

L'autopsia psicologica: *contradictio in adiecto*?

The psychological autopsy: *contradictio in adiecto*?

Isabella Merzagora • Guido Travaini • Cristiano Barbieri • Palmina Caruso • Silvio Ciappi

Abstract

Aim of this paper is to outline the art-of-the-state around the so called psychological autopsy, more and more applied in many forensic settings at international level, and also by a few years, more and more in some criminal cases in Italy. The work was performed taking into account the existing literature on the issue by discussing the various existing psychological autopsy protocols and methods. In addition a possible application of an psychological autopsy method has been discussed through the presentation of two criminal cases. Finally some ethical and methodological considerations and recommendations about the possible role of the criminologist in developing a psychological autopsy have been discussed.

Key words: psychological autopsy • homicide • suicide • forensic examination • legal psychology

Riassunto

Scopo del presente lavoro è delineare lo stato dell'arte intorno alla cd. autopsia psicologica, strumento sempre di più applicato in ambito forense a livello internazionale e, da pochissimi anni, anche in Italia. Il lavoro è stato eseguito prendendo in considerazione la letteratura esistente sul tema discutendo i vari protocolli di autopsia psicologica esistenti. In aggiunta è stata discussa, attraverso l'esposizione di due casi giudiziari, una possibile applicazione del metodo dell'autopsia psicologica. Infine sono state elaborate alcune considerazioni e raccomandazioni a carattere deontologico e metodologico circa il possibile ruolo del criminologo nell'elaborazione di una autopsia psicologica.

Parole chiave: autopsia psicologica • omicidio • suicidio • esame forense • psicologia giudiziaria

Per corrispondenza: Isabella Merzagora • e-mail: isabella.merzagora@unimi.it

ISABELLA MERZAGORA, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano

GUIDO TRAVAINI, Docente di Criminologia Università Vita e Salute San Raffaele Milano, Sez. di Medicina Legale Università di Milano

CRISTIANO BARBIERI, Sezione di Medicina Legale e Scienze Forensi, Università degli Studi di Pavia, Via Forlanini n.12, 27100, Pavia, 0382.987800, cristiano.barbieri@unipv.it

PALMINA CARUSO, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano

SILVIO CIAPPI, Docente di Criminologia Cognitiva, Istituto Progetto Uomo, Università Pontificia Salesiana, Via Salotti, Montefiascone (VT). Mail: sciappi@yahoo.it

*“Compiuto il delitto, la vittima non pone alcun problema:
basta seppellirla” (Versele)*

1. Di cosa si tratta

Per chi non abbia mai sentito parlare dell'autopsia psicologica l'espressione può parere sconcertante, posto che solitamente l'autopsia riguarda il morto, e d'altro canto noi criminologi siamo pieni di risorse ma non pratichiamo la negromanzia. Veramente ci sarebbe un precedente proprio da parte del nostro bisnonno, Cesare Lombroso, che negli ultimi anni del Novecento si convertì allo spiritismo grazie alla medium Eusapia Paladino. Ma questo è uno degli aspetti dell'opera lombrosiana che è stato lasciato cadere, e la differenza fra i criminologi e i loro coinquilini medici legali sta appunto nel fatto che noi solitamente ci occupiamo dei vivi.

È stato addirittura affermato che da parte dei criminologi la vittima è spesso trattata –quand'anche se ne parlaggiusto per mettersi a posto la coscienza, in modo frettoloso, con un po' di *sufisance*, fino a giungere alla frase citata in esergo: “Compiuto il delitto, la vittima non pone alcun problema: basta seppellirla”.

In realtà l'affermazione di Versele non è generalizzabile, e i criminologi si occupano della vittima al punto da ritenere la vittimologia come una branca della criminologia (Ponti, Merzagora Betsos, 2008), e per esempio se ne occupano nel caso di autopsia psicologica che è

la ricostruzione retrospettiva dello stato mentale, della vita, dell'ambiente, della personalità di una persona scomparsa per comprendere in che misura le condizioni psicologiche della stessa possono aver svolto un ruolo nella genesi dei fatti che ne hanno determinato la morte, anche al fine di chiarire la causa che l'ha provocata (Shneidman & Farberow, 1961; Shneidman, 1981; Bonicatto, Garcia Pèrez & Rojas Lòpez, 2006; Barbieri, Barbero & Paliero, 2013, 2014).

“Causa della morte” nella nostra accezione non vuol dire “causa lesiva”, ma ha un significato più ampio, o se volete più generico, riferendosi alla genesi e alla dinamica del fatto e alla relazione tra autore e vittima.

Nel prosieguo saremo più analitici, per ora e in sintesi questo obiettivo può perseguirsi:

- valutando i fattori di rischio suicida, di rischio etero-aggressivo, o di rischio di incidentalità;
- valutando lo stile di vita della vittima;
- valutando lo stato mentale prima e al momento della morte;
- stabilendo le aree di conflitto e quelle motivazionali;
- disegnando il profilo di personalità dell'ucciso;
- chiarendo se erano presenti segnali di allarme (Bonicatto, Garcia Pèrez & Rojas Lòpez, 2006).

La data di nascita dell'autopsia psicologica (a.p.) è diversamente fissata. C'è chi la fa risalire agli anni Cinquanta, negli Stati Uniti, con lo studio effettuato in un'università di San Louis su 134 suicidi occorsi negli anni 1956-57; il termine però è stato coniato da Farberow, Litman e Schneidman presso il *Suicide Prevention Center* di Los Angeles (Litman, Curphey, Shneidman, Farberow & Tabachnick, 1963), il che già fa comprendere come il primitivo interesse concernesse il tema del suicidio.

Negli anni Sessanta in USA è stato sviluppato un modello operativo di a. p., successivamente integrato e perfezionato comprendendovi sempre maggiori aree di indagine (Annon, 1995, Ebert, 1987; Farberow, Schneidman, 1961).

In Europa i contributi sono scarsi e per lo più aneddotici.

Lo sviluppo maggiore si ebbe a Cuba, e il modello cubano fu poi esportato in diversi paesi dell'America Latina (Messico, Cile, Honduras, Costa Rica). A tutt'oggi il MAPI cubano (*Modelo de Autopsia Psicologica Integrado*) è quello più completo ed è stato validato attraverso tre ricerche svolte fra il 1990 e il 1996 su vittime di suicidio, omicidio, incidenti (Bonicatto, Garcia Pèrez & Rojas Lòpez, 2006).

Come si è anticipato riportando la definizione, con l'a. p. si cerca di conoscere in modo approfondito, analitico, minuzioso la vita della vittima anche per contribuire alle indagini o alle conclusioni giudiziarie negli ambiti di:

- SUICIDIO
- OMICIDIO
- MORTE ACCIDENTALE

ma anche in

- CAMPO CIVILISTICO in tema di testamenti, donazioni, compravendite.

Le finalità sono più di una:

- Si tratta in primo luogo di contribuire a individuare la causa della morte, discriminando fra le diverse ipotesi: che qualche assassino cerchi di far passare il proprio crimine per suicidio non è un inedito, che talora si tenti di gabellare per incidente un suicidio, a fini assicurativi o anche solo di protezione dell'immagine del defunto, non è cosa ignota. Alcuni parenti giungono a distruggere deliberatamente gli scritti lasciati dai suicidi (Litman, Curphey, Shneidman, Farberow & Tabachnick, 1963). Incertezze possono porsi anche nel decesso per *acute narcotism*: è stato veramente una fatalità?
- In ambito omicidiario può essere importante stabilire il ruolo che la vittima ha avuto nell'uccisione, come vittima provocatrice o magari consenziente. Analogamente la vittima può aver avuto un ruolo in caso di morte accidentale.

3. È citato anche l'effetto "terapeutico" sui sopravvissuti, congiunti o amici, per aiutarli a comprendere le ragioni del gesto e dunque a elaborare l'esperienza soprattutto in caso di suicidio ma non solo (Beskow, Runeson, Asgard, 1990; Litman, Curphey, Shneidman, Farberow & Tabachnick, 1963).

2. Metodologia

Siccome si tratta di ricostruire quanto il soggetto ha pensato, provato, fatto prima della morte, e poi i suoi comportamenti anche abituali, la personalità, lo stile di vita, le consuetudini, le relazioni interpersonali, la sua vicenda esistenziale, il metodo dell'a.p. consisterà innanzitutto nel ricercare informazioni sul defunto intervistando familiari, parenti, fidanzati ed ex tali, amanti ed ex, amici, datori di lavoro, colleghi, compagni di scuola, insegnanti, vicini di casa, persone che a vario titolo possono vantare una certa vicinanza con il defunto: in sostanza informazioni che narcativamente ricostruiscono la trama esistenziale del soggetto (Ciappi, 2013).

Compatibilmente con le forze che si hanno a disposizione, non vanno dimenticati coloro che lo hanno conosciuto pur non avendo una vera e propria prossimità: talora si parla di più con persone presuntivamente poco intime, si pensi alle "confidenze" che si fanno all'estetista, al barbiere, al barista.

Hanno ovviamente un'importanza particolare i medici, sia quello di famiglia sia gli eventuali specialisti: gli psichiatri, certo, ma anche altri che per esempio possono essere al corrente di patologie che renderanno il soggetto invalido o che sono a prognosi infausta.

Oltre all'intervista sono importanti gli scritti: le documentazioni mediche, ma pure diari, lettere, mail, e si citano persino le poesie eventualmente scritte dal deceduto. Fin superfluo specificare anche le note di suicidio, se presenti. A tale proposito, lo studio di validazione del MAPI effettuato a Cuba – sia pur considerando che si tratta di una cultura diversa dalla nostra – ha riscontrato una percentuale minoritaria di casi in cui queste erano state lasciate, per cui può rivelarsi un pregiudizio considerare l'assenza di note scritte come un elemento che esprime la simulazione di un suicidio.

Naturalmente l'esame della documentazione medica è reso possibile solo se gli intervistatori lavorano a stretto contatto con le autorità o con le famiglie, e solo se sono da queste legittimati.

Ciò vale anche per l'analisi dei risultati autoptici e della scena del crimine, per cui si consiglia che l'intervistatore veda direttamente la scena del crimine, o almeno i filmati e le fotografie della stessa.

La collaborazione con le autorità, in particolare con gli inquirenti, serve inoltre per evitare un possibile errore pernicioso che è quello di intervistare il sospetto autore in caso di omicidio o l'istigatore in caso di suicidio.

La pluralità delle fonti ha anche la funzione di incrociare i dati e verificarne l'affidabilità.

I tempi variano a seconda del protocollo usato e a seconda della reperibilità dei documenti (Knoll, 2008), anche se taluni indicano 20/30 ore di "investigazione". Bonicatto

et al. (2006) parlano di due ore circa per ogni intervista, talora anche più.

Sempre per quanto riguarda le interviste, si suggerisce di effettuarle in un arco di tempo che va da 1 a 6 mesi dal fatto, considerato un tempo che da un lato non intacca la nitidezza del ricordo e dall'altro non è così vicino all'evento da patire troppo l'interferenza emotiva.

L'a.p. pone poi problemi etici: si tratta di intervistare parenti e amici di una persona morta in circostanze drammatiche, chiedendo loro notizie sull'eventuale presenza di malattia mentale –anche fra i familiari –, sull'eventuale assunzione di sostanze d'abuso, su *life events* magari tragici e in cui possono essere stati coinvolti gli stessi intervistati. C'è il rischio che nei sopravvissuti siano evocati sentimenti di colpa, di rabbia, di vergogna, angosce di morte (Jacobs, Klein, 1993), persino negazione del reale. Si rammenti che fra le reazioni al lutto ve ne sono di patologiche, tra cui le "reazioni da lutto deliranti", nelle quali la morte della persona amata si attribuisce irragionevolmente ad altri (Balloni et al., 1999).

Per affrontare queste evenienze ci vuole qualche cosa di più del tatto e della sensibilità: ci vuole professionalità.

È importante che gli intervistatori si adeguino al linguaggio e al livello culturale degli intervistati, fino a comprenderne il dialetto, senza usare termini tecnici. Così, in caso di malattie psichiatriche si dovranno chiedere esempi del comportamento o del modo di essere, non diagnosi.

I diversi Autori indicano aree di indagine differenti e di differente ampiezza; il MAPI cubano (*Modelo de Autopsia Psicologica Integrado*) prevede ben 59 aree, molte delle quali comprensive di sotto-items, per esempio:

- nome, età, genere, luogo di nascita, etnia, stato civile, scolarità, occupazione;
- precedenti psicopatologici personali, compresi precedenti ricoveri e precedenti incidenti;
- precedenti psicopatologici familiari, compresi suicidi;
- precedenti penali;
- abitudini voluttuarie, specificando il tipo di sostanza, la frequenza e la quantità di consumo. Seguono una serie di domande per accertare il grado di dipendenza, in particolare dall'alcol.

Si richiede altresì un esame psicopatologico retrospettivo fino ad un mese prima della morte. Seguono le indagini su: sfera di relazione (con se stesso, con gli altri, con le cose); sfera affettiva; sfera della condotta; alimentazione, sesso, sonno.

Sono poi indagate le aree dei conflitti in ambito socio-economico (distinti in personali, familiari, abitativi, economici, lavorativi) e in ambito giudiziario.

Per l'eventuale coinvolgimento in sottoculture delinquenziali o violente, che sono un fattore di rischio per la vittimizzazione omicidaria, le domande riguardano: i precedenti penali, specificando il titolo di reato; gli antecedenti violenti anche se non oggetto di denuncia; la permanenza in carcere; le abitudini antisociali (es.: portare armi, avere legami con delinquenti).

Ben 52 domande concernono gli eventuali segnali di volontà suicida risalenti fino a due anni prima (es.: commenti pessimistici circa il futuro, abbandono di beni materiali di elevato valore, regali insoliti ad amici e parenti,

incuria per le prescrizioni mediche, fantasie di incontri nell'al di là con persone scomparse). Sempre relativamente all'ipotesi di suicidio, si chiede se la vittima avesse subito lutti nell'anno precedente la propria morte.

Alcune domande sono relative alla scena del fatto (il luogo in cui è accaduto, l'ora, l'eventuale presenza di terze persone, l'ingestione di sostanze prima della morte).

Per quel che riguarda più specificatamente l'ipotesi dell'omicidio, viene chiesto se la vittima portasse armi al momento del fatto, qual sia stato il mezzo lesivo usato dal presunto autore, quali le possibili motivazioni, distinte in: antisociali (es.: vendetta, onore); passionali; materiali; occultamento di un altro delitto; irrazionali. Sono indagate le relazioni vittima-autore e i sentimenti reciproci (es.: conoscenza, grado di parentela, pregresso o attuale rapporto affettivo, o lavorativo, etc.). Infine, si chiede se al momento del fatto la vittima sia stata aggressiva o passiva (Bonicatto, Garcia Pérez & Rojas López, 2006).

È quasi superfluo avvertire che non sempre si avranno a disposizione tutte le notizie che sarebbe ottimale procurarsi, e che le aree sopra elencate non sono da intendersi come elenchi rigidi, anche se coloro che applicano il MAPI sono tenuti ad attenersi alle indicazioni di un manuale e a seguire tutti il protocollo nello stesso modo (Bonicatto, Garcia Pérez & Rojas López, 2006).

3. Autopsia psicologica e suicidio

S'è visto che l'a.p. nasce proprio analizzando il fenomeno del suicidio e questo rimane uno dei campi in cui è più utilizzata. Litman et al. (1963), che diedero vita all'a.p. presso il *Suicide Prevention Center* di Los Angeles, avevano constatato che su 1.000 casi di suicidio che si verificavano in media ogni anno a Los Angeles, circa 100 erano definibili "suicidi equivoci" (*equivocal suicides*) (Litman, Curphey, Shneidman, Farberow & Tabachnick, 1963; Litman, 1989). Ripetiamo che l'a.p. non fu però introdotta solo per discriminare fra suicidio, omicidio, morte accidentale, ma anche a scopo preventivo, e si sottolinea soprattutto l'effetto "terapeutico" sui sopravvissuti, congiunti o amici, per aiutarli a comprendere le ragioni del gesto e dunque ad accettare, nei limiti del possibile, ed elaborare il fatto.

Premesso che è stato anche proposto il passaggio dall'autopsia "psicologica" a quella "psico-pato-logica", finalizzata a ricercare eventuali disturbi psichici che potrebbero aver influito sulla consapevolezza delle conseguenze dell'atto suicidario (Monzani, 2013, 2016), un'ulteriore possibilità di applicazione può riconoscersi in una più approfondita prospettiva diagnostico-differenziale: cercare cioè di distinguere non solo tra omicidio e suicidio ma, nel contesto delle condotte suicidarie, anche tra "tentato suicidio" (quale atto di auto-lesività ad esito non mortale, attuato con mezzi generalmente poco rischiosi e con esigua o con ancor più ambivalente intenzionalità suicida, per finalità manipolatorie, o dimostrative, o di richiesta inadeguata di aiuto rispetto all'ambiente) e "mancato suicidio" (quale fallimento di un'azione attuata con mezzi idonei allo scopo di morire realmente, non riuscito per pura fatalità e a prescindere dall'intenzionalità del soggetto), nonché tra "doppio suicidio" o "morte diadeica" (quale "patto suicidario" fra due persone

che decidono di uccidersi nello stesso luogo, nello stesso tempo e nello stesso modo sulla base di una comune, condivisa e reciproca scelta), "omicidio-suicidio" (fattispecie nella quale l'omicidio è immediatamente seguito dal suicidio o dal mancato suicidio da parte dell'omicida – parametro cronologico – e nella quale tra le due azioni esiste un chiaro legame psicologico – parametro motivazionale), "omicidio del consenziente" (forma distinta dalla precedente, poiché in questa vi sarebbero soltanto "protagonisti attivi" dell'azione, ma non "vittime", come nell'omicidio-suicidio, dato che, premessa l'idea suicidaria di entrambi, la materialità dell'atto sarebbe posta in essere da un singolo soggetto, il quale prima uccide l'altro e poi sé medesimo) e "suicidio post-omicidio" (eventualità nella quale un soggetto prima ne uccide un altro e poi, a distanza di tempo – anche notevole – si suicida: o per evitare di essere scoperto, o per i sensi di colpa, etc., per cui, più passa il tempo, tra suicidio ed omicidio e più si tratterebbe di un suicidio-post-omicidio e non di un omicidio-suicidio o di un omicidio del consenziente-suicidio) (Corfiati, D'Introno, Maggolino, Rosito & Storelli, 1994; Barbieri & Luzzago, 2006; Barbieri & Roncaroli, 2008).

Nel nostro paese, oltre a queste finalità, l'a.p. può rivelarsi molto importante per l'eventuale ricorrere dell'ipotesi di cui all'art. 579 (Omicidio del consenziente) e dell'ipotesi di cui all'art. 580 c.p. che punisce l'istigazione o l'aiuto al suicidio.

È importante, in questi casi, determinare chi sia stato l'incubo e chi il succube. L'a.p. servirà inoltre per individuare una possibile condizione di infermità di mente o "deficienza psichica" che sono aggravanti della pena.

Per tutti questi scopi, occorrerà che gli intervistatori conoscano i "precursori" del suicidio e le caratteristiche che statisticamente si riscontrano con maggiore frequenza.

Sappiamo per esempio che il suicidio è proporzionalmente frequente nelle età senili, è però di assoluta evidenza che non ci basterà l'età per discriminare fra un omicidio e un suicidio, che questo potrà essere al più un indizio fra i tanti, e che andrà integrato con altri dati e una più analitica disamina dei fattori di rischio.

È stata anche descritta una c.d. "sindrome pre-suicidaria", caratterizzata soprattutto da tre elementi: chiusura sociale, auto-aggressività repressa, fantasie suicidarie (Ringel, 1976).

Comunque, i fattori di rischio sono molti e così, fra le domande da porre a parenti ed amici, ci saranno quelle concernenti i *life-events* precedenti la morte: difficoltà economiche, controversie giudiziarie, ma anche perdite affettive, come ad esempio divorzi, separazioni, relazioni coniugali conflittuali o lutti recenti.

Sempre a costoro o ai colleghi si chiederà se ci siano stati problemi lavorativi (pensionamento, demansionamento), fino ad episodi di mobbing. Avendo cura di non chiederlo all'eventuale mobber.

La documentazione medica, ottenuta dal medico curante e/o da specialisti oppure da cartelle di ricovero, indagherà sull'eventuale presenza di disturbi dell'umore, in particolare depressione maggiore ma non solo, sulle patologie invalidanti o a prognosi infausta. Si ricordi l'importanza della valutazione di presenza di malattia mentale in caso di suicidio e la necessità di conoscere il rischio differenziale a seconda della diagnosi.

Forse persino più delicato il discorso in materia di abuso di sostanze: l'importanza di una preparazione particolare degli intervistatori e della loro sensibilità è evidente.

4. Autopsia psicologica e omicidio

Come abbiamo detto, i criminologi per lo più si sono occupati dei vivi; in realtà, fra le branche della criminologia esiste la "vittimologia" che è il settore della criminologia che studia la vittima del reato, le sue caratteristiche biologiche, psicologiche, morali, sociali e culturali, le sue relazioni con l'autore del reato e il ruolo che essa ha assunto nella criminogenesi e nella criminodinamica (Gulotta, 1976).

La vittimologia ha chiarito che le probabilità di diventare vittima di un crimine non sono distribuite in modo casuale e neppure equivalente, ma che certe caratteristiche bio-fisiologiche (l'età o il genere), psicologiche (i tratti del carattere) o sociali (professione, stile di vita, status) possono predisporre i soggetti a divenire vittima di determinati reati. Se poi tanto è stato scritto sul rapporto tra malattia mentale e crimine, lo si è fatto per lo più considerando l'autore del delitto e meno il fatto che il malato di mente può, proprio perché tale, essere vittima, vuoi in quanto ha provocato la reazione dell'omicida vuoi per la sua particolare vulnerabilità.

Fatto sta che l'a.p. potrà: determinare la presenza o meno nella vittima di infermità mentale; determinare la relazione fra l'infermità e l'atto delittuoso (criminogenesi); determinare la criminodinamica in relazione all'infermità.

È importante, per la più esauriente comprensione dei fenomeni criminosi, considerare anche quelle particolari evenienze nelle quali la vittima assume un ruolo nella genesi del reato, il che servirà evidentemente nel gioco delle attenuanti e delle aggravanti, nel riconoscere se si è di fronte ad un caso di legittima difesa, e come sempre nell'identificare i "fattori di rischio" questa volta omicida.

Anche in questo caso l'a.p. servirà per collocare la vittima in una delle possibili categorie: *vittime passive*, fra le quali le vittime accidentali; vittime preferenziali; vittime simboliche; vittime trasversali; ovvero *vittime attive*, quale la vittima che aggredisce (Ponti, Merzagora Betsos, 2008).

La condotta minacciosa o violenta di un soggetto può porre in stato di imminente e grave pericolo taluno che è quindi costretto a difendersi con una reazione altrettanto violenta. Si tratta delle previsioni di legge contenute negli artt. 52 e 54 c.p., che si riferiscono rispettivamente alla "difesa legittima" e all'aver commesso un delitto in "stato di necessità" per esservi stati costretti onde difendere sé o altri da pericolo attuale di un danno grave alla persona.

Vi è poi la figura della *vittima provocatrice*, che subisce una violenza per avere in precedenza, e in vario modo, suscitato l'aspirazione, l'ira, la ribellione di colui che poi reagirà perché provocato. La legge specificatamente prevede come circostanza attenuante l'aver agito in stato di ira, determinato da un fatto ingiusto altrui (art. 62 n.2 c.p.).

In altri casi la vittima non si rende conto di provocare e crede semplicemente di difendere il suo diritto, di dire le sue ragioni senza offendere o colpire moralmente l'avversario. Il comportamento provocatorio non è cioè dichiaratamente intenzionale e può considerarsi come espressione

di dinamiche psicologiche ostili, più o meno profonde, oppure del tutto inconsce. È questo il caso della *vittima inconsapevolmente provocatrice*, che può riscontrarsi nei delitti familiari e in genere quando esistono rapporti prolungati e ravvicinati di conoscenza, di frequentazione, di lavoro o di interessi. Qui il *leading case* sarebbe stato l'omicidio di Jack Lester Mee, militare eroe della Seconda Guerra Mondiale, ucciso nel 1947: l'avvocato della difesa sollecitò l'autopsia psicologica – anche se non si chiamava ancora così – per dimostrare che la vittima aveva caratteristiche di pericolosità e di psicopatologia tali da "giustificare" l'uccisione da parte dell'amante, ed effettivamente ciò sarebbe risultato dall'analisi dei precedenti psichiatrici della vittima, dal suo diario personale, dalle lettere, dalle poesie analizzati da due periti.

Per il caso della *vittima consenziente* si può fare l'esempio limite di taluno che acconsente a che altri lo uccida, o lo richiede, come accade nell'ipotesi prevista dal codice appunto di omicidio del consenziente (art. 579 c.p.) o di aiuto al suicidio (art. 580 c.p.): sono i casi di eutanasia consapevolmente sollecitata, o in quella dell'omicidio/suicidio concordato fra amanti infelici, ove chi agisce prima uccide il partner e poi si suicida. Il caso dell'Arciduca Rodolfo d'Asburgo e di Maria Vetsera a Mayerling, se volete (sempre che sia andata così, perché dubbi ce ne furono e l'a.p. allora non usava).

Vi sono infine le *false vittime*, vuoi coloro che – per vendetta, ricatto, discolpa o altro – mentono consapevolmente, ed allora si definiranno *vittime simulatrici*; vuoi chi, per ragioni legate ad immaturità o a fattori psicopatologici, non è consapevole della sua menzogna, ed è detto allora *vittima immaginaria*.

Fra gli esempi di domande a cui l'a.p. in caso di omicidio cercherà di rispondere ci sono: perché l'autore del crimine ha scelto proprio questa vittima? Come l'ha scelta? È stata una vittima occasionale o no? Quali erano le possibilità/probabilità che la vittima fosse o meno casuale? Quali rischi ha corso l'autore del crimine per portare a termine il crimine stesso? Come è stata avvicinata/fermata/aggredita la vittima? Qual è stata, se c'è stata, la reazione della vittima all'aggressione?

Così come s'è visto per il suicidio, anche per l'omicidio è dunque importante conoscerne la genesi e la dinamica.

5. Autopsia psicologica e morti accidentali

A proposito di una delle categorie di vittime più negletta, quella degli anziani, qualche anno fa Lanza ricordava che in Italia vi erano stati 8.646 incidenti domestici con esito mortale, nel 75% dei quali la vittima contava più di 64 anni, e osservava: "tale cifra deve anche porre un piccolo problema criminologico, essendo ragionevole pensare che qualche riferito 'incidente mortale domestico' sia invece frutto di un'azione criminosa di qualche familiare della vittima, in qualche modo poi protetto dagli altri membri del gruppo" (Lanza, 1994). E il problema certo non riguarda solo gli anziani.

Analogo discorso è da farsi per quegli incidenti che si potrebbe scoprire essere stati in realtà suicidi che i familiari vogliono nascondere, vuoi per ragioni assicurative vuoi per malintesa protezione dell'immagine del defunto, vuoi, in-

fine, per non vedersi rimproverare la negligenza nei confronti del suicida e delle sue condizioni.

In caso di incidenti stradali, la vittima potrebbe aver avuto un ruolo determinante, per la sua incuria, per la situazione mentale, per una condizione di intossicazione da sostanze o per l'uso di farmaci. O, magari ancora, perché in realtà si è "buttata" sotto un mezzo con intento autosoppressivo.

Taluni incidenti, insomma, potrebbero essere suicidi mascherati.

Nella raccolta anamnestica va posta attenzione agli eventuali comportamenti autodistruttivi, più o meno inconsci, o chiedersi se e come mai il sistema psichico di difesa è stato latitante. Dipendenza da sostanze o stili di vita incauti costituiscono quello che è stato definito un "suicidio cronico" (Menninger, 1938).

Bonicatto et al. (2006) hanno studiato 50 casi di vittime di incidenti del traffico (esclusi i passeggeri) trovando, fra l'altro, che nel 22% dei casi erano presenti patologie cerebrali organiche; che il 50% risultava consumare psicofarmaci; che il 30% aveva avuto incidenti del traffico in precedenza; soprattutto che nel 20% vi erano segnali di avviso pre-suicida.

Ancora, in caso di incidenti sul lavoro, l'a.p. può aiutare a capire se il lavoratore si trovasse in condizioni psicologiche tali da renderlo meno o per nulla accorto nello svolgimento delle mansioni.

6. Autopsia psicologica in ambito civile

In ambito civile i casi per i quali si può ipotizzare l'utilizzo dell'autopsia psicologica sono quelli relativi a impugnazione di azioni in cui vi è il sospetto che il soggetto non fosse stato capace di intendere o di volere al momento in cui li ha posti in essere (matrimonio, testamento, donazioni, compravendite, etc.). Sul punto, del resto, in sede medico-valutativa si sa da tempo che non è sufficiente ricostruire uno stato generico di malattia mentale, o di infermità di mente, per considerare nullo un certo tipo di atto, ma è necessario applicare un metodo induttivo per valutare la condotta dell'individuo, i fatti concreti della sua vita ed in particolare il rapporto tra le sue condizioni mentali e la più o meno logica motivazione dell'atto (Franchini, 1985). In tale prospettiva, l'a.p. può essere lo strumento fondamentale per applicare il c.d. criterio della necessaria coerenza tra la scelta giuridica effettuata, da un lato, e le manifestazioni affettive progressive, l'abituale stile di vita e il consolidato progetto mondano, dall'altro; vale a dire il parametro della continuità biografica tra investimenti affettivi e motivazioni concrete sottese all'atto giuridico stesso, nel quale il soggetto, fino a prova contraria, pone e riconosce sé medesimo di fronte all'alterità ed alla posterità (Cremante, Barbieri 2014).

Il ricorso all'autopsia psicologica in casi consimili è piuttosto frequente negli Stati Uniti, dove è stata anche impiegata per le richieste di risarcimento in casi di *malpractice* medica nei confronti di psichiatri ritenuti responsabili del suicidio o del tentato suicidio dei loro pazienti (Knoll, 2008).

7. I casi

Come s'è visto l'a.p. nasce nell'ambito del suicidio e ha finalità di discriminarlo da altre cause di morte, ma può avere inoltre un effetto, per così dire, "terapeutico", nel senso che può contribuire a far sì che le persone vicine al defunto siano facilitate ad accettare l'idea che costui abbia posto fine alla propria esistenza. Naturalmente se risulta che così è stato.

In questa duplice prospettiva si muovono i casi che ci hanno visti coinvolti come consulenti tecnici di parte.

Caso 1.

Si rivolge a uno di noi l'avvocato della famiglia di R.P., di anni 46, che la mattina dell'aprile 2013 è stato rinvenuto cadavere presso la propria abitazione situata in un paesino della provincia torinese, senza conoscere l'effettiva causa della morte.

È passato quasi un anno dall'evento, ma i parenti non si rassegnano all'archiviazione del fatto come suicidio, anche perché – come si spiegherà in premessa della relazione dei criminologi – gli investigatori sono stati sin da subito convinti di essere di fronte a un evento suicidiario e pertanto non hanno attivato quelle procedure d'indagine utilizzabili quando vi è il sospetto di essere di fronte ad un possibile omicidio.

Non è stata svolta un'accurata analisi dell'abitazione del signor R.P., inoltre vi è stata una frettolosa escussione delle persone informate sui fatti. Dato ancor più importante è che l'autopsia giudiziaria è stata disposta solo alcuni giorni dopo il decesso e a tumultazione avvenuta: questo ha comportato che il corpo, come scrive lo stesso consulente della Procura, si trovasse in precarie condizioni di conservazione.

Tutto ciò ha limitato il reperimento e l'analisi di elementi, tanto di tipo scientifico quanto fattuali, che avrebbero permesso di poter svolgere un più ampio spettro di considerazioni.

Altro elemento di particolare interesse per la ricostruzione dell'*ipotesi* relativa alla morte di R.P. riguarda la presenza in casa, la notte del fatto, di una donna, M.C., per la quale vi è in atti documentata storia di malattia mentale.

Ma lasciamo parlare la relazione che, dopo una serie di indagini, viene consegnata al difensore della famiglia con cui si è lavorato a stretto contatto, anche per poter reperire la documentazione. Ci si è avvalsi inoltre di un genetista forense in quanto si è ritenuto utile svolgere un sopralluogo nell'abitazione ove è stato rinvenuto il corpo. Immobile che sino al momento dell'inizio dell'attività della nostra consulenza era rimasto sotto sequestro.

La relazione inizia con una premessa che riteniamo doverosa, ossia che la ricostruzione a posteriori di un evento è sempre complessa poiché, almeno in parte, ci si basa su elementi raccolti da altri senza aver alcuna possibilità di suggerire possibili attività utili alla ricostruzione di ciò che è realmente accaduto.

Si premettono altresì le ipotesi prese in considerazione, ossia l'essere in presenza di un gesto autolesivo liberamente scelto o, al contrario, di fronte ad un evento in cui avrebbero potuto trovare spazio e ruolo altre persone e che potrebbe configurare un'ipotesi di reato.

Quanto alla metodologia, si precisa che si è proceduto

a valutare le differenti ipotesi secondo criteri di *compatibilità* o *possibilità* alla luce dell'analisi della scena dell'evento, delle caratteristiche della personalità del signor R.P. così come emerso dall'analisi di alcuni documenti rinvenuti presso la sua abitazione nonché dai racconti riportati dalla persona a lui più vicine. Ampio spazio è stato dedicato alla figura e al possibile ruolo della signora M.C., presente nell'abitazione la notte in cui è avvenuto il decesso. Con quest'ultima non è stato possibile in alcun modo stabilire un contatto in quanto, nonostante l'intervento del legale, non ha risposto alle nostre richieste di colloquio.

Di quest'ultima si riporta la documentazione clinica reperita, e cioè: Ordinanza Accertamento Sanitario Obbligatorio in data 27/4/2013; Verbale P.S. Ospedale XX in data 27/4/2013; Cartella Clinica Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, Ospedale XX, in data 27/5/2013; Diario Infermieristico Ospedale XX dal 27/5/2013 sino al 10/6/2013; Cartella Clinica del Centro di Salute Mentale dell'Unità Operativa Psichiatria Ospedale YY del 21/1/2011; Verbale S.I.T. della signora avanti C.C. nell'immediatezza del fatto.

Si tratta di un soggetto con una storia di malattia psichiatrica il cui esordio risale, come da cartella clinica in atti, a più di vent'anni orsono; la diagnosi è di Disturbo Bipolare tipo I.

I medici del Centro di Salute di YY, territorialmente competente rispetto alla paziente, la descrivono come caratterizzata da instabilità timica, scarsa *compliance* alla terapia e ai controlli farmacologici, disorganizzazione comportamentale e nella gestione della propria quotidianità con continui e repentini cambi di abitazione. Si sottolinea altresì una forte instabilità nelle relazioni interpersonali.

Non vengono riportate significative alterazioni dell'organizzazione del pensiero; non tratti deliranti.

Ancor più importante è che in cartella non si faccia cenno a episodi di auto o etero-aggressività.

Tale elemento appare rafforzato dal fatto che non risultano agli atti condanne penali connesse a reati di tipo violento, come aggressioni verbali o fisiche o condotte ancor più gravi (per esempio lesioni volontarie o tentativi di omicidio).

Il quadro che si delinea è quello di una persona affetta da patologia, ma che ha trovato un proprio *modus vivendi* di precaria stabilità, senza giungere a comportamenti illegali. Una patologia che certamente influenza il suo stile di vita, ma ad oggi non è palesemente criminogena.

A questo punto occorre chiedersi se M.C. possa avere avuto un ruolo attivo tanto in una possibile condotta omicidiaria quanto in quella dell'istigazione al suicidio. Di nuovo esprimendo cautela: in questa fase è possibile avanzare solo delle ipotesi.

