

CAPITOLO PRIMO

IL SUICIDIO NEL DIRITTO PENALE

Il suicidio ha sempre suscitato un notevole interesse anche dal punto di vista giuridico, oltre che morale, religioso e sociale, in relazione soprattutto al problema del rapporto fra la libera determinazione della volontà umana e la natura e l'intensità della legge che tale libertà tutela.

Ciò nonostante la cultura giuridica contemporanea ha mostrato e continua a mostrare una pressoché totale indifferenza verso questa tematica, limitando lo studio a quelle tipologie criminose - l'istigazione o aiuto al suicidio e l'omicidio del consenziente - che nel suicidio trovano un presupposto normativo o una condizione oggettiva di punibilità. A conferma di ciò si può infatti constatare come l'ultima consistente ricerca sul suicidio in prospettiva giuridica, *“Il suicidio nella psicologia, nella indagine giudiziaria e nel diritto”* di E. Altavilla, risalga a più di sessant'anni fa.

Si cerca di spiegare questa consistente lacuna all'interno della scienza giuridica, da un lato constatando la progressiva espansione delle prospettive psico-sociologiche le quali, monopolizzando l'area di interesse su tale tema, hanno portato ad escludere quasi del tutto qualunque altro approccio ad esse metodologicamente non coerente, dall'altro sottolineando la affermata convinzione, in ambito medico-psico- patologico, secondo cui un suicidio o un tentato suicidio sono sempre la diretta conseguenza di un

disturbo o di una malattia psichica.

Si tratta di due linee di tendenza molto pericolose e fuorvianti in quanto comportano il rischio di limitare, da una sola prospettiva e da un solo punto di vista, lo studio di un problema, quale quello del suicidio, che necessita al contrario di una analisi assolutamente multidisciplinare e aperta ad ogni possibile contributo ai fini soprattutto di una corretta, seppur non semplice, prevenzione di tale fenomeno.

Prima di andare ad analizzare quello che è l'atteggiamento attuale della nostra legislazione positiva nei confronti del suicidio, è opportuno fare alcune premesse.

Innanzitutto è necessario escludere l'esistenza di ogni possibile tutela, da parte del diritto, verso l'atto del suicidio. In primo luogo perché, come l'onda di pietà e di commiserazione che tale gesto solleva non può coesistere con una approvazione da parte della legge o con un riconoscimento di legittimità.

In secondo luogo perché ognuno di noi ha, non solo il diritto, ma anche il dovere, se ciò non lo esponga a danno o pericolo personale, di impedirlo prestando l'assistenza occorrente.

La legge infatti da un lato incrimina, in particolari contingenze, il fatto omissivo di chi non impedisca il suicidio (art.593 c.p.) e dall'altro prevede la applicabilità dell'esimente ex art.52 c.p. (legittima difesa) a chi commetta reato (ad es. violenza privata o violazione di domicilio) per impedire al suicida di attuare il suo proposito.

La libertà di suicidarsi, che ogni uomo concretamente possiede, manca quindi di una tutela giuridica in quanto non è accompagnata dalla possibilità, anch'essa giuridicamente prevista, di respingere, in quanto illegittimo, ogni impedimento da altri frapposto.

Tale mancanza ha il suo fondamento nel fatto che il suicidio è considerato non tanto un atto contrario ad un divieto, che peraltro non esiste, quanto piuttosto una condotta difforme da quelli che sono i fini e gli obiettivi del diritto o, ancora meglio, un uso illegittimo delle facoltà discrezionali comprese nella sfera della liceità.

Chiarito questo primo concetto, risulta più semplice comprendere il reale significato della definizione del suicidio come illecito giuridico non tollerato ma non punibile.

Innanzitutto, come abbiamo prima accennato, l'illiceità giuridica si deduce non solo dall'esplicito divieto di una azione, armato di sanzione, ma anche dal diritto riconosciuto alla autorità e ai terzi di contrastarla, e dalla incriminazione di chi ad essa concorre e non la impedisce.

Quindi è possibile parlare riguardo al suicidio di antigiuridicità, cioè della non conformità al diritto e alle norme da questo dettate. Il diritto tutela infatti fra gli altri beni, anche e soprattutto quello della vita umana, senza badare alla provenienza dell'eventuale pregiudizio alla stessa. Per questo motivo essa va considerata patrimonio indisponibile del singolo ed ogni attentato nei suoi confronti rappresenta una manifestazione di violenza all'ordine costituito dallo Stato. L'unica eccezione a questa regola può

derivare da una esplicita deroga dello Stato per un interesse pubblico superiore (ad es. durante una azione bellica).

Come tale il suicidio se, come si vedrà meglio più avanti, per ragioni di opportunità e di politica criminale non può e non deve essere punito, non è comunque tollerato dallo Stato che deve anzi volgere le sue cure e dirigere una intelligente e opportuna profilassi per garantire un pieno recupero a tutti coloro che un tale gesto lo hanno solamente tentato.

Il vigente codice penale non annovera il suicidio nell'elenco dei reati contro la persona e non prescrive alcuna pena nel caso del tentativo.

Il Legislatore si è mosso in tal senso soprattutto per evitare che, per paura di incorrere nei rigori della legge, il suicida, preordinando con più cura i mezzi da usare, giunga con più elevato grado di probabilità allo scopo che si prefigge.

Riteniamo però che la previsione di una eventuale sanzione per il caso di tentato suicidio difficilmente possa costituire, in un soggetto, un incentivo a mettere in pratica con maggiore convinzione un proposito suicida.

In realtà è opportuno, a tal proposito, distinguere coloro i quali tentano il suicidio senza alcuna reale finalità autosoppressiva, al solo scopo di attirare l'attenzione e di chiedere aiuto, e che costituiscono, peraltro, la maggioranza tra i tentati suicidi (o parasuicidi), e coloro che invece manifestano una reale intenzione in tal senso. Soltanto nei confronti dei primi la presenza di una sanzione potrebbe esercitare una certa influenza, arrivando addirittura a costituire un utile deterrente; i secondi, al contrario,

ne rimarrebbero totalmente indifferenti. Ad ogni modo l'impunità per il suicida dipende anche e soprattutto dalla mancanza di una repressione sicura di tale fenomeno, dall'inutilità, in termini general e special-preventivi, della minaccia penale e della sua esecuzione e dal fatto che il diritto, che è *relatio ad alteros*, non si occupa delle relazioni che non escono dalla sfera intima dell'individuo.

Perciò nella nostra legislazione positiva il suicidio non è considerato un reato e il suicida non è perseguibile, giuridicamente, per la morte che da se stesso si produce.

Come abbiamo però sottolineato in precedenza, siccome si determina un evento comunque illecito ed antigiuridico, che soltanto agli effetti della punibilità non dà luogo alle ordinarie conseguenze repressive, si deve in ogni caso procedere a garantire il bene della vita umana perseguendo gli eventuali responsabili collaterali che alla maturazione del proposito violento siano comunque concorsi..

Il suicidio viene in considerazione nel codice penale come elemento necessario dei reati di *omicidio del consenziente* (art. 579) e di *istigazione o aiuto al suicidio* (art. 580) e come conseguenza eventuale di altri reati (per es. *maltrattamenti in famiglia o verso fanciulli* ex art.572)

Il tentativo di suicidio è considerato una mancanza disciplinare dall'art.243, n.5 del regolamento 30 novembre, 1930, n. 1629, per il corpo degli agenti di pubblica sicurezza.

Il pericolo di suicidio in senso generico è invece previsto dalla legge di

pubblica sicurezza, T.U. 1931, (art. 114) e dalla legge 8 febbraio 1948, n.47, sulla stampa (artt. 14 e 15).

Analizziamo ora, una per una, le singole fattispecie prese in considerazione. Per quanto riguarda la fattispecie della partecipazione all'altrui suicidio, il codice penale prevede due tipologie di condotta (la determinazione e l'agevolazione) alla quale se ne aggiunge una terza consistente nel rafforzamento all'altrui proposito di suicidio, ponendo come sufficiente, ai fini della punibilità dell'agente, il verificarsi di una lesione personale grave o gravissima.

Prima di andare ad analizzare nei particolari la fattispecie in esame è necessario chiarire il fatto che le condotte che rientrano nella disposizione normativa in questione non costituiscono delle forme di compartecipazione criminosa in un reato consumato o tentato, per il semplice motivo che il suicidio, come ben sappiamo, come tale non è considerato. Esse, al contrario, costituiscono le condotte punibili di un autonomo reato, integrato dalla condotta non punibile di altro soggetto. A questo proposito, una delle questioni più dibattute in dottrina riguarda proprio l'apparente paradosso nascente dalla possibilità, legislativamente prevista, di punire il soggetto che partecipa, nei modi indicati dalla legge, al compimento di un atto che, invece, come tale, non è punibile.

La spiegazione di ciò sta nel fatto che il suicidio, o uccisione di se stessi, è tale solo per chi, ritenendo di poter disporre della propria persona, medita ed attua il proposito di togliersi la vita. Oltre questi limiti quindi non

sarebbe esatto parlare di suicidio, in quanto la volontà del mandante, dell'istigatore, del rafforzatore della altrui volontà suicida, non si traduce in un atto contro se stesso, ma si comunica ad altri, si concreta sostanzialmente contro la vita di altri e si esaurisce, nell'evento prodotto, su una vittima umana.

Per tutti coloro quindi che non siano l'agente-parte lesa, il suicidio è l'uccisione di un uomo e la partecipazione a codesto delitto va intesa come attività criminosa omicida.

Da questo punto di vista possiamo infatti assimilare il suicidio all'omicidio, in quanto la relazione che viene a stabilirsi tra l'istigatore, l'ausiliatore in genere e il suicida corrisponde a quella esistente tra la parte lesa e l'omicida, nel senso che in entrambi i casi il dolo che ha animato l'azione è diretto al fine di produrre la morte del soggetto passivo.

