo per la inadeguatezza del mezzo o per ragioni del tutto fortuite.

Fornari, in una ricerca nella città e provincia di Modena, riporta per i casi di suicidio che avevano precedentemente fruito di assistenza psichiatrica una percentuale del 46.6, del totale. Le patologie diagnosticate sono la depressione endogena con il 41.1%, quella nevrotica con il 15.3%, le psicosindromi organiche (senili, epilettiche ed alcoliche) con il 18.3%, quindi le sindromi dissociative con il 13.9% e le nevrosi con il 5.2%.

De Vanna e collaboratori trovano la presenza di precedenti psichiatrici nel 40.4% dei casi, soprattutto tra le donne. La quota più consistente è rappresentata dai disturbi depressivi con il 48.7%. Di questi una quota importante sarebbe da addebitarsi a depressioni secondarie a malattie organiche e, a tal proposito, gli autori notano che il fatto che tali forme occupino un posto di rilievo nella casistica dovrebbe indurre a non sottovalutare il rischio suicidario nei pazienti affetti da malattie organiche. Seguono le depressioni reattive con il 15%, l'alcolismo con il 10.6%, (problemi alcool-correlati sarebbero, invece, presenti nel

Tabella 9. Suicidio e presenza di disturbi psichici - valori assoluti, percentuali e età media -

Disturbi psichici	1975-2000 (26 anni)									1975-1984 (10 anni)								
	Valori assoluti			Valori percentuali			Età media			Valori assoluti			Valori percentuali			Età media		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
assenza di disturbi	220	51	271	48,6	26,3	41,9	58,9	56,5	58,5	63	14	77	44,4	21,2	37,0	61,5	52,1	59,8
presenza di disturbi	233	143	376	51,4	73,7	58,1	54,8	60,1	56,8	79	52	131	55,6	78,8	63,0	58,7	61,1	59,6
disturbi d'ansia	13	8	21	5,6	5,6	5,6	44,0	46,4	44,9	5	2	7	6,3	3,8	5,3	54,8	38,5	50,1
distimie	100	78	178	42,9	54,5	47,3	51,8	58,7	54,8	24	23	47	30,4	44,2	35,9	58,5	58,1	58,3
psicosi	13	9	22	5,6	6,3	5,9	39,5	45,4	41,9	6	5	11	7,6	9,6	8,4	42,8	44,6	43,6
oligofrenie	4	2	6	1,7	1,4	1,6	53,0	65,0	57,0	4	2	6	5,1	3,8	4,6	53,0	65,0	57,0
demenza/disturbi org.	56	29	85	24,0	20,3	22,6	71,9	74,1	72,6	30	18	48	38,0	34,6	36,6	67,8	72,7	69,6
altro	47	17	64	20,2	11,9	17,0	48,4	56,0	50,1	10	2	12	12,7	3,8	9,2	45,5	50,0	46,3
<b>Totale</b>	<b>453</b>	<b>194</b>	<b>647</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>56,7</b>	<b>59,1</b>	<b>57,5</b>	<b>142</b>	<b>66</b>	<b>208</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>59,9</b>	<b>59,2</b>	<b>59,7</b>

Disturbi psichici	1985-1994 (10 anni)									1995-2000 (6 anni)								
	Valori assoluti			Valori percentuali			Età media			Valori assoluti			Valori percentuali			Età media		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
assenza di disturbi	82	23	105	42,7	27,7	38,2	55,8	57,1	56,1	75	14	89	63,0	31,1	54,3	59,9	60,0	59,9
presenza di disturbi	110	60	170	57,3	72,3	61,8	55,8	59,2	57,0	44	31	75	37,0	68,9	45,7	45,1	59,9	51,3
disturbi d'ansia	1	2	3	0,9	3,3	1,8	39,0	48,0	45,0	7	4	11	15,9	12,9	14,7	37,0	49,5	41,6
distimie	44	31	75	40,0	51,7	44,1	51,5	56,4	53,5	32	24	56	72,7	77,4	74,7	47,3	62,1	53,7
psicosi	4	2	6	3,6	3,3	3,5	34,8	53,0	40,8	3	2	5	6,8	6,5	6,7	39,0	40,0	39,4
oligofrenie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
demenza/disturbi org.	25	10	35	22,7	16,7	20,6	76,8	74,9	76,3	1	1	2	2,3	3,2	2,7	64,0	90,0	77,0
altro	36	15	51	32,7	25,0	30,0	49,7	56,8	51,4	1	-	1	2,3	-	1,3	29,0	-	29,0
<b>Totale</b>	<b>192</b>	<b>83</b>	<b>275</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>55,8</b>	<b>58,6</b>	<b>56,7</b>	<b>119</b>	<b>45</b>	<b>164</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>54,4</b>	<b>60,0</b>	<b>55,9</b>

Tabella 9B. Suicidio e dipendenza da sostanze - valori assoluti e percentuali -

Disturbi psichici	Valori assoluti			Valori percentuali su totale campione nei periodi		
	M	F	T	M	F	T
1975-1984 (10 anni)	10	2	12	7,0	3,0	5,8
1985-1994 (10 anni)	19	7	26	9,9	8,4	9,5
1995-2000 (6 anni)	23	5	28	19,3	11,1	17,1
<b>Totale (26 anni)</b>	<b>52</b>	<b>14</b>	<b>66</b>	<b>11,5</b>	<b>7,2</b>	<b>10,2</b>

Tabella 10 Suicidio e trattamento psichiatrico - valori assoluti, percentuali e età media -

Trattamento psichiatrico	1975-2000 (26 anni)									1975-1984 (10 anni)								
	Valori assoluti			Valori percentuali			Età media			Valori assoluti			Valori percentuali			Età media		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
assenza di trattamento	282	79	361	62,7	40,7	56,1	59,6	60,9	59,9	83	21	104	58,5	31,8	50,0	61,7	62,2	62,0
presenza di trattamento	168	115	283	37,3	59,3	43,9	52,0	57,9	54,4	59	45	104	41,5	68,2	50,0	57,4	57,8	58,0
medico di base	42	26	68	25,0	22,6	24,0	56,8	63,7	59,4	16	8	24	27,1	17,8	23,1	62,2	70,6	65,0
ambulatoriale specialistico	42	31	73	25,0	27,0	25,8	48,7	57,6	52,5	10	11	21	16,9	24,4	20,2	52,9	58,6	55,9
con almeno un ricovero	27	12	39	16,1	10,4	13,8	48,7	54,2	50,4	9	6	15	15,3	13,3	14,4	53,4	55,7	54,3
con più ricoveri	50	41	91	29,8	35,7	32,2	52,8	55,6	54,1	21	20	41	35,6	44,4	39,4	58,4	52,8	55,6
ospedale psichiatrico	7	5	12	4,2	4,3	4,2	49,6	57,4	52,8	3	-	3	5,1	-	2,9	52,3	-	52,3
n.d.	3	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Totale</b>	<b>453</b>	<b>194</b>	<b>647</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>56,7</b>	<b>59,1</b>	<b>57,5</b>	<b>142</b>	<b>66</b>	<b>208</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>59,9</b>	<b>59,2</b>	<b>59,7</b>

Trattamento psichiatrico	1985-1994 (10 anni)									1995-2000 (6 anni)								
	Valori assoluti			Valori percentuali			Età media			Valori assoluti			Valori percentuali			Età media		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
assenza di trattamento	128	43	171	66,7	51,8	62,2	57,8	61,0	59,0	71	15	86	61,2	33,3	53,4	60,2	58,7	59,9
presenza di trattamento	64	40	104	33,3	48,2	37,8	51,9	56,1	54,0	45	30	75	38,8	66,7	46,6	44,9	60,6	51,2
medico di base	16	11	27	25,0	27,5	26,0	58,5	55,5	57,3	10	7	17	22,2	23,3	22,7	45,3	68,9	55,0
ambulatoriale specialistico	13	8	21	20,3	20,0	20,2	52,2	59,6	55,0	19	12	31	42,2	40,0	41,3	44,1	55,3	48,4
con almeno un ricovero	11	1	12	17,2	2,5	11,5	49,6	29,0	47,9	7	5	12	15,6	16,7	16,0	41,1	57,4	47,9
con più ricoveri	22	16	38	34,4	40,0	36,5	49,2	56,8	52,4	7	5	12	15,6	16,7	16,0	47,3	63,4	54,0
ospedale psichiatrico	2	4	6	3,1	10,0	5,8	40,0	54,5	49,7	2	1	3	4,4	3,3	4,0	55,0	69,0	59,7
n.d.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	3	-	-	-	-	-	-
<b>Totale</b>	<b>192</b>	<b>83</b>	<b>275</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>55,8</b>	<b>58,6</b>	<b>56,7</b>	<b>119</b>	<b>45</b>	<b>164</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>54,5</b>	<b>60,0</b>	<b>55,9</b>

14.2% del campione totale), le psicosi senili con l'8%, quindi le schizofrenie con il 6.5%, e le psicopatie con il 5.2%. La presenza di precedenti tentativi di suicidio è riferita nel 20.5% dei casi.

Lo studio di Bellini indica nel 12.53% dei casi la malattia mentale come fattore precipitante il suicidio. Le forme più spesso implicate sono i disturbi affettivi (22.49%). Seguono le psicosi organiche con l'8.88% e le nevrosi con il 5.33%, la schizofrenia con il 4.73%, e la tossicosi ancora con il 4.73%. Precedenti ricoveri psichiatrici sono presenti nel 23.7% dei soggetti, e un precedente tentativo di suicidio era stato messo in atto nell'11.84% dei casi. Rispetto a precedenti patologici nei familiari, diagnosi psichiatriche sono rilevate nel 5.32% dei casi e familiarità suicidaria nel 3.55%.

Bucca e Menichini, in uno studio su Genova e provincia riguardante gli anni 1974-1987, hanno trovato la presenza di precedenti psicopatologici nel 37.3% dei casi, con un diverso comportamento tra i sessi, 46.5% tra le donne e 32.9% negli uomini. Le percentuali relative sono: 51.3% di disturbi depressivi, 7.5% di disturbi dissociativi, 5.7% di tossicofilie e 4.6% di sindromi psicorganiche. Alta in questo campione la frequenza di disturbi non chiaramente inquadrabili, 30.9%. A proposito della frequenza dei precedenti psicopatologici, questi Autori li ritengono generalmente sottostimati e, attraverso un approfondimento che riguarda però un solo anno, eseguito presso l'Ufficio Istruzione del Tribunale, riportano quella che a loro avviso sarebbe una percentuale più aderente alla realtà del fenomeno, 70.1%. Riferiamo per inciso che l'ISTAT, per lo stesso anno, riporta un dato del 38.4%.

Tutte le statistiche indicano che il tasso di suicidi è più elevato nei portatori di disturbi psichici rispetto alla popolazione generale e la presenza di disordini affettivi maggiori comparirebbe in almeno un terzo della totalità dei suicidi. La percentuale degli schizofrenici, invece, sarebbe compresa fra il 2 e l'12%, mentre nella schizofrenia, complicata da connotazioni depressive, il rischio di suicidio sarebbe analogo a quello dei disturbi depressivi. Stengel ha anche trovato una correlazione positiva tra alcolismo e suicidio. Negli alcolisti cronici il rischio di suicidio è elevato e nella totalità dei suicidi la patologia da alcool arriverebbe fino al 25%.

Va ricordato che le statistiche indicano solo una maggiore frequenza del fenomeno in un campione della popolazione piuttosto che in un altro, ma ciò non autorizza a definire la variabile malattia mentale come fattore causale. In altre parole, l'esperienza, che evidenzia l'esistenza di correlazioni statisticamente significative tra patologia mentale e suicidio, non consente sempre una visione patologistica dell'atto suicidario. Vi sono casi in cui il quadro clinico può, senza dubbio, essere identificato come il principale fattore scatenante il gesto. Così, ad esempio, nella depressione, la patologia che fornisce la più alta quota statistica di eventi autolesivi, in cui la disperazione, il

bisogno di punizione collegato alle idee deliranti di colpa e di persecuzione, portano all'abbassamento dell'istinto di sopravvivenza e possono spingere direttamente al suicidio. Ma anche in questo caso i sintomi stessi della depressione non possono essere considerati meccanismi motivanti l'atto, tanto è vero che solo una quota di depressi si suicida, e non la maggiore. A proposito del suicidio nel depresso ricordiamo che, contrariamente a quanto comunemente si ritiene, il momento più pericoloso della malattia depressiva non è quello di maggior acuzie in cui l'inibizione psicomotoria costituisce un freno al passaggio all'atto, bensì quello dell'instaurarsi e del regredire dei sintomi, delle forme larvate o atipiche e della parziale risoluzione dei sintomi.

Anche delirio e allucinazioni possono indurre gesti suicidari, e il senso di disgregazione dell'io, caratteristico delle forme psicotiche incipienti, può suscitare un pesante stato di angoscia tale da spingere al suicidio. Allo stesso modo possono agire le idee persecutorie nelle psicosi paranoide, quando il malato intravede nel suicidio l'unica possibilità di liberazione.

Meno frequente sarebbe il suicidio nelle nevrosi e, dai più, viene ritenuto che tanto più questa è strutturata attraverso sintomi stabilizzati, tanto minore è il rischio. In queste condizioni l'autolesività nevrotica tende a manifestarsi in forme mascherate attraverso atti mancati, attività rischiose, propensione agli infortuni. Nelle nevrosi prevalgono, naturalmente, i tentativi di suicidio.

Un cenno meritano i disturbi di personalità, nei quali particolarmente compromesso è il funzionamento relazionale e sociale, con gravi problemi di adattamento e scarsa capacità di elaborare situazioni di stress e che rappresentano una categoria in cui il rischio autoaggressivo, spesso con il carattere dell'impulsività e della teatralità, oltre a quello eterodiretto, sarebbe assai più elevato di quanto non risulti dalle statistiche. Si tratta, infatti, di persone che raramente giungono all'osservazione dei Servizi prima del comportamento anormale, ma anche dopo vi è spesso il rischio di una sottovalutazione della realtà e gravità dell'atto, in quanto lo scompenso è di tipo transitorio e reversibile. De Fazio osserva che in questi soggetti, che presentano suggestibilità e grande attitudine proiettiva, sono presenti forti pulsioni aggressive indifferentemente auto ed eterodirette ed è facile il passaggio all'atto. Essi sarebbero spesso responsabili di quelle situazioni di omicidio-suicidio in cui risulta difficile la comprensione della dinamica degli eventi. Ma anche nel malato mentale il suicidio può trovare momenti motivazionali nella componente sana della personalità. Così, nella schizofrenia il suicidio può avvenire in momenti di remissione sintomatologica, quando acutamente e lucidamente viene avvertita la propria diversità, l'incertezza del proprio futuro ed il rifiuto dell'ambiente e delle persone significative. In questi casi, quindi, è il recupero della propria "coscienza di malattia" ad essere in causa nel precipitare l'evento autolesivo.

In conclusione, non c'è una costellazione psicopatologica specifica del suicida, e il rischio del suicidio, come del resto quello dei comportamenti eteroaggressivi, non è sempre direttamente correlabile alla presenza di disturbi mentali. Per questo molti considerano poco illuminante e fonte di equivoci una classificazione che contempra la "malattia mentale" come causa diretta del suicidio.

Inoltre, il maggior rischio di suicidio nei malati mentali non fornisce elementi esplicativi circa i meccanismi in base ai quali una patologia mentale evolve verso il suicidio, meccanismi non sempre presenti, dato che il suicidio non è un epifenomeno obbligato della malattia stessa. La lezione psicoanalitica ci dice, invece, che le motivazioni psichiche profonde alla base del suicidio sono assai spesso le stesse sia nel malato mentale che nell'individuo sano.

L'atto suicidario, prima che in relazione alla malattia, va interpretato in rapporto alla preesistente personalità di base, all'orientamento culturale, alla situazione esistenziale ed al grado di integrazione del soggetto. Jaspers, dopo aver sottolineato che i suicidi dei pazienti psichiatrici non sono percentualmente i più numerosi, affermava che la malattia non ci esonera dall'analisi dei motivi, poiché *"il suicidio non è conseguenza di quella come la febbre dell'infezione"*. È probabile che molti suicidi che non sono espressione di patologia mentale, vengano arbitrariamente ascritti ad essa in quanto è l'atto suicidario stesso che connota e qualifica in senso patologico il soggetto che l'ha compiuto, ed il tentativo di relegare a tutti i costi il suicidio tra i fenomeni abnormi venga attuato per sottolinearne la sostanziale inaccettabilità e la sua estraneità al comune modo di sentire.

Non appare quindi improbabile che nell'interpretazione del fenomeno suicidario vi sia un eccessivo utilizzo delle categorie psichiatriche, risultato di una eccessiva medicalizzazione di questo come di altri comportamenti sociali.

## CONCLUSIONI

Lo studio del suicidio ha avuto per lo più approcci settoriali e trattazioni unilaterali e convenzionali e, nello studio scientifico sulle cause ed origini del suicidio si è accumulata una grande quantità di indagini, ricerche, analisi con impostazioni e conclusioni diverse, fondate su approcci altrettanto diversi. Proprio sulla dicotomia individuo-società è stata maggiore la polemica, cioè sulla definizione del suicidio e sulla individuazione delle cause prevalentemente come individuali o sociali. La prima spiegazione di carattere scientifico è stata, in ordine di tempo, quella psichiatrica (tesi alienistica). La tesi fondamentale di Esquirol era che il suicidio è sempre l'effetto e la conseguenza di uno stato mentale di alienazione *"l'uomo non attenda ai suoi giorni se non quando è nel delirio, i suicidi sono alienati"*.

La ricerca psichiatrica si indirizzò quindi a tentare (infruttuosamente) di individuare fattori costituzionali, tare ereditarie o lesioni del sistema nervoso centrale che potessero essere causa di suicidio, e Delmas, negli anni trenta, sostenne fortemente tale tesi ancor oggi non completamente abbandonata.

La tesi sociologica parte dal presupposto che, seppure il suicidio sia l'azione più personale che un individuo possa compiere, i rapporti sociali hanno un ruolo determinante nella sua genesi. Il modello sociologico inizia con Durkheim alla fine dell'800. A lui si deve l'impostazione sociologica più comprensiva e sistematica, oltre il merito di avere introdotto l'uso di procedimenti statistici nell'ambito delle scienze sociali.

Schematicamente Durkheim individua tre tipi di suicidio: egoistico, in cui l'io individuale prevale sull'io sociale e il soggetto non è adeguatamente integrato nella società. Altruistico, in cui prevale il fatto sociale sull'individualità, ed è, al contrario del primo, più caratteristico delle società meno strutturate. Il soggetto è talmente coeso al gruppo che ne accoglie integralmente scopi e finalità. Anomico, tipico dei momenti di grave tensione sociale, delle grandi crisi con disgregazione e trasformazione dei valori. In queste situazioni i fattori individuali rappresentano semplici occasioni. Il soggetto è protagonista e vittima di un improvviso mutamento sociale, il suo mondo è distrutto ed egli si uccide. La causa è da individuarsi pertanto in crisi e turbamenti collettivi. Ma la tesi centrale di Durkheim è che gli uomini saranno sempre frustrati se esigono continuamente cose che non è possibile ottenere, e questo perché nell'uomo i bisogni non dipendono solo dal corpo ma sono culturalizzati. Il limite ai bisogni deve venire da una forza estrinseca all'uomo, da una potenza morale che può risiedere solo nella società, nelle sue espressioni istituzionali e culturali. Quando una società diviene incapace di esercitare tale azione, il suicidio aumenta. Riecheggiano qui le moderne acquisizioni in tema di teoria dei bisogni oltre le tematiche del desiderio e della frustrazione.

La terza chiave di lettura del fenomeno suicidario è quella psicologica che avanza precise critiche sia verso l'ipotesi sociologica cui viene rimproverato di analizzare l'atto suicidario ma non il suicida, sia verso l'interpretazione psichiatrica che, in maniera riduttiva, pone come centro della sua indagine la malattia responsabile del sintomo suicidio, e non "la persona" del suicida. Le interpretazioni precedenti non avevano tenuto conto delle determinanti individuali del suicidio, ed era evidente che la lezione sociologica non può essere sostenuta rigidamente alla luce della semplice considerazione che non è in grado di spiegare perché una persona arriva ad uccidersi, mentre un'altra, in analoghe o peggiori condizioni di vita, trovi motivi per continuare a vivere. Le condizioni ambientali quindi ed i modelli del gruppo possono sicuramente rappresentare fattori favorevoli al suicidio, ma questo resta

fondamentalmente un problema di reazioni personali. L'impulso suicidario parte dall'individuo, non dal suo ambiente, e rappresenta l'atto finale di un dramma complesso, la risposta terminale della persona considerata nel complesso dei suoi bisogni e desideri, nei suoi rapporti col mondo, ed anche nei suoi aspetti costituzionali. I fatti esterni possono far precipitare la situazione, ma gli impulsi che sono alla base del suicidio giacciono nel profondo della personalità individuale. Così ancora nel 1946, scriveva Deshaies *"la spiegazione centrale del suicidio appartiene alla psicologia.... quale dunque il significato del suicidio? Anzitutto ha un significato psicologico, è un atto di psicologia totale"*. Deshaies, secondo una scala ascendente dall'atto apparentemente meno psichico a quello più intellettualizzato, distingue quattro forme del comportamento suicidario: forma automatica, i cui sottotipi sono incosciente (colui che commette il gesto senza coscienza di ciò che fa e lo fa senza volerlo, come ad esempio negli epilettici), cosciente, in cui la condotta si realizza sotto la coscienza del soggetto ma senza che vi partecipi la volontà, o malgrado una resistenza della volontà (è chiamata in causa ancora l'epilessia, gli stati ossessivi, il delirio allucinatorio, mentre l'isteria che presenta tratti analoghi non sbocca per lo più nella realizzazione del gesto). Forma emotiva, in cui è una intensa reazione emozionale a condizionare il suicidio (viene chiamata in causa l'euforia o la depressione, la paura, la collera). Forma passionale, qui l'atto suicida si inserisce nella condotta passionale ed è il risultato della logica interna della passione contrastata (passione è in psicologia una emozione prolungata e intellettualizzata che rappresenta un processo affettivo organizzato, a tema definito, e di orientamento preciso). In questi casi il suicidio rappresenta una modalità di risoluzione del conflitto affettivo soggetto-oggetto. Forma razionale, presenta il grado più intellettualizzato del fenomeno, è *"l'atto lucido, ragionato e ragionevole, per il soggetto e gli altri, espressione adeguata ad una data situazione, compresa tal quale realmente è"* (Deshaies). Tale forma sottintende una precisa concezione dell'esistenza, attesta la volontà intelligente dell'uomo che vede lucidamente la situazione e prevede l'evento al quale rifiuta di sottomettersi, e sceglie la morte come un male minore. A questa forma appartengono: il suicidio imposto, il suicidio filosofico, la malattia fisica che provoca, abbastanza di frequente, una reazione suicidaria di forma razionale.

Allo psichiatra Reda si deve una interessante integrazione fra le diverse tesi. Egli infatti introduce il concetto di libertà nella scelta come elemento determinante la "qualità del suicidio". A seconda del grado di libertà che l'atto esprime i suicidi vengono classificati in:

Suicidi psicotici: gran parte dei gesti suicidari sono da attribuire alla malattia mentale, in primo luogo alla depressione, che ha alta diffusione e rischio suicidario mille volte maggiore rispetto alla popolazione generale. È la forma che meglio riusciamo a comprendere nelle sue

motivazioni: pessimismo, senso di colpa, bisogno di espiazione, sofferenza morale, perdita di interessi, senso di inutilità, assenza di speranza; sono elementi che ciascuno di noi, anche se in forma minore, ha sperimentato. Peraltro, argomentazioni simili si trovano nei suicidi razionali e filosofici. Anche nelle schizofrenie il rischio suicidario è elevato, specialmente nelle fasi iniziali di smarrimento, quando il paziente mantiene la coscienza di essere trascinato inesorabilmente in una realtà trasformante e terrificante, oppure sotto l'ingunzione allucinatoria delle voci, con lo scopo di liberarsi da una condizione che provoca intensa sofferenza. Nel delirio, questa fantasia viene espressa con idee di rovina e di distruzione universale: distruggendo se stesso egli distrugge il mondo, dato che non riesce a definire i propri confini e a distinguere ciò che è percepito da colui che percepisce.

Nel delirio persecutorio il suicidio ha lo scopo di fuggire ai fantasmi persecutori che, da punto di vista psicodinamico, rappresentano oggetti di primitivo amore omosessuale e in questo caso, il suicidio viene interpretato come un tentativo di fuggire da impulsi vietati. Il suicidio è frequente negli stati confusionali, in cui vi è restringimento del campo di coscienza o anche nella demenza senile, soprattutto nelle fasi iniziali, quando la persona si rende conto che le sue capacità intellettive sono avviate ad un inesorabile declino.

Suicidi nevrotici: nella nevrosi i suicidi sono più rari, mentre sono frequenti i tentati suicidi. Nelle depressioni nevrotiche e nella nevrosi ossessiva il paziente, sempre più assediato dalla propria patologia, può cercare nel suicidio la fuga in un nulla senza sofferenza. Nella nevrosi ipocondriaca, il paziente che non trova giustificazione alle proprie sofferenze, nè comprensione da familiari e dai medici consultati, pensa di uccidere il male che è in lui uccidendosi. Nell'isteria l'oggetto attraente ma proibito da cui l'isterico cerca di staccarsi è assai spesso di natura incestuosa. Così il desiderio di distacco dall'oggetto proibito e la grande situazione di ambivalenza possono condurre a una situazione talmente grave da portare al suicidio.

Psicopatie: in queste situazioni non chiaramente caratterizzate da malattia compaiono frequentemente condotte antisociali o impulsive o irrazionali. In questi soggetti si hanno spesso problemi di carenza e di identificazione parentale, situazioni familiari perturbate, esperienze adolescenziali negative, tossicomania, precoci problemi giudiziari. Qui il gesto suicidario è per lo più da intendersi come impropriamente reattivo a problemi esistenziali, estremo tentativo di affermazione e ricerca di ruolo e identità in una situazione di complessiva ostilità e rifiuto. Nel gesto suicidario di questi soggetti manca spesso una cosciente finalità di autoestinzione, ma appare invece come fuga da una situazione divenuta intollerabile, ed il gesto è talvolta paradossalmente sostenuto da sconcertanti fantasie di onnipotenza in cui l'individuo si ritiene in grado

di abbattere la barriera tra la vita e la morte. Altre volte il gesto assume il significato di impotente rimprovero all'ambiente o di appello ad altri con finalità ricattatorie. In tutti questi casi quindi il gesto non esprime una finalità cosciente, ma solo una morbosa visione della morte non chiaramente compresa nella sua realtà. Manca la capacità di adattamento sociale in situazioni che nel loro evolversi, in una sempre più ridotta presenza di valori, travolgono chi non ha solidi pilastri su cui poggiare la propria esistenza.

Tutte le categorie sopra riportate sono pertanto riferibili a fenomeni psicopatologici, in essi il margine di libertà che ha il soggetto nella scelta tra il morire e il continuare a vivere appare poco significativo, mentre il margine di scelta è assai più ampio nelle due ultime categorie identificate da Reda nei suicidi eroici, etici, sacrificali. Il monaco buddista, il kamikaze, l'eroe che si immola in battaglia o per un ideale di libertà rientrano anche tra i suicidi egoistici e quelli altruistici secondo Durkheim. Ma anche in questo caso il condizionamento morale, etico, sociale e religioso appare assai forte, tale da non lasciare uno spazio completo alla libertà di scelta. Così pertanto i suicidi filosofici sarebbero gli unici in cui esiste una completa libertà di scelta. Si tratta di coloro che coscientemente arrivano alla conclusione che vivere altro non è se non una inutile ed assurda "fatica di Sisifo". La storia offre una lunga serie di esempi da Seneca, il più illustre suicida tra gli stoici, a Pavese, che nel diario annota *"non manca mai a nessuno una buona ragione per uccidersi"*. Del morire come scelta Camus coglie più degli altri l'aspetto psicoantropologico *"morire volontariamente presuppone che si sia riconosciuto anche istintivamente il carattere inconsistente di tale abitudine, la mancanza di ogni profonda ragione di vivere, l'indole insensata di questa quotidiana agitazione e l'inutilità della sofferenza.... in un universo subitaneamente spogliato di illusioni e di luce, l'uomo si sente un estraneo e tale esilio è senza rimedio, perché privato dei ricordi di una patria perduta e senza speranza. Questo divorzio tra l'uomo e la sua vita è propriamente il senso dell'assurdo. La sua assurdità, l'assurdità della vita, esige dunque che la si sfugga con la speranza o con il suicidio"*.

Per Reda è questo il solo suicidio vero, dove l'uomo, per convinzione, prende la morte e non è per malattia o costrizione etica, morale o sociale preso dalla morte. È il suicidio di chi ha visto l'inutilità dei propri sforzi nel far valere idee di arte o di pensiero, o di chi, perduti gli affetti e gli ideali, non sa più trovare espressioni d'amore, di partecipazione, di collaborazione; oppure di chi non può accettare corruzione, ingiustizia, nefandezze, violenze dell'epoca in cui vive o di chi vede delusa ogni aspettativa a lungo perseguita o di chi, per autentica convinzione filosofica raggiunta, pensa che effettivamente e razionalmente la vita non valga la pena di essere vissuta. Ma è da intendersi che, in realtà, nessun suicidio sia completamente libero da contraddizioni, cioè completamente sprovvisto da impulsi a vivere. Anche in

questi casi estremi questi impulsi sono presenti, anche se si oppongono debolmente e senza effetto alle forze destruenti. Molti dei cosiddetti suicidi normali, se esaminati dettagliatamente, possono rivelare che si tratta di persone che hanno reagito alle avversità in modo tumultuosamente depressivo.

La conclusione di Reda è che il suicidio è un problema antropologico multidimensionale che può essere descritto attraverso modelli diversi: psichiatrico, psicologico, sociologico, filosofico. Esso è influenzato dalla cultura e da fatti sociali che formano il tessuto connettivo entro il quale il suicida si esprime, limitando così, se non la piena libertà, l'autenticità della scelta.

Ancora oggi, il comportamento suicidale è, per alcuni, un fatto di interesse esclusivamente psichiatrico, per altri, un fenomeno puramente psicologico, altri ancora ne sottolineano il solo aspetto sociologico. Eppure, progressivamente chiariti i limiti e le contraddizioni delle diverse teorie, appare accertato che, per la sua complessità, il problema non può essere demandato ad un approccio disciplinare esclusivo, e l'analisi del fenomeno deve tendere a superare la dicotomia individuo-società, peccato originale di tanti studi di impronta esclusivamente medica o sociologica.

Mentre già Blondel auspicava che sociologia e psichiatria rinunciassero ad una disputa sterile per aiutarsi vicendevolmente a risolvere i problemi connessi al suicidio, ancor oggi, accade che queste tesi affrontino le cause del suicidio dai due opposti vertici e lo considerino o tutto interno alla persona o tutto dovuto all'ambiente. Appare invece evidente che, all'interno di una inevitabile interazione, i fattori individuali ed ambientali assumono di volta in volta un diverso significato che è possibile valutare esclusivamente sul singolo caso.

A proposito del diverso peso delle due categorie di fattori, Franchini, classificando schematicamente i suicidi in alienati, psicopatici e normali, scrive che mentre negli alienati i fattori sociali assumono scarso rilievo e dominano quelli individuali patologici, nelle personalità psicopatiche, invece, è notevole l'incidenza di fattori sociali ed ambientali, anche se questi soggetti tendono ad amplificare i motivi ambientali e i fattori suicidogeni che sono facilmente dominabili dalle personalità armoniche. Nei soggetti normali infine, per molti dei quali Franchini sostiene la presenza di una particolare labilità emotiva, è massima l'influenza dei fattori ambientali e l'atto talora sfuma verso il suicidio filosofico o sacrificale o eroico, dove i motivi causali assumono significati tali da essere compresi, accettati e spesso considerati dalla maggior parte delle persone non solo validi, ma anche addirittura positivi ai fini dell'etica sociale.

Per altro verso, in tema di movente suicidario, spesso le motivazioni non appaiono proporzionate alla gravità dell'atto. Infatti, le stesse cause che conducono al suicidio determinati soggetti, nella maggioranza dei casi, per

l'assenza di analoghe condizioni psichiche, non portano alle stesse fatali conseguenze. Vorremmo a tal proposito ricordare una frase di Schopenhauer che rimanda al significato strettamente individuale del gesto autoaggressivo: *“nessun dolore è tanto grande per poter spingere un uomo al suicidio né tanto piccolo per non averlo già spinto”*.