Per cominciare, in termini generali si ricorda che non vi è una relazione significativa tra malattia mentale e pericolosità.

Nel caso de quo, in particolare, occorre valutare il rapporto tra Disturbo Bipolare Tipo I, patologia da cui è affetta la signora M.C., e commissione di crimini. Gli studi in argomento hanno evidenziato che il rischio di condotte eterolesive si affaccia in presenza di deliri di tipo persecutorio che possono attivare comportamenti fortemente aggressivi (Merzagora, Ischia, Colombo, 2014). L'azione aggressiva trova genesi nella convinzione di essere seguito, avvelenato, infettato o ingannato da taluno.

Orbene, nel caso di cui si tratta non vi è in atti alcun elemento da cui poter evincere in capo alla signora episodi così come quelli descritti.

È plausibile che nei giorni dell'ultima frequentazione tra R.P. e M.C. quest'ultima stesse attraversando una fase di alterazione patologica significativa, poiché tre giorni dopo la morte del primo veniva disposto a suo carico un accertamento sanitario obbligatorio (e se fosse stato lo shock di averlo trovato morto?), e successivo ricovero a seguito di una segnalazione della Polizia. I sanitari riportano in cartella che era stata vista "girovagare confusa e senza meta. Al colloquio è vigile e orientata. Trascurata nella cura e igiene personale. Eloquio impellente tendenzialmente accelerato e afinalistico con aspetti di disorganizzazione ideativa. Non franchi deliri o apparenti turbe percettive. Non intenzionalità etero aggressiva né auto lesiva". Da segnalare quindi che nonostante il quadro pesantemente alterato la donna non aveva ideazione delirante e nessun tipo di aggressività. Siamo di fronte a una persona certamente malata, ma altrettanto certamente non aggressiva, e pare pertanto difficile immaginare che lo possa essere stata nei confronti di R.P. Inoltre l'aspetto dell'aggressività si sarebbe dovuto tradurre in una possibile colluttazione, ma di questo non vi alcuna traccia evidente, né presso l'abitazione né sul corpo della vittima.

Quindi la possibile criminogenesi psicopatologica di un eventuale omicidio non sembra essere sostenuta dalla storia clinica del soggetto così come emerge chiaramente in atti. Se ci spostiamo su una motivazione invece di tipo razionale occorre trovare il possibile movente.

E qui le cose si complicano ulteriormente posto che non ve ne è alcuno plausibile.

Proviamo a immaginare uno scenario di delitto di tipo impulsivo, ad esempio a seguito di un violento litigio per i più disparati motivi. In questi casi si è solitamente di fronte a delitti perpetrati con uso di mezzi di tipo contusivo o da punta e taglio, e in ogni modo sul corpo sarebbero stati trovati segni di difesa; inoltre la scena del crimine – che l'elaborazione dell'a.p. obbliga ad analizzare – sarebbe stata ricca di spunti da cui dedurre una eventuale colluttazione.

Infine l'ipotesi di un omicidio così raffinato da poter apparire ai più un caso di suicidio, è a parere di chi scrive, non in armonia con l'assenza di progettualità e di pensieri finalistici che paiono caratterizzare M.C.

Alla luce quindi di quanto sopra è altamente improbabile (non si può avere certezza assoluta) che la signora M.C. abbia direttamente causato la morte di R.P. ai fini della configurazione del reato di cui all'articolo 575 c.p.

Quanto all'ipotesi di un ruolo e di un'influenza che la donna potrebbe avere avuto nella genesi dell'agito del signor R.P., occorre cercare di inquadrare i tratti di carattere di quest'ultimo, la sua psicologia, il suo stato d'animo nel periodo precedente il fatto.

Qualche giorno prima dell'evento egli aveva avuto comportamenti totalmente difformi da quelli a lui abituali.

Era da anni vegetariano-vegano e sul punto aveva sempre mantenuto una posizione rigorosa. Orbene in tale contesto stupisce il fatto che la mattina del giorno prima della morte avesse fatto colazione con un panino con del salume e addirittura che la sera precedente si fosse recato presso un locale e avesse consumato una cena con dei piatti a base di carne. Fatto, questo, confermato da più persone.

Appare una persona che attraversa un momento in cui le tradizionali certezze stanno venendo meno, come se stesse mettendo in dubbio ciò su cui aveva basato il proprio equilibrio psico-fisico.

Queste considerazioni diventano ancora più pregnanti alla luce del quadro complessivo della personalità di R.P. che si caratterizzava per sensibilità, fragilità e una continua ricerca di un proprio ruolo che appariva difficile da trovare. Tale fragilità la si ritrova anche in alcuni scritti che sono stati trovati in sede sopralluogo da noi effettuato.

Si fa riferimento, fra l'altro, a testi che riprendono il tema sulla natura dell'uomo, sul senso dell'esistenza e sul rapporto con l'anima che viene vista come prigioniera temporanea dentro il corpo.

Inoltre il tema della fragilità e della sensibilità deve essere ricondotto a un altro elemento per noi di interesse, ossia quello del costante consumo di cannabis e marijuana. Probabilmente tali sostanze avevano l'effetto benefico e temporaneo rispetto allo stress.

La notte stessa dell'evento, secondo quanto detto da M.C. e riferito ai parenti di R.P., quest'ultimo intorno alle 1.30 aveva manifestato il desiderio di consumare una "canna".

Infine, alcuni biglietti scambiati tra i genitori e R.P. fanno emergere da un lato la necessità di costui di essere da loro supportato, dall'altro difficoltà relazionali che di nuovo ne sottolineano la vulnerabilità personalologica.

Pur con la prudenza dovuta, i tratti di personalità di R.P. non sono incompatibili con quelli che la letteratura ci indica presenti in coloro che decidono di togliersi la vita (American Psychiatric Association, Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors 2010).

Non è invece significativo il fatto che non abbia lasciato scritti volti alla possibile comprensione del gesto.

A questo punto rimane da chiedersi se vi sia stato un elemento "scatenante" e se la signora M.C. abbia avuto una qualche influenza indiretta nella genesi del fatto.

Sempre in chiave di ipotesi, è possibile che l'incontro con una persona con i tratti di personalità peculiari e patologici come quelli della M.C. non abbia lasciato indifferente una personalità come quella di R.P.

Ciò che caratterizza le persona in fase maniacale è una sorta di velocità del pensiero e di energia comunicativa nonché la difficoltà a rimanere ancorata alla realtà soprattutto rispetto alle eventuali scelte. Sono persone in grado di imporsi e occorre una certa dose di equilibrio per relazionarsi senza esserne sopraffatti. Orbene non si può escludere che l'incontro di una personalità fragile con un "tornado" psichico di tal fatta possa aver destabilizzato R.P. (si ricordi che lui l'aveva ospitata in casa, quindi i rapporti dovevano essere frequenti e ravvicinati). Ma non si può nemmeno escludere che egli possa essere stato positivamente colpito da questa "insana" energia.

Come dire: ogni incontro ci cambia, in dipendenza da come siamo e da che fase della nostra vita psichica e affettiva stiamo attraversando, siamo però qui ben lontani da poter immaginare di configurare in capo alla M.C. qualsivoglia sostenibile accusa di istigazione al suicidio. Pare possibile essere di fronte ad uno di quegli incontri "infelici" le cui conseguenze possono rivelarsi pesanti se non tragiche ma senza alcun aspetto di interesse penalistico.

In sintesi, alla luce degli elementi sopra emersi, degli atti di causa esaminati, delle valutazioni svolte in sede di sopralluogo si ritiene che il signor R.P. non sia stato vittima di omicidio e che la spiegazione più plausibile di ciò che è successo sia quella di un evento suicidiario liberamente scelto; un ruolo nella determinazione del gesto potrebbe essere stato svolto dalla frequentazione con M.C. senza che in capo alla stessa si possa però configurare alcun tipo di condotta criminosa. Crediamo sia importante sottolineare che all'esito della consulenza è stata fissata una riunione con i parenti e con il loro legale in modo da condividere i risultati e rispondere ad eventuali quesiti e dubbi.

Caso 2.

D.T., donna di 29 anni, viene ritrovata alle prime luci dell'alba nello spazio antistante la propria abitazione in seguito a precipitazione dal balcone. Abitava con altre due ragazze.

Gli investigatori giunti sul posto ritengono di essere di fronte ad un caso di suicidio e non svolgono alcuna attività di sopralluogo investigativo; il P.M. apre un fascicolo a carico di ignoti per l'ipotesi di reato di istigazione al suicidio; dispone l'esame autoptico del cadavere e delega alla Polizia Giudiziaria l'escussione di alcuni testimoni. Questa raccolta di informazioni è volta alla comprensione delle ultime ore di vita della giovane.

Noi veniamo contattati direttamente dai familiari.

Chiediamo, prima di accettare l'incarico, di poter incontrare il legale al fine di definire l'ambito della nostra consulenza. Il professionista ci pone un quesito molto preciso: ricostruire le ultime ore di vita di D. e valutare la compatibilità dell'ipotesi suicidiaria alla luce di quanto presente in atti. Inoltre ci chiede di considerare, in caso di suicidio, il ruolo di possibili influenze esterne sulla volontà di D.