Quindi non può che essere soggetta a critiche la decisione del Legislatore di non prescrivere alcuna pena nel caso di tentativo del reato in esame, essendo presa in considerazione, come abbiamo visto, soltanto l'ipotesi che dal fatto sia derivata, a danno del soggetto passivo, una lesione grave o gravissima. Se l'evento non si verifica per circostanze indipendenti dalla volontà del soggetto istigatore o compartecipe, ciò non altera il proposito e il disegno da questi concepito e l'intensità dolosa, nonché la pericolosità sociale, non variano.

Aggiungiamo inoltre il fatto che vengono a mancare le condizioni per perseguire, almeno dal punto di vista della pericolosità, tali soggetti

istigatori al suicidio in quanto, non avendo il suicidio natura delittuosa, non ricorrono gli elementi per la applicazione delle misure di sicurezza a norma dell'ultimo comma dell'art.115 c.p. e ci rendiamo conto di quali siano le insufficienze, in materia, del nostro ordinamento.

L'art. 580 del codice penale sotto il titolo "Istigazione o aiuto al suicidio" dispone al primo comma che: "Chiunque determina altri al suicidio o rafforza l'altrui proposito di suicidio, ovvero ne agevola in qualsiasi modo l'esecuzione, è punito, se il suicidio avviene, con la reclusione da cinque a dodici anni. Se il suicidio non avviene, è punito con la reclusione da uno a cinque anni, sempre che dal tentativo di suicidio derivi una lesione personale grave o gravissima (art. 583)".

Sotto il *nomen juris* di *istigazione o aiuto al suicidio* sono previste quindi tre distinte ipotesi criminose:

- a) La *determinazione* di altri al suicidio
 - b) Il *rafforzamento* dell'altrui proposito di suicidio
 - c) L'*agevolazione* del suicidio

Nei primi due casi si tratterà di una partecipazione psichica (o morale), nel terzo di una partecipazione fisica (o materiale).

Al di fuori di queste ipotesi, il cooperare negli atti di esecuzione del suicidio altrui significa compiere attività omicida e trasferire di conseguenza il fatto sotto il titolo delittuoso dell'art.579 (omicidio del consenziente) o dell'art.575 (omicidio comune).

- a) "Determinare" al suicidio significa far sorgere in taluno il proposito di

uccidersi, rendendosi causa in tal modo della altrui risoluzione a tale atto.

Sono indifferenti i mezzi usati, purché si tratti di strumenti di persuasione e non di coazione o inganno, nel qual caso viene esclusa la libertà o la coscienza del soggetto passivo, rendendo così applicabile il titolo di omicidio doloso.

Sono reputati idonei la suggestione semplice, la rappresentazione falsa, esagerata o tendenziosa di mali o di pericoli, i consigli, le esortazioni e, purché non tolgano interamente la libertà dei propri atti al soggetto passivo, anche la violenza, la minaccia e l'inganno.

b) "Rafforzare" l'altrui proposito di suicidio significa rendere definitivo un proposito suicidario già formato, eccitando quindi una persona, che già aveva intenzione di uccidersi, a tradurre in atto la propria volontà.

c) "Agevolare" in qualsiasi modo l'esecuzione del suicidio va inteso nel senso di prestare aiuto materiale al soggetto passivo, ad esempio fornendo l'arma, il veleno, dando chiarimenti sul modo di utilizzare un mezzo letifero, di sottrarsi alla vigilanza, di impedire il pronto soccorso. Non rientra però nella condotta in questione il compiere l'atto aggressivo o il cooperare nella esecuzione di questo (ad es. tenere il cappio in cui il suicida introduce il capo) in quanto, in tal caso, si rientrerebbe nella ipotesi delittuosa di cui all'art.579 c.p..

Si può avere agevolazione al suicidio anche attraverso una semplice omissione, ma occorre che il soggetto abbia violato un obbligo giuridico a contenuto positivo, in particolare:

-Un obbligo di assistenza familiare, che costituisce un principio generale del nostro diritto, nel quale rientra anche il dovere di impedire il suicidio.

-Un dovere di educazione (il precettore) o di cura (l'infermiere).

-Un dovere di vigilanza e di custodia (l'agente carcerario).

In ogni caso è necessaria la presenza, nel soggetto agente, della volontà di cooperare al fatto medesimo; egli deve voler contribuire con il suo comportamento al suicidio dell'altra persona ed è considerato in dolo anche se ne ha soltanto prevista una possibilità.

Al secondo comma l'art.580 dispone che:

“Le pene sono aumentate (art.64) se la persona istigata o eccitata o aiutata si trova in una delle condizioni indicate nei numeri 1 e 2 dell'articolo precedente” (persona minore degli anni diciotto; persona inferma di mente, o che si trova in condizioni di deficienza psichica, per un'altra infermità o per l'abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti).

“Nondimeno, se la persona suddetta è minore degli anni quattordici o comunque è priva della capacità di intendere e volere (art.85), si applicano le disposizioni relative all'omicidio (art. 575-577)”.

Risulta chiaro infatti come la condotta tipica di istigazione o determinazione si caratterizzi e si qualifichi in virtù della sua attitudine “inducente”, la cui forza deve essere valutata soprattutto sulla base del grado di suggestionabilità della vittima. Di conseguenza il Legislatore ha opportunamente prescritto, nei casi indicati, un aggravamento della pena se non, addirittura, l'applicazione della norma prevista per il reato, più grave,

dell'omicidio comune.

L'unica infermità di mente cui si dovrà riconoscere rilevanza sarà quella che abbia annullato o grandemente ridotto, nel soggetto passivo, la capacità di disporre liberamente di se stesso e, per lo stesso motivo, non ogni "deficienza psichica" potrà compromettere tale capacità, ma soltanto quella derivante da una infermità di tal tipo.

L'abuso di sostanze potrebbe consistere invece non solo nella assunzione di dosi eccessive in quantità e frequenza di bevande alcoliche, ma anche nell'uso improprio di sostanze normalmente non utilizzate a scopo alimentare o voluttuario.

Particolarmente delicato e di difficile soluzione è infine il caso in cui il soggetto passivo, senza desiderare la propria morte, sperando anzi che questa non accada, sia perfettamente consapevole del fatto che essa potrebbe seguire all'azione da questi realizzata, in quanto ad essa tipicamente e fisiologicamente riconducibile. Gli esempi sono numerosi e, dalla difficoltà a considerare come suicidi, o meno, le morti causate da tali tipi di condotte, deriva necessariamente un analogo problema a valutare la posizione dei soggetti che abbiano incitato alla tenuta di tali comportamenti.

L'omicidio del consenziente può essere visto come un *suicidio per mano altrui* in quanto la volontà del fatto mortale risale alla stessa vittima ma l'atto materiale della uccisione è compiuto da un terzo.

Questa forma di suicidio costituisce l'*evento* del reato e il consenso lo

qualifica in quanto presupposto necessario dello stesso.

L'art. 579 dispone che: "Chiunque cagiona la morte di un uomo, col consenso di lui (art.50), è punito con la reclusione da sei a quindici anni.

Non si applicano le aggravanti indicate nell'art. 61.

Si applicano le disposizioni relative all'omicidio (art. 575-577) se il fatto è commesso:

- 1) contro una persona minore degli anni diciotto;
- 2) contro una persona inferma di mente, o che si trova in condizioni di deficienza psichica, per un'altra infermità o per l'abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti;
- 3) contro una persona il cui consenso sia stato dal colpevole estorto con violenza, minaccia o suggestione, ovvero carpito con inganno."

Il consenso deve essere giuridicamente valutabile e la norma indica i casi in cui, per la particolare condizione della vittima o per il modo con cui questo è stato ottenuto, esso non possa essere ritenuto valido ai fini della applicabilità della norma stessa.

Il consenso dato dalla vittima deve avere per oggetto la propria uccisione e non un fatto diverso e può essere condizionato all'uso di un mezzo (nel qual caso se viene usato un mezzo diverso, si tratterà di omicidio comune).

E' indifferente sia la modalità con cui questo viene dato (a voce, per iscritto, per terza persona) sia il fatto che sia stato offerto spontaneamente o sollecitato (purché, in questa evenienza, non rientri nei casi indicati al punto tre dell'art. 579 c.p.).

Se il consenso non sussiste, ma l'agente è ragionevolmente indotto dalle circostanze a credere che vi sia, ritenendo cioè che il soggetto consenta alla propria uccisione, si ritiene comunque applicabile l'art. 579 c.p., in virtù di quanto stabilito all'ultimo comma dell'art. 59 c.p.

Senza soffermarci ulteriormente sulla problematica relativa al consenso della vittima con riguardo all'art.579 c.p. - cosa che peraltro ci porterebbe fuori strada, viste le innumerevoli questioni in tema di eutanasia - vogliamo invece porre l'attenzione al rapporto esistente tra tale tipologia delittuosa e quella, precedentemente analizzata, prevista dall'art. 580 c.p., in virtù soprattutto delle difficoltà che si presentano , in certi casi, a distinguere le due condotte in questione.

Innanzitutto appare opportuno notare come, analogamente a quanto abbiamo già accennato precedentemente, una delle più frequenti critiche rivolte al sistema penale in questa materia, riguardi la minore gravità della pena accordata dal Legislatore al colpevole del delitto di istigazione ex art.580 c.p. rispetto a quella prevista dall'art. 579 c.p.

Possiamo infatti notare come due dei tre punti previsti dall'art. 579 c.p. come cause invalidanti del consenso dato dalla vittima, e comportanti l'applicabilità delle norme relative all'omicidio comune, siano ripresi anche dall'art. 580 c.p., dando luogo però solamente ad un aggravamento della pena.

A tal proposito D. Palazzo, nell'opera "Il suicidio sotto l'aspetto psicopatologico,sociale e giuridico" del 1953, sostiene che l'unica vera

differenza - a nostro parere peraltro decisamente non trascurabile - sussistente tra le due figure criminose riguarda soltanto il momento della esecuzione, per mano del terzo nel caso di omicidio del consenziente e per mano della vittima stessa nel caso di istigazione. Egli afferma che la volontà omicida del soggetto istigatore è perlomeno pari a quella dell'autore materiale della uccisione e, a tal fine, propone di considerare la partecipazione al suicidio come partecipazione all'omicidio del consenziente o meglio del *consenziente operante*.

E' una tesi, questa, a nostro parere molto discutibile in quanto mentre l'istigazione e la determinazione possono restare allo stato di semplice eccitazione senza che il suicidio venga a verificarsi, con la uccisione del consenziente si produce un evento mai più modificabile.

Il problema ad ogni modo dipende dalla difficoltà di dimostrare con certezza la reale influenza svolta dall'istigatore nei confronti del soggetto passivo, più facilmente accertabile nel caso di agevolazione, meno nel caso di determinazione o rafforzamento. Sicuramente nei casi in cui tale certezza possa essere raggiunta riteniamo che la proposta di aumentare la pena a carico dell'istigatore al livello di quella prevista dall'art. 579 c.p. non sia del tutto infondata.

In realtà la distinzione accordata dal Legislatore tra le due figure criminose non dipende assolutamente dall'esistenza o meno di una efficienza causale della condotta dell'agente che si espliciti sul piano materiale quanto dalle modalità con cui condotta e volontà della vittima si atteggiavano in rapporto

alla condotta del soggetto attivo del reato. Se così non fosse infatti si dovrebbe qualificare, come peraltro il Palazzo auspicava, come omicidio qualsiasi azione avente una qualunque efficienza causale rispetto all'evento, compresa quindi anche l'ipotesi della agevolazione.

A conferma di ciò risulta utile riportare la motivazione adottata dalla Corte di Cassazione in una sentenza del 1998 in cui si dice: "In materia di rapporto tra il reato di omicidio del consenziente e quello di istigazione o aiuto al suicidio, si ha omicidio del consenziente nel caso in cui colui che provoca la morte si sostituisca in pratica all'aspirante suicida, pur se con il consenso di questi, assumendone in proprio l'iniziativa, oltre che sul piano della causazione materiale, anche su quello della generica determinazione volitiva; mentre si ha istigazione o agevolazione al suicidio tutte le volte in cui la vittima abbia conservato il dominio della propria azione, nonostante la presenza di una condotta estranea di determinazione o di aiuto alla realizzazione del suo proposito, e lo abbia realizzato, anche materialmente, di mano propria." (Cass. pen., sez. I, 6 febbraio 1998, n. 3147)

La decisione era stata presa in merito ad un caso di doppio suicidio con sopravvivenza di uno dei due soggetti, verificatosi proprio nella città di Messina. In una situazione del genere bisognava distinguere: omicidio del consenziente, se il sopravvissuto era stato ritenuto autore unico della uccisione dell'altro e, rispettivamente, di aiuto al suicidio, se il sopravvissuto aveva determinato o comunque agevolato il suicidio dell'altro. Il soggetto sarebbe invece andato esente da pena, se ritenuto

semplice succube di colui che è deceduto.

La difesa del “superstite” aveva interposto ricorso per saltum in Cassazione; la Suprema Corte aveva rinviato al giudice di merito la decisione. In quella sede, il collegio difensivo composto dagli Avv. ti Strangi e Massimo Rizzo del Foro messinese riusciva a dimostrare l’interruzione del nesso causale dell’apporto del superstite alla morte dell’amico, atteso che quest’ultimo si era appropriato del tubo di scappamento dell’auto inserendo lo stesso nella propria cavità orale. In tal caso si trattava di tentativo di doppio suicidio non punibile, essendo estraneo il “superstite”, alla condotta causatrice della morte dell’amico.

La determinazione al suicidio può avvenire anche attraverso una azione che costituisce già di per sè un reato, e che crea nella vittima una condizione psichica di disperazione tale da innescare il proposito suicida.

Tipico è il caso di suicidio come conseguenza del reato di *maltrattamenti in famiglia o verso fanciulli* ex art. 572 c.p.

Per stabilire se sia possibile attribuire al soggetto già colpevole del reato di maltrattamenti una ulteriore responsabilità in conseguenza dell’avvenuto suicidio bisogna distinguere a seconda che il soggetto agente mirasse o meno a determinare il suicidio stesso.

Nel caso in cui una tale intenzione non sia riscontrabile nell’imputato, l’unica soluzione possibile pare quella di applicare l’aggravante prevista dallo stesso art. 572 c.p.: morte derivata come conseguenza non voluta. In realtà però tale norma fa riferimento soltanto alle ipotesi di *omicidio*

involontario, di morte quindi che deriva direttamente dai maltrattamenti, e non di determinazione involontaria al suicidio. Ci si troverebbe di fronte, a questo punto, ad un non reato -l'istigazione involontaria - essendo la determinazione al suicidio punita solo a titolo di dolo.

Nel caso in cui invece l'attività del responsabile dei maltrattamenti fosse diretta ad istigare il proposito suicida della vittima si incapperebbe addirittura in una vera e propria lacuna della legge . Si dovrebbe infatti applicare l'art. 580 c.p. in concorso con l'art. 572 c.p. con l'inconveniente però di avere, in questo caso, una sanzione (reclusione da sei a diciassette anni) minore rispetto a quella prevista quando la morte è una conseguenza non voluta (reclusione dai dodici ai venti anni).

Anche la legge di pubblica sicurezza e la legge sulla stampa contengono delle disposizioni aventi attinenza con il suicidio. Si tratta di norme di difficile e rara applicazione che portano costantemente a gravi discussioni sia sulla idoneità dei singoli articoli di cronaca a costituire incitamento o a provocare la diffusione dei suicidi, sia, e soprattutto, sui limiti del diritto di informazione e quindi della libertà di stampa.

In particolare l'art. 114 della legge di pubblica sicurezza, T.U. 18 giugno 1931, n. 773 dispone al terzo comma:

“E' vietato di pubblicare, nei giornali o in altri scritti periodici, ritratti di suicidi o di persone che abbiano commesso delitti”. La norma, la cui infrazione è sanzionata a titolo contravvenzionale ai sensi dell'art 17 della legge stessa, prescrive anche che le eventuali pubblicazioni siano

sequestrate in via amministrativa.

Il divieto in questione, caduto in disuso in virtù del principio della libertà di cronaca, era posto sia a tutela di un diritto alla riservatezza -diritto che non può essere, almeno teoricamente, superato da un preteso interesse pubblico - sia al fine di prevenire una eventuale efficacia induttiva della pubblicazione a generare altre tentazioni suicide.

Per quanto riguarda invece la legge 8 febbraio 1948, n. 47, sulla stampa, l'art. 14 al primo comma dispone che:“Le disposizioni dell'art. 528 del codice penale” si applicano anche alle pubblicazioni destinate ai fanciulli e agli adolescenti, quando,per la sensibilità e impressionabilità ad essi proprie, siano comunque idonee ad offendere il loro sentimento morale o a costituire per essi incitamento alla corruzione, al delitto o al suicidio. Le pene in tali casi sono aumentate.”

L'art. 15 della stessa legge dispone invece che:

“Le disposizioni dell'art. 528 del codice penale si applicano anche nel caso di stampati i quali descrivano o illustrino, con particolari impressionanti o raccapriccianti, avvenimenti realmente verificatisi o anche soltanto immaginari, in modo da poter turbare il comune sentimento della morale o l'ordine familiare o da poter provocare il diffondersi di suicidi o di delitti.”

Si tratta di due norme, anche queste, di difficile applicazione in quanto descrivono due reati la cui punibilità è subordinata ad un giudizio di idoneità della pubblicazione a costituire incitamento al suicidio (per i minori) o a provocarne la diffusione (per tutti).

Tale giudizio di idoneità deve essere compiuto, ovviamente, sia con riferimento al contenuto della pubblicazione sia con riferimento ai suoi destinatari; in particolare bisognerà valutare le modalità della narrazione, potendo solamente una narrazione particolareggiata e a carattere suggestivo essere idonea al fine vietato.

Risulta chiara a questo punto l'opportunità di introdurre, in luogo di tali disposizioni, delle norme dirette a reprimere la *pubblica istigazione* e la *pubblica apologia del suicidio* in genere, senza limitarsi in tal modo a quella esercitata a mezzo stampa.

Ricordiamo infine che l'art. 243 n. 5 del regolamento 30 novembre 1930 n. 1269 prevede delle sanzioni disciplinari a carico degli agenti di pubblica sicurezza che abbiano tentato il suicidio. Non dobbiamo però farci trarre in inganno da questo caso di, per così dire, punibilità del tentativo di suicidio in quanto la sanzione disciplinare, a differenza della pena, non colpisce il colpevole in quanto uomo, ma in quanto legato all'amministrazione da un vincolo di speciale subordinazione.

IL SUICIDIO NEL DIRITTO CIVILE

All'inizio del presente capitolo abbiamo sottolineato come frequentemente si commetta l'errore di considerare sempre il suicidio una diretta conseguenza di una malattia mentale. Sotto il profilo civilistico questo problema assume una valenza ed una importanza particolare in relazione

alle questioni riguardanti l'incapacità del suicida nei confronti degli atti stipulati precedentemente al suicidio e, in particolare, delle disposizioni testamentarie.

