

IL SUICIDIO IN ITALIA

Del suicidio si è già scritto su questa rivista (1); data la rilevanza sociale del tema, ne scriviamo ancora, riferendoci allo studio « Il suicidio in Italia, 1864-1962 » del prof. STEFANO SOMOGYI, che è il più ampio e, a tutt'oggi, il più aggiornato in materia (2), ed al Convegno tenuto a Milano (18-19 febbraio 1967) sullo stesso tema (3).

Questo articolo è inoltre finalizzato alla presentazione, che sarà fatta in un articolo successivo, dell'indagine condotta dal dott. SAVERIO LUCCARELLI, primario della Divisione Psicopatologica dell'Ospedale maggiore « Ca' Granda » di Milano, sul « Tentato suicidio in età giovanile », per la quale sono stati analizzati 2042 casi di tentato suicidio, giunti all'osservazione del reparto psichiatrico dell'Ospedale suddetto nel biennio 1968-69.

Ci prefiggiamo essenzialmente di richiamare l'attenzione sull'ampiezza e la natura del problema del suicidio perchè, da parte di tutti, si contribuisca all'opera di prevenzione.

TESI SOCIOLOGICA E TESI MEDICO-PSICOLOGICA

1. L'impostazione sociologica più sistematica dello studio del suicidio resta quella di Emile Durkheim (*Le suicide*, Alcan, Paris 1897).

Il suo studio è stato posto in discussione in più di un punto; costituisce, tuttavia, la prima, vera e propria ricerca sociologica empirica condotta con dati, anche se solo in parte di prima mano.

In esso egli prende in considerazione le posizioni psichiatriche allora classiche (Esquirol, Falret, ecc.), descrive correttamente la « nevrasenia » e la considera solo come possibile disposizione al suicidio; respinge le tesi dell'influenza di stati psicopatologici, del clima, del carattere razziale, dell'ereditarietà, della imitazione; trascura quasi assolutamente l'indagine sui tentati suicidi, ma analizza con cura i dati sui suicidi ad esito letale, e di questi constata e sottolinea il tasso costante malgrado le trasformazioni delle singole società, deducendone che « **le cause**, perciò, che fissano il contingente delle morti volontarie in una

(1) Cfr. G. PERICO, *Il fenomeno del suicidio si aggrava*, in *Aggiornamenti Sociali*, (ottobre) 1961, pp. 539-558, rubr. 141.

(2) STEFANO SOMOGYI, *Il suicidio in Italia 1864-1962. Analisi statistica*, in *Suicidio e tentato suicidio in Italia, Rapporto della Commissione del Centro nazionale di prevenzione e difesa sociale*, Giuffrè edit., Milano 1967, pp. 1-147.

(3) *Suicidio e tentato suicidio in Italia. Atti del Convegno*, Giuffrè edit., Milano 1968.

determinata società o in una parte di essa **debbono essere indipendenti dagli individui** » (p. 346).

Gli avvenimenti più disparati della vita ed anche i più contraddittori possono ugualmente essere occasione di suicidio, qualcuno di essi ne è la causa specifica; l'individuo resta dominato da « *una realtà morale che lo supera: la realtà collettiva* » (p. 349).

« *Ogni gruppo sociale ha realmente per questo atto una tendenza collettiva che gli è propria e da cui derivano le tendenze individuali, e non essa da queste. A costituirle sono le correnti di egoismo, di altruismo o di anomia che travagliano la società considerata con le tendenze alla malinconia, al languore o alla rinuncia attiva o alla lassitudine esasperata che ne sono le conseguenze. Sono queste tendenze della collettività che, penetrando negli individui, li determinano ad uccidersi* » (p. 336).

« *Non v'è ideale morale che non si combini, in proporzioni variabili a seconda delle società, con l'egoismo, l'altruismo ed una certa anomia [...] che fanno propendere l'uomo in tre direzioni divergenti e addirittura contraddittorie* » (p. 363); se l'uno di essi supera un certo grado di intensità a danno degli altri, diventa suicidogeno.

Dal punto di vista delle motivazioni, tre sono per Durkheim i tipi fondamentali di suicidio: *suicidio egoistico* (nel quale « *l'io individuale* » prevale eccessivamente sull'« *io sociale* »), *suicidio anomico* (intendendo « *anomia* » come mancanza di integrazione), *suicidio altruista*; ad essi vanno aggiunti i « *tipi misti* »; ma egli annette importanza maggiore ai primi due.

Inoltre Durkheim stabilisce una correlazione fra suicidio e grado di integrazione dei gruppi sociali dei quali fa parte il soggetto; si ha, quindi, che la frequenza del suicidio varierebbe in ragione inversa al grado di integrazione a) della società religiosa, b) della società domestica, c) della società politica.