Benché atto tipicamente individuale, partendo dall'affermazione di Durkheim che *“ogni società ha, in ogni momento della sua storia, un'attitudine definita per il suicidio”*, l'atto autoaggressivo è stato anche considerato un indicatore del malessere di una società, un fenomeno da analizzare, comprendere e spiegare non solo in termini di storia personale, ma anche in relazione a molteplici variabili di natura sociale, le quali trovano il loro fondamento nella vita di gruppo cui l'individuo appartiene e nei rapporti interpersonali, socio-ambientali, politici, economici e culturali che possono di volta in volta assumere il valore di fattori causali. Il suicidio non può essere, pertanto, pienamente compreso se considerato come un fenomeno privo di relazione con gli avvenimenti della vita collettiva, e per studiarlo adeguatamente occorre rifarsi alla fitta rete di correlazioni e significati cui questi elementi rimandano. Per questi motivi il movimento dei tassi di suicidio rappresenta un sensibile indicatore dei movimenti della struttura sociale e di certe sue forme di patologia che devono richiamare l'attenzione per adeguati interventi di profilassi sociale. A questo scopo, risulta più utile indagare nel tempo realtà limitate, al fine di cogliere costanti e variazioni, nonché l'emergere di quelle improvvise correnti suicidogene che, colpendo con diversa intensità determinate aree del sociale, ne rivelano il malessere e restituiscono tutto il senso che, in particolari contesti, il suicidio viene ad assumere.

L'aumento del suicidio nelle società più ricche ed evolute dimostra che tecnologia e benessere non solo non risolvono, ma tendono ad aggravare il problema e, superata una concezione colpevolista che giudicava il suicidio come diserzione da obblighi morali e religiosi, oggi è la società che viene chiamata in causa perché non sa umanizzare l'esistenza ed eliminare i motivi che conducono al tragico gesto.

Se motivo immediato del suicidio appare la disperazione, e questa è l'indice dello svuotamento del senso della vita, a quale livello ricercare l'intima essenza del fenomeno suicidario? Ciò che sembra accomunare sia i vissuti psicopatologici che le situazioni esistenziali in cui l'atto matura è l'intollerabile sentimento di solitudine e l'impossibilità di comunicare, elementi caratterizzanti l'epoca del post-moderno. Ma, così inteso, allora la questione si connota ancor più nel senso del collettivo ed il suicidio si pone come tentativo estremo di recupero di una capacità comunicativa che il soggetto avverte di avere perduto, un tentativo di ricomposizione della frattura esistente fra sé e il mondo. Questa modalità della morte riporta, infatti, il dramma privato dell'individuo e la sua

stessa esistenza ad una dimensione sociale collettiva che il soggetto ritiene di aver perduto, e in tale recupero egli è riportato al centro della comunicazione pubblica e simbolicamente ritrova e riafferma la propria identità umana e sociale.

Per tutto questo, abbiamo inteso dare a questa ricerca il senso di una riflessione multidisciplinare nella convinzione che ai fini di una profilassi sociale del fenomeno esso debba essere valutato dal punto di vista individuale e sociale, psicologico e morale, oggettivo e soggettivo, religioso e laico. A complemento di queste considerazioni, l'uso del metodo statistico si pone come lo strumento indispensabile per indicare tendenze generali e circoscrivere aree sociali e spaziali omogenee, in cui cogliere le diverse valenze del fenomeno.

Nel suo complesso, la massa dei dati raccolti si offre come scenario su cui ricercare connettivi e complementi che potranno essere recuperati in successivi ampliamenti ed approfondimenti. La nostra si presenta, infatti, come una ricerca aperta, che non pretende di trovare risposte esaustive, ed ha il solo merito di contribuire a portare l'attenzione sul problema, anche se essa suscita certamente più interrogativi di quanti non sia in grado di risolvere.

Vanno richiamati in chiusura alcuni elementi generali: anzitutto le notevoli differenze metodologiche nella raccolta dei dati e nelle valutazioni statistiche e la multifattorialità dell'evento, che si presenta con motivazioni molteplici fra loro spesso strettamente correlate.

Rispetto ai moventi suicidari emersi, ci sembra vada sottolineato che non sono più solo quelli della disoccupazione, della povertà o della malattia, del benessere fisico ed economico, ma riguardano il ruolo della persona all'interno della comunità e la realizzazione di una vita piena e soddisfacente. In questo senso, l'attenzione per la prevenzione del suicidio va spostata dalle cause tradizionali alle nuove forme di povertà.

Rispetto al materiale utilizzato per la ricerca, come già sottolineato, occorre ribadire che nei verbali stessi il rilievo di alcuni dati risulta poco organico e risente della mancanza di un protocollo che ne consenta la raccolta in maniera coerente e sistematica.

Sarebbe, a questo proposito, auspicabile che una équipe pluriprofessionale medico-sociale partecipasse alle indagini effettuate dall'autorità giudiziaria nei casi di suicidio consumato, non tanto per approfondire le motivazioni psicologiche del suicida, ma soprattutto per svolgere un'azione di assistenza all'ambiente familiare che, in questo momento drammatico, viene lasciato solo con la sua angoscia. La morte per suicidio è molto traumatica per i familiari. Anche l'enfasi conferita alla possibilità di “prevenire” i suicidi costituisce un ulteriore peso, in quanto essi si domandano perché non siano stati in grado di prevedere l'atto o se non abbiano addirittura, in un qualche modo, spinto il congiunto al suicidio. Le stesse indagini

di Polizia Giudiziaria, per l'accertamento delle circostanze della morte, possono essere avvertite come invasive e colpevolizzanti.

È proprio la mancanza di adeguate risposte sociali al suicidio ad avviare spesso nei familiari una “sequenza di eventi autodistruttivi” (Charmaz 1980). La carenza di sostegno in una fase tanto critica favorisce, infatti, lo sviluppo dell'isolamento, della vergogna e della colpa e i familiari sono spesso torturati dall'idea di aver avuto la possibilità di impedire l'evento. Le conseguenze comprendono sentimenti di colpa, rabbia impotente, identificazione con il suicida, mancata elaborazione del lutto, depressione. In questi casi sarebbe opportuno prevedere programmi di aiuto ai familiari e su questo aspetto va richiamata l'attenzione degli addetti alla programmazione sanitaria.

Da ultimo, sono proprio le difficoltà di raffronto dei risultati dell'analisi del fenomeno nelle diverse realtà, la loro non generalizzabilità, a mettere in evidenza la difficoltà di inserire in paradigmi unificanti i risultati delle ricerche, e a riproporre il suicidio come fenomeno che per sua natura sfugge alla possibilità di una ricerca analitica delle cause e ad una precisa classificazione delle motivazioni, sia che si ricorra a schemi psicologici che sociologici, ed anche quanto possa essere falsante il ricorso a sistematiche correlazioni con la malattia mentale. Va sottolineato, in questo senso, quanto siano azzardate le deduzioni prese sulla base di postulati che pretendono di schematizzare un realtà così complessa, per la quale qualsiasi spiegazione elaborabile più che risultare conclusiva sembra restituire il fenomeno nella sua complessità, un fenomeno di difficile inquadramento, dalle dimensioni sfuggenti e dal mutevole significato, per il quale vale la conclusione di Wittgenstein che “*se lo si indaga, è come quando si indaga il vapore di mercurio per comprendere l'essenza dei vapori*”.

L'atto di darsi la morte, il suicidio, la scelta di abbandonare una esistenza, anche se sofferta e difficile, il disgusto della vita, il rifiuto estremo a partecipare ad essa, ha in sé una qualità eversiva, una carica perturbante; pare minare il fondamento stesso della convivenza. Il gesto suscita ancora terrore ancestrale, un superstizioso terrore di contagio, e, nel nostro immaginario, il suicidio rappresenta l'antitesi della buona morte naturale e la peggior forma della morte violenta. Non a caso esso è stato punito sino a non molto tempo fa, talora in modo grottesco, come l'impiccagione in effigie per i suicidi i cui cadaveri non fossero ritrovati, come avveniva sino a due secoli fa, ad esempio, nella vicina Ferrara. Di tale atteggiamento la storia della regolamentazione giuridica del suicidio e delle sanzioni che la accompagnano è esemplare e in essa si intersecano gli elementi del doppio divieto religioso e civile, che ne evidenziano il senso di rottura con la comunità e il bisogno di neutralizzarne l'effetto e di cancellarne le tracce, come d'altronde chiaramente

simbolizzato nel divieto di sepoltura. Ma è evidente che anche quando non apertamente sanzionato, come ad esempio nella romanità, il suicidio si situava e si situa comunque e sempre ai confini tra il lecito e l'illecito. L'atteggiamento del gruppo sociale verso il suicidio è strettamente legato alle ideologie concernenti la morte; esso ha qualcosa in comune con l'atteggiamento verso l'omicidio, come testimonia lo stesso etimo che è *sui homicidium* che è l'omicidio di sé stesso. Nella reazione individuale e collettiva al suicidio prevalgono largamente i meccanismi difensivi della negazione e della rimozione che utilizziamo di fronte alla morte. Il gesto mette in crisi. Per la società, il gruppo, o l'organizzazione, esso rappresenta una irreparabile sconfitta, un brusco e inatteso richiamo ad una responsabilità che prima non si avvertiva, quella di una appartenenza ad un universale destino, il sentimento della partecipazione alla comune e quotidiana fatica del vivere, l'improvvisa riscoperta della precarietà, fragilità e finitezza della condizione umana. Ed esso rappresenta inoltre un atto di accusa verso i sopravvissuti, quelli che non hanno saputo o voluto capire, evitare, prevenire. Per questo è opportuno riflettere sul fatto che i dati, i numeri raccolti in questo studio sono il risultato di tante singole vicende, storie umane di persone di ogni condizione, che si sono concluse, per cause molto diverse, in modo tragico. La ragione che spinge alla fatica di un'analisi minuziosa resta quella di trascendere l'elemento numerico nel tentativo di dare a queste storie valore e significato. Una restituzione di senso, affinché ne resti memoria, per fare in modo che siano recuperate dalla comunità quelle contraddizioni, forti e violente, ma a volte semplici e persino banali, che hanno comunque contribuito a spezzare una vita. Riproporre alla comunità stessa per avviare una riflessione sulle difficoltà e sui problemi che hanno travolto queste vite, per interrogarsi sulle cause che ne sono alla radice, per riaccogliere il malessere e la sofferenza che le ha generate, senza più il bisogno di occultarle o ignorarle. Questo può contribuire a migliorare una comunità, ad aumentare la sua capacità di tolleranza e accoglienza e a evitare che l'abbandono della vita rappresenti una soluzione al quotidiano male di vivere. Il suicidio resta infatti forse il più importante dei temi etici, quello che, come afferma ancora Wittgenstein “*getta luce sull'essenza dell'etica*”.

Tabella A. Suicidio in alcuni Paesi Europei (anno 2000)

Paesi	Tassi annuali per 100.000 abitanti		
	M	F	M % F
EU (25 countries)	18,6	5,3	351
EU (15 countries)	16	5	320
Belgium*	29,5	10,7	276
Czech Republic	24,9	5,8	429
Denmark	19	6,2	306
Germany	18,6	5,6	332
Estonia	46	10,1	455
Greece	0,4	0,1	400
Spain	11,8	3,4	347
France	26,3	8,5	309
Ireland	19,9	4,2	474
Italy	9,7	2,9	334
Latvia	56,9	9,9	575
Lithuania	80,8	15,3	528
Luxembourg	21,6	6,7	322
Hungary	49,7	12,4	401
Malta	8,9	3,2	278
Netherlands	12,2	5,8	210
Austria	27,7	8,8	315
Poland	26	4,6	565
Portugal	7,6	1,6	475
Slovenia	43,2	13,5	320
Slovakia	23,4	4,7	498
Finland	32,9	10,5	313
Sweden	16,8	6,7	251
United Kingdom	10,7	3	357
Bulgaria	23,7	7,4	320
Croatia	32,2	8,4	383
Romania	21,4	4,2	510
Iceland	29,7	6,2	479
Norway	18,1	5,7	318
Switzerland	25,9	9,3	278

\* riferito all'anno 1997

Fonte: Eurostat

Grafico A. Tassi medi annuali di suicidio calcolati su periodi prevalentemente quinquennali dal 1864-70 al 1986-90

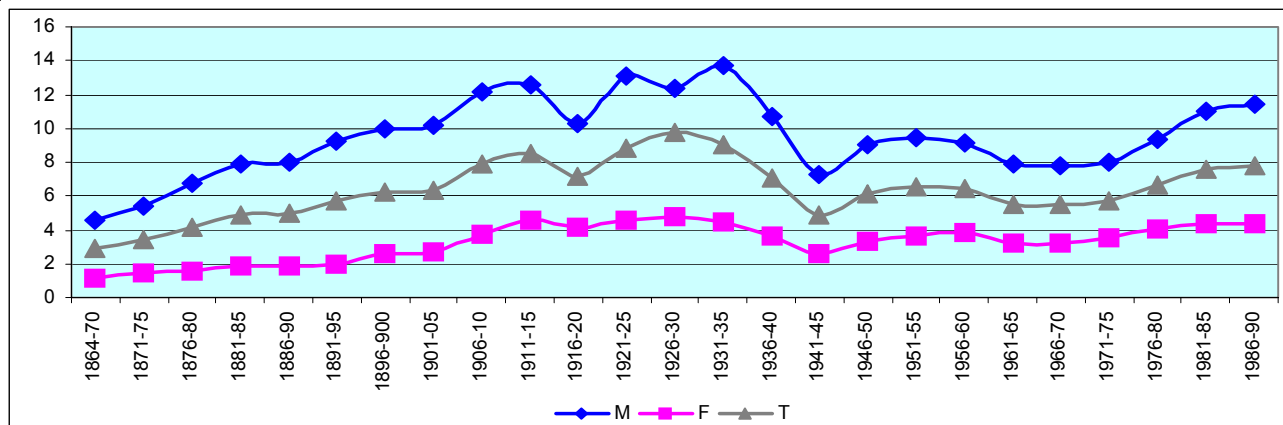
Fonte: Somogyi S., Somogyi A.R., *Il suicidio in Italia dal 1864 ad oggi*. Roma 1995

Tabella B. Tassi medi annuali di suicidio calcolati su periodi prevalentemente quinquennali dal 1975-79 al 1995-2000

Zona geografica	Tassi x 100.000 abitanti				
	1975-79	1980-84	1985-89	1990-94	1995-2000
Provincia di Rovigo	5,5	8,8	8,3	7,5	10,4
Italia	4,4	5,1	6,6	7,0	7,0
Italia Nord Occidentale	4,9	5,6	8,6	9,5	8,6
Italia Nord Orientale	6,5	7,6	8,8	9,4	9,6
Italia Centrale	4,3	5,0	6,0	6,1	6,4
Italia Meridionale	2,8	3,1	4,1	3,8	4,2
Italia Insulare	3,7	3,8	5,4	5,6	6,1

Fonte: Istat, *Statistiche giudiziarie, aa.vv.*; *Statistiche giudiziarie penali, aa.vv.*. Elaborazioni U.S. Provincia di Rovigo

## BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association: *Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM IV TR), Masson Editore 2001
- AA.VV. : *La camicia di Nesso*, Provincia di Rovigo 1997
- AA.VV. : *La popolazione polesana*, Provincia di Rovigo 2002
- AA.VV.: *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson Editore 2002
- Altamura C et al.: *Seasonal and circadian rhythms in suicide in Cagliari*, J. Affect. Disorder 53: 77-85,1999
- Barraclough B et al.: *A hundred cases of suicide: clinical aspects*, British Journal of Psychiatry. 1974
- Blasi P: *I biglietti dei suicidi*, Med.Leg. e delle Assicurazioni. 22,43. 1974
- Caracciolo S. et al.: *Circadian rhythm of parasuicide i relation to violence of method and concomitant mental disorder*, Acta Psy.Scand. 93 : 252-256. 1996
- Cavalli-Sforza L.: *Statistica per medici e biolog.*, Boringhieri Torino. 1973
- Cazzullo C.: *Le condotte suicidarie*, USES. Firenze 1987
- Chinnici G.: *Un'analisi diacronica del suicidio in Italia anni 1955/62 e 1979/86*, Riv. Sper. Feniater. Vol CXII 1984
- De Leo D. e Pavan L.: *La condotta suicidaria*, In Trattato Italiano di Psichiatria. Masson. Editore 1998
- De Leo D.: *Aspetti Clinici del comportamento suicidario*, Liviana Editrice Padova 1990
- De Leo et al.: *Suicidio e tentato suicidio*, Difficoltà di un approccio epidemiologico. Riv. Psich. 23\1,4347.1987
- De Maio D.: *Il suicidio. Compendio storico-clinico-casistico, biologico e terapeutico*, Il Pensiero Scientifico Editore 1997
- De Maio D.: *Il suicidio*, Il Pensiero Scientifico Editore. 1987
- Deshaies G.: *Suicide*, Enciclopedia Méd. Chir. 1955 Paris
- Durkheim E.: *Il suicidio studio di sociologia*, BUR classici Milano 1987
- Esquirol J.: *Traité des maladies mentales.*, Paris vol 1. 1938
- Ey H.: *Manuale di psichiatria*, Masson Italia 1981
- Fornari F.: *Note sulla psicoanalisi del suicidio*, In Nuovi orientamenti della psicoanalisi. Feltrinelli, Milano 1971
- Freud S.: *Contributi ad una discussione sul suicidio*, Boringhieri Torino 1974
- Freud S.: *Al di là del principio del piacere*, Boringhieri Torino 1976
- Freud S: *Lutto e melanconia*, Boringhieri Torino 1976
- Fromm H.: *Principi di psicoterapia*, Feltrinelli Milano 1981
- Gabbard G.: *Psichiatria Psicodinamica*, Raffaello Cortina Editore. Terza edizione 2002
- Giorda R., Bazzi: *Non mi uccido per morire*, Rizzoli 1972
- Halberg F.: *Glossary of chronobiology*, Il Ponte Milano 1977
- Hendin H. et al: *Psychotherapy and suicide*, Suicide in America Norton NY1982
- Hillman J.: *Il suicidio e l'anima*, Astrolabio 1972
- ISTAT: *Annuario di Statistiche Sanitarie*, AA. VV. Roma 2002
- ISTAT: *Annuario di Statistiche Sanitarie*, AA. VV. Roma 2000
- ISTAT: *Statistiche giudiziarie penali*. AA. VV., Roma 2003
- Marazziti D et al.: *Platelet markers in suicide attempter*, Neuropsychopharmacol.Biol.Psy. 19 (3) :375-383.1995
- Menninger K: *Man against himself*, Harcourt Brace NY 1938
- Menninger K: *Psychoanalytic aspects of suicide*, International Journal of Psychoanalysis XIV 376-390. 1933
- Morselli E: *Il suicidio*, Fratelli Dumolard Milano 1879
- Pandey G, et al.: *Platelet serotonin-2A receptors: a potential biological marker for suicidal behavior*, Am J Psychiatry (6) :850-855. 1995
- Pavan I et al.: *Il suicidio nel mondo contemporaneo*, Liviana Editrice Padova.1988
- Perugi G et al.: *Le condotte suicidarie nei disturbi dell'umore*, Quaderni. Italiani di Psichiatria VIII (2) 145-162.1989
- Sacco M et al.: *Considerazioni psicodinamiche su alcuni biglietti lasciati dai suicidi per impiccamento*, Med.Leg. Quad 8.1986
- Scocco P, De Leo D: *Patologia psichiatrica e comportamenti suicidari*, Giornale Italiano di Suicidologia, 5,2:107-126
- Somogyi S.: *Il suicidio in Italia 1864-1962*, Giuffrè 1967
- Somogyi S.: *Il suicidio in Italia negli ultimi 30 anni*, Tipografia Veneziana Roma 1992
- Stengel E.: *Il suicidio e il tentato suicidio*, Feltrinelli 1977
- Tansella M.: *L'epidemiologia del suicidio in Italia. Analisi dei dati regionali e nazionali. Da il suicidio nel mondo contemporaneo*, Liviana Editrice. Padova 1988
- Tatarelli R: *Suicidio, psicopatologia e prevenzione*, Il Pensiero Scientifico . 1992
- Tomasi L : *Suicidio e Società*, F. Angeli Editore. 1999

Testi a cura di: Ernesto Destro, Azienda U.L.S.S. 19 Adria

Elaborazioni statistiche a cura di: Cinzia Viale, Provincia di Rovigo