

Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

**Dottorato di Ricerca in
SOCIOLOGIA**

Ciclo XXIV

Settore Concorsuale di afferenza: 14/C1

Settore Scientifico disciplinare: SPS/12

**TECNICHE INVESTIGATIVE ED ASPETTI
CRIMINOLOGICI NELLE INDAGINI GIUDIZIARIE
RELATIVE AI SUICIDI ED ALLE MORTI EQUIVOCHE.
L'AUTOPSIA PSICOLOGICA**

Presentata da:

Dott. PIERALDO PELIZZA

Coordinatore Dottorato:
Chiar.mo Prof.
IVO COLOZZI

Relatori:
Prof.ssa **RAFFAELLA SETTE**
Prof. **FABIO BRAVO**

Esame finale anno 2012

Indice

Capitolo primo	8
Il suicidio	8
1.1. Cenni storici	8
1.2. Aspetti epidemiologici	11
1.3. Alcune teorie sociologiche sul suicidio.....	33
1.3.1. <i>Prime riflessioni sociologiche: la statistica morale e l'opera di Enrico Morselli</i>	
1.3.2. <i>La teoria socioculturale di Emile Durkheim</i>	37
1.3.3. <i>La teoria correttivo-evolutiva del suicidio (teoria della subcultura) di Maurice Halbwachs</i>	40
1.3.4. <i>Struttura sociale e anomia: il contributo di R. K. Merton</i>	41
1.3.5. <i>La teoria dell'integrazione di status di Gibbs e Martin</i>	44
1.3.6. <i>La teoria di "stato anomia" di Elwin Powell</i>	46
1.3.7. <i>L'approccio ecologico al suicidio</i>	48
1.3.8. <i>La teoria della "frustrazione- aggressività" di Henry e Short</i>	49
1.3.9. <i>La teoria dell'"aggressione" di Martin Gold</i>	51
1.4. Psicopatologia del suicidio.....	52
1.5. Aspetti clinici del suicidio.....	62
1.6. La valutazione del rischio di suicidio.....	66
Capitolo secondo	69
Le morti equivoche	69
2.1. Suicidi negli anziani	69
2.2. Suicidi e morti sospette nelle carceri.....	74
2.3. Asfissia autoerotica	82
2.4. Roulette Russa.....	91
2.5. Suicidi stradali.....	96
2.6. Suicidi attraverso istigazione di operatori di polizia.....	106
2.7. Suicidi di piloti di aerei.	117

Capitolo terzo	125
Aspetti medico legali nei casi di suicidio e morte equivoca.....	125
3.1. Cenni di tanatologia: la diagnosi di epoca di morte	125
3.2. Fenomeni tanatologici consecutivi.....	126
3.2.1. <i>Il raffreddamento cadaverico</i>	126
3.2.2. <i>La rigidità cadaverica</i>	128
3.2.3 <i>Le ipostasi</i>	129
3.3. I fenomeni tanatologici trasformativi.....	130
3.3.1. <i>Putrefazione</i>	130
3.3.2. <i>Mummificazione</i>	131
3.3.3. <i>Macerazione</i>	132
3.3.4 <i>Saponificazione</i>	132
3.3.5. <i>Corificazione</i>	133
3.4. Concetto di “lesività” e diagnosi differenziale nei casi di suicidio e morte equivoca	133
3.4.1. <i>Lesioni da taglio</i>	134
3.4.2. <i>Lesioni da punta</i>	135
3.4.3. <i>Lesioni da punta e da taglio</i>	136
3.4.4. <i>Lesioni da arma da fuoco</i>	137
3.4.5. <i>Lesioni da ipertermia</i>	142
3.4.6. <i>Lesioni da ipotermia</i>	143
3.4.7 <i>Lesioni da energia elettrica</i>	144
3.4.8 <i>Lesività chimica</i>	145
3.4.8.1 <i>Stupefacenti e farmaci</i>	146
3.4.8.2. <i>Caustici</i>	149
3.4.8.3. <i>Monossido di carbonio</i>	150
3.5. Cenni di asfissologia forense.....	152
3.5.1. <i>Soffocamento</i>	152
3.5.2. <i>Strozzamento</i>	154
3.5.3. <i>Strangolamento</i>	155
3.5.4. <i>Impiccamento</i>	157
3.5.5. <i>Annegamento</i>	161
3.5.6. <i>Sommersione interna</i>	163
3.5.7. <i>Confinamento</i>	163
3.5.8. <i>Compressione toracica</i>	164

3.6. I grandi traumatismi.....	164
3.6.1. <i>Precipitazione</i>	165
3.6.2 <i>Investimenti da traffico stradale</i>	169
3.6.3. <i>Investimenti da traffico ferroviario</i>	171
Capitolo quarto.....	174
Le indagini nei casi di suicidio e morte equivoca	174
4.1. Aspetti teorici	174
4.1.1. <i>L'intento suicida</i>	176
4.1.2. <i>Il concetto di letalità nei casi di suicidio</i>	182
4.2. Strumenti investigativi	184
4.2.1. <i>La scena del crimine e la sua ricostruzione</i>	184
4.2.1.1. <i>Il sopralluogo giudiziario</i>	186
4.2.1.2. <i>Primo intervento sulla scena del crimine</i>	189
4.2.1.3 <i>Osservazione e descrizione</i>	191
4.2.1.4. <i>Planimetria e rilievi fotografici</i>	193
4.2.1.5. <i>Ricerca delle tracce e repertazione</i>	195
4.2.2 <i>L'esperienza investigativa statunitense nei casi di morte</i> <i>equivocche: l'Empirical Criteria for the Determination of</i> <i>Suicide (ECDS)</i>	199
4.2.3. <i>Analisi di morte equivoca (EDA)</i>	210
Capitolo quinto	215
L'Autopsia Psicologica.....	215
5.1. Origini ed evoluzione	215
5.2. Ambiti di utilizzo dell'autopsia psicologica.....	225
5.3. Il modello di Autopsia Psicologica cubano (MAPI)	226
5.4. Considerazioni etiche sull'autopsia psicologica	231
Capitolo sesto.....	234
Ricerca esplorativa per un'ipotesi di Protocollo di Autopsia Psicologica	234
6.1. Organizzazione della ricerca	234
6.2. Interviste preliminari agli esperti	235
6.2.1. <i>Analisi del contenuto delle interviste</i>	238

6.3. Un'ipotesi di protocollo di Autopsia Psicologica	252
6.3.1. <i>Prima fase della tecnica Delphi</i>	261
6.3.1.1. <i>Intervista del primo stadio della tecnica Delphi</i>	261
6.3.1.2. <i>Sintesi delle risposte ricevute</i>	262
6.3.2. <i>Seconda fase della tecnica Delphi</i>	268
6.3.2.1. <i>Sintesi delle risposte ricevute</i>	269
6.4. Ipotesi di protocollo di autopsia psicologica rivisitato dagli esperti attraverso la tecnica Delphi	272
6.5. Conclusioni.....	283
<i>Bibliografia</i>	287
<i>Sitografia</i>	305

Introduzione

La morte violenta di un individuo può essere imputata alle seguenti tre cause: omicidio, suicidio, incidente. A tal riguardo risulta emblematico l'acronimo inglese "NASH" (natural, accident, suicide, homicide) che, utilizzato in una accezione più generale, indica la totalità dei motivi per i quali possiamo morire.¹

Spesso, da un punto di vista medico legale, l'eziopatogenesi relativa alla morte di un individuo appare evidente anche se non altrettanto possono esserlo i motivi del decesso.

In tal senso, nell'ambito delle investigazioni retrospettive da svolgere nei casi di suicidio o di morte sospetta, risultano di fondamentale importanza i seguenti concetti chiave: la diagnosi clinica della morte; le cause, intese come l'evento/i che hanno generato le condizioni cliniche (es. incidente automobilistico, colpo di pistola alla tempia ecc.) ed i motivi, riconducibili alle circostanze che hanno determinato le cause della morte. Questi possono essere naturali, accidentali, riconducibili a suicidio od omicidio.

In ambito investigativo, al fine di ridurre i margini di errore nell'ipotizzare i motivi della morte di un individuo, l'Autopsia Psicologica sembra essere, ad oggi, la tecnica di indagine più raffinata.

Questa consiste nella ricostruzione retrospettiva della vita di una persona scomparsa per individuare aspetti che ne rivelino le intenzioni rispetto alla propria morte, indizi sulla tipologia del decesso, sull'eventuale grado di

¹ Shneidman, E. S. (1981), *The psychological autopsy*, in «Suicide & Life Threatening Behavior», n.11 (4), pp. 325-40.

partecipazione alle dinamiche dello stesso e a fornire ipotesi circa i motivi per i quali la morte è avvenuta in quel dato momento.

Tale tecnica si realizza in ambito investigativo, forense e di ricerca ed è il risultato di un lavoro di individuazione, raccolta ed analisi interdisciplinare di tutte le informazioni derivanti dalla scena del crimine, dalle scienze forensi nonché dalle testimonianze delle persone più significative nella vita della vittima, al fine di elaborare una valutazione approfondita delle sue condizioni psichiche e fisiche al momento del decesso.

La presente ricerca nasce dai risultati forniti da numerosi studi scientifici in merito alla la notevole sottostima del numero di vittime che si sono suicidate (Cazzullo 1987; Wilson E.F. 1998, Hollander 1983, Di Nunno N., 2002).

In tale ottica l'Autopsia psicologica appare oggi lo strumento maggiormente in grado di ridurre i margini di errore nello stabilire le effettive cause di morte nei casi equivoci o sospetti.

L'accertamento dell'effettiva causa di morte di un individuo, oltre alla necessità di rendere giustizia alla vittima e alla società, risponde ad importanti esigenze di carattere epidemiologico e preventive.

L'accurata determinazione della morte di un individuo per suicidio è infatti essenziale per identificare gruppi di popolazione a rischio e relativi programmi preventivi e di intervento. Si potrebbero inoltre comprendere maggiormente i fattori di rischio e le relative cause nonché i prodromi o segnali anticipatori dell'atto suicidario.

Malgrado alcuni studi condotti utilizzando tale strumento, in Italia non esiste allo stato attuale un protocollo standardizzato di Autopsia Psicologica, da utilizzare per la raccolta delle informazioni fornite da tutti i

possibili attori che, direttamente o indirettamente, possono indicare elementi rilevanti per la ricostruzione del vissuto della vittima, l'individuazione dei tratti caratteristici di personalità, lo stile di vita, le relazioni interpersonali ed i singoli possibili dettagli significativi per una maggiore comprensione dell'accaduto.

Alla luce di quanto sopra esposto, obiettivi della presente ricerca esplorativa sarebbero l'individuazione delle necessità investigative relative ai casi di suicidio e morti equivoche e l'elaborazione di una ipotesi di protocollo di Autopsia Psicologica.