Una società fortemente integrata limita l'autonoma disponibilità dei soggetti. Egli rileva che nei Paesi interamente cattolici (Spagna, Portogallo, Italia) il suicidio è poco frequente, mentre nei Paesi protestanti (Prussia, Sassonia, Danimarca) esso raggiunge punte massime. Durkheim attribuisce il fatto all'indebolimento delle credenze tradizionali indotto nel protestantesimo dal « *libero esame* », per cui quella società religiosa risulterebbe meno fortemente integrata di quella cattolica. Il fatto che nei Paesi di religione ebraica il suicidio metta minor numero di vittime viene da lui attribuito alla necessità di mantenersi strettamente uniti per sopravvivere nel contesto di popolazioni ostili.

Analogamente nella società domestica: maggior numero di suicidi tra celibi, vedovi e divorziati in confronto dei coniugati, e tra gli sposi senza figli in confronto degli sposi con figli. E così nella società politica: aumento di suicidi nelle epoche di crisi politica ed economica e via dicendo.

Maurice Halbwachs (*Les causes du suicide*, Alcan, Paris 1930) completò ed in alcuni punti rettificò l'opera del Durkheim suo maestro.

I dati statistici, adeguatamente elaborati, costituiscono strumento indispensabile al lavoro del sociologo, ma trovano piuttosto diffidenti i clinici. La diversità di atteggiamento è in gran parte fondata nel diverso abito mentale: il sociologo focalizza la sua attenzione sui fenomeni di massa, il clinico è abituato a guardare soprattutto il « *caso del malato* » e, nel fenomeno specifico

del suicidio, un caso che, per poter esser visto nella sua adeguata dimensione, va ricollocato nella traiettoria unica di una vita umana. Appare, perciò, legittimo chiedersi sino a qual punto le deduzioni che, partendo da singoli moventi e da ricorrenti caratteristiche di varia natura e ponendo a contributo dati statistici, tentano di elaborare moventi e caratteristiche in leggi che rispecchino le autentiche cause di quei gesti autolesivi, colgano il vero « perchè » che consenta la « comprensione di un gesto » posto in quelle circostanze, in quel momento di quella vita.

2. Lo spostamento del centro di interesse, rilevabile negli ultimi decenni, verso il mancato suicidio ed i tentativi di suicidio sta a sottolineare la diffusa perplessità — giustificata o no — per la ricostruzione di gesti suicidi ad esito letale che appare arbitraria, e perciò inaccettabile, nella misura in cui costituisce un tentativo di risalire al « clima » ed alle motivazioni di quella particolare scelta, anche per il rischio di sovrapporre inconsciamente agli eventuali dati di fatto o documenti lasciati dal suicida una visione inficiata da particolari angolature preconcepite o da meccanismi psichici rilevati in esperienze solo apparentemente similari.

Lo studio del tentato suicidio — sul quale torneremo più diffusamente in un nostro successivo articolo —, grazie alle possibilità che offre di un contatto interpersonale diretto con l'interessato, consente approfondimenti che risultano impensabili nel caso di suicidio letale ed aiuta a chiarire, almeno in parte, la pluriforme problematica che quel gesto presenta alla riflessione. Una delle cautele che tale contatto interpersonale comporta per chi indaga è quella di aver presente le mutate prospettive con le quali il gesto può apparire al soggetto stesso (e il modo diverso con cui egli sovente lo guarda) una volta passata la fase « acuta »: spesso dietro i moventi addotti — conflitti o rotture affettive, lutti, dissesti finanziari o insuccessi professionali — vi sono motivazioni diverse o aggiuntive cariche di significati. Il contatto e la riflessione su di esso danno inoltre modo di cogliere elementi che possono diventare di valido appoggio per la prevenzione di ulteriori tentativi o di tentativi da parte di altri, e, magari, consentono di operare nel soggetto stesso una canalizzazione positivamente costruttrice della dinamica di tensioni profonde che è sfociata in quel gesto apparso liberatore.

3. La visuale sociologica, fondata sui dati statistici, non esclude la visuale psichiatrica e psicologica soprattutto se, nello sforzo classificatorio ci si cautele dal rischio di introdurre, sia pure involontariamente, giudizi di valore; chè anzi il dato statistico, adeguatamente elaborato, può risultare utile per orientare l'indagine di natura psichiatrica e psicologica profonda. Per la conoscenza integrale del fenomeno — ammessi i limiti, e la diversità di metodi e di conclusioni propri a ciascuna visuale — le visuali stesse risultano in effetti complementari e tali da rendere possibile una reciproca integrazione.