In base al codice civile possono disporre per testamento tutti coloro che non sono dichiarati incapaci dalla legge. L'art. 591 c.c. precisa che sono incapaci di testare i minori degli anni diciotto, gli interdetti per infermità di mente e tutti coloro che, sebbene non interdetti, si provi essere stati, per qualsiasi causa anche transitoria, incapaci di intendere o di volere nel momento in cui fecero testamento. I presupposti di una perfetta capacità di testare sono quindi rappresentati sia dalla capacità di intendere il valore giuridico ed etico dell'atto, in modo da prevederne con piena consapevolezza le conseguenze economiche, giuridiche e morali, sia da quella di autodeterminarsi.

Il suicidio non è, di per sé, ragione sufficiente ad invocare l'art. 591 c.c. In primo luogo, lo ribadiamo, è necessario respingere l'equazione suicida = malato; in secondo luogo, una volta accertata l'eventuale presenza nel soggetto suicida di una infermità mentale, si dovrà comunque valutare in concreto le condizioni psichiche di questi al momento della redazione del testamento.

Il testamento "deve rappresentare la logica espressione della personalità" la quale, nel caso di impugnazione, deve essere ricostruita nel modo più completo possibile; oggi come oggi una semplice diagnosi di malattia mentale non porta automaticamente alla dichiarazione di invalidità del

testamento dovendosi fornire caso per caso un giudizio non generalizzato anche con riguardo a soggetti di sicura competenza psichiatrica.

E. Altavilla si è occupato in modo approfondito del problema e rivolge l'attenzione in particolare alle disposizioni testamentarie dei soggetti melanconici morti suicidi, le quali si caratterizzano nella maggior parte dei casi per una ingiustificata ostilità verso i congiunti. Tali soggetti infatti dispongono molto frequentemente a favore di estranei (enti ecclesiastici, associazioni di beneficenza, poveri) non per una reale avversione verso i parenti più stretti ma per il "bisogno di espiare", potendo l'atto di beneficenza costituire un mezzo per farsi perdonare il gesto disperato.

Possiamo concludere sottolineando come soltanto in certi casi sia possibile arrivare ad impugnare il testamento di un soggetto suicida e ciò necessariamente previa una opportuna indagine che sia volta a fornire elementi decisivi per stabilire lo stato mentale dell'agente al momento della redazione.

Nell'ambito della assicurazione sulla vita l'art. 1927 c.c. dispone che:

"In caso di suicidio dell'assicurato, avvenuto prima che siano decorsi due anni dalla stipulazione del contratto, l'assicuratore non è tenuto al pagamento delle somme assicurate, salvo patto contrario. L'assicuratore non è nemmeno obbligato se, essendovi stata sospensione del contratto per mancato pagamento dei premi, non sono decorsi due anni dal giorno in cui la sospensione è cessata."

Sorgono a questo proposito due problemi.

Il primo riguarda la diagnosi differenziale tra morte da causa naturale e suicidio e - nel caso di morte violenta - tra suicidio, omicidio e accidente.

Il secondo, legato direttamente al primo, è relativo alla eventuale punibilità del soggetto che, al fine di far lucrare agli eredi il pagamento delle somme assicurate, si suicida in un modo tale da simulare una disgrazia ed eludere l'applicazione dell'art. 1927 c.c..

Si esclude l'applicabilità dell'art. 642 c.p. (fraudolenta distruzione della cosa propria e mutilazione fraudolenta della propria persona) in quanto tale norma:

- punisce una condotta volta a conseguire il prezzo di una assicurazione contro gli infortuni mentre, nel nostro caso, si tratta di una assicurazione sulla vita.
- contempla una condotta di lesione e non una di suicidio.

Risulterebbe invece applicabile l'art. 640 c.p. (truffa) in quanto si tratterebbe di trarre in inganno una compagnia di assicurazioni mediante l'artificio di un suicidio mascherato da disgrazia.

Il soggetto agente però potrebbe essere incriminato solo di tentativo di truffa, nel caso in cui il tentato suicidio venisse smascherato, in quanto se il reato si consumasse esso sarebbe comunque estinto per morte del reo.

Rimarrebbe comunque aperta la possibilità di una truffa degli eredi i quali, conoscendo la realtà del suicidio, abbiano simulato la disgrazia.

CAPITOLO SECONDO

IL FENOMENO SUICIDARIO NEGLI STUDI SOCIOLOGICI

I più grandi studiosi del fenomeno in questione hanno spesso sottolineato, una ricerca statistica di questo tipo non potrà mai raggiungere una assoluta certezza sul numero dei suicidi effettivamente verificatisi.

Si ritiene infatti, da sempre, che il numero delle morti per suicidio risultante dalle statistiche sia inferiore a quello reale e ciò dipende, fondamentalmente, da due fattori:

- la difficoltà che si incontra in certi casi ad attribuire con certezza al suicidio oppure ad un evento accidentale la causa di morte;
- - la probabile esistenza di un elevato numero di casi non emerso e volutamente tenuto nascosto. Si pensi ai paesi di religione musulmana per i quali un verdetto di suicidio può costituire una tale vergogna per la persona deceduta e per la sua famiglia che viene evitato se è appena possibile.

Aggiungiamo inoltre come risultino spesso irragionevoli le discrepanze esistenti tra gli indici per suicidio di paesi geograficamente e culturalmente attigui - ad esempio l'Inghilterra e la Repubblica d'Irlanda - in virtù della diversità di esattezza dell'accertamento della causa reale di morte.

Il problema, messo in luce soprattutto da E.Stengel nel 1969, è oggi probabilmente meno marcato di un tempo e non impedisce comunque di valutare l'estensione e la gravità di tale fenomeno nel mondo

contemporaneo.

E' opportuno fare un breve cenno storico riguardo gli studi statistici che sono stati compiuti in passato relativamente al problema del suicidio nel nostro paese.

La statistica suicidaria è nata ufficialmente in Italia nel 1879 con la pubblicazione del saggio *Suicidio* di E.Morselli in cui viene evidenziata l'ascendente e uniforme estensione del fenomeno nel complesso degli stati civili d'Europa.

Dopo un lungo periodo di scarso interesse e di studi non sistematici, la suicidologia prese finalmente vigore con la pubblicazione de "*Il suicidio in Italia, 1864 – 1962*" del demografo S.Somogy, presentato in occasione di un importantissimo convegno promosso nel 1967 dal titolo "*Suicidio e tentato suicidio in Italia*". Da questo studio si evincono dei fatti che saranno poi sostanzialmente confermati successivamente quali:

- un aumento progressivo dei suicidi nel corso del secolo;
- una radicale differenza, ora leggermente ridimensionatasi, della intensità del fenomeno nei due sessi che privilegia quello maschile;
- una netta differenziazione geografica nei confronti del Sud Italia, caratterizzata da una modesta o modestissima quota di mortalità per suicidio rispetto alle regioni settentrionali in genere;

Per quanto riguarda il periodo successivo, fino ad arrivare ai giorni nostri, tali dati sono stati sostanzialmente confermati soprattutto grazie allo studio statistico di R.A.Somogy. L'elemento più significativo da mettere in

evidenza, in quanto consolida una tendenza iniziata da un ventennio circa, riguarda il costante e preoccupante aumento del suicidio giovanile e minorile in particolar modo.

Il tasso suicidario dell'Italia intera è di 7.7. secondo una stima che era stata fatta sui dati ISTAT del 1997 su cui baseremo questa ultima parte dell'elaborato. Esso risulta notevolmente inferiore nelle regioni del Mezzogiorno (in Campania è pari a 3.9 per 100.000 ab.) e la città con il più elevato numero di suicidi è Belluno (19.4 per 100.000 ab.).

Anche se il tasso di suicidi in Italia è leggermente aumentato (nel 1988 era di 5.8 per 100.000 ab.) – e tutto ciò conferma come il fenomeno sia purtroppo in continua evoluzione – il nostro paese risulta ancora essere, in Europa, tra i meno colpiti.

Come abbiamo precedentemente accennato, perfino E.Morselli e, ancor prima, E.Durkheim avevano già messo in luce come il suicidio fosse un problema riguardante in maggior grado il sesso maschile e ciò era dovuto sostanzialmente al minore coinvolgimento delle donne nella vita socio - economica rispetto agli uomini. In particolar modo Durkheim, che considera il suicidio una diretta conseguenza del livello di integrazione della persona nella società, sostiene che sia l'uomo ad essere più esposto allo stato di anomia presente in quest'ultima e stabilisce per le donne un parallelo con le società ritenute, al suo tempo, "primitive" e di conseguenza meno colpite dal problema.

Si ritiene quindi che alla base della esistenza di tassi di suicidi maschili

notevolmente più alti di quelli femminili vi siano, oltre che - secondo alcuni

- una possibile influenza del fattore biologico nelle tendenze verso l'autodistruzione, fondamentalmente due fattori:

- un differente sviluppo psicologico ed un diverso processo di socializzazione delle femmine rispetto ai maschi che può risultare in un tipo di personalità meno sensibile alle forze suicidarie;

- una minore esposizione delle femmine alle forze e alle condizioni che possono portare al suicidio.

L'indice dei suicidi nella popolazione femminile si è però notevolmente avvicinato, rispetto al passato, a quello dei maschi data soprattutto l'intensa tecnicizzazione e industrializzazione della società che comporta per la donna maggiore emancipazione, uguaglianza sociale e possibilità di decisione e di influenza attiva pressoché identiche a quelle degli uomini.

Mentre prima, infatti, il rapporto maschi / femmine era di 4:1 ora è, più o meno in tutti i paesi industrializzati, di 2:1.

Il suicidio maschile appare, al pari evidentemente di quello complessivo, in leggera flessione e quello femminile, nonostante sia in aumento, si mantenga sempre su livelli comunque relativamente bassi.

E' importante sottolineare come il sesso femminile sia maggiormente presente nelle casistiche relative ai tentati o mancati suicidi.

A tal fine è necessario distinguere tra:

- mancato suicidio come fallimento accidentale di misure idonee a causare la morte;

- parasuicidio come atto non letale mediante il quale un individuo deliberatamente si produce delle lesioni;
- tentato suicidio come atto autolesivo consciamente tendente all'autodistruzione oppure avvelenamento o lesioni volontarie, o atto autolesivo realizzato con modalità generalmente poco rischiose ed intenzionalità suicida ambivalente.

La spiegazione non è semplice e secondo alcuni, la causa della incapacità della donna di portare a termine un suicidio è da ricercarsi nella mancanza di sicurezza e di fiducia in se stessa dovuta allo stato di spersonalizzazione che caratterizza il comportamento femminile in genere.

Insieme al sesso e alla modalità, l'età è l'elemento che maggiormente caratterizza e contraddistingue la condotta suicidiaria.

Grandi studiosi quali ad esempio Durkheim avevano notato una maggiore frequenza dei suicidi con l'aumento del numero degli anni e spiegavano questo incremento con la disillusione progressiva dell'individuo anziano, con il dolore per la sua perdita di vitalità, con l'insorgere di difficoltà proprie della vecchiaia e di malattie più intense e frequenti.

La vecchiaia spesso coincide con il momento in cui i figli abbandonano la casa d'origine o con la morte del coniuge e, parallelamente a ciò, i legami con la società esterna tendono ad assottigliarsi; risulta chiara quindi l'influenza che la solitudine esercita nei confronti di tali soggetti soprattutto nei paesi in cui l'assistenzialismo non riesce a fare abbastanza per loro.

L'aumento dei tassi suicidari nelle persone anziane da una parte certamente

indica che la durata media della vita nei paesi ricchi ed industrializzati è aumentata, dall'altra mette in evidenza un grosso problema presente in questi, ossia l'esistenza di un *isolamento sociale e psicologico* nei confronti di tali soggetti. Questa solitudine è inoltre accentuata nella nostra società dalla tendenza del gruppo familiare a frantumarsi nelle sue piccole unità, attitudine favorita dalla prosperità economica, da esigenze sociali ed economiche.

Come sappiamo però la ricerca in questione si riferiva al periodo compreso tra il 1925 e il 1957 e la spiegazione a questa divergenza di dati dipende a nostro parere dalla più bassa durata media della vita in quei tempi.

Secondo quanto sottolineato da vari studiosi anche il fenomeno del suicidio possiede una sua periodicità nell'arco dell'anno, della settimana e del giorno stesso.

Per quanto riguarda la cadenza mensile e, più in generale, quella stagionale, prima ancora che esistessero studi statistici era opinione comune che le condotte suicidarie avvenissero più frequentemente in autunno e ciò in virtù della antica credenza per cui si pensava che il cattivo tempo, che usualmente contraddistingue la stagione autunnale, rendesse la mente umana malinconica.

Le ricerche che successivamente sono state fatte per determinare la stagionalità dei suicidi sono molto numerose ma le conclusioni cui si è pervenuti sono in alcuni casi contrastanti. In linea di massima comunque le condotte autolesive sembrerebbero caratterizzarsi per una duplice

periodicità nell'arco dell'anno con picchi di maggiore incidenza approssimativamente in primavera e in autunno, in particolare nei mesi di giugno e novembre.

A conferma di ciò si potrebbe sottolineare la maggiore incidenza e profondità che le manifestazioni depressive hanno proprio in questi periodi dell'anno, ma il fatto che vi siano ancor oggi, dopo anni di studi in merito, delle divergenze di opinioni significa che non è possibile parlare con assoluta certezza di una reale ciclicità del suicidio. In particolare è stato rilevato un lieve aumento dei suicidi nel periodo primaverile ma non si tratta di una differenza tale da potersi parlare di una netta predominanza di una stagione sull'altra.

Evidentemente a questo punto dobbiamo essere ancora più cauti nel trarre conclusioni riguardo all'andamento mensile del suicidio ancor più difficilmente passibile di particolari interpretazioni.

L'unico dato su cui possiamo trovare conferma riguarda la minore presenza di suicidi nel mese di agosto e ciò si spiega facilmente col fatto che in tale periodo la città si svuota parzialmente per le vacanze (a conferma di ciò sta il fatto che nelle località balneari il tasso di suicidi nel periodo estivo è più alto).

Per quanto riguarda infine la distribuzione all'interno della settimana a nostro parere risultano ancor più confutabili e del tutto relative le opinioni di coloro che riscontrano un picco di maggiore incidenza dei suicidi il lunedì ed il venerdì, all'inizio ed alla fine, quindi, della settimana

lavorativa.

Anche per quanto riguarda l'andamento orario dei comportamenti suicidari, ossia la loro distribuzione nell'arco della giornata, gli studiosi non sono pervenuti ad una assoluta omogeneità di pareri anche se la maggioranza di essi concorda nel riferire un generico calo notturno del fenomeno, con un minimo all'alba, ed un aumento durante la mattinata, soprattutto tra le 9.00 e le 12.00. Somogy in particolare sostiene che quando l'attività giornaliera è nel pieno, è più forte la spinta verso il suicidio che non invece nelle ore notturne di riposo o di solitudine e afferma che le ore di maggiore frequenza sono quelle tra le 8.00 e le 11.00 e tra le 15.00 e le 17.00.

Il dato relativo al livello di scolarità dei soggetti suicidi non è mai stato particolarmente studiato in letteratura ed è soltanto in tempi recenti che è venuto ad assumere una certa rilevanza in relazione al preoccupante incremento del fenomeno presso la popolazione giovanile e studentesca.

Sicuramente alla base di questa carenza vi è la difficoltà di ottenere le informazioni relative.

Il titolo di studio maggiormente presente nei soggetti suicidi risulta essere la licenza media inferiore, seguita da quella elementare.

Ovviamente, per valutare opportunamente questi dati è necessario fare riferimento alla intera popolazione e a come i vari gruppi a diversa scolarità sono in essa rappresentati e soltanto in questo modo ci renderemo conto di quanto sia alta, in proporzione, la percentuale dei soggetti laureati.

Anche la condizione lavorativa è stata esaminata nei suoi possibili risvolti

con le condotte suicidarie.

Per comprendere però la reale influenza che il lavoro esercita sul suicidio è necessario tenere in considerazione quello che è il valore ed il significato dello stesso nella nostra società moderna. L'occupazione aiuta le persone ad integrarsi nella collettività e conseguentemente il livello professionale costituisce lo status di ognuna di queste, la loro posizione nel sistema sociale.

Secondo una buona parte dei sociologi le categorie occupazionali maggiormente esposte al suicidio sono rappresentate dagli “estremi della gerarchia occupazionale stessa”, professionisti ed imprenditori da una parte e operai non specializzati dall'altra. Per i primi infatti la vita è dominata dal mito del successo e dal prestigio sociale che, spinto fino all'eccesso, porta alla perdita dell'obiettività verso se stessi e alla convinzione di essere incessantemente sotto controllo, per i secondi invece, soprattutto quando l'occupazione è sporadica, il livello di socialità rimane troppo basso.

La disoccupazione, per le difficoltà familiari, sociali ed economiche che comporta, è spesso indicata come causa scatenante del suicidio e figura in molte statistiche come prevalente rispetto all'occupazione ma secondo molti non sussisterebbe sempre un nesso di causalità tra la prima e le condotte autolesive da noi studiate.

La categoria maggiormente colpita risulta essere quella dei pensionati, seguita da quella dei lavoratori. La prevalenza di suicidi tra soggetti pensionati è facilmente spiegabile se si tiene presente che, come abbiamo

già visto precedentemente, l'età più avanzata è quella più frequentemente esposta al suicidio. A ciò si deve aggiungere il venir meno, con il pensionamento, del ruolo protettivo che, secondo molti, il lavoro svolge nei confronti dei singoli.

Già Durkheim sosteneva come i non sposati si suicidavano più spesso delle persone sposate, soprattutto se queste ultime avevano dei figli. La famiglia infatti svolge una funzione di socializzazione proteggendo in tal modo il singolo dal pericolo rappresentato dal suicidio. Negli ultimi cinquant'anni però la situazione è notevolmente cambiata e, soprattutto in Italia, si parla di crisi della famiglia tradizionale: le profonde trasformazioni sociali ed economiche si sono manifestate anche nell'ambito dei rapporti interpersonali determinando in tal modo la diminuzione del numero dei figli e soprattutto l'indebolimento del vincolo matrimoniale.

Le statistiche più recenti quindi mostrano come attualmente la categoria meno esposta al suicidio non sia più quella rappresentata dai coniugati quanto piuttosto quella dei celibi e delle nubili.

Un punto invece su cui praticamente tutti gli autori concordano riguarda la maggiore incidenza del suicidio tra i divorziati. Il divorziato ha perso l'oggetto d'amore al quale era legato e le pulsioni aggressive dirette verso tale oggetto gli si rivolgono contro.

E' necessario però sottolineare come la validità di dati di questo tipo, peraltro sicuramente interessanti, sia in qualche modo inficiata dalla dimensione statica di questi, non dandoci alcuna informazione sul periodo

di tempo trascorso tra l'avvenimento (vedovanza, divorzio, separazione) e l'atto autolesivo. Se infatti il suicidio avviene poco dopo che il soggetto è rimasto solo o durante il periodo in cui è in corso la pratica di separazione, possiamo considerare tali elementi sicuramente importanti per la genesi dell'atto, mentre se trascorrono alcuni anni prima che il soggetto compia tale gesto, è probabile che altri fattori, estranei al suo stato civile, assumano importanza maggiore.

L'analisi delle diverse e possibili modalità suicidarie ci interessa più da vicino costituendo un aspetto di più stretta pertinenza medico -legale.

Innanzitutto è necessario sottolineare che esiste un numero limitato di mezzi tipici per praticare il suicidio e che la scelta tra questi è condizionata da diversi fattori: l'immediata o meno disponibilità dei mezzi stessi, particolari circostanze storiche e culturali (il valore della funzione psicologica e simbolica dell'azione suicida), la forza di suggestione che i mezzi maggiormente usati esercitano, in determinate zone, sui potenziali suicidi, l'ambiente culturale nel quale il soggetto è inserito, il grado di intenzionalità - conscia o inconscia - di morire e, non da ultimo, le caratteristiche personali del soggetto stesso (sesso, età e struttura della personalità).

Per esempio nei paesi, come l'Inghilterra, la Danimarca e l'Italia stessa, dove la detenzione di armi è subordinata al possesso di una speciale licenza, il suicidio per arma da fuoco è decisamente in regresso e parallelamente tutti i soggetti che hanno l'immediata disponibilità di questo

mezzo ricorrono quasi esclusivamente a tale modalità

Il contrario avviene negli Stati Uniti dove invece simili restrizioni non esistono. Allo stesso modo nelle nazioni dove si possono facilmente acquistare farmaci si avrà un'alta percentuale di suicidi per intossicazione chimica e questa è una tendenza che è stata riscontrata in buona parte dei paesi industrializzati. Particolarmente interessante a questo proposito è l'annotazione fatta da E.Stengel il quale sottolinea come, all'aumento dei casi di morte per avvelenamento si accompagni solitamente, nello stesso periodo, un decremento degli indici di mortalità per suicidio, essendo tale modalità suicidaria più curabile e meno fatale delle altre.

In secondo luogo l'avvelenamento, anche quando porta alla morte, è più facilmente occultabile della impiccagione o del colpo da arma da fuoco e ciò influenzerebbe notevolmente le statistiche.

In virtù poi di singolari credenze e tradizioni, in determinati paesi e presso particolari popolazioni si ricorre a delle modalità suicidarie da noi meno praticate o assolutamente sconosciute

Nei paesi orientali è frequente il ricorso al suicidio per ustione, il cosiddetto "bruciarsi vivo", che nel nostro paese è praticato molto raramente e che peraltro è solitamente accompagnato, nei pochi casi che vengono riscontrati, da manifestazioni di protesta.

L'adozione di un metodo piuttosto che un altro dipende inoltre anche dalla diversa percentuale di probabilità di salvezza che, in certi casi, il suicida calcola al momento della scelta e ciò spiega perché nelle casistiche relative

ai tentati suicidi risulti più frequente il ricorso a modalità suicidarie, quali l'avvelenamento, che invece nell'ambito dei suicidi veri e propri ricorrono in minor misura. Ovviamente, a tale proposito, bisogna tenere in considerazione sia la mancanza di una reale volontà di morte in alcuni casi di tentati suicidi, sia la maggiore efficienza, rispetto a un tempo, delle tecniche di soccorso.

Molti studiosi hanno anche cercato di rilevare una correlazione tra "personalità suicidale e scelta del metodo corrispondente", predominando nelle personalità psicotiche i cosiddetti metodi più "duri", fino ad arrivare a parlare di "struttura suicidale della personalità".

Tale relazione in realtà, come vedremo più avanti, non dipende tanto da fattori psicologici o psicopatologici quanto, più semplicemente, dal sesso del soggetto.

La modalità suicidaria maggiormente ricorrente tra la popolazione suicida era l'intossicazione da Co, la quale ha lasciato progressivamente il posto alla precipitazione.

A quanto pare invece sono in continua ascesa i casi di suicidio mediante impiccamento.

I dati fornitici dall'ISTAT non fanno che confermare tutto ciò indicando l'impiccamento come la modalità suicidaria maggiormente messa in atto nell'intera nazione.

Uno degli elementi che maggiormente influenza la scelta della modalità di suicidio è costituito dal sesso e l'esistenza di una differenza specifica legata

a tale fattore, già più volte oggetto di studio, è stata confermata dalle statistiche.

L'insieme delle ricerche che a tal proposito sono state effettuate ha portato fondamentalmente alla conclusione che gli uomini prediligono in genere mezzi più efficaci e violenti (attivi) come l'impiccamento, le armi o la precipitazione, mentre le donne scelgono prevalentemente i cosiddetti metodi "dolci" (passivi) quali l'avvelenamento e l'asfissia. Questo spiegherebbe anche in parte perché il tasso di suicidio degli uomini è più alto rispetto a quello delle donne, le quali hanno invece un tasso di tentati suicidi due o tre volte superiore.

Bisogna premettere innanzitutto che il luogo dell'evento non corrisponde necessariamente a quello in cui è avvenuta la morte e che per i casi di suicidio mediante precipitazione si è considerato come tale quello da cui il soggetto si è lanciato e non quello in cui il cadavere è stato ritrovato.

Di particolare interesse e di frequente oggetto di studio è il suicidio nelle carceri durante gli anni di "Tangentopoli". Lo studio delle condotte suicidarie che si verificano nelle prigioni ha fatto constatare che i soggetti maggiormente a rischio sono i maschi, di età compresa tra i 25 e i 30 anni, i quali attentano alla loro vita specialmente nel primo periodo della detenzione, sia che siano già stati giudicati, sia che prevedano, in base al delitto commesso, condanne a lunghi periodi.

Da ultimo merita un cenno il dato relativo casi di suicidi (prevalentemente mediante precipitazione o assunzione di farmaci) avvenuti all'interno di

ospedali, psichiatrici e non, in virtù soprattutto della possibilità di una responsabilità professionale per colpa del personale sanitario. Nonostante infatti sia venuto meno il principio custodialistico obbligatorio e conseguentemente sia caduto, sul piano formale, l'obbligo da parte del medico di una custodia iperprotettiva, rimane comunque il principio generale dell'obbligo di sorveglianza dei malati ospedalizzati.

Da quando l'interesse verso il problema del suicidio ha assunto una veste più rigorosamente scientifica la maggiore preoccupazione degli studiosi è stata quella non solo di fornire i dati statistici essenziali ma soprattutto di raffrontare tali dati alla situazione socio-ambientale ed alla realtà psicologica individuale nelle quali il gesto suicida viene ad inserirsi. La sociologia quindi ha cercato di individuare le cause esterne del suicidio, la psicologia quelle all'interno dell'uomo cercando, entrambe le discipline, di confrontarsi e di affrontare lo studio in un modo meno rigido e maggiormente improntato alla interdisciplinarietà.

Secondo il sociologo francese E. Durkheim il suicidio è un fenomeno costante all'interno della società ed i suicidi rappresentano una quota prestabilita di individui che pagano in tal modo il loro mancato inserimento all'interno di essa. Il suicidio diviene quindi una realtà esterna all'individuo, predeterminata in ogni tipo di società e valutabile scientificamente attraverso lo studio dei tassi percentuali di tale causa di morte.

In particolare Durkheim identifica tre tipi di suicidio:

- Suicidio egoistico, risultato della carenza di interesse nell'individuo per la comunità e del suo insufficiente coinvolgimento, che lo porta a compiere tale gesto come estremo atto di egoismo. Questa categoria comprende la maggior parte dei suicidi dovuti a malattia fisica o mentale e di quelli che hanno subito depravazioni o lutti.

- - Suicidio altruistico, più frequente nelle società primitive, riguarda le persone sulle quali la società ha una presa troppo forte e che sono spinte verso l'autodistruzione da un esagerato altruismo e senso del dovere. In questa categoria sono compresi gli anziani e gli ammalati che vogliono liberare la società della loro presenza, le donne che seguono i mariti nella morte.

- Suicidio anomico, il più frequente, causato dalla incapacità della società nel controllare, attraverso la religione, la morale, la giustizia, il comportamento dell'individuo creando in tal modo delle condizioni di "anomia" che non garantiscono una organizzazione sociale compatta e protettiva.

Parallelamente alle analisi sociologiche prese inizio con Freud lo studio della psicomodinamica del suicidio, creando in tal modo un campo di ricerca completamente nuovo.

Egli nel 1920 postulò l'esistenza di due istinti di base, quello di vita e quello di morte, e identificò nella prevalenza di quest'ultimo la causa diretta del suicidio negli uomini. In particolare, secondo questi, un individuo arriva ad uccidersi quando dirige contro di sé l'ostilità che prova

verso un altro e alla base quindi del suicidio e dell'omicidio si trovano gli stessi impulsi aggressivi interni. In pratica la pulsione ad uccidere suscita nel soggetto un senso di colpa che trasforma un potenziale omicida in un suicida.

La ricerca dei motivi che hanno condotto al suicidio non può che essere imprecisa ed in larga misura senza un concreto fondamento obiettivo.

Quelle da noi rilevate non sono infatti le vere motivazioni addotte dal soggetto suicida (se si eccettuano i rari casi di scritti esplicativi lasciati dallo stesso) ma quelle addotte dai familiari o da altre persone e che possono essere state riferite in modo impreciso e che risentono sicuramente di interpretazioni e condizionamenti affettivi ed emozionali.

Dai dati ISTAT risulta che la maggior parte dei morti per suicidio soffriva di sindrome depressiva

Diversi sono i casi in cui sono state riscontrate delle malattie fisiche e, in maggioranza, si è trattato di persone anziane affette da mali incurabili.

Diversi sono stati i casi di suicidi di soggetti affetti dal virus dell'HIV o anche soltanto sieropositivi e in questi casi il comportamento di aggressività verso se stessi è talora accompagnato da un desiderio di vendetta e di rivalsa sugli altri per una situazione non più controllabile.

Molti di essi avevano tentato precedentemente il suicidio e anche in questo caso possiamo facilmente presumere che si tratti di un valore inferiore a quello reale visto l'elevato numero di tentati suicidi non denunciati.

Quasi la metà aveva in passato manifestato dei propositi di suicidio e,

analogamente a quanto detto sopra, è opportuno ricordare come nella maggior parte dei casi minacce di questo tipo non vengano prese seriamente in considerazione.

L'alcoolismo e l'uso di stupefacenti si riscontra solitamente abbastanza frequentemente nelle storie dei soggetti che successivamente si sono suicidati.

A questo proposito appare interessante ricordare come il comportamento tossicomano sia spesso definito una forma di “suicidio cronico o strisciante” anche se, a nostro avviso, non essendo la morte intenzionalmente annunciata, è solo l'aspetto superficiale di tale condotta che giustifica una definizione di questo tipo.

Carattere particolare assume il tentato suicidio dei tossicomani non avendo, come buona parte dei normali tentati suicidi, un valore intenzionalmente comunicazionale ma esprimendo piuttosto la disperazione per la sconfitta degli ultimi meccanismi di difesa rimasti.

CAPITOLO TERZO

SUICIDIO E PREVENZIONE

La storia ci ha insegnato che non si può eliminare il suicidio.

Inscritto nella natura umana o prodotto della società, esso è sempre esistito e, in base ai dati (statistici e non) in nostro possesso, è difficile immaginare un futuro più roseo.

Ciò nonostante si è sempre parlato di prevenzione e perfino E. Durkheim aveva sottolineato come il facilitare l'integrazione dell'individuo nel gruppo sociale fosse il compito primario da svolgere per una adeguata profilassi del suicidio.

Nel corso del secolo i maggiori sforzi organizzativi si sono concretati in associazioni formate da sacerdoti, assistenti sociali e profani che si propongono di aiutare persone che hanno tentato o che corrono il pericolo di compiere un gesto suicida.

Ora si è passati alla organizzazione articolata di programmi a dimensione nazionale implicanti differenti livelli di intervento e alcune nazioni europee - quali l'Olanda, la Svezia, la Norvegia e la Finlandia - e nord-americane (il Canada in particolare) hanno approntato e reso operative tali strategie di intervento, i cui riscontri potranno essere valutati solo tra qualche anno.

Più in generale, l'Organizzazione Mondiale della Sanità aveva dato avvio ad un programma di prevenzione dal titolo "Health for all by the year 2000" che si proponeva di ridurre il tasso di suicidi nell'ordine del 20% per l'anno 2000 nelle sedi coinvolte dallo studio collaborativo. L'Italia ha partecipato

a questo programma di ricerca ma a parte ciò, dobbiamo purtroppo sottolineare come nel nostro paese per il suicidio non si sia mai fatto moltissimo. Al momento infatti non esistono alcuni specifici centri antri-crisi nè sono state allestite linee di tele-aiuto e solamente negli ultimi anni sono stati varati dei progetti di ricerca e di prevenzione.

Dal 1987 esiste l'Associazione Italiana per lo Studio e la Prevenzione del Suicidio (AISPS), avente sede a Padova presso l'Ospedale Geriatrico, che si è preoccupata di stimolare la ricerca nazionale in ambito suicidologico e di promuovere, con varie iniziative, una nuova sensibilità a tale problema.

Prima di andare ad analizzare quanto concretamente è stato fatto e quanto si sta facendo per ridurre, nei limiti del possibile, i tassi suicidari nei paesi industrializzati è opportuno specificare meglio che cosa si debba intendere per prevenzione del suicidio.

Una vera e propria profilassi dovrebbe tendere ad impedire che la persona in difficoltà possa arrivare a considerare la morte come l'unica via d'uscita possibile, intervenendo quindi ancor prima che la semplice idea di suicidio si sia affacciata nella mente attraverso il miglioramento generale delle condizioni sanitarie ed economiche e l'integrazione affettiva, culturale e lavorativa della popolazione.

Nella prevenzione del suicidio le strategie scelte dipendono dalla visione che si ha della natura di tale atto e, in linea generale, si distinguono tre modelli di intervento: medico, sociale ed ecologico. Secondo il modello medico, in virtù del quale il suicidio è visto come la conseguenza

indesiderata di una malattia mentale, il trattamento con successo di un soggetto affetto da una patologia dovrebbe conseguentemente ridurre o prevenire il suicidio.

In realtà, come abbiamo avuto modo in precedenza di sottolineare, l'equazione suicidio = malattia mentale va assolutamente evitata e se da una parte il trattamento delle persone depresse è altamente giustificato e benefico, dall'altra non deve destare sorpresa il fatto che gli sforzi concentratisi in tale direzione non si riflettano considerevolmente nella mortalità globale per suicidio. E' stato calcolato infatti che in generale meno del 50 % dei soggetti depressi riceve un trattamento adeguato che a sua volta non è efficace in più del 70 % dei casi con la conseguenza che la riduzione della mortalità per suicidio risulterebbe intorno al 10 %.

Se seguiamo invece un modello strettamente sociale risultano assolutamente utili proprio quelle statistiche che sempre più spesso sono oggetto di critiche e che se da un lato infatti non rappresentano uno specchio fedele di quelle che sono le reali dimensioni del fenomeno suicidario, dall'altro mostrandoci le categorie di soggetti maggiormente a rischio ci portano a concentrare correttamente la nostra attività di prevenzione proprio nei confronti di quei gruppi di persone che, per determinate caratteristiche, risultano essere quelle più facilmente esposte al pericolo.

Una analisi delle categorie sociali indica infatti che il sesso, l'età, l'etnia, lo stato civile, l'occupazione, la presenza di migrazioni rappresentano delle

variabili di rilievo correlate al suicidio.

Solamente alcune di tali variabili possono però essere oggetto di un diretto intervento preventivo (ad es. la disoccupazione), essendo le altre sia naturali che inevitabili (il sesso e l'etnia) oppure difficilmente controllabili (lo stato civile e l'emigrazione).

Risulta a questo punto utile ed opportuno combinare il più possibile tutte le diverse strategie che abbiano evidenziato una loro potenziale efficacia: infatti così come nello studio del suicidio è necessario un approccio multidisciplinare, allo stesso modo bisogna agire a livello preventivo e a tale proposito si parla sempre più spesso di una prospettiva ecologica di prevenzione del suicidio, le cui due maggiori componenti sono costituite da:

- l'identificazione dei gruppi vulnerabili
- la limitazione dell'accesso a specifici metodi suicidari, attraverso ad esempio il controllo del possesso delle armi, la detossificazione del gas domestico e del gas di scarico delle auto, il controllo della vendita delle sostanze tossiche e della loro disponibilità.

Tra i possibili strumenti di prevenzione il telefono ha una particolare rilevanza per accessibilità e diffusione e costituisce ancora oggi il mezzo più idoneo ed efficace per salvare la vita di molte persone. Centri di Intervento sulla Crisi, Servizi Telefonici per la prevenzione del Suicidio, "Hot-Lines" e "Life-Lines" sono stati creati allo scopo appunto di raccogliere tempestivamente una richiesta di aiuto che frequentemente

precede l'atto suicidario.

Anche il più deciso e convinto dei suicidandi può essere infatti aperto ed accessibile al conforto e al consiglio di altri e molto spesso la possibilità di rimandare per un attimo la decisione fatale può di per sé significare definitivamente l'allontanamento del pericolo.

Bisogna tenere ben presente infatti che una decisione di tal tipo, se non nei casi di estrema impulsività, non viene mai presa senza contrasti o perplessità in quanto fino all'ultimo l'istinto di conservazione non cessa di farsi sentire e che anche quando essa appaia ormai seriamente determinata può rimanere passibile di una suggestione favorevole.

In molti soggetti inoltre il passaggio all'atto suicida è determinato proprio dal fatto di non potersi sfogare in altro modo e in tal caso una conversazione telefonica con una persona preparata e comprensiva può mutare il corso di una decisione che fino a quel momento pareva irrevocabile.

Tali soggetti, scelti accuratamente e preparati da persone competenti, dovranno essere abili ad ascoltare, ad instaurare e mantenere un dialogo con la giusta dose di distacco e di accondiscendenza allo stesso tempo, a rendersi conto in brevissimo tempo di quanto possa essere sincera la richiesta di aiuto e l'effettiva esistenza di un pericolo e ovviamente dovranno conoscere alla perfezione tutte le risorse assistenziali, mediche e spirituali disponibili nel luogo in cui operano.

Inoltre sarà assolutamente fondamentale per queste persone la

consapevolezza del ruolo cui sono state preposte con la conseguente necessità di non superarne i limiti. Essi devono fare la parte dell' "amico", ponendosi allo stesso livello dell'appellante e rendendosi disponibili ad un confronto aperto e serio, ma devono soprattutto essere in grado di capire quando risulti opportuno o necessario l'intervento di un medico o di un operatore sociale, senza cercare di volere fare tutto in un momento e da soli. Gli anziani sono tuttavia poco propensi ad inviare richieste d'aiuto durante una crisi suicidaria in quanto caratteristicamente in questa fascia d'età l'intenzionalità è generalmente più ferma e risoluta e maggiore è la difficoltà a comunicare il proprio disagio psichico. Il loro comportamento suicidario è infatti molto meno motivato dal desiderio di mobilitare gli altri e di attrarre la loro attenzione che non nel caso dei giovani e risulta quindi opportuno che siano i Servizi stessi a impegnarsi per identificare le situazioni a rischio mediante un attivo contatto degli utenti.

In relazione a ciò negli ultimi anni si sta verificando l'efficacia in termini preventivi del Telesoccorso / Telecontrollo, un servizio telefonico, nato originariamente per l'assistenza domiciliare di pazienti anziani, che prevede l'utilizzo di un sistema portatile di allarme, un contatto attivo dell'utente da parte di personale addestrato, un pronto intervento nelle emergenze mediche e psicologiche ed un servizio di informazione e supporto.

Si ritiene che un grosso passo in avanti nell'ambito della prevenzione del suicidio potrebbe essere fatto solamente migliorando negli ospedali generali l'assistenza fisica e soprattutto i servizi disponibili per i pazienti che

abbiano tentato il suicidio. Le cifre relative sono assolutamente preoccupanti soprattutto se si tiene conto dell'allarmante tasso di ripetizioni suicidarie che, con una sempre più alta probabilità, possono portare alla morte o al cosiddetto "outcome fatale". Dalle statistiche risulta infatti che in media almeno un tentatore di suicidio su due ha già compiuto in precedenza uno o più tentativi e che tale ripetizione avviene solitamente entro un anno dal primo episodio. A ciò aggiungiamo che le conseguenze fisiche del tentativo aumentano spesso con la ripetizione e che, in generale, una buona percentuale delle persone che muoiono per suicidio (si valuta che la media sia addirittura attorno al 50 %) ha compiuto almeno un tentativo in precedenza nel corso della vita.

L'ostacolo principale ad una adeguata assistenza è costituito sicuramente dalle notevoli implicazioni finanziarie che il comportamento suicidario determina, in termini di costi, relativamente alla assistenza ospedaliera ma è lo stesso ufficio europeo della Organizzazione Mondiale della Sanità a raccomandare un impegno in tal senso. Al di là comunque degli ostacoli a carattere strettamente economico, vi sono anche altri problemi che rendono molto difficile la pratica realizzazione di un progetto di questo tipo. Innanzitutto, al di fuori degli ospedali, c'è la tendenza da parte di molti medici di famiglia che forniscono la prima assistenza a pazienti che hanno compiuto un "lieve" tentativo di suicidio (ad es. un taglio superficiale delle vene) a non inviare tali soggetti in ospedale per paura di una eccessiva drammatizzazione della situazione. In secondo luogo, all'interno degli

ospedali, non sono pochi i medici che considerano soltanto i più gravi o “severi” tentativi come passibili e bisognosi di una valutazione psicosociale. Si stima che più di un milione di persone all’anno tentino il suicidio nei Paesi appartenenti all’ U.E.

In generale comunque buona parte degli studiosi e dei suicidologi sono concordi su alcuni punti strategici di intervento:

- 1) In tutti i casi di tentativo di suicidio è assolutamente necessaria l’accettazione ospedaliera, anche quando i pazienti non hanno reali bisogni di un trattamento medico, in quanto l’ospedale può comunque costituire un territorio neutrale dove è possibile distruggere i conflitti interpersonali che hanno fatto precipitare la situazione.
- 2) Al più presto possibile dovrebbe essere sempre fatta, nel pronto soccorso o nei reparti medici dopo il ristabilimento, una valutazione psicologica dei pazienti, allo scopo di stabilire con loro un rapporto, di chiarire la natura delle loro difficoltà e di identificare la presenza di eventuali disturbi psichiatrici.
- 3) E’ opportuno che le interviste con i parenti e con i pazienti stessi vengano condotte in privato e comunque mai in un reparto medico aperto in cui i questi ultimi possano avere difficoltà a parlare liberamente.

Affinché questo programma possa essere concretamente e adeguatamente realizzato è però necessario che all’interno di tutti gli ospedali o perlomeno nelle immediate vicinanze vengano creati dei reparti psichiatrici o dei teams di intervento sulla crisi.

Purtroppo infatti in molti ospedali europei non c'è una diretta collaborazione con psichiatri o professionisti del settore psicosociale, i quali non vengono neppure chiamati da servizi esterni o da istituzioni esterne con la conseguenza che le decisioni vengono prese in ogni caso dai medici internisti.

Ciò che si auspica è quindi un netto miglioramento della collaborazione tra i membri dello staff degli ospedali generali e le strutture di salute mentale e ambulatoriali ed una seria presa in considerazione di ogni tentativo di suicidio la cui eventuale sottovalutazione può risultare molto spesso pericolosa e controproducente.

A causa delle rilevanti differenze esistenti sia nei trattamenti medici dei tentatori di suicidio che nelle metodologie di ricerca, è stato praticamente impossibile fino ad oggi fornire delle valide comparazioni tra i paesi europei per i vari aspetti del comportamento suicidario.

Nel 1986 un gruppo di lavoro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, allo scopo di un immediato raggiungimento dell'obiettivo 12 delle strategie di intervento dal titolo - cui abbiamo già fatto cenno ad inizio capitolo - "Health for all by the year 2000", iniziò uno studio collaborativo multicentrico multinazionale a livello europeo chiamato "Studio Multicentrico WHO / EURO sul parasuicidio". A tale progetto partecipano molte nazioni europee tra cui l'Italia, la Francia, la Germania, la Spagna e i paesi scandinavi.

Per ragioni di comparabilità è stata utilizzata una definizione comune di

parasuicidio.

Il progetto di prevenzione è orientato sul gruppo a più alto rischio di successivo comportamento suicidario ossia quello delle persone con alla storia dei tentativi di suicidio. Ognuno di questi soggetti viene intervistato una prima volta dopo il tentativo di suicidio, durante la necessaria assistenza medica, ed una seconda volta dopo un anno allo scopo di avere dei pareri relativamente ai trattamenti medico-sociali intercorsi. Questa parte del progetto è tuttora in corso.

I primi risultati ottenuti per quanto riguarda invece lo studio di monitoraggio indicano innanzitutto che i tassi dei tentativi in Europa differiscono in un modo molto simile a quelli di suicidio e che soprattutto rispetto agli anni '70 si è verificato un notevole decremento.

Al contrario appaiono in notevole crescita i tassi di ripetizione.

Una delle questioni da sempre più dibattute riguarda l'influenza che la carta stampata e più in generale i mezzi di comunicazione di massa esercitano sulle condotte suicidarie.

A tale proposito sono stati effettuati numerosissimi studi ma non si è ancora arrivati a trarre delle conclusioni sicure a favore dell'esistenza o meno di un rapporto causale tra la diffusione particolareggiata di notizie relative a suicidi e l'aumento spesso riscontrato dei tassi suicidari nei periodi immediatamente successivi.

A conferma di quanto la questione abbia sempre suscitato un enorme interesse ricordiamo che già E. Durkheim se ne era occupato sostenendo che

i cosiddetti “suicidi imitatori” non costituivano comunque una percentuale tale da poter esercitare una particolare influenza sulla frequenza generale degli stessi in una Nazione.

Quando si parla di imitazione delle condotte autolesive non si può però fare a meno di ricordare l'impressionante ondata di suicidi che si verificò in molte nazioni europee in seguito alla pubblicazione nel 1774 dell'opera di Goethe “*I dolori del giovane Werther*” la quale, proprio per questo motivo, venne bandita per un lungo periodo di tempo. Nel libro, il giovane protagonista, innamorato di una donna sposata, scrisse di notte all'amata una lettera e si sparò all'occhio destro. Tale avvenimento fu talmente impressionante e significativo che da quel momento si diffuse la dizione di “effetto Werther” proprio per indicare ogni sorta di condotta suicidaria imitativa, anche non necessariamente legata a motivi di amore.

Al di là di questo episodio è comunque indubbia l'influenza negativa che in certi casi i mass-media esercitano sulle condotte umane in generale e particolarmente significativa a questo proposito è una dichiarazione fatta nel 1844 da Brigham, fondatore di una importante rivista scientifica americana, l'*American Journal of Insanity*, il quale arrivò a sostenere addirittura che “un semplice paragrafo di giornale può suggerire il suicidio a 20 persone”.

Motto, l'autore che per primo si occupò di tale questione in modo sistematico, escluse una influenza delle cronache giornalistiche sulle condotte suicidarie in quanto in una ricerca da lui condotta nel 1967 in

alcune città americane non riscontrò delle differenze significative tra i tassi di suicidio rilevati durante un periodo di sciopero dei tipografi e quelli relativi ai cinque anni immediatamente ad esso precedenti. In realtà l'autore non prese in considerazione l'esistenza di altre forme alternative di informazione che potrebbero invece spiegare il mancato decremento dei suicidi che egli stesso invece si aspettava nel periodo di sciopero.

Altre ricerche da tenere in considerazione sono quella di Phillips, il quale sostiene che l'entità dell'effetto imitativo varia a seconda della pubblicità data a ciascun avvenimento e che la zona geografica in cui tale effetto si manifesta più intensamente dovrebbe essere quella in cui la cronaca è stata maggiormente pubblicizzata, e quella di Wasserman per il quale i suicidi aumentano significativamente dopo la pubblicazione di articoli che riguardano persone celebri, mentre negli altri casi non dovrebbe esservi un incremento apprezzabile.

E' opportuno ricordare come in seguito ad una disposizione del governo fascista del secondo semestre del 1926, in base alla quale venne vietata la comunicazione per mezzo della stampa o della radio di ogni notizia relativa ai suicidi, si verificò progressivamente un decremento dei tassi suicidari che raggiunse il minimo assoluto nel 1944.

In particolare fu sostenuto che questa legge sulla stampa esercitò una influenza frenante in proporzione al grado di istruzione, di livello economico e di accessibilità ai mezzi di informazione.

E' necessario però tenere in considerazione anche la ancora più accentuata

azione inibente determinata dalle guerre (Etiopia e Mondiale) durante le quali, secondo i suicidologi, l'incanalamento della aggressività comporta una notevole diminuzione dei suicidi.