Si tratta di un'attività che presuppone un'attenta lettura del fascicolo processuale, fornitoci dal legale, nonché di altra documentazione che sarà da noi direttamente reperita.

Come si evince dalla documentazione in atti, nel novembre del 2014 il personale delle volanti della Polizia di Stato, si recava in via XY, ove rinveniva D.T. nello spazio antistante l'abitazione. Questa presentava gravissime lesioni traumatiche, veniva pertanto immediatamente chiamato il 118 i cui operatori trasportavano la ferita presso il Pronto Soccorso di un ospedale della città ove, nonostante le cure, poco dopo veniva constatato il decesso.

La causa di morte, così come poi stabilito in sede di esame autoptico, era individuata in un traumatismo policonusivo con lesione gravissime a molti degli organi vitali.

I criminologi hanno provveduto ad esaminare la ricostruzione dei fatti relativi alla sera antecedente l'evento, alla notte e all'alba del giorno successivo, secondo una modalità di lavoro tipica della ricostruzione di sospetti eventi suicidiari. A tal fine sono state lette con attenzione le deposizioni rese dalle altre due ragazze presenti nell'abitazione. Le testimonianze raccontano di aver passato insieme la sera del 14 novembre e nessuna di loro riporta di aver notato un particolare stato di alterazione emotiva in capo a D.T.

Delineano però, entrambe, a domanda generica su che personalità avesse D., il ritratto di una ragazza spesso triste, solitaria, poco propensa al divertimento e alla partecipazione ad eventi sociali.

Relativamente alla notte del fatto la prima coinquilina escussa riferisce: “Durante la notte mi sono alzata perché avevo sete. Mi sono recata in cucina e appena ho acceso la luce notavo il tavolo di formica bianca sporco di macchie, ho immediatamente pensato che potesse essere sangue. Inoltre ho notato delle forbici sul pavimento (*n.d.s.: tanto il tavolo quanto la forbice sono stati poi esaminati in sede di sopralluogo condotto dal genetista forense*). Turbata dalla cosa chiamavo immediatamente G. che mi ha raggiunto. Insieme abbiamo notato la portafinestra della cucina aperta e, affacciatici, abbiamo notato il corpo di D. steso a terra avanti il portone d’ingresso del palazzo”. La seconda coinquilina dichiarava: “Durante la notte sono stata svegliata da T. la quale molto concitata mi diceva di aver visto del sangue in cucina. Insieme notavamo la portafinestra aperta e poi il corpo di D. Durante la notte mi è parso, a un certo punto, di sentire un rumore proveniente dall’esterno che però non ho ben compreso cosa potesse essere. Ripensandoci, era una sorta di tonfo, come di un qualcosa di pesante caduto a terra. Ho continuato comunque a dormire sino a che sono stata svegliata”.

Le testimonianze, così come riportate, non paiono né contraddittorie né poco verosimili.

Nessuno fa riferimento alla presenza di altri soggetti nell’abitazione o a rumori che nella notte avrebbero potuto far pensare all’ingresso di qualcuno. Inoltre, in tutti gli atti redatti dagli operatori intervenuti, non si fa alcun cenno a segni di effrazione o a elementi tali da far presupporre la presenza di altri.

Il quadro che si palesa porta ad immaginare due possibili scenari: una morte determinata da un’azione esterna (anche con un possibile ruolo delle due persone presenti nell’abitazione); oppure, più verosimilmente, un atto suicidario liberamente scelto.

Su queste due ipotesi abbiamo sviluppato le considerazioni criminologiche che seguono.

La Polizia intervenuta nell’immediatezza del fatto non ha trovato tracce di colluttazione, così come sul corpo di D. non sono state riscontrate lesioni compatibili con possibili colpi inferti o afferramenti. È difficile immaginare che una persona portata di forza sul balcone di un’abitazione per essere defenestrata non ponga in essere una difesa (e quindi una possibile colluttazione), i cui segni sarebbero stati poi riscontrati in sede di esame autoptico.

Anche l’ipotesi di aver posto D. in uno stato di alterazione tale da ridurre la sua possibilità di comprensione di ciò che stava accadendo non pare plausibile, soprattutto alla luce delle risultanze degli esami tossicologici ove non si fa cenno alla presenza di tracce di sostanze psicotrope.

Un altro dato importante è l’assenza di un possibile movente. In tutte le carte esaminate, comprese le comunicazioni via chat o social network, non vi sono elementi da cui si possano evincere contrasti né dissapori con le persone presenti in casa nella notte dell’evento o con altre persone.

Non vi sono “angoli bui” nella vita di D., né contatti con ambienti criminali o sottoculturali.

Anche un movente passionale sarebbe estremamente improbabile, e in ogni caso non sono stati trovati elementi in grado di rafforzare questa tesi.

A questo punto gli sforzi di comprensione sono stati indirizzati verso l’ipotesi di un possibile evento autolesivo.

Dalla documentazione sanitaria presente nel fascicolo,

si evince come la storia di vita di D. sia stata caratterizzata, per molti anni, da una patologia psichiatrica.

In atti si ritrova un certificato medico redatto da uno specialista in psichiatria che l’aveva visitata nel 2012: si fa espresso riferimento alla presenza di uno scompenso di tipo psicotico con tratti d’ideazione paranoidea. Il medico fa diagnosi di disturbo di personalità, che si caratterizza per tratti di impulsività, aspetti istrionici e variabilità timica. Viene prescritto un farmaco antipsicotico. In un’altra certificazione medica, ritrovata presso l’abitazione, a firma di diverso specialista in psichiatria, viene riportata la medesima diagnosi e di nuovo prescritta terapia farmacologica.

Nel corso della consulenza, condividendo la scelta con il legale, abbiamo preso contatto con il medico di famiglia di D. il quale ci ha confermato due aspetti che reputiamo importanti. Per il primo, la presenza di una patologia psichiatrica risalente nel tempo; per il secondo, l’assenza di *compliance* rispetto alle varie terapie prescritte. Non bastasse, ha riferito la difficoltà da parte della famiglia nell’accettare il quadro patologico di D.

La mancata assunzione di farmaci è in armonia con quanto emerso in sede di sopralluogo svolto da questi consulenti presso l’abitazione. In tale sede, infatti, sono state rinvenute e catalogate molte confezioni di psicofarmaci; alcuni indicati per il trattamento antipsicotico, altri per la cura in specifico di episodi depressivi maggiori, altri ancora per disturbi d’ansia. Molte delle confezioni si presentavano con i blister del tutto integri e ciò induce ragionevolmente a pensare che D. non seguisse le prescrizioni mediche.

È facilmente immaginabile che disattendere le posologie corrette di qualsiasi farmaco nuoccia alla sintomatologia che il farmaco stesso serve a lenire; ancora più facile, pertanto, è immaginare gli effetti negativi che questi specifici tipi di farmaci possano provocare qualora non si seguano le terapie prescritte. Nella nostra relazione, però, si irrobustisce ancor di più la considerazione con alcune citazioni, riportando studi che dimostrano come l’errata adesione alla posologia prescritta possa comportare una ricaduta in caso di psicosi e un maggiore arco temporale per la remissione della patologia. Si sottolinea, inoltre, la correlazione tra assenza di cure e incremento del rischio suicidario (Medic et al., 2013; Gotlib & Hammen, 2002; Isaacson, 2000).

Pur con le cautele da impiegarsi nel passaggio dalla statistica al caso di specie, tutto ciò serve a evidenziare come la non adesione alle cure sia elemento importante e correlabile con l’ipotesi dell’autolesività.

Queste considerazioni devono poi essere poste in relazione al profilo generale di personalità di D. che in sede di consulenza abbiamo cercato – seppur a posteriori – di delineare.

A tal fine è stato esaminato del materiale che ci è stato fornito direttamente dal difensore.

Tutto il materiale è stato analizzato con attenzione e in parte inserito nella relazione; alcuni brani che paiono particolarmente utili per tratteggiare lo stato emotivo di D. sono stati riportati integralmente; per evidenti ragioni in questa sede se ne riporta una breve sintesi.

Emerge con costanza un continuo riferimento al tema del fallimento e dell’inadeguatezza. Giova ricordare che D., iscritta alla Facoltà di Economia in una prestigiosa università milanese, nonostante i 29 anni d’età non aveva ancora concluso il proprio ciclo di studi.

Anche dal punto di vista sentimentale il quadro che ne emerge è di un'assenza di relazioni affettive e di una costante difficoltà nei rapporti con l'altro sesso.

Molto utile, in questo caso, la documentazione relativa al profilo Facebook di D. (fornitaci dal legale), una sorta di "confessionale a cielo aperto" in cui abbiamo rinvenuto elementi indicativi della personalità di D. e della condizione emotiva che la caratterizzava anche pochi giorni prima dell'evento.

Alla luce di tutti gli elementi esaminati, nella relazione si è data risposta al quesito iniziale posto dal legale, e cioè se l'evento morte di D.T. potesse essere compatibile con l'ipotesi di suicidio.

La risposta che abbiamo fornito è stata affermativa.

Siamo di fronte ad un soggetto con una storia di malattia psichiatrica che nei giorni appena precedenti la morte si racconta sulle pagine dei social network come stanca della vita e delle continue delusioni, che attraversava quindi una fase di grave malessere emotivo, e a cui era stata prescritta una terapia farmacologica che non veniva regolarmente assunta.

Il fatto che le coinquiline, persone a lei vicine, non si siano accorte dello stato emotivo di D. non deve particolarmente stupire: la Letteratura psichiatrica e medico-legale ci insegna come l'evento suicidio non sempre sia prevedibile ed evitabile, nemmeno dagli psichiatri che hanno il paziente in cura (Fornari, 2015).

Infine, si conclude la consulenza affermando che la morte di D.T. è compatibile con un evento suicidiario e che non si riscontrano influenze esterne che possano aver configurato condotte volte all'istigazione al suicidio.

Si aggiunge che non si ravvede la necessità di svolgere ulteriori indagini.

Conclusioni

Pur non ripercorrendo per intero, o pedissequamente, i protocolli indicati dalla Letteratura per l'autopsia psicologica, nei casi esposti i criminologi hanno operato secondo le linee indicate dai diversi Autori che si sono occupati del tema.

Sono state raccolte le testimonianze, soprattutto di coloro che hanno avuto una maggiore prossimità con il defunto, ma non solo; si è analizzata la scena in cui è avvenuto il fatto; sono stati esaminati gli scritti del defunto, ci si è preoccupati della sua storia di vita, delle sue abitudini, comprese quelle voluttuarie. Tutto questo, in particolare nell'ipotesi suicidiaria, al fine di ricostruirne la personalità e gli eventuali mutamenti nei tempi antecedenti la morte.

Nell'ipotesi di essere al cospetto di un delitto – omicidio o istigazione al suicidio – si è esaminata la documentazione medica del possibile autore. Nel primo caso si trattava di una persona malata di mente, e la nostra indagine si è svolta senza pregiudizi sulla scorta delle conoscenze criminologiche che ci avvertono che il rapporto fra malattia mentale e crimine è tutt'altro che obbligato. Nel secondo caso ad essere malata psichiatrica è la vittima, e la documentazione medica è altrettanto importante, corredata dalla Letteratura scientifica sulla non corretta assunzione dei farmaci (e sul punto vi erano testimonianze e evidenze fattuali).

Competenze criminologiche significa anche conoscere la fenomenologia dei comportamenti che siamo chiamati ad analizzare e rispetto ai quali dobbiamo operare discriminazioni, gli antecedenti del suicidio o dell'omicidio, la loro ricorrenza percentuale in confronto alle caratteristiche dei protagonisti, con un'importante avvertenza epistemologica che riguarda il passaggio, tutt'altro che scontato, dalla statistica al "caso concreto".

Se nell'80% dei casi i fatti vanno in un certo modo, cosa ci autorizza a dire che quel caso sia nell'80 e non nel 20% rimanente? Il fatto che gli uomini si suicidino più delle donne e che gli anziani lo facciano in percentuale superiore alle altre classi di età e con certe modalità non è evidentemente sufficiente a concludere che in *quel* caso, pur con tutte le caratteristiche tipiche, si sia di fronte ad un suicidio. Molto banalmente: non esistono due casi uguali fra loro.

Ancora, uno stesso comportamento o una stessa condizione possono voler dire cose diverse: bendare o ferire gli occhi della vittima può essere un tentativo di "depersonalizzarla" perché i protagonisti si conoscevano, o può significare che la si voglia "deumanizzare" per impedire qualsiasi movimento empatico come talora fanno gli omicidi seriali; le vittime trovate positive all'alcool possono essersi inebriate per trovare il coraggio di uccidersi oppure aver provocato la loro uccisione con un comportamento provocatorio dovuto all'alcol ovvero ancora aver favorito l'incidente con la loro condotta improvvida perché ubriachi; essere anziani e isolati sono fattori di rischio per il suicidio ma anche per la vittimizzazione omicidaria.

Insomma, quello dell'a.p. è un mestiere per criminologi (Merzagora & Travaini, 2015), che però può essere di grande aiuto a chi, come i medici legali, gli avvocati, i giudici e i pubblici ministeri, si occupa a pieno titolo delle varie tipologie di morte (Barbieri, Barbero & Paliero, 2013 e 2014).

Le "intuizioni" ci vogliono, ma ciò perché esse non sono scaturigini misteriose della mente ma sono spesso il frutto di una competenza sedimentata negli anni e di un sapere "trasversale", cioè di una serie di conoscenze inter-disciplinari e multi-disciplinari organizzate in modo incrociato e integrato; il che significa che per l'a.p. ci vorrà professionalità, in particolare professionalità di tipo criminologico. Dopodiché le intuizioni devono essere suffragate dalla ricerca di documentazione e di elementi concreti e probanti.

La professionalità significa anche la cura nell'atteggiamento da assumere nei confronti delle persone che hanno amato il defunto: i sopravvissuti possono mentire per difenderne la memoria così sottacendo i lati negativi, magari in buona fede, in modo inconscio. Per converso, e sempre magari inconsapevolmente, possono enfatizzare quanto di negativo al fine di limitare la propria responsabilità per quanto accaduto. Di fronte alla morte ed all'angoscia da essa suscitata, del resto, le reazioni sono molteplici, vuoi perché correlate a quella dialettica natura-cultura nella quale è inserito ogni decesso (Callieri, 1997; Curi, 2001; Di Nola, 2001), vuoi perché la prospettiva della morte costituisce l'angoscia fondamentale del vivente (Bernard & Trouvé, 1979), tenuto conto che la morte può essere vissuta da ciascuno soltanto come minaccia alle possibilità di tollerare l'ambiguità, o di gestire l'ansia e l'incertezza (Jost, Napier, Thorisdottir, Gosling, Palfai & Ostafin, 2007).

Soprattutto, la professionalità vuol dire sensibilità, per esempio, nell'usare espressioni il meno possibile traumatiche.

che; un banale esempio: meglio dire “privo di vita” in luogo di “ucciso”.

In generale, si tratta di affrontare argomenti emotivamente pregnanti, e l’emotività –si sa- interferisce nel ricordo.

Siamo quindi alle raccomandazioni metodologiche, a cui vogliamo aggiungere quella di lavorare in stretto rapporto con la committenza: nel nostro caso erano gli avvocati delle famiglie, senza i quali non avremmo potuto accedere ai documenti e eseguire operazioni quali il rivisitare i luoghi dei fatti, e, appunto, compiere un’analisi accurata della documentazione e della “scena”; ma nulla vieta, anzi tutto invita a che il criminologo affianchi il medico legale incaricato dal PM di eseguire un’autopsia giudiziaria, alla stregua del tossicologo-forense e del genetista forense.

Un’ultima raccomandazione metodologica ed epistemologica concerne i limiti della nostra “scienza”, il dovere di esserne consapevoli e di esplicitarli, come abbiamo più volte fatto nelle nostre relazioni.

Le incertezze della criminologia e della psicologia forense sono maggiori rispetto a quelle della genetica o dell’ematologia, anche se nelle cosiddette prove “certe” gli errori sono possibili così come ad esempio emerge da una interessante ricerca condotta dal Dipartimento di Giustizia degli USA, della durata dei 4 anni, dal 2010 al 2014, sulla validità degli attuali modelli della BPA che ha dimostrato una percentuale di errore compreso tra il 50% ed il 60% (Laber, Kish, Taylor, Owens, Osborne & Curran, 2014)

E ormai un dato di fatto che “le nuove tecnologie permettono oggi di portare in tribunale grandi quantità di prove. Paradossalmente questo dato non aiuta a delineare le dinamiche di un crimine. Una mole importante di tracce biologiche potrebbe appesantirne l’analisi e l’interpretazione dei risultati; inoltre potrebbe risultare un fattore limitante” (Onofri, 2010, p.47).

Ma, pur nelle minori certezze, le nostre affermazioni sono in grado di spiegare comportamenti ed emozioni, di operare cambiamenti. Hanno un valore euristico e un valore trattamentale. Non significa poi che noi non si abbia regole in generale e regole metodologiche in particolare.

Questo per dire cosa? Che un metodo integrato che preveda anche la criminologia può essere un arricchimento e un altro mattone nell’edificio della verità: “capire come mai proprio quel soggetto sia stato ucciso in quel modo, con quel mezzo e in quelle circostanze spazio-temporali, partendo appunto dall’analisi del suo rapporto con il suo assalitore, può evitare generalizzazioni, che sono fonte di errori investigativi e giudiziari più spesso di quanto si creda” (Barbieri, Barbero & Paliero, 2013, 2014).

In sostanza l’a.p. serve ad indirizzare le indagini e serve come ulteriore contributo. Non dà certezze assolute, ma può fornire significativi elementi di conoscenza nella misura in cui si basa su di un presupposto scientifico, storicamente datato, ma più che mai attuale: cioè sono le “modalità” di morire a rappresentare “per l’indagatore più accorto...una sorta di carta da visita psichica, un testamento biografico inconsciamente lasciato all’indagine altrui” (Pellegrini, 1926), poiché il “come” rinvia quasi sempre al “chi” e talora anche al “perché”.

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association (2010). *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*, www.https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/suicide.pdf
- Annon, J. (1995). The Psychological Autopsy. *American Journal of Forensic Psychology*, 13, 39-48.
- Balloni, A., Nivoli, G.C., Loretto, L. & Sanna, M.N. (1999). Psichiatria forense e aspetti di medicina legale rilevanti in psichiatria. In G.B. Cassano & Pancheri P. (Eds.), *Trattato Italiano di Psichiatria* (Vol. III pp. 3922-.....). Milano: Masson.
- Barbieri, C. & Luzzago, A. (2006). Dinamiche di coppia ed omicidio-suicidio: chi è la vittima? Chi il carnefice?. *Jura Medica*, 2, 289-301.
- Barbieri, C. & Roncaroli, P. (2008). Da Verona a Mayerling: alcune riflessioni psicopatologiche, criminologiche e medico-legali sul fenomeno dell’omicidio-suicidio partendo da alcuni casi storico-artistici. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 2, 247-371.
- Barbieri, C. & Danesino, P. (2012). La responsabilità professionale dello psichiatra per i reati violenti commessi dal paziente: riflessioni su una casistica peritale. *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 3, 1103-1124.
- Barbieri, C., Barbero, L. & Paliero, V. (2013). La cosiddetta autopsia psicologica. *Rivista Italiana di Medicina Legale e del diritto in campo sanitario*, 2, 597-612.
- Barbieri, C., Barbero, L. & Paliero, V. (2014). L’autopsia psicologica. In S. Ciappi & S. Pezzuolo (Eds.), *Manuale di psicologia giuridica* (pp.167-175). Firenze: Hogrefe.
- Bernard, P. & Trouvé, S. (1979). *Semiologia psichiatrica* (Edizione italiana a cura di C.L. Cazzullo). Milano: Masson.
- Berrios, G.E. (2013). *Per una nuova epistemologia della psichiatria*. Roma: Giovanni Fioriti.
- Beskow, J., Runeson, B. & Asgard, U. (1990). Psychological autopsies: methods and ethics. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 20, 307-323.
- Bevel, T. & Gardner, R.M. (2008). *Bloodstain Pattern Analysis with an Introduction to Crime Scene Reconstruction*. Boca Raton, Florida: CRC Press.
- Bonicatto, B., Garcia Pérez, T. & Rojas López R. (2006). *L’autopsia Psicologica*. Milano: Franco Angeli.
- Callieri, B. (1997). Della morte e del morire. Aspetti antropofenomenologici. *Rivista di Psicologia Analitica*, 55, 33-41.
- Cavanagh, J.T.O., Carson, A.J., Sharpe, M. & Lawrie S.M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 395-405.
- Ciappi, S. (2013). *Psicopatologia Narrativa. Funzionamento del Sé e pratica clinica*. Roma: LAS.
- Corfiati, L., D’Introno, N., Maggiolino, O., Rosito, M. & Storelli, M. (1994). *Il desiderio di non esserci*. Bari: Levante.
- Cremante, A. & Barbieri, C. (2014). La valutazione tecnica della capacità di testare. In S. Ciappi & S. Pezzuolo S. (Eds.), *Manuale di psicologia giuridica* (pp. 155-162). Firenze: Hogrefe.
- Curi, U. (Ed.). (2001). *Il volto della Gorgone. La morte e i suoi significati*. Milano: Bruno Mondadori.
- Di Nola, A. M. (2001). *La nera signora. Antropologia della morte e del lutto*. Roma: Newton Compton.
- Ebert, B.W. (1987). Guide to conducting a psychological autopsy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 18 (1), 52-56.
- Farberow, N.L. & Shneidman E.S. (1961). *The cry for help*. New York: McGraw-Hill.
- Fornari, U. (2015⁶). *Trattato di psichiatria forense*. Torino: UTET.
- Franchini, A. (1985). *Medicina Legale*. Padova: CEDAM.
- Gotlib, I.H. & Hammen, C.L. (2002). *Handbook of depression*. New York: Guildford.
- Gulotta, G. (1976). *La vittima*. Milano: Giuffrè.
- Isaacson, G. (2000). Suicide prevention – a medical breakthrough? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 113-117.

- Jacobs, D., Klein, M.E. (1993). The expanding role of psychological autopsies. In A.A. Leenaars (Ed.), *Suicidology: Essays in honor of Edwin Shneidman* (pp. 209-247). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- James, S.H., Kish, P.E. & Sutton T.P. (2005). *Principles of Bloodstain Pattern Analysis: Theory and Practice*. Boca Raton, Florida: CRC Press.
- Jost, J.T., Napier, J.L., Thorisdottir, H., Gosling, S.D., Palfai T.P. & Ostafin B. (2007). Are needs to manage uncertainty and threat associated with political conservatism or ideological extremity? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33, 989-1007.
- Knoll, J.L. (2008). The psychological autopsy. Part I: Applications and methods. *Journal of Psychiatric Practice*, 14 (6), 393-397.
- Laber, T., Kish, P., Taylor, M., Owens, G., Osborne, N. & Curran J. (2014). *Reliability Assessment of Current Methods in Bloodstain Pattern Analysis: Final Report for the National Institute of Justice* – This report has not been published by the U.S. Department of Justice. To provide better customer service, NCJRS has made this Federally funded grant report available electronically. Document No.: 247180, Date Received: June 2014. Award Number 2010-DN-BX-K213
- Lanza, L. (1994). *Gli omicidi in famiglia*. Milano: Giuffrè.
- Litman, R.E. (1989). 500 Psychological autopsies. *Journal of Forensic Science*, 34 (3), 638-646.
- Litman, R.E., Curphey, T., Shneidman, E.S., Farberow, N.L. & Tabachnick N. (1963). Investigations of Equivocal Suicides. *JAMA*, 184, 924-929.
- Luzzago, A. & Barbieri, C. (2005, November). *Aspetti di responsabilità professionale per suicidio del paziente in corso di trattamento open door*. Lavoro presentato al Convegno della Società di Studio per i Disturbi di Personalità (SDP) «Suicidio: imputabilità, rischio, prevenzione», Varese, It.
- Medic, G., Higashi, K., Littlewood, K.J., Diez, T., Granstrom, O. & Kahn, R.S. (2013). Dosing frequency and adherence in chronic psychiatric disease: systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 9:119-31.
- Menninger, K. (1938). *Man against himself*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Merzagora, I., Zoja, R. & Gigli, F. (1995). *Vittime di omicidio. Fattori di predisposizione alla vittimizzazione, caratteristiche delle vittime, scenari di omicidio a Milano*. Milano: Giuffrè.
- Merzagora Betsos, I. & Mantero, M. (2001). Il lutto. In P. Cendon P. (Ed.), *Trattato Breve dei Nuovi Danni* (vol. II, pp.1197-1219). Padova: CEDAM.
- Merzagora Betsos, I., Stucchi, R. & Marchiori, A. (2002). Dieci anni di suicidi a Milano. Aspetti criminologici e socio-epidemiologici. *Archivio di Medicina Legale e delle Assicurazioni*, 1, 10-26.
- Merzagora Betsos, I. & Pleuteri L. (2005). *Odia il prossimo tuo come te stesso*. Milano: Franco Angeli.
- Merzagora, I., Ischia, M. & Colombo, C. (2014). Disturbo Bipolare e criminalità. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 3, 212-219.
- Merzagora, I. & Travaini, G. (2015). *Il mestiere del criminologo. Il colloquio e la perizia criminologica*. Milano: Franco Angeli.
- Monzani, M. (2013). *Manuale di psicologia giuridica*. Padova: libreriauniversitaria.it edizioni.
- Monzani, M. (2016). *Manuale di Criminologia*. Padova: libreriauniversitaria.it edizioni.
- Onofri, V. (2010). Dalla teoria alla pratica: i reperti biologici. In A. Tagliabracci (Ed.), *Introduzione alla genetica forense* (pp. 41-56). Milano: Springer-Verlag Italia.
- Pellegrini, R. (1926), *Il Foro Penale*, 5, 1187, cit. in Portagliatti-Barbos, M. (1978). Il suicidio. In V. Chiodi, R. Gilli, C. Puccini, M. Portigliatti-Barbos, M. Fallani & A. De Bernanrdi (Eds.), *Manuale di Medicina Legale* (Vol. 2, pp.1167-1192). Milano: Casa Editrice Dr. Francesco Vallardi – Società Editrice Libreria.
- Ponti, G. & Merzagora Betsos, I. (2008). *Compendio di Criminologia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Puoliot, L. & de Leo, D. (2006). Critical issues in psychological autopsy studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36, 491-510.
- Ringel, E. (1976). The presuicidal syndrome. *Suicide & Life Threatening Behavior*, 6 (3), 131-149.
- Shneidman, E. S. (1981). The psychological autopsy. *Suicide & Life Threatening Behavior*, 11 (4), 325-340.
- Shneidman E. S., & Farberow N. L. (1961). *Cry for help*. New York: McGraw-Hill.