In ogni esperienza autodistruttiva si rilevano caratteri comuni e caratteri peculiari, come in tutti i fenomeni partecipanti di fattori individuali e sociologici complementari: vi sono elementi che hanno radici in uno stato psichico a volte profondo ed abituale, a volte in pieno sviluppo per quanto eventualmente distorto; altri elementi risultano da circostanze esteriori occasionali, tra cui quelle che possono aver portato l'atto ad esplodere e che possono includere le stesse trasformazioni, vicissitudini e sconvolgimenti dell'assetto sociale e politico; sono tutti aspetti che rientrano nel carattere contraddittorio di un comportamento carico di conflitti interiori, in cui confluiscono intensa affermazione di ragioni di vita nell'atto stesso in cui la si nega, anelito al riposo ed all'annullamento, fragilità psichica e disperata protesta di fronte a problemi che appaiono insolubili e che interessano la sfera biologica, affettiva, sociale ed economica.

Perciò è, a dir poco, oziosa la questione di una qualunque prevalenza dei motivi sociologici, delle leggi cioè che regolano i fenomeni di massa e delle deduzioni di correlazioni o divergenze, di coincidenze o variazioni, oppure dei motivi psicologici fondati sull'unità sostanziale dell'uomo con il suo peculiare, ed eventualmente tragico, esistere.

IL SUICIDIO IN ITALIA (1864-1962)

Andamento del fenomeno.

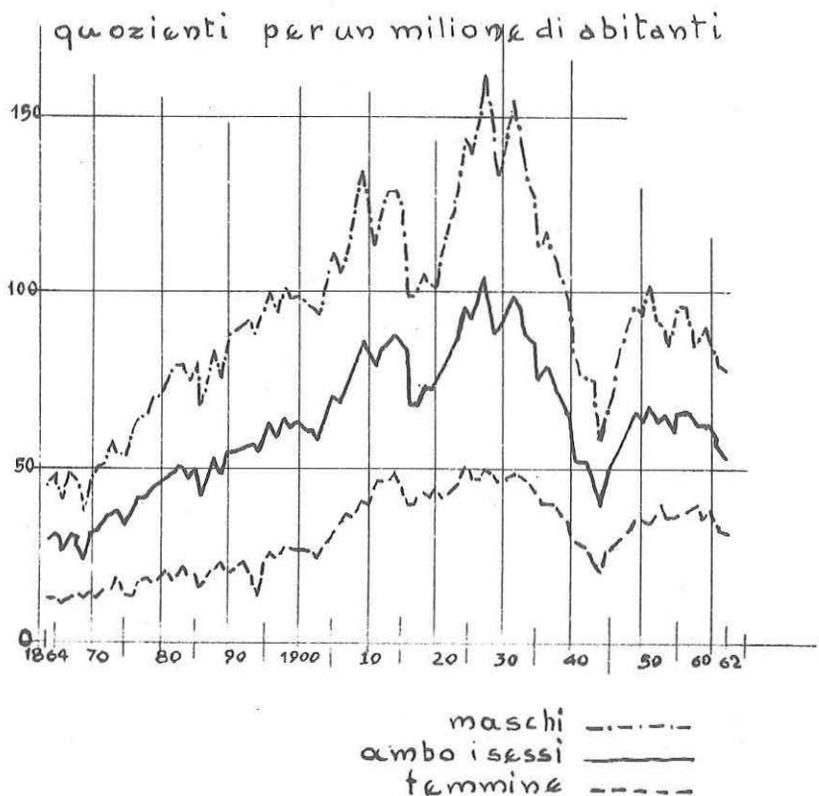
Dalla citata indagine statistica nazionale del prof. S. Somogyi risulta che dall'iniziale numero di 646 suicidi nel 1864 (con quoziente di frequenza per milione di abitanti pari a 29,1: vedi Grafico), si è giunti a 1.015 nel 1874 (frequenza 37,3), a 2.000 nel 1896 (frequenza 63,5), a 3.107 nel 1913 (frequenza 87,7), a 4.210 nel 1927 (frequenza 105,7), a 3.032 nel 1939 (frequenza 68,9), a 1.761 nel 1944 (frequenza 39,5). Il numero dei suicidi torna a salire dai 2.125 del 1945 (frequenza 47,6) ad un massimo di 3.234 nel 1951 (frequenza 68,9) e, oscillando, scende ai 2.768 del 1962 (frequenza 55,3).

Nel complesso, si osserva che ad una fase ascensionale del fenomeno è succeduta, a partire dal 1936, una fase di stabilizzazione in cifre assolute e di decremento in termini di frequenza.

Bisogna tuttavia aver presente che queste statistiche non esprimono il numero reale degli atti-suicidi con esito letale: i dati, oltre che dalle rilevazioni dell'autorità giudiziaria, sono raccolti dalle schede individuali di morte compilate da medici (curanti o necroscopi); sfuggono, quindi, quei casi in cui il carattere di suicidio viene accertato successivamente rispetto alla compilazione della scheda; inoltre v'è un numero di casi per i quali la pietà o il timore di ripercussioni sui sentimenti civili e religiosi ha indotto i parenti ad ottenere che sia occultato il vero carattere del decesso, indicandone altra causa (in genere « accidentale »). Sembra, ad ogni modo, che il grado di approssimazione per difetto, anche se non valutabile, non sia rilevante.

Rilievo interessante: i quozienti di frequenza scendono a quote più basse nel 1916 (68,9), nel 1917 (68,6), mantenendosi intorno al 73 negli anni 1918-20 (valori abbastanza modesti rispetto agli 88,8 del 1914). Tale calo di quote corrisponde alla **prima guerra mondiale 1914-18**. Si tocca la quota più bassa nel 1944 (frequenza 39,5), per risalire lentamente, come s'è visto, negli anni successivi: cifre queste che denunciano un rapporto con la **seconda guerra mondiale**.

Possibile ipotesi esplicativa del fenomeno è quella avanzata dal Somogyi stesso, che osserva: « senza entrare nella spiegazione psicologica o sociologica più profonda, in occasione di conflagrazioni di così vasta portata, come la guerra, tutti i problemi dell'individuo vengono ridimensionati » (4).



(4) S. SOMOGYI, *Aspetti statistici e sociologici*, in *Atti del Convegno*, cit., p. 40.

Distribuzione secondo il sesso.

I suicidi predominano nella popolazione maschile: nel 1864 i suicidi maschili risultano 516, con una frequenza, per ogni milione di maschi, di 50,6 suicidi (i suicidi femminili, nello stesso anno, risultano 130, con frequenza, per ogni milione di femmine, di circa 11 suicidi); la cifra, con lievi oscillazioni, sale assai rapidamente: nel 1909 si è a 2.275 suicidi di maschi, con frequenza 135,5 (per le femmine: 694, con frequenza 40,1); nel 1927 si sale ad un massimo con 3.183, frequenza 162,9 (per le femmine si ha anche un massimo con 1.027, frequenza 50,9); dopo la parentesi della seconda guerra mondiale, che fa ridiscendere i quozienti, si hanno, nel 1951, 2.374 suicidi maschili (per le femmine: 860); negli anni successivi le cifre, per i maschi e per le femmine, con oscillazioni rilevabili nel grafico (nel quale la frequenza è calcolata però « in funzione degli abitanti »), scendono raggiungendo nel 1962 i 1.939 suicidi tra i maschi e gli 829 tra le femmine.

Va sottolineato che gli anni dal 1924 al 1933 (coincidenti con la grande crisi economica e gli anni di consolidamento del regime fascista) sono i peggiori della storia del suicidio.

E' stato però rilevato che durante il regime fascista, in concomitanza con le disposizioni date alla stampa nel 1927 di non divulgare notizie sui suicidi, si sarebbe avuta una diminuzione dei suicidi stessi.

Non si rilevano nei suicidi delle donne le contrazioni registrate per gli uomini in coincidenza con le guerre, nè l'aumento notato in corrispondenza col periodo 1924-33.

Rinviamo all'articolo successivo per ulteriori precisazioni in merito al rapporto tra tentati suicidi e suicidi mortali nei due sessi, c'è da osservare che, con il passare dei decenni, si verifica una certa tendenza all'aumento del suicidio femminile: il fenomeno viene attribuito al maggiore inserimento della donna nell'attuale struttura sociale e, in genere, all'avvicinamento nelle condizioni della vita sociale moderna che porta con sé la riduzione delle diversità di comportamento tra i due sessi.

« Più manifestamente di ogni altro aspetto appare la profonda differenza tra la personalità, l'attitudine ed il modo di pensare dei due sessi nella scelta del mezzo o modo con cui viene cercata la morte » (5).

Tra i maschi predominano i suicidi attuati con mezzi più brutali e che lasciano minori eventualità di scampo: impiccagione o strangolamento (in aumento dal periodo 1936-40, sale al 34,8% nel 1961-62), e suicidio con armi da fuoco (oscillante intorno al 30% sino al periodo 1921-30, diminuisce sino a circa il 21% nel 1962); seguono l'annegamento (dal 20% del 1895 al 13% del 1961-62) e l'avvelenamento (che si mantiene quasi costante intorno al 6% sino al 1962).

Tra le donne predominano i mezzi che comportano minore violenza verso il proprio corpo e lasciano in fondo un più o meno

(5) S. SOMOGYI, *Analisi, cit.*, p. 75.

ampio margine di intervento: annegamento (con valore massimo nel 1871-75 con 52,6%, e lenta discesa verso un livello che dal 1946 al 1962 s'è mantenuto intorno al 23%); segue l'avvelenamento (con un massimo nel 1911-15 del 34,2% e lenta discesa successiva fino al 14% del 1962); viene infine l'impiccagione o strangolamento (salito ad un massimo di 26,3% nel 1941-45, è andato discendendo al 24% del 1962).

I suicidi con gas domestico risultano più frequenti tra le donne (intorno al 10% per tutto il periodo considerato) che tra i maschi (4%); per il ricorso alle armi da taglio, più comune tra i maschi, si ha frequenza assai bassa nei due sessi (3% maschi, 2% femmine).

Distribuzione regionale.

Per quanto riguarda la distribuzione dei suicidi per regione, si registra una notevole variabilità del fenomeno in tutte le epoche considerate:

il Piemonte-Val d'Aosta da un numero medio di 3,16 suicidi per ogni 100.000 abitanti nel 1866-70, sale progressivamente al 14,74 nel 1926-30, per discendere all'11,02 nel 1956-60 (con contrazione a 8,25 negli anni 1941-45);

la Liguria da 4,18 nel 1866-70, sale a 16,03 nel 1911-15, e discende, con oscillazioni, a 9,56 nel 1956-60;

la Lombardia da 4,01 nel 1866-70, sale a 10,62 nel 1926-30 e discende a 5,78 nel 1956-60;

seguono con frequenze abbastanza prossime l'Emilia-Romagna (che con la Liguria presenta le frequenze più alte), la Toscana, il Veneto, le Marche, l'Umbria ed il Lazio;

le frequenze più basse si hanno in Calabria con 0,76 nel 1866-70, e un massimo di 3,23 nel 1931-35, che resta quasi stabile sino al 3,18 del 1956-60;

segue la Sardegna con 1,42 nel 1866-70, un massimo di 7,59 nel 1931-35 e 5,66 nel 1956-60;

l'Abruzzo e Molise ha 1,73 nel 1866-70, un massimo di 6,08 nel 1931-35 e 5,04 nel 1956-60;

Sicilia, Lucania, Puglia e Campania non presentano divari di frequenze molto più pronunciati delle altre regioni del Sud.

Il divario tra compressione del fenomeno del suicidio nelle regioni del Sud, in prevalenza sottosviluppate, e il maggior numero di suicidi nelle regioni del Nord, zone del cosiddetto benessere economico, viene rilevato anche in campo internazionale: tra i Paesi sottosviluppati (come Grecia, Spagna, Portogallo) e Paesi del benessere economico (come Svezia, Svizzera).

Per cercar di spiegare il divario stesso, nel Convegno citato furono avanzate diverse ipotesi. S'è cercato di spiegare la bassa quota dei suicidi collegandola, sul piano sociologico, con il fatto che l'individuo in quelle regioni è ancora più o meno immerso

nelle maglie tribali della « moralità del villaggio »; o con il timore delle famiglie che un loro congiunto possa risultare suicida. Alcuni psichiatri la spiegano con una « vicarianza » fra omicidio e suicidio, constatata sulla base di indagini di psicologia del profondo, per cui l'aggressività umana può orientarsi verso l'esterno oppure rivolgersi all'interno. Sembrerebbe, quindi, che esista una concatenazione fra omicidio e suicidio: oltre il caso delle guerre, il suicidio resterebbe a livello moderato nelle regioni del Sud-Italia, mentre l'omicidio si riscontrerebbe con frequenze maggiori in rapporto alla popolazione. Da altri, il numero maggiore di suicidi nei Paesi del benessere viene attribuito al « senso di solitudine morale e affettiva » che nei centri urbani di quelle regioni o Paesi a maggiore sviluppo economico è indotto nell'individuo dal serrato ritmo occupazionale e dal sentirsi solo in una folla di altri uomini soli, senza un proprio, apparente scopo reale. Per gli immigrati, poi, concorrerebbe la condizione di disadattamento determinata dal trapianto e dalle mutate condizioni di ambiente e di cultura (suicidio « anomico » di Durkheim).

Distribuzione stagionale.

« Uno dei lati più singolari dei suicidi è costituito dalla fondamentale differenza di intensità nei vari mesi, fenomeno che si ripete regolarmente di anno in anno senza spostamenti di apprezzabile entità, confermando così una vera e propria legge stagionale del suicidio, secondo la quale **nei mesi di autunno-inverno si commette un minor numero di suicidi che nei mesi di primavera-estate**. I divari si presentano piuttosto accentuati e largamente sufficienti per sostenere la sistematicità di essi: si aggiunga l'assenza di ogni eccezione e si potrà riconoscere così una delle caratteristiche inalterabili del suicidio » (6). Questo andamento ciclico del suicidio era stato già rilevato da Durkheim (che cita anche Ferri e Morselli): egli sottolinea l'ascesa costante da gennaio a giugno, e la costante discesa da giugno a dicembre (7).

I dati, in cifre assolute, dei morti per suicidio, secondo il mese di decesso e il sesso, nel periodo 1864-1962 sono i seguenti:

Mesi	M	F	Mesi	M	F
Gennaio	11.855	3.852	Luglio	17.866	6.024
Febbraio	12.109	3.989	Agosto	15.163	5.262
Marzo	15.078	5.013	Settembre	13.077	4.477
Aprile	16.038	5.207	Ottobre	12.195	4.266
Maggio	18.834	6.272	Novembre	11.430	4.013
Giugno	18.699	6.392	Dicembre	11.166	3.998

(6) S. SOMOGYI, *Analisi, cit.*, p. 37.

(7) EMILE DURKHEIM, *Le suicide*, Alcan, Paris 1897, pp. 85 ss.

L'amplificazione del fenomeno nei mesi di tarda primavera e d'estate e la sua graduale contrazione nei mesi più freddi, sembrano risultare collegate all'**influsso psichico** che l'individuo subisce con le fasi che si avvicendano ritmicamente con le stagioni ed alle cui manifestazioni l'uomo partecipa; la portata ed i modi di tale partecipazione, per quanto ci risulta, sono ancora da chiarire in profondità.

Distribuzione secondo l'età e lo stato civile.

1. I dati che offrono, forse, più largo margine alla riflessione sono quelli che riguardano la percentuale dei suicidi per gruppi di età e quelli che raggruppano i suicidi secondo l'appartenenza alle varie categorie di stato civile.

Per la ripartizione in gruppi di età abbiamo i dati seguenti:

TAV. 1: Distribuzione percentuale dei suicidi secondo l'età e il sesso - 1866-1962.

Periodi	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81 e +	Totale assoluto
Maschi									
1866-75	4.5	21.5	17.2	19.9	19.0	12.9	4.1	0.9	6.484
1876-85	5.4	23.3	16.1	18.3	18.6	12.7	4.8	0.8	10.374
1886-95	5.8	23.3	15.4	17.2	17.4	14.2	5.8	0.9	13.062
1896-05	7.0	22.1	15.0	16.9	17.8	13.6	6.4	1.2	16.225
1906-15	6.9	22.0	15.1	16.1	17.8	13.9	6.8	1.4	21.077
1916-25	6.3	21.8	15.6	16.1	17.0	13.8	7.7	1.7	21.322
1926-35	4.6	18.5	14.2	16.8	20.2	15.2	8.7	1.8	28.658
1936-45	3.8	15.2	16.3	16.8	18.4	15.8	11.0	2.7	19.324
1946-55	3.6	14.4	12.4	20.3	20.4	15.6	10.2	3.1	20.959
1956-62	3.0	10.5	11.3	17.0	24.7	17.6	11.8	4.1	14.960
Femmine									
1866-75	7.4	22.1	18.6	19.5	17.3	11.0	3.0	1.1	1.700
1876-85	8.9	22.1	18.2	17.4	16.6	11.4	4.3	1.1	2.450
1886-95	11.4	24.6	16.6	17.7	14.1	10.7	4.0	0.9	3.080
1896-05	11.4	25.9	16.5	15.4	14.5	10.1	5.2	1.0	4.269
1906-15	16.1	30.9	15.2	12.7	10.9	8.8	4.5	0.9	7.353
1916-25	13.8	30.6	17.2	13.0	11.2	8.4	4.6	1.2	8.173
1926-35	11.3	26.1	16.6	15.5	13.6	9.5	5.8	1.6	9.741
1936-45	8.7	20.9	17.4	17.6	15.9	11.5	6.2	1.8	7.000
1946-55	8.0	18.8	14.8	18.1	17.3	13.4	7.3	2.3	8.326
1956-62	7.3	14.3	12.6	15.9	20.5	17.5	9.4	2.5	6.416

(fonte: S. SOMOGYI, *Analisi, cit., prospetto 19, p. 51*)

Leggendo il prospetto, si ricava il dato che, per i due sessi, **più sale l'età dell'individuo, maggiore è la probabilità che commetta suicidio**: per quanto si riscontri una sensibile disparità di vedute in ordine ai fattori causali del suicidio degli anziani, tra i clinici appare una certa concordanza nell'ammettere la presenza di una **dominante patologia depressiva**.

« E' chiaro che qui possiamo direttamente collegarci ad una quantità di discorsi già noti circa la **difficile situazione in cui si trova il vecchio nella società industriale** rispetto alla società rurale o artigianale, alla sua esclusione dall'attività produttiva, alla sua enucleazione dal gruppo familiare in una società come quella urbana che tende a strutturarsi secondo il suo nucleo fondamentale biologico elementare (genitori e figli non autosufficienti economicamente), al problema dell'istituzionalizzazione del vecchio, ecc. » (8).

E ancora: « il vecchio oggi è un peso superfluo e veramente — lo vediamo noi medici tutti i giorni negli ospedali — costituisce un grosso problema: non per malanimo o malvolere dei familiari. In una famiglia in cui i figli e le nuore vanno a lavorare, il vecchio è un peso e viene trascurato; fatalmente si tende ad affidarlo all'assistenza pubblica, la quale è in questo settore, dobbiamo riconoscerlo, gravemente deficitaria » (9).

TAV. 2: Distribuzione percentuale dei suicidi e quozienti specifici di mortalità per sesso e stato civile - 1866-1962.

Periodi	Ambo i sessi			Maschi			Femmine		
	celibi nubili	coniugati	vedovi	celibi	coniugati	vedovi	nubili	coniugate	vedove
1866-70	45.1	42.8	12.1	48.0	41.4	10.6	34.2	47.9	17.9
1871-75	42.1	44.8	13.1	44.3	44.2	11.5	33.6	47.2	19.2
1876-80	43.5	44.2	12.3	45.9	42.9	11.2	33.5	49.8	16.7
1881-85	46.7	40.9	12.4	48.9	40.1	11.0	37.3	44.1	18.6
1886-90	45.2	42.0	12.8	46.7	41.7	11.6	38.9	43.2	17.9
1891-95	44.7	42.2	13.1	45.9	41.9	12.2	39.8	43.3	16.9
1896-00	44.4	42.8	12.8	45.5	42.2	12.3	40.0	44.9	15.1
1901-05	45.1	42.2	12.7	46.2	42.0	11.8	41.2	42.9	15.9
1906-10	44.4	42.3	13.3	44.2	43.3	12.5	45.0	39.2	15.8
1911-15	46.0	42.3	11.7	44.8	43.9	11.3	49.2	38.1	12.7
1916-20	44.4	42.0	13.6	43.4	43.9	12.7	46.9	37.7	15.4
1921-25	44.0	43.4	12.6	42.8	45.3	11.9	47.4	38.2	14.4
1926-30	40.3	46.1	13.6	39.4	48.1	12.5	43.0	40.4	16.6
1931-35	37.0	49.2	13.8	35.2	52.1	12.7	42.0	41.0	17.0
1936-40	36.7	49.2	14.1	35.9	50.9	13.2	38.9	44.6	16.5
1941-42	36.3	48.9	14.8	36.3	50.0	13.7	36.2	45.9	17.9
1951-55	32.7	52.8	14.5	31.9	55.9	12.2	34.5	45.2	20.3
1956-60	30.1	69.9		29.2	70.8		32.4	67.6	
1961-62	31.5	68.5		31.5	68.5		31.5	68.5	

(fonte: S. SOMOGYI, *Analisi, cit.*, prospetto 23, p. 59)

2. Il fattore « stato civile » comporta, per quanto riguarda i quozienti, un certo margine di approssimazione: la differenziazione tra non-sposati e coniugati costituisce uno dei difetti d'ori-

(8) BRUNO ORSINI, in *Atti del Convegno, cit.*, p. 76.

(9) VIRGINIO PORTA, in *Atti del Convegno, cit.*, p. 156.

gine della documentazione statistica (e non soltanto di quella italiana): vengono considerati non-sposati o coniugati quelli che risultano tali per legge, senza distinguere i numerosissimi non-sposati che vivono una sorta di vita coniugale da quegli altri, ugualmente numerosi, che vivono da non-sposati perchè fuori dai legami matrimoniali.

Stando ai dati statistici (cfr. Tav. 2), il fenomeno nel suo complesso si presenta come segue: fino al 1925 (a eccezione del decennio 1871-1880) i suicidi letali dei non-sposati superano quelli dei coniugati; a partire invece dal 1926 si rileva una netta inversione del rapporto, che va progressivamente accentuandosi fino al 1962. Distinguendo per sessi, si osserva che la percentuale delle coniugate nel totale delle suicide è in generale minore di quella dei coniugati nel totale dei suicidi: e ciò, « probabilmente anche per l'influenza più forte che la presenza dei figli esplicherà sulla madre coniugata » (10).

Aspetti inesplorati.

Non è affatto agevole operare con esattezza una distinzione di suicidi a seconda delle professioni o mestieri esercitati, sia a causa della non omogeneità dei dati sulla precisa indicazione di quelle attività, sia per la « estrema complessità di far combaciare le classificazioni risultanti dalle statistiche delle cause di morte con quelle rilevate all'epoca dei censimenti demografici » (11). Un tentativo di riferirne, anche solo approssimativamente, risulterebbe estremamente laborioso e scarsamente orientativo. Il Ferrarotti, accennando alle difficoltà incontrate in proposito nella raccolta dei dati statistici, osservava: « Specialmente per la suddivisione in professioni e mestieri si son presentati casi dubbi. Dove sistemare la suora, il seminarista, la prostituta, l'operaio meccanico agricolo? » (12).

Parlare delle **motivazioni**, in suicidi ad esito letale, ci appare piuttosto arbitrario, dato il già sottolineato grado di notevole inattendibilità che recano fatalmente implicito le « ricostruzioni » e gli eventuali motivi « denunciati dal suicida stesso » anteriormente all'atto. Avremo modo di tornarci su nel nostro prossimo articolo.

Per quanto riguarda la rilevazione del « **fattore religioso** » risulta scoraggiante l'arduo problema del come « documentare numericamente il grado di religiosità » evitando di incorrere nell'equivoco generato dal rilevamento di una « religione puramente formale » con tutti gli interrogativi connessi, del grado di lucidità con cui il suicida compie il suo gesto e della portata della remora costituita da un determinato « abito mentale ».

(10) S. SOMOGYI, *Analisi, cit.*, p. 60.

(11) S. SOMOGYI, *Analisi, cit.*, p. 63.

(12) FRANCO FERRAROTTI, *Preliminari ad uno studio sociologico*, in *Rapporto della Commissione, cit.*, p. 159.

RILIEVI CONCLUSIVI

In Italia, stando alle statistiche ufficiali (13), i dati dei suicidi mortali relativi al **periodo successivo al 1962** (che registrò un totale di 2.768 casi: 1.939 maschi e 829 femmine) presentano il seguente andamento:

ANNI	M	F	MF	ANNI	M	F	MF
1963	1.858	851	2.709	1966	1.902	822	2.724
1964	1.972	839	2.811	1967	2.043	872	2.915
1965	2.017	844	2.861				

Se dall'ambito nazionale spostiamo l'attenzione sul più vasto ambito internazionale, compresi soprattutto i Paesi del raggiunto benessere economico, abbiamo la possibilità di valutare con un grado di approssimazione abbastanza esatto gli impressionanti costi umani del suicidio: « quantunque si manchi di statistiche degne di fede per numerosi Paesi, si può valutare almeno ad un **migliaio il numero quotidiano di suicidi nel mondo**, ed anche se si portasse il numero dei suicidi a 500.000 per anno, si coglierebbe solo una parte dell'incidenza del problema: secondo alcuni autori, bisognerebbe porre nel conto almeno **otto tentati suicidi per ogni suicidio letale**. Vi sarebbero quindi, ogni anno, diversi milioni di persone che tentano di uccidersi. Già da molto tempo, il suicidio risulta **tra il quinto ed il decimo posto tra le cause di decesso** nella maggior parte dei Paesi europei e nell'America del Nord. I tassi di mortalità, che diminuiscono progressivamente per tutta una serie di malattie fisiche, restano stazionari nel caso del suicidio » (14).

Concludendo, ribadiamo che, per quanto possa apparire assai ardua la profilassi di comportamenti nei quali interferiscono i noti fattori personali e ambientali profondamente intrecciati, non appare più eludibile l'istanza di tentare il tentabile per un'azione volta, a tutti i livelli della società, alla prevenzione del suicidio e all'assistenza degli scampati. Iniziative-pilota sono già in atto (del tipo « Centro per la prevenzione del suicidio » di Los Angeles, « Telefono amico » di Milano, « Samaritani » che operano in alcuni Stati stranieri). Segnaliamo come esemplare sotto diversi punti di vista la « Fondazione Varenna » di Milano, istituita nel 1953 ed intesa, interamente e specificamente, ad indagare sul piano scientifico e umano le cause del suicidio per una efficace prevenzione di esso ed il recupero dei mancati suicidi alla convivenza sociale.

Giovanni Alessandri

(13) *Annuario statistico italiano 1969*, Istituto centrale di statistica, Roma, p. 55, tav. 55, A.

(14) *La prévention du suicide*, Organisation Mondiale de la Santé, Genève 1969, p. 9.