Capitolo primo

Il suicidio

1.1. Cenni storici

Nell'antica Roma motivi quali una malattia, la paura, il dolore fisico, la perdita di un proprio caro, il *furor*, l'*insania*, la sconfitta in battaglia consentivano di togliersi la vita purchè non mediante impiccagione (atto considerato vergognoso e riprovevole). Il suicidio non solo era tollerato, bensì, in élite colte, quale ad esempio quella degli stoici (famosa era appunto la loro frase *mori licet cui vivere non placet*), era addirittura considerato la più alta forma di espressione della libertà che permetteva agli uomini di avvicinarsi agli dei.²

Tale clima culturale cominciò però a modificarsi nel periodo dell'impero romano, quando alcuni filosofi neoplatonici quali Plotino, Porfirio o Macrobio, vedendo nel suicidio un impedimento al compimento nella vita terrena di tutto il possibile progresso da cui dipende la vita futura, lo condannarono asserendo inoltre che colui che cacciava con violenza l'anima dal corpo le impediva di essere libera.

Altro cambiamento rilevante avvenne nel campo del diritto: infatti, mentre nel periodo repubblicano, cittadini romani, accusati di delitti puniti con la pena capitale e la confisca dei beni, spesso si uccidevano prima della

² Barbagli M. (2009), *Congedarsi dal mondo*, Bologna, Il Mulino, p. 57

sentenza per evitare quest'ultima sanzione (con la morte il delitto si estingue), in epoca imperiale, fra il I e il II secolo d.C., per evitare una frode al fisco, venne introdotta una legge che prevedeva la confisca dei beni dei soggetti che si toglievano la vita anche mentre erano in attesa di giudizio per un reato che prevedeva tale condanna.³

L'iniziale distacco dal tollerante approccio romano avvenne tuttavia all'inizio del V secolo d.C. quando Agostino, nella sua "La Città di Dio", formulò le basi dell'etica cristiana relativa al suicidio.⁴

Questi prese una posizione netta e risoluta al fine di rispondere alle delicate questioni dei suicidi commessi dai martiri (e successivamente, nel IV secolo d.C., dai donatisti, appartenenti ad una corrente scismatica del cristianesimo che, in nome della purezza e del martirio, sostenevano la liceità del suicidio) e dalle vergini (suicidatesi per il disonore, dopo esser state stuprate dai Visigoti in seguito all'invasione di Roma nel 410 d.C.).

Agostino condannò con fermezza entrambi gli atti suicidari sopra descritti, giungendo alla formulazione di un principio più generale secondo il quale il quinto comandamento, "non uccidere", non era riferito solo agli altri ma andava esteso anche nei propri confronti. Infatti essendo stato detto "amerai il prossimo tuo come te stesso" non si poteva ritenere innocente colui che aveva commesso un omicidio contro se stesso essendo al contempo proibito quello contro il prossimo.

Definì comunque eccezioni giustificate dall'"ordine divino" quelle rappresentate dalle "sante donne" Berenice e Prosdoce (sorelle di Pelagia, venerate dalla Chiesa cattolica anche se suicide dopo essersi gettate in un fiume, insieme alla loro madre Domnina, per non subire uno stupro) e quello di Sansone, suicida in seguito al tradimento di Dalila. Comunque, in generale, negando che lo stupro facesse perdere l'onore ad una donna in

³ Barbagli M. (2009), *Congedarsi dal mondo*, Bologna, Il Mulino ,p.58.

⁴ Bells J. (1975), *La mort volontaire dans l'oeuvre de saint Augustin*, in "Revue de l'histoire des religions", citato in Barbagli M. (2009), pp.147-180 *Congedarsi dal mondo*, Bologna, Il Mulino, p.58.

quanto “immondezza commessa sulla donna e non insieme a lei”⁵, la donna violentata non aveva alcun motivo di togliersi la vita e, qualora l’avesse fatto, avrebbe commesso un peccato gravissimo.

Occorre comunque evidenziare come Agostino ebbe l’indubbio merito di proporre la distinzione tra stupro ed adulterio, che nell’antica Roma non esisteva essendo entrambi accadimenti che “contaminavano” la donna: a tal proposito pronunciò la famosa quanto efficace frase “strano a dirsi, erano in due ed uno solo commise adulterio”.⁶

Egli inoltre contrappose all’etica della vergogna quella della colpa: Lucrezia non si era uccisa per i sensi di colpa bensì per sfuggire alla vergogna in quanto era consapevole che gli altri avrebbero considerato lo stupro una forma di adulterio che l’aveva “sporcata”.

La dottrina della Chiesa in merito al suicidio fu ampliata da Tommaso d’Aquino alla fine del XIII secolo. Questi, riproponendo l’impianto teorico di Agostino, arrivò a concludere che il suicidio andava considerato un peccato ancor più grave dell’omicidio in quanto, a differenza di quest’ultimo, non permetteva l’espiazione. Rifacendosi ad Aristotele condannò inoltre il suicidio in quanto atto contrario alla carità (ogni essere umano deve amare se stesso) ed alla natura (istinto di autoconservazione). Inoltre lo considerò un atto contro la società in quanto ogni individuo ne faceva parte. Infine sostenne che, essendo la vita un dono di Dio, chi se la fosse tolta Gli avrebbe fatto un torto. Pertanto, pur essendo l’uomo dotato di libero arbitrio, questo poteva essere esercitato riguardo le cose terrene, mentre, in merito al passaggio dalla vita alla morte, poteva unicamente decidere Dio.⁷

L’etica cristiana riguardo il suicidio mostrò i primi segnali di crisi, per lo meno nelle élite culturali, fra la metà del Cinquecento e quella del Seicento,

⁵ Agostino, *La città di Dio*, Torino, Einaudi, citato in Barbagli M. (2009), *Congedarsi dal mondo*, Bologna, Il Mulino, p.61

⁶ *ibidem*

⁷ Barbagli M. (2009), *Congedarsi dal mondo*, Bologna, Il Mulino, p.63.

così come riscontrabile nelle opere di diversi intellettuali quali Tommaso Moro (1516 *Utopia*, isola in cui poteva esser autorizzata l'eutanasia o il suicidio da parte dei malati gravi), John Donne (1610 *Biathanatos- Morte violenta*, in cui confutò le tesi di San Tommaso sostenendo che in natura esistono casi di pratica suicidaria es. pellicani ed api, e che in ogni epoca, in tutti i luoghi, in ogni circostanza ci sono stati uomini di tutte le condizioni sociali che hanno avuto la tendenza a suicidarsi), Mointaigne e più tardi lo stesso Montesquieu (1721, *Lettere persiane*, in cui invitò il lettore a riconsiderare criticamente le norme che vietavano il suicidio).

C'è comunque da sottolineare che, pur essendo vero che per più di un millennio le norme delle popolazioni europee furono notevolmente severe nei confronti di chi aveva intenzione di togliersi la vita, tale sistema tuttavia iniziò ad incrinarsi fra la fine del Cinquecento e gli inizi del Seicento ed era pressoché scomparso all'epoca di Durkheim. Pertanto, come sostiene Barbagli,⁸ finché è rimasto in vita l'insieme di norme, credenze, simboli, significati, schemi cognitivi e sistemi di classificazione relativi al suicidio, ha contribuito ad allontanare gli uomini dall'idea di togliersi la vita, ma il suo declino e la conseguente crisi hanno favorito il notevole incremento del numero dei suicidi.

1.2. Aspetti epidemiologici

Ogni anno nel mondo muore per suicidio circa un milione di persone ed i relativi costi, stimati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, sono nell'ordine di milioni di euro.⁹

⁸ Barbagli M. (2009), *Congedarsi dal mondo*, Bologna, Il Mulino.

⁹ http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

I dati attuali stimano una morte per suicidio ogni 40 secondi ed un tentativo di suicidio ogni 3 secondi.

L'OMS stima i tassi più alti di suicidio in Europa, con particolare riferimento all'Europa dell'Est: Lituania, Lettonia, Estonia, Russia, Ungheria ed in paesi asiatici come Cina e Giappone. Più bassi sono invece i tassi nei Paesi Arabi ed in America Latina. Una possibile interpretazione dei dati è quella di del ricercatore Jim Harter¹⁰, per il quale, bassi tassi di suicidio sono comuni in tutte quelle società in cui i rapporti umani sono più sviluppati e considerati più importanti rispetto agli aspetti economici.

In Italia, negli ultimi venti anni, i soggetti residenti che si sono suicidati risultano essere circa 4.000 l'anno.

Il database che ho utilizzato ed elaborato per lo sviluppo dei grafici di seguito rappresentati, che evidenziano alcuni aspetti significativi del fenomeno suicidi in Italia, è quello gestito dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) - Sistema Informativo Territoriale sulla Giustizia, tavole dati "Suicidi e tentativi di suicidio".

La rilevazione dei suicidi riguarda i casi accertati dalla Polizia di Stato e dall'Arma dei Carabinieri in base alle notizie contenute nel rapporto o verbale di denuncia di suicidio trasmesso all'Autorità Giudiziaria..

Ho principalmente utilizzato tale fonte, ove non altrimenti specificato, malgrado presentasse una certa sottostima del numero complessivo dei suicidi rispetto alle tavole dati ISTAT delle "Cause di morte" rilevate dal medico curante o dal necroscopo, in quanto risulta più completa per le annualità disponibili e permette di approfondire numerose variabili connesse alla condotta suicida altrimenti impossibili da analizzare.

Il periodo che ho preso in esame per questa analisi epidemiologica copre un arco temporale di venti anni, a partire dal 1990 sino al 2009, ultima

¹⁰http://www.forbes.com/2010/07/14/world-happiest-countries-lifestyle-realestate-gallup_2.html

annualità disponibile nella banca dati ISTAT - “Suicidi e tentativi di suicidio”.

Il suicidio è un atto prevalentemente maschile, come rappresentato dai seguenti grafici.

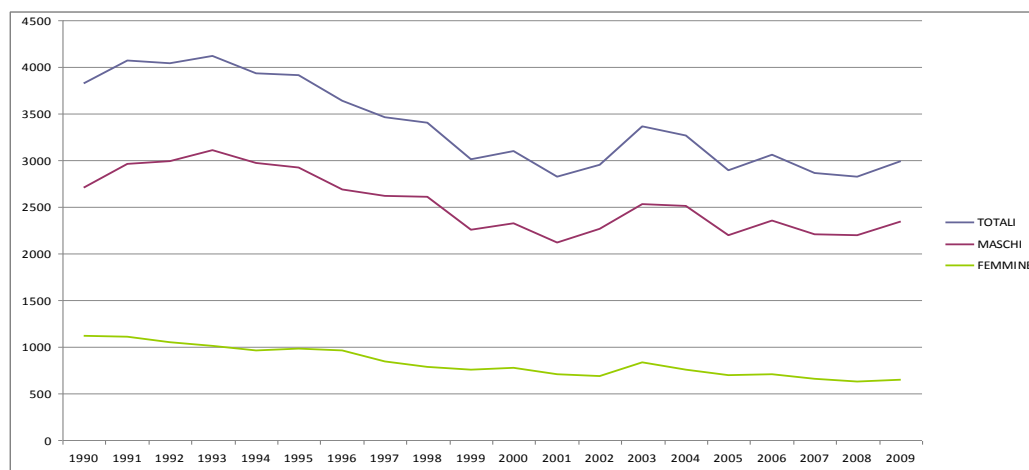


Figura 1 Mortalità per suicidi in Italia. Periodo 1990-2009.¹¹

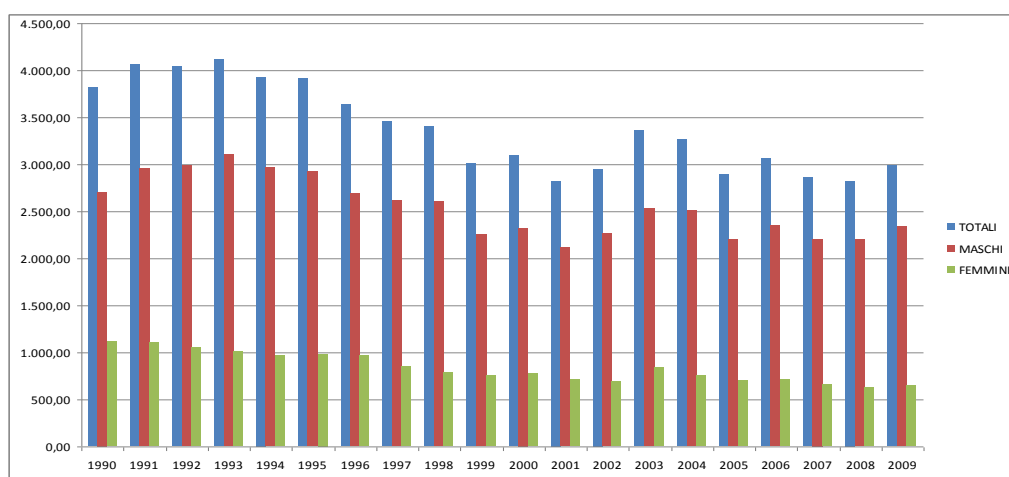


Figura 2 Mortalità per suicidi in Italia. Periodo 1990-2009.¹²

¹¹ Dati elaborati da fonte Istat – Tabelle “Suicidi e tentativi di suicidio accertati dalla Polizia di Stato e dall’arma dei Carabinieri, per alcuni caratteri”. Annualità prese in analisi: dal 1990 al 2009.

¹² Dati elaborati da fonte Istat – Tabelle “Suicidi e tentativi di suicidio accertati dalla Polizia di Stato e dall’arma dei Carabinieri, per alcuni caratteri”. Annualità prese in analisi: dal 1990 al 2009.

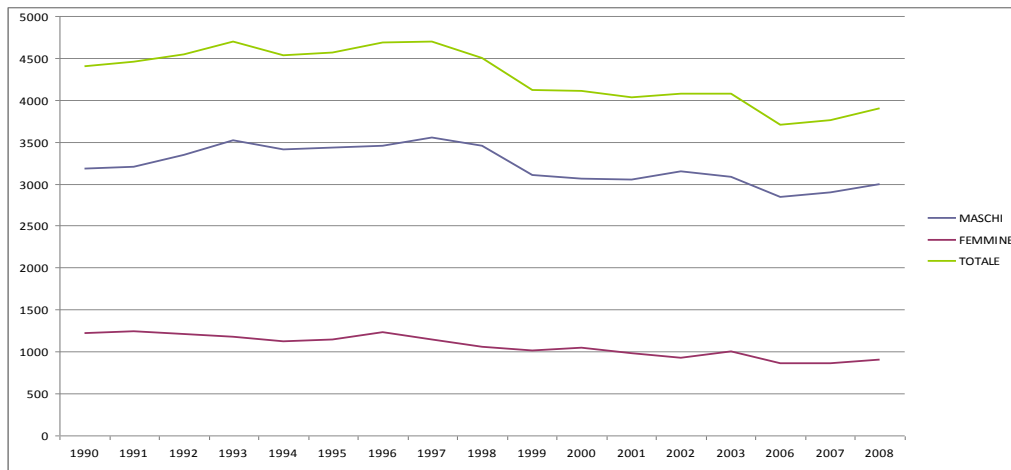


Figura 3 Mortalità per suicidi in Italia. Periodo 1990-2008.

Tavole dati ISTAT - Cause di morte.¹³

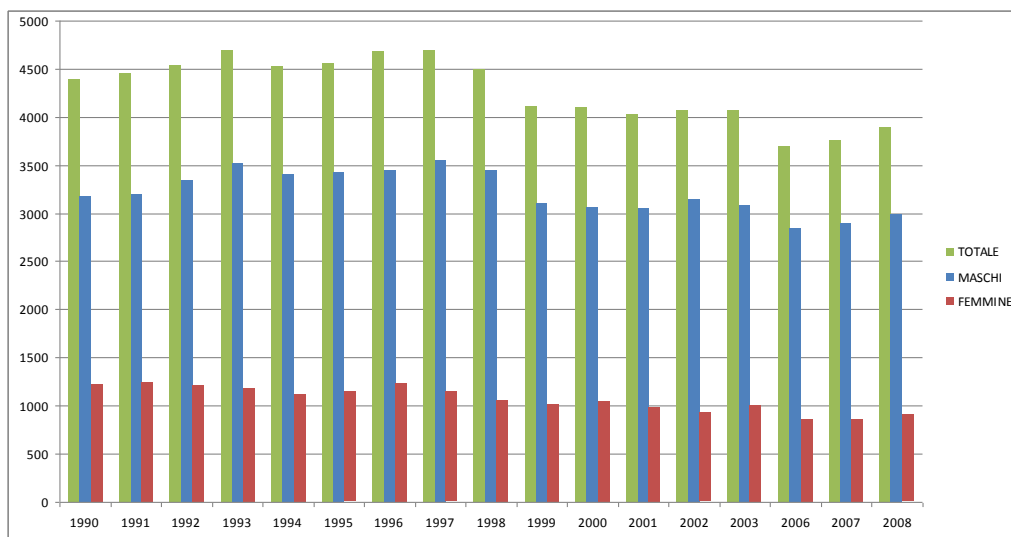


Figura 4 Mortalità per suicidi in Italia. Periodo 1990-2008.

Tavole Istat - Cause di morte.¹⁴

L'analisi dei **metodi di suicidio** più frequenti per gli **uomini** (fig.5) mostra una prevalenza delle impiccagioni, seguita dall'utilizzo di armi da fuoco, il lanciarsi da un luogo elevato (precipitazione), utilizzato soprattutto dai

¹³ Dati elaborati da fonte Istat – “ Cause di morte- Morti per cause esterne dei traumatismi e avvelenamenti per età – Maschi e femmine - Suicidio ed autolesione”.
Periodo: 1990-2008 (ultima pubblicata) ad eccezione delle annualità 2004 e 2005, per le quali i dati relativi ai decessi per causa non sono stati resi disponibili dall'Istat.

¹⁴ Dati elaborati da fonte Istat – “ Cause di morte- Morti per cause esterne dei traumatismi e avvelenamenti per età – Maschi e femmine - Suicidio ed autolesione”.
Periodo: 1990-2008 (ultima pubblicata) ad eccezione delle annualità 2004 e 2005, per le quali i dati relativi ai decessi per causa non sono stati resi disponibili dall'Istat.

soggetti oltre i 65 anni, e l'asfissia da monossido di carbonio. Metodi meno utilizzati sono risultati essere l'avvelenamento ed il lanciarsi contro oggetti in movimento (investimento), metodo che, seppur raro, è risultato essere più frequente tra i giovani che presentano anche una bassa frequenza di suicidi per annegamento.

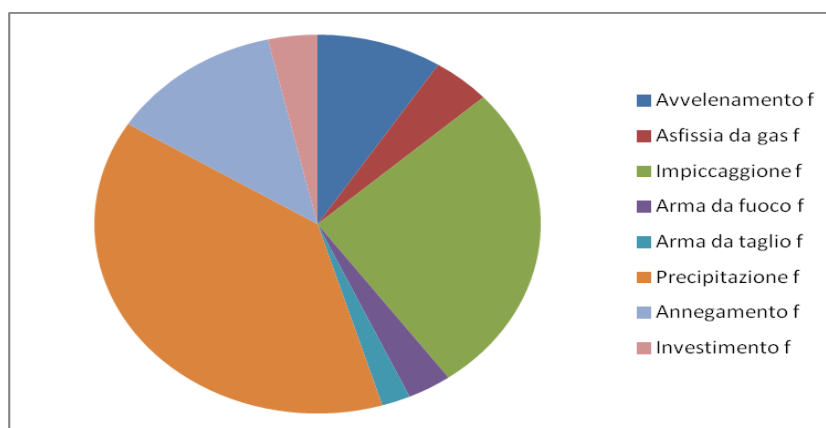


Figura 5 Mezzo di esecuzione per i suicidi maschili. Periodo 1990-2009.¹⁵

Per le **donne** il metodo più comune utilizzato per suicidarsi consiste nel lanciarsi da un luogo elevato (precipitazione). Seguono l'impiccagione, l'annegamento e l'avvelenamento. Il metodo meno frequente è l'utilizzo di armi da taglio (fig.6).

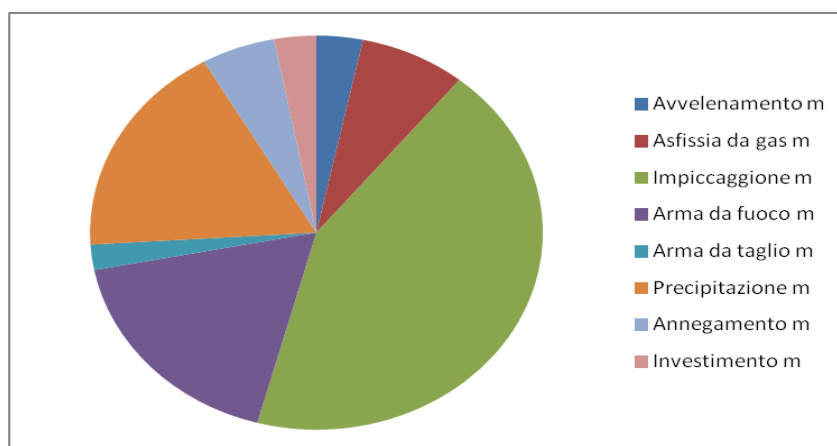


Figura 6 Mezzo di esecuzione per i suicidi femminili. Periodo 1990-2009.¹⁶

¹⁵ Dati elaborati da fonte Istat – Tabelle “Suicidi e tentativi di suicidio accertati dalla Polizia di Stato e dall’arma dei Carabinieri, per alcuni caratteri”. Periodo: 1990-2009.

¹⁶ Dati elaborati da fonte Istat – Tabelle “Suicidi e tentativi di suicidio accertati dalla Polizia di Stato e dall’arma dei Carabinieri, per alcuni caratteri”. Periodo: 1990-2009.

L'utilizzo di armi da fuoco, pur rappresentando la modalità suicida più rara tra le anziane, per le ragazze di età compresa tra i 15 ed i 24 anni risulta essere il terzo metodo scelto per suicidarsi. Bassi tassi di suicidi si riscontrano per l'annegamento, che comunque risulta relativamente più comune per le anziane, e per asfissia da monossido di carbonio, comunque più frequente per le donne giovani.¹⁷

In generale, considerando l'intera popolazione italiana, le tre principali modalità suicida risultano essere nell'ordine: impiccagione, precipitazione ed uso di un'arma da fuoco. L'utilizzo di un'arma da taglio risulta essere il metodo per suicidarsi meno frequente (fig.7).

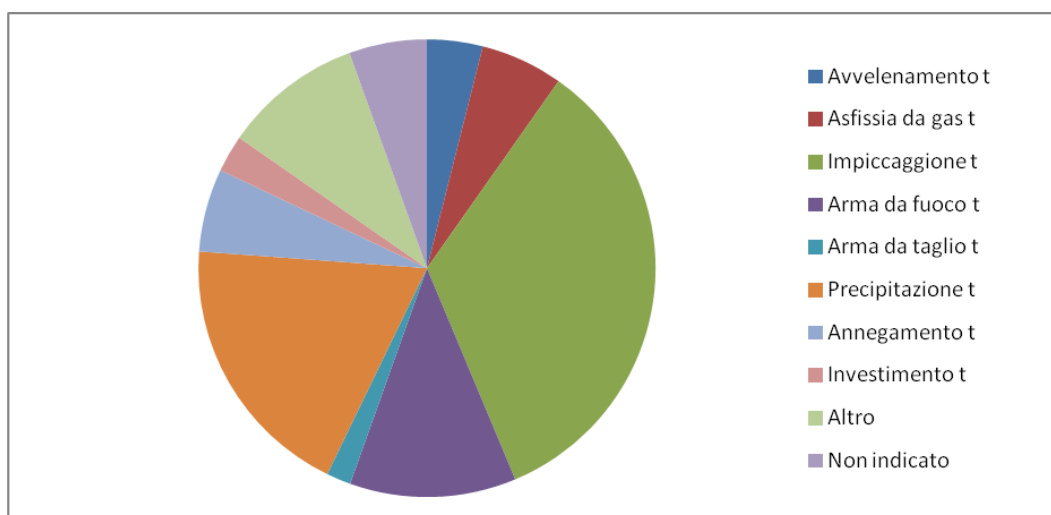


Figura 7 Mezzo di esecuzione per entrambi i sessi. Periodo 1990-2009.¹⁸

I dati che ho elaborato, in linea con i risultati di altre ricerche¹⁹, evidenziano ulteriori aspetti interessanti.

L'impiccagione, per entrambi i sessi, non ha evidenziato mutamenti di frequenza elevati per il periodo di tempo considerato, mentre una certa

¹⁷ Pompili M, et al., (2010), *Il suicidio in Italia. Aspetti epidemiologici e socio demografici*, Quaderni Italiani di Psichiatria, n.29(2), pp.45

¹⁸ Dati elaborati da fonte Istat – Tabelle “Suicidi e tentativi di suicidio accertati dalla Polizia di Stato e dall’arma dei Carabinieri, per alcuni caratteri”. Periodo: 1990-2009.

¹⁹ Pompili M, et al., (2010), *Il suicidio in Italia. Aspetti epidemiologici e socio demografici*, Quaderni Italiani di Psichiatria, n.29(2), pp.41-50

riduzione della frequenza, in ogni classe d'età, è stata riscontrata per le morti per annegamento, per avvelenamento e per l'uso di armi da taglio.

Si evidenzia un incremento della frequenza di suicidio per asfissia da monossido di carbonio soprattutto tra gli uomini di età compresa tra i 45 ed i 64 anni.

Riassumendo, si può concludere che si sta assistendo, in generale, ad un aumento della frequenza di utilizzo di metodi suicidari ad elevata letalità, soprattutto tra i giovani, con particolare riferimento alla precipitazione ed all'impiccagione. E' probabile che una possibile spiegazione di tale tendenza sia individuabile nelle attuali oggettive ed enormi difficoltà provate da moltissimi giovani nell'autorealizzarsi sia da un punto di vista personale che professionale con conseguenti crisi d'identità e fragilità dell'autostima.

Relativamente ai **moventi dei suicidi**, l'elaborazione dei dati Istat, acquisiti dai verbali di denuncia di suicidio o dai rapporti redatti dagli Uffici della Polizia di Stato e dai Comandi dell'Arma dei Carabinieri, evidenzia che la causa più frequente dei suicidi per entrambi i sessi, laddove indicata, è rappresentata dall'esito fatale di una psicopatologia (fig.8).

Seguono nell'ordine: la presenza di malattie fisiche, motivazioni di tipo affettivo, problemi economici e più raramente motivi d'onore.

Occorre tuttavia sottolineare come una parte cospicua di dati relativi alla variabile "movente" sfugga alla rivelazione statistica e pertanto appare evidente come ciò renda problematica una loro complessiva lettura.

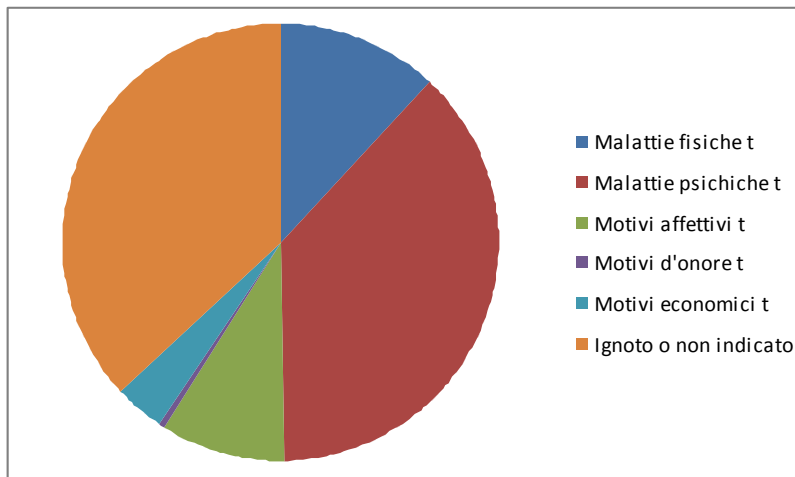


Figura 8 Movente dei suicidi per entrambi i sessi. Periodo 1990-2009.²⁰

Confrontando le frequenze delle cause di morte tra i due sessi si osserva una maggiore incidenza dei motivi economici per gli uomini. (figg. 9 e 10)

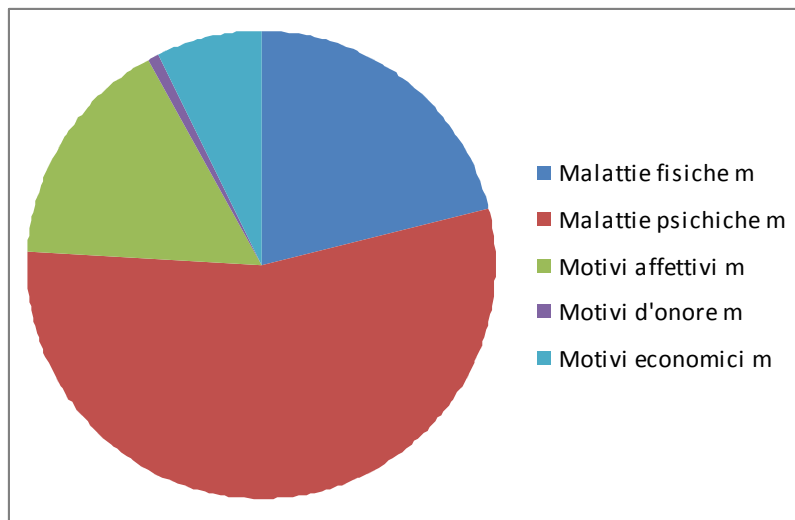


Figura 9 Moventi individuati dei suicidi per gli uomini. Periodo 1990-2009.²¹

²⁰ Dati elaborati da fonte Istat – Tabelle “Suicidi e tentativi di suicidio accertati dalla Polizia di Stato e dall’arma dei Carabinieri, per alcuni caratteri - Movente”. Periodo: 1990-2009.

²¹ Dati elaborati da fonte Istat – Tabelle “Suicidi e tentativi di suicidio accertati dalla Polizia di Stato e dall’arma dei Carabinieri, per alcuni caratteri - Movente”. Periodo: 1990-2009.

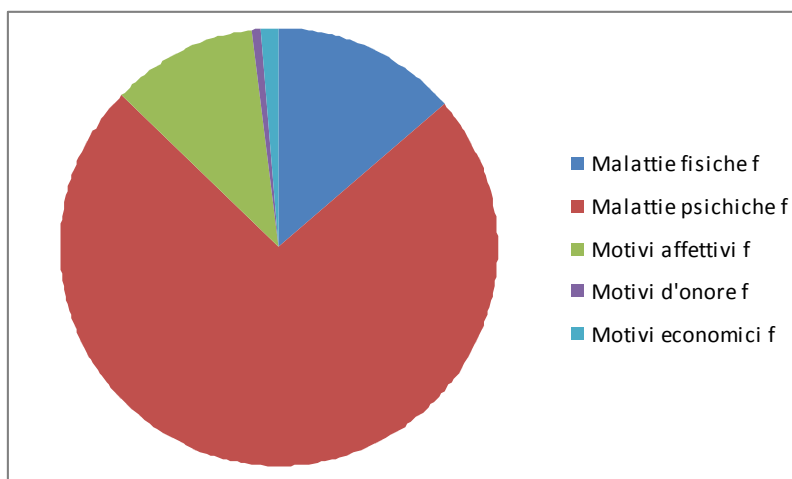


Figura 10 Moventi individuati dei suicidi per le donne. Periodo 1990-2009.²²

Dall'ultima rilevazione Istat disponibile, relativa all'anno 2009, il numero dei suicidi per ragioni economiche risulta esser pari a 198 casi, valore più alto nell'ultimo ventennio, con una crescita assoluta del 32% rispetto ai 150 casi del 2008 e del 67,8% rispetto ai 118 casi del 2007.

Verosimilmente tali dati rappresentano un ulteriore indicatore del rapporto diretto tra il fenomeno dei suicidi e l'attuale crisi economica, in linea con la teorizzazione durkheimiana del suicidio anomico, secondo la quale ad una scarsa regolamentazione sociale corrisponde un incremento del numero di "suicidi anomici", tipico della società moderna e dei periodi in cui si verificano rapidi mutamenti sociali, gravi crisi o forti espansioni economiche.

Basti pensare che, in termini relativi, mentre nel 2000 i suicidi per motivi economici rappresentavano il 2,9 % del fenomeno rappresentato, ad esclusione dei casi in cui non era stato possibile stabilire un movente, nel 2009 tale casistica raggiunge una percentuale pari al 10,3% di tutte le motivazioni individuate.

²² Dati elaborati da fonte Istat – Tabelle "Suicidi e tentativi di suicidio accertati dalla Polizia di Stato e dall'arma dei Carabinieri, per alcuni caratteri - Movente". Periodo: 1990-2009.

Il fatto che, nel 2009, il 95% dei casi di suicidio con movente economico appartenga alla categoria degli uomini fa riflettere sull'importanza del lavoro quale elemento fondamentale di acquisizione o perdita di identità e ruolo sociale di un individuo.

Dal Rapporto Eu.r.e.s.-Ansa "L'ultimo grido dei senza voce. Il suicidio in Italia al tempo della crisi",²³ risulta che ciò che sembra abbia caratterizzato maggiormente il fenomeno suicidario nel 2009 è la sua forte interdipendenza con la crisi economico-occupazionale.

Il Rapporto evidenzia infatti che nel 2009 sono stati 357 i suicidi compiuti da disoccupati, 272 soggetti espulsi dal lavoro ed 85 in cerca di prima occupazione, con una crescita del 37,3% rispetto ai 260 casi del 2008, (per gli anni 2007, 2006 e 2005 sono stati rispettivamente 270, 275 e 281).

Anche in termini relativi appare evidente come il lavoro rappresenti un aspetto fondamentale per una più completa lettura del fenomeno suicidario: nel 2009 si registrano infatti ben 18,4 suicidi ogni 100 mila disoccupati (il valore sale a 30,3 tra gli uomini a fronte di 5,7 tra le donne), contro 4,1 suicidi tra gli occupati (6 tra gli uomini e 1,4 tra le donne), ad ulteriore riprova della centralità del lavoro, per costruire e portare avanti un progetto di vita, soprattutto nella componente maschile della popolazione.

L'analisi relativa al periodo dell'anno in cui sono stati commessi i suicidi (fig.11) ha evidenziato che i mesi che presentano i più alti tassi di suicidio sono, nell'ordine, giugno, maggio, marzo e luglio mentre i mesi con i tassi più bassi sono dicembre e novembre.

In generale il caldo rappresenta un fattore di rischio, ma a questo si aggiunge anche l'isolamento sociale, lo stress e l'indifferenza altrui, tipiche della vita nelle grandi città, i cui centri abitati diventano deserti durante i mesi prediletti per le vacanze.

²³ www.eures.it/upload/doc_1305878239.pdf

Secondo i ricercatori americani della Harvard School of Public Health di Boston (USA), le giornate più calde e luminose rappresenterebbero quelle a maggior rischio di suicidio per cause di natura “chimica” e “psicologica”.

Le prime sarebbero determinate dal basso tasso di melatonina presente nel corpo nelle giornate di luce: in condizioni di elevata luminosità il corpo ne produrrebbe in quantità inferiori e ciò determinerebbe la maggior disposizione per bassi stati di umore.²⁴ Per quanto attiene alle cause psicologiche, i ricercatori ipotizzano che gli quegli individui depressi, che spesso imputano il proprio stato di umore ai bui e freddi periodi invernali, qualora, come ovviamente spesso accade, non sia questo il vero motivo del loro basso tono umorale, giungendo la primavera e vedendo che la situazione non migliora, possono lasciarsi andare a gesti disperati. Altro fattore psicologico ipotizzato, è la maggiore intensità depressiva che si determinerebbe, in tali soggetti, di fronte alla felicità altrui per l'approssimarsi del periodo delle vacanze. I ricercatori hanno quindi confrontato i tassi di suicidi in venti stati per un periodo di 4 anni, rapportandoli alla quantità di luce naturale presente mensilmente in ciascuno stato. I risultati hanno evidenziato che nei periodi più soleggiati il tasso di suicidi era maggiore.

Tali risultati potrebbero esser considerati in apparente contrasto con i dati statistici dei paesi scandinavi, nei quali vengono registrati alti tassi di suicidi durante i periodi invernali: in tal caso, a parziale integrazione delle contraddittorie evidenze raccolte, potrebbe esser utile considerare la variabile “contatti sociali” (sicuramente inferiori nei lunghi inverni scandinavi) distinta dall'aspetto puramente chimico-fisiologico della variabile “intensità luminosa” considerata dalle ricerche menzionate.

²⁴ Petriodu E. et al.(2002), *A Role of Sunshine in Triggering of Suicide*, *Epidemiology*, Vol.13, pp.106-9.

In una prospettiva più generale, i tassi sono risultati maggiori nei mesi di maggio e giugno nell'emisfero settentrionale ed in novembre e dicembre in quello meridionale (l'estate australe). I ricercatori fanno osservare come in Grecia, ad esempio, i suicidi raddoppino rispetto agli altri mesi dell'anno mentre in Australia nel mese di dicembre si osserva un picco del tasso di suicidi superiore del 21% rispetto a quello degli altri mesi.

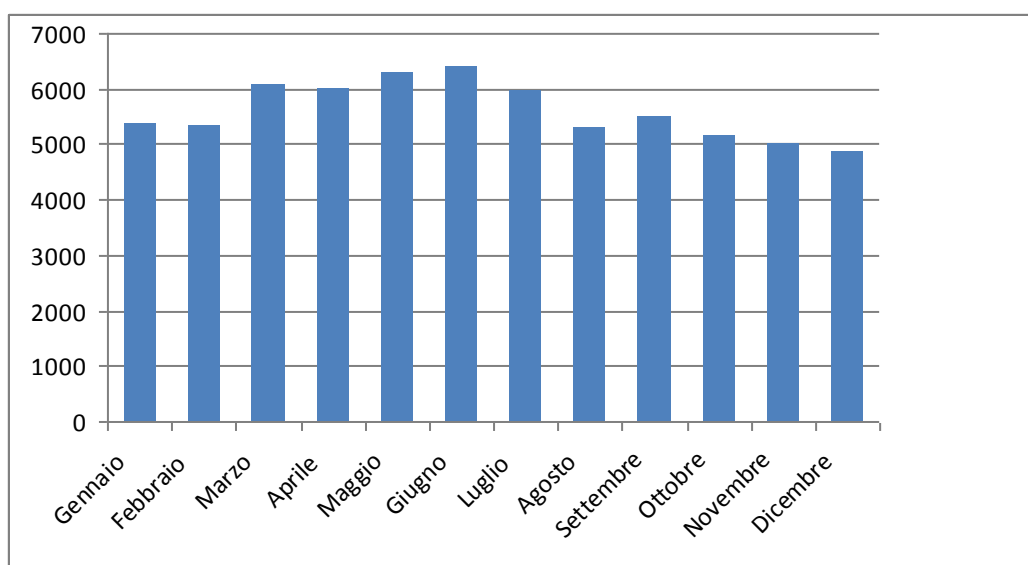


Figura 11 Mesi dei suicidi. Periodo 1990-2009.²⁵

In linea con tali risultati, le fasce orarie che in Italia presentano tassi di suicidi maggiori, nel periodo considerato da questa analisi, sono risultate essere quelle con maggior intensità di luce (fig.12)..

²⁵ Dati elaborati da fonte Istat – Tabelle “Suicidi e tentativi di suicidio accertati dalla Polizia di Stato e dall’arma dei Carabinieri, per alcuni caratteri - Mese”. Periodo: 1990-2009 ad esclusione degli anni 1990-1993 in quanto i relativi dati non sono stati riportati dall’Istat.

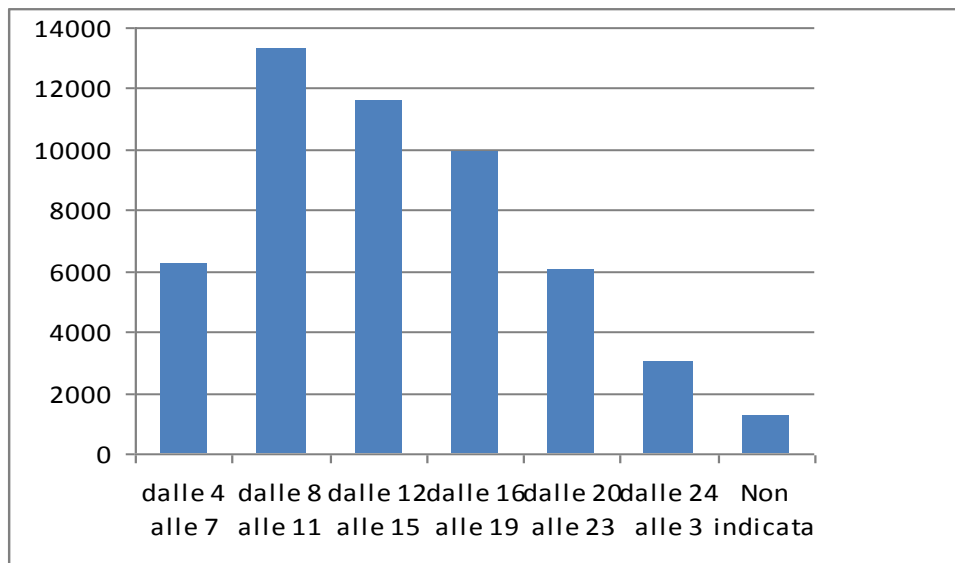


Figura 12 Fasce orarie dei suicidi. Periodo 1994-2009.²⁶

Le fasce orarie che evidenziano un maggior frequenza di suicidi sono, nell'ordine, quelle comprese tra le 08,00 e le 11,00, tra le 12,00 e le 15,00 e fra le 16,00 e le 19,00.

Per quanto concerne l'età degli individui che si sono suicidati nel periodo in esame, di seguito sono riportate le rappresentazioni grafiche dell'analisi svolta (figg.13 e 14).

I risultati evidenziano che la mortalità per suicidio per entrambi i sessi cresce all'aumentare dell'età anche se in modo differente: per gli uomini l'incremento è per lo più esponenziale dopo i 65 anni, mentre per le donne questo si mantiene maggiormente costante.

²⁶ Dati elaborati da fonte Istat – Tabelle “Suicidi e tentativi di suicidio accertati dalla Polizia di Stato e dall'arma dei Carabinieri, per alcuni caratteri - Ora dell'evento”. Periodo: 1994-2009. Dal 1990 al 1994 dati Istat non disponibili.

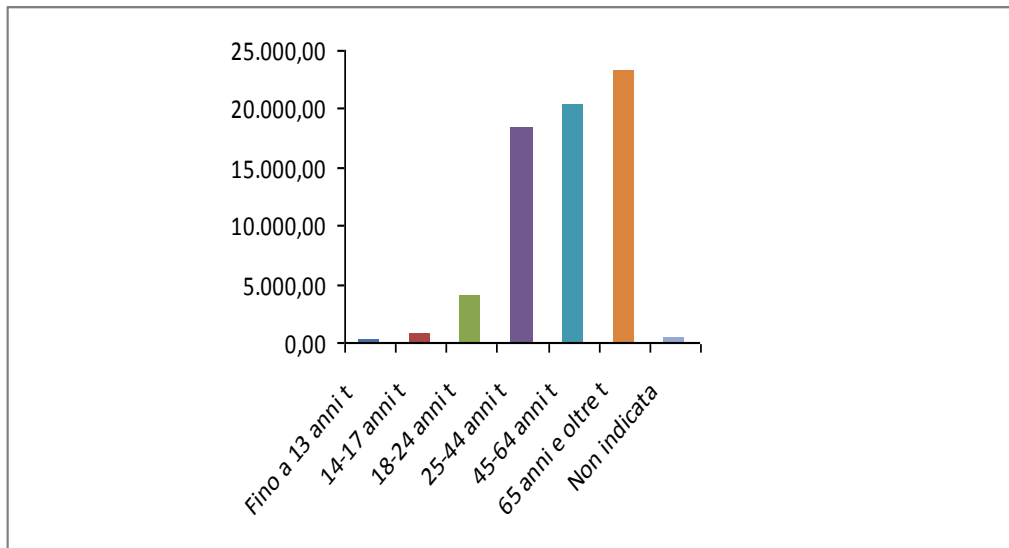
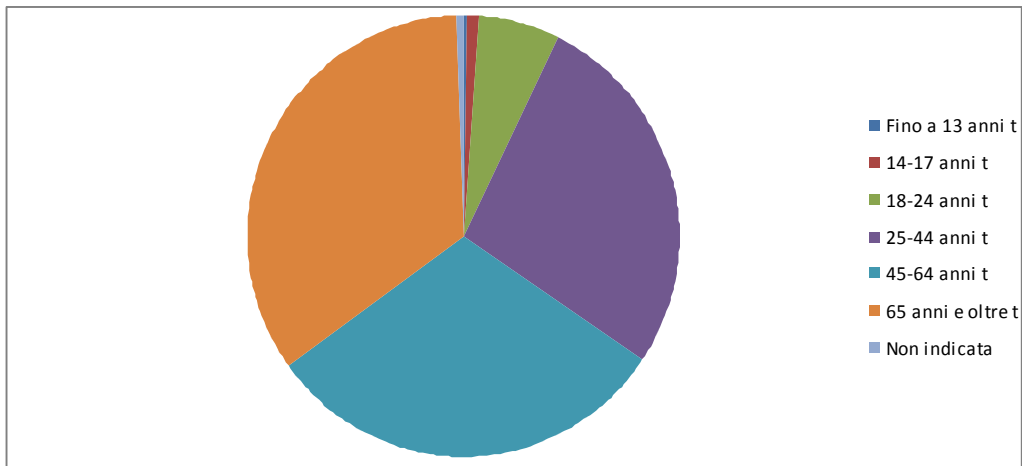


Figure 13 e 14 Classi di età. Periodo 1990-2009 ²⁷

Nel 2009 si rileva tra gli uomini della fascia 45-64 anni un indice di suicidi pari a 10,4 per 100.000, decisamente superiore a quello degli anni precedenti (9,2 nel 2007 e nel 2008), con 1.005 suicidi consumati a fronte dei 917 mediamente censiti nel precedente quinquennio, ad ulteriore riprova del rischio di marginalità ed esclusione di questa fascia potenzialmente attiva della popolazione italiana.

²⁷ Dati elaborati da fonte Istat – Tabelle “Suicidi e tentativi di suicidio accertati dalla Polizia di Stato e dall’Arma dei Carabinieri, per alcuni caratteri – Classi di età”. Periodo: 1990-2009

Appare comunque evidente come la rilevanza del fenomeno suicidi sia maggiore nella popolazione anziana, verosimilmente a causa di numerosi fattori, tra i quali sicuramente assumono una grande importanza la riduzione della frequenza delle relazioni sociali e una minore autonomia funzionale determinata dall'inevitabile peggioramento dello stato di salute generale.

Pur rappresentando in termini numerici assoluti una dimensione meno rilevante, il suicidio nei giovani rappresenta comunque una delle più frequenti cause di morte in tale periodo di vita. Dopo gli incidenti stradali ed i tumori, nella fascia di età compresa tra i 15 ed i 24 anni, il suicidio rappresenta la terza causa di morte maggiormente frequente e la quarta causa, preceduta da incidenti stradali, tumori, malattie cardiovascolari, nella fascia di età compresa tra i 25 ed i 44 anni.²⁸

In merito alle relazioni intercorrenti tra stato civile e suicidio la seguente figura 15 rappresenta lo stato civile dei soggetti che si sono suicidati nei venti anni analizzati.

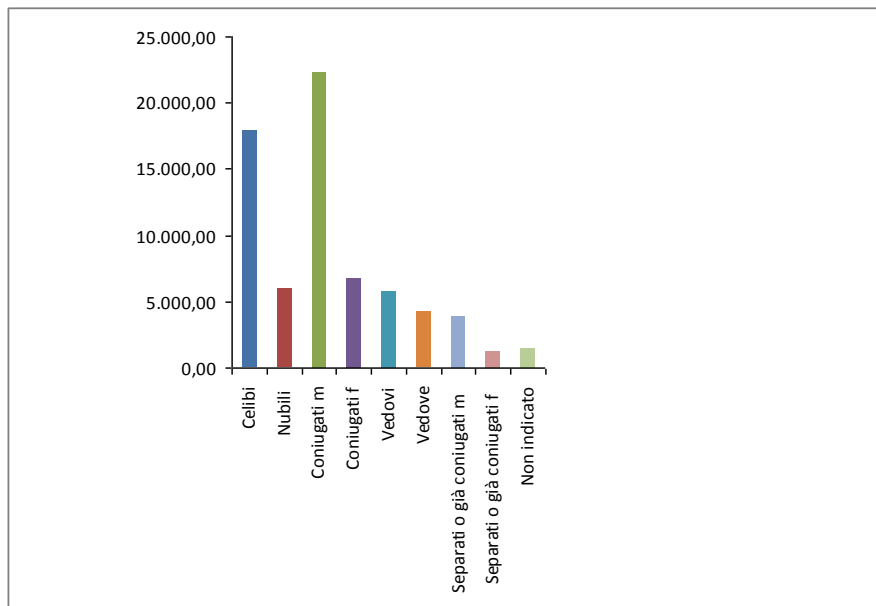


Figura 15 Stato civile. Periodo 1990-2009.²⁹

²⁸ Pompili M, et al., (2010), *Il suicidio in Italia. Aspetti epidemiologici e socio demografici*, Quaderni Italiani di Psichiatria, n.29(2), p.42

²⁹ Dati elaborati da fonte Istat – Tabelle “Suicidi e tentativi di suicidio accertati dalla Polizia di Stato e dall’arma dei Carabinieri, per alcuni caratteri – Stato civile”. Periodo: 1990-2009

La ricerca del dott. Pompili e coll.,³⁰ condotta sugli aspetti epidemiologici e socio demografici del suicidio in Italia, relativamente ai tassi di mortalità per suicidio dal 1980 al 2006, ha evidenziato, in merito allo stato civile dei soggetti suicida, i seguenti aspetti di notevole interesse.

In generale, l'esser sposati rappresenta un fattore protettivo pur variando in relazione al sesso ed all'età.

Per gli uomini vedovi, a prescindere dall'età, il rischio di suicidio è 5 volte superiore rispetto a quello degli uomini sposati, mentre lo è tra le 2 e le 3 volte superiore per gli adulti e gli anziani (dai 45 anni in poi) e di 13 volte più elevato per i vedovi giovani con età compresa tra i 25 ed i 44 anni, corrispondente al più alto tasso maschile osservato in assoluto (75,8 per 100.000 abitanti).

Anche il tasso di suicidio dei divorziati è maggiore rispetto a quello dei soggetti sposati pur non raggiungendo un rischio relativo statisticamente significativo.

L'esser sposate risulta essere anche per le donne un fattore protettivo dal suicidio.

La ricerca evidenzia che le differenze riscontrate tra le coniugate e le donne che non lo sono risultano meno marcate rispetto a quelle osservate negli uomini.

Tra le donne non sposate, a prescindere dall'età, il rischio di suicidio è circa di 2 volte superiore rispetto a quello delle coniugate: considerando l'età, di quasi di 3 volte più elevato tra i 25 ed i 44 anni, di 2 volte maggiore tra i 45 ed i 64 anni e di 1,4 nelle donne con più di 65 anni.

Per le donne divorziate/separate si osserva un tasso di suicidi di 1,7 volte superiore rispetto alle coniugate e, tra le donne anziane, ha raggiunto le 2

³⁰ Pompili M, et al., (2010), *Il suicidio in Italia. Aspetti epidemiologici e socio demografici*, Quaderni Italiani di Psichiatria, n.29(2), p.46

volte superiore, corrispondente ad un tasso di 10,7 per 100.000, che rappresenta il più alto tasso di suicidi femminile registrato.

Per le vedove il tasso di suicidi è risultato essere di 1,7 volte superiore rispetto alle sposate.

La ricerca mostra inoltre come lo stato civile ed il suicidio sono largamente connessi alla regione di origine degli individui. Ad esempio, in Sardegna, solo i soggetti celibi presentano tassi di suicidio superiori rispetto a quelli dei coniugati; la vedovanza o l'esser separati/divorziati non rappresenta per gli uomini sardi un fattore di rischio per il suicidio.

La Sardegna presenta anche il più alto tasso di suicidi maschili d'Italia, pari a 23,07 per 100.000 ogni anno rispetto alla media nazionale maschile di 13,80 per 100.000. Per le donne invece la Sardegna presenta uno tra i più bassi tassi di suicidio, quasi in linea con quello delle regioni del Sud e del Centro Italia.

Si potrebbe ipotizzare che l'uomo in Sardegna soffra maggiormente per la crisi della propria identità. La società sarda è infatti, da sempre di tipo fortemente "matriarcale", con la donna che, di fatto, tiene le redini della conduzione familiare e dei figli, e l'uomo convinto, tuttavia, del suo dovere esclusivo di provvedere al sostentamento della famiglia. A fronte di tale convincimento, considerati gli altissimi tassi di disoccupazione dell'isola, alcuni uomini potrebbero provare una profonda crisi psicologica con un possibile ulteriore sfaldamento strutturale soprattutto in alcune personalità già deficitarie a livello di autostima.

Avvalorerebbe tale ipotesi anche il fatto che in Sardegna, come evidenziato, a differenza di tutte le altre regioni italiane, solo i soggetti celibi presentano tassi di suicidio superiori rispetto a quelli dei coniugati: per gli uomini sardi, la vedovanza o l'esser separati/divorziati non rappresenterebbe un fattore di rischio suicidario e pertanto tale aspetto potrebbe esser

considerato un altro indicatore di come questi potrebbe sentire il “peso” della donna gravare sulla propria autostima.

Mentre nel Nord osserviamo il più alto tasso di suicidi a prescindere dall’esser coniugati o meno, il Centro ed il Sud sono caratterizzati da tassi di suicidi in media più bassi se non viene preso in considerazione lo stato civile. Difatti nel Sud, mentre tra le donne sposate e nubili si sono riscontrati tassi più bassi rispetto alle regioni del Nord, le donne divorziate o vedove presentano tassi di suicidio più alti, in linea con i tassi delle regioni settentrionali.

Nello specifico, le vedove del meridione presentano un tasso di suicidi pari a 5,89 per 100.000, valore, questo, superiore a quello medio nazionale e doppio rispetto a quello delle coniugate.

L’elaborazione dei dati ottenuti tramite la consultazione del database ISTAT - Sistema Informativo Territoriale sulla Giustizia, che ho svolto in riferimento ai tassi di suicidio delle regioni e delle province italiane dal 1990 al 2009, ha evidenziato le seguenti classificazioni in base alla media del tasso di suicidi per 100.000 residenti durante il periodo compreso tra il 1990 ed il 2009 (Tabb.1 e 2).

Regione	Media del tasso di suicidi per 100.000 abitanti. Periodo 1990-2009
Friuli Venezia Giulia	11,33
Valle d'Aosta	10,69
Liguria	10,16
Umbria	9,83
Piemonte	9,43
Trentino Alto Adige	9,26
Emilia-Romagna	9,25
Sardegna	8,44
Veneto	7,26
Marche	6,98
Toscana	6,94
Molise	6,73
Lombardia	6,69
Abruzzo	6,17
Basilicata	6,02
Sicilia	4,84
Lazio	4,19
Calabria	4,08
Puglia	3,43
Campania	3,02

Tabella 1 – Tasso di suicidi regionali per 100.000 residenti.
Periodo 1990-2009.³¹

³¹ Dati elaborati da fonte Istat – Tabelle “Suicidi e tentativi di suicidio accertati dalla Polizia di Stato e dall’arma dei Carabinieri, per classi di età, sesso e regioni”. Periodo: 1990-2009.

Trieste	16,25	Sassari	7,01
Belluno	15,65	Trento	6,98
Sondrio	15,58	Teramo	6,88
Ogliostra	14,58	Padova	6,8
Medio Campidano	13,23	Verona	6,79
Siena	12,82	Brescia	6,77
Asti	12,77	Ancona	6,7
Savona	12,48	Venezia	6,68
Bolzano	11,62	Lucca	6,53
Ravenna	11,43	Como	6,52
Verbano-Cusio-Ossola	11,38	L'Aquila	6,47
Cuneo	11,37	Massa-Carrara	6,46
Bologna	11,13	Pescara	6,37
Biella	11,12	Campobasso	6,34
Vercelli	11,05	Prato	6,28
Genova	10,3	Bergamo	6,27
Udine	10,21	Agrigento	6,19
Terni	10,17	Treviso	6,19
Modena	10,05	Parma	6,14
Pordenone	9,85	Potenza	6,14
Gorizia	9,78	Lecco	6,06
Perugia	9,71	Pesaro e Urbino	6,01
Mantova	9,4	Matera	5,81
Carbonia-Iglesias	9,18	Avellino	5,65
Imperia	9,11	Olbia-Tempio	5,55
Ferrara	8,96	Milano	5,52
Torino	8,95	Firenze	5,35
Cagliari	8,88	Salerno	5,34
Nuoro	8,76	Chieti	5,26
Reggio nell'Emilia	8,71	Siracusa	5,2
Oristano	8,58	Reggio di Calabria	5,19
Rimini	8,42	Pistoia	5,11
Varese	8,32	Rieti	4,89
Cremona	8,21	Taranto	4,58
Novara	8,2	Latina	4,53
Pavia	8,11	Messina	4,5
Macerata	8,06	Benevento	4,3
Grosseto	8,04	Palermo	4,26
Pisa	7,86	Cosenza	4,23
Isernia	7,81	Catania	4,21
Enna	7,68	Roma	4,19
Piacenza	7,64	Frosinone	4,1
Rovigo	7,6	Caserta	3,69
Vicenza	7,53	Foggia	3,64
Arezzo	7,42	Brindisi	3,37
Alessandria	7,38	Catanzaro	3,35
Ascoli Piceno	7,37	Viterbo	3,34
La Spezia	7,36	Lecce	3,34
Livorno	7,36	Bari	3,15
Lodi	7,27	Vibo Valentia	2,71
Caltanissetta	7,22	Trapani	2,43
Forlì-Cesena	7,21	Crotone	2,25
Ragusa	7,12	Napoli	1,51

Tabella 2 – Tasso di suicidi regionali per 100.000 residenti. Periodo 1990-2009.³²

³² Dati elaborati da fonte Istat – Tabelle “Suicidi e tentativi di suicidio accertati dalla Polizia di Stato e dall’arma dei Carabinieri, per classi di età, sesso e regioni”. Periodo: 1990-2009.

Appare evidente come vi siano delle nette differenziazioni tra i tassi di suicidio rilevati nelle regioni e nelle province del Nord del Centro e Sud Italia.

A livello provinciale, tassi particolarmente alti di suicidio si riscontrano nelle province del Nord Est ed in quelle dell'arco alpino. A tal proposito, una interessante ricerca condotta dal dott. Renshaw e coll.³³ ha preso in esame l'ipotesi di possibili correlazioni tra l'altitudine del luogo di residenza ed un maggior rischio suicidario concludendo che, pur essendo necessari ulteriori approfondimenti, l'alta quota potrebbe determinare stress metabolici connessi con una lieve ipossia in persone con disturbi dell'umore che pertanto risulterebbero più a rischio di suicidi in caso di gravi episodi depressivi. Anche il possesso di armi e la scarsa densità di popolazione sono fattori strettamente correlati al rischio di suicidio. Tuttavia, le armi e la densità ridotta di popolazione non possono giustificare una così alta incidenza di suicidi in zone montane: ne consegue che la quota è, secondo il ricercatore, il fattore di rischio più determinante.

Tuttavia, a tal proposito, ritengo opportuno ricordare un interessante contributo del dott. Christian Arnoldi³⁴ che evidenzia come alla classica caratterizzazione dell'ambiente montano italiano, considerato oasi naturale e culturale, si contrapponga una dimensione nascosta, inaspettata, rimossa che rimanda piuttosto alla durezza e alla tragicità di una quotidianità fatta di fatiche, di difficoltà, di problemi quali il crescente uso di sostanze stupefacenti, l'elevato tasso di "alcolismo", e l'alto tasso dei suicidi.

A parere dell'autore, uno dei fattori che maggiormente determinano questa dimensione fortemente drammatica e celata della montagna, è quella che definisce

³³ Renshaw P.F. e coll. (2011), *Altitude, Gun Ownership, Rural Areas, and Suicide*, Am J Psychiatry 2011; 168:49-54

³⁴ Arnoldi C., (2008), *Social problems nell'area alpina*, Salute e Società, anno VII, N.1, 2008.

“...*aporia della montagna di oggi*: una sorta di incongruenza o di paradosso all’interno dei quali le Alpi sono state confinate dai processi di modernizzazione...”.

Secondo tale ipotesi la modernità non avrebbe trasformato e colonizzato le Alpi così come è avvenuto in altri ambienti resi semplicemente più simili alle città, modificando usi e costumi, introducendo attività prima sconosciute quali l’alpinismo ed il turismo: essa avrebbe prodotto per questa trasformazione una connotazione specifica dai caratteri ambigui, aporetici. Vi sarebbe stata infatti una sorta di “invenzione” della montagna così come noi la conosciamo, riserva naturale, intima, protetta da ogni male ed accogliente, attraverso un lavoro di ricomposizione di aspetti quali rappresentazioni pittoriche, scientifiche e letterarie di diverse epoche e di una antica cultura alpina pressochè scomparsa. Questa doppia identità, determinata dagli opposti processi di *modernizzazione* ed *arcaicizzazione*, avrebbe determinato nella popolazione una delle modalità esistenziali estremamente fluide, senza punti fermi caratterizzati da una strenua ricerca di adattamenti identitari tra sofferenze, smarrimenti e difficoltà.

L’autore definisce tale struttura antropologica, che ormai contraddistingue lo stile di vita delle popolazioni alpine, “*intermittenza esistenziale*” e sarebbe per queste foriera di un cronico senso di inferiorità ed inadeguatezza alle realtà sociali nonché di un certo sospetto.

In questa ottica, il suicidio rappresenterebbe l’estremo sintomo del “malessere” generato da tale complessa, terribile ed ambigua realtà delle valli: una richiesta di aiuto, un grido d’allarme ma, al contempo, un fatale atto di fuga e rifiuto di quelle contraddizioni continue generatrici di anomia.

Nel centro Italia occorre evidenziare come siano particolarmente bassi i tassi di mortalità per suicidio di tutte le province del Lazio.

L'area sud insulare presenta tassi di suicidio particolarmente bassi ad eccezione della Sardegna con tutte le sue province ed in particolare per i suicidi maschili che superano del 75% la media nazionale.

Queste, verosimilmente, riflettono le differenze economiche, sociali e culturali all'interno del nostro paese. Tali aspetti possono esser riferibili alla rete sociale che circonda il soggetto, all'attenzione rivolta alla salute mentale in termini di cure ed assistenza forniti ad individui affetti da psicopatologie, sino ad arrivare alle offerte fornite dal mercato del lavoro.

Sicuramente gioca un ruolo importante, nella spiegazione dei risultati evidenziati, anche il differente grado di protezione fornito all'individuo dalla rete familiare, parentale ed amicale che, con ogni probabilità, risulta essere più forte nell'Italia del sud. Infatti, una maggiore integrazione sociale del soggetto, anche nel senso durkheimiano del termine, potrebbe contribuire a fornire una interpretazione della più bassa mortalità per suicidio nell'Italia meridionale.

D'altra parte, le maggiori difficoltà economiche nel meridione d'Italia e le minori opportunità occupazionali potrebbero contribuire a fornire una spiegazione della più giovane età dei soggetti suicida che si riscontra in queste regioni.

1.3. Alcune teorie sociologiche sul suicidio

1.3.1. Prime riflessioni sociologiche: la statistica morale e l'opera di

Enrico Morselli

I primi studi sul suicidio ebbero inizio nel periodo illuminista, nel contesto delle teorie criminologiche basate prevalentemente su aspetti giuridici che, con l'avvento del positivismo, andarono tuttavia gradualmente mutando in una prospettiva maggiormente "sociale". Si osservò, conseguentemente,

una maggiore concentrazione dell'interesse degli studiosi sulle motivazioni che avrebbero potuto spingere il soggetto a suicidarsi.

Si fece quindi pressante la necessità di studiare i fenomeni sociali attraverso analisi scientifiche empiriche. I primi studi statistici per l'analisi di fatti sociali vennero condotti verso la metà del XIX secolo: scopo ultimo era il tentativo di spiegare le cause profonde di tali eventi prendendo per la prima volta in considerazione l'ambiente sociale in cui questi si realizzavano. Vennero chiamati "statistici morali" i primi studiosi che, per spiegare fenomeni sociali, utilizzarono dati statistici e demografici: variabili quali sesso, religione età, professione ed altre caratteristiche dell'individuo sociale furono per la prima volta presi in esame.

Nella seconda metà dell'Ottocento Enrico Morselli, autorevole esponente della statistica morale, fu il primo studioso ad intraprendere una ricerca significativa sul suicidio.

Egli partì dal presupposto, comune agli statistici morali, che il suicidio, alla stregua di ogni altro fenomeno sociale, è la conseguenza di accadimenti avvenuti in periodi antecedenti e pertanto risponde a leggi e specifiche influenze derivanti dalla società.

Lo studio del suicidio pertanto si distaccò per la prima volta dalla prospettiva religiosa e superstiziosa per assumere connotazioni di tipo prevalentemente psicologico e sociale.

In tal senso divenne di fondamentale importanza l'uso della statistica, intesa come strumento che permetteva di raccogliere i fatti sociali per presentarli sotto un comune denominatore.

Morselli nella sua opera parte dalla definizione di suicidio inteso come "un atto volontario (non libero) che muove da un processo logico, di cui certamente in molti casi restano ignote le premesse; esso è la manifestazione estrinseca di un fenomeno di coscienza che sfugge, perché la statistica non si estende al di là dei caratteri esterni dell'avvenimento; che però consente la possibilità di risalire dalle note obiettive alla

subbiettività psichica di lui”. Evidente è la cautela dello studioso riguardo l’utilizzo dei metodi statistici che, pur considerati mere registrazioni dei fatti, consentirebbero comunque, attraverso l’utilizzo di determinate variabili, l’individuazione di aspetti significativi al fine di tentare la formulazione di ipotesi esplicative del fenomeno.³⁵

L’opera del Morselli evidenzia una concezione del suicidio fortemente influenzata dalla teoria dell’evoluzionismo darwiniano e dell’evoluzione sociale essendo tale gesto considerato come un atto dell’evoluzione, legittimo e necessario per la sopravvivenza e la selezione umana operanti, a loro volta, secondo la legge di evoluzione dei popoli civili.³⁶

Morselli opera poi un confronto del suicidio con l’omicidio, considerati entrambi atti da iscrivere nel più ampio contesto dei comportamenti legati alla lotta per l’esistenza.

Egli considera sia l’omicida che il suicida come soggetto degenerato individuando la principale differenza tra i due comportamenti nell’ambiente in cui viene posta in essere l’azione: nelle civiltà primitive l’elemento più debole veniva individuato ed eliminato attraverso l’omicidio mentre nella società moderna il medesimo risultato viene raggiunto con il suicidio.

Lo studioso giunge infine a ipotizzare che, nell’ottica dei numerosi e differenti bisogni dell’uomo civile, il criminale che non potrà appagarli ruberà o ucciderà, mentre colui in cui “...l’educazione instillò il sentimento del dovere...troncherà colle proprie mani il filo dell’esistenza. Il risultato finale è il medesimo: ambedue sono inetti, sono deformati ed usciranno dal combattimento per una via diversa, ma identica nell’effetto: questi col suicidio, quegli col bagno o colla ghigliottina”.³⁷

³⁵ Mangone E. (2009), *Negazione del Sè e ricerca di senso. Il suicidio tra dato empirico e rappresentazione*, FrancoAngeli, Milano.

³⁶ *ibidem*

³⁷ Morselli E. (1879), *Il Suicidio, Saggio di statistica morale comparata*, Fratelli Dumolard, Milano citato da Mangone E. (2009), *Negazione del Sè e ricerca di senso. Il suicidio tra dato empirico e rappresentazione*, FrancoAngeli, Milano.

Dai dati raccolti con la ricerca del Morselli emerse una significativa differenza tra i tassi suicidari delle popolazioni residenti in aree urbanizzate rispetto a quelle della campagna : quale ipotesi esplicativa del primato dei primi egli considerò il senso di sradicamento ed alienazione caratterizzanti la vita di città.

Relativamente alle regole morali ed alla fede religiosa, lo studioso constatò la loro notevole importanza in relazione ad una migliore comprensione del fenomeno del suicidio.

Egli infatti partendo dall'assunto che la mente umana è fortemente influenzata dalla fede religiosa individuò nel deterioramento del sentimento religioso la causa fondamentale dell'incremento dei suicidi registrata nel periodo di transizione tra l'Idealismo ed il Positivismo.³⁸

E' evidente la netta distinzione tra i paesi di fede Cristiana quali Spagna, Italia, Portogallo e quelli di fede Protestante come la Prussia, la Danimarca o la Sassonia. Nei primi, infatti, la netta condanna dei suicidi nell'epoca del Morselli poteva sicuramente rappresentare un importante fattore di contenimento del fenomeno. I tassi di suicidio più alti riscontrati tra i Protestanti potrebbero invece esser riconducibili ad una maggiore importanza attribuita da tale fede religiosa al pensiero riflessivo ed alla individualità rispetto alla collettività con una conseguente condanna meno aspra dell'atto suicidario.

Altro fattore considerato assai importante dal Morselli fu l'istruzione. I dati raccolti dallo studioso evidenziarono infatti tassi più alti tra i paesi più colti, come all'epoca potevano considerarsi le popolazioni germaniche, ed in ogni caso tra le classi più istruite.

In conclusione si può comunque affermare che il lavoro di Morselli rappresenta un primo importante tentativo di esaminare il suicidio attraverso l'utilizzo di metodi statistici ed il conseguente tentativo di

³⁸ Mangone E. (2009), *Negazione del Sè e ricerca di senso. Il suicidio tra dato empirico e rappresentazione*, FrancoAngeli, Milano.

individuare variabili che possano aiutare i ricercatori nella formulazione di ipotesi esplicative del fenomeno.

1.3.2. La teoria socioculturale di Emile Durkheim

Secondo Emile Durkheim³⁹ la frequenza dei suicidi varia in relazione a due cause: l'integrazione e la regolamentazione sociale.

L'*integrazione* è intesa in termini di quantità e forza dei vincoli che uniscono il singolo ai diversi gruppi. Una integrazione equilibrata determina un basso tasso di suicidio che tuttavia aumenta qualora questa diventa scarsa o eccessiva ed in questi casi si parlerà rispettivamente di suicidio "egoistico" o "altruistico".

Nel "*suicidio egoistico*", considerato dall'autore caratteristico delle società moderne, la persona si isola essendosi allentati o spezzati i vincoli che la univano agli altri individui. Per tale motivo si indebolisce anche il legame tra l'uomo e la propria vita rendendolo quindi fragile ed a rischio di uccidersi in caso di pur minime circostanze avverse.

Nel caso opposto del "*suicidio altruistico*", caratteristico delle società "primitive" o "inferiori", nelle quali si evidenzia uno stretto legame di subordinazione del singolo al gruppo, l'io dell'individuo perde il senso di appartenenza confondendosi con una cosa diversa da sé e pertanto il suo agire trova una spiegazione all'interno di un gruppo di cui lo stesso è parte. In tali popoli, secondo l'illustre sociologo, il suicidio non rappresenta l'esercizio di un diritto che si ritiene di avere bensì l'adempimento di un dovere.

In merito alla *regolamentazione sociale*, Durkheim afferma che, essendo i desideri umani illimitati, spetta alla società porvi un freno per mezzo di

³⁹ Durkheim E. (1897), *Le suicide: etude de sociologie*, Paris, Puf; trad. It. *Il suicidio. L'educazione morale*, (1969) Torino, Utet.

norme che definiscano chiaramente diritti e doveri degli individui che occupano le diverse posizioni sociali stabilendone inoltre le ricompense. Tuttavia, se la società svolge tale compito in modo debole ed incompleto si determina il “*suicidio anomico*”, tipico della società moderna e dei periodi in cui si verificano rapidi mutamenti sociali, gravi crisi o forti espansioni economiche.

In tali casi l’indebolimento delle norme rende poco chiaro ciò che è possibile fare o è vietato, giusto o ingiusto, speranze e rivendicazioni legittime o eccessive, provocando quindi sofferenza negli uomini e determinando conseguentemente un aumento del numero di suicidi anomici.

Nel caso opposto, qualora la società regolasse troppo, secondo Durkheim aumenterebbero invece i casi di “*suicidio fatalista*” e cioè quello commesso da individui il cui avvenire è completamente chiuso, predeterminato e le cui passioni rimangono coartate a causa di una eccessiva disciplina. Esempi possono esser rappresentati da prigionieri, schiavi, sposi troppo giovani ecc. Sulla base di tale teoria si poteva prevedere nel futuro la scomparsa del suicidio altruistico, caratteristico dei “popoli primitivi” dovuta alla diminuzione della subordinazione al gruppo ed il crescente numero dei suicidi egoistici ed anomici causato dai mutamenti economici e dalla diminuzione della integrazione e della regolamentazione sociale. Tuttavia, negli ultimi quarant’anni del Novecento sono state riscontrate due tendenze esattamente opposte: l’eccezionale aumento del numero dei suicidi altruistici e la contemporanea diminuzione della frequenza dei suicidi egoistici ed anomici. Probabilmente questi due fenomeni, unitamente alla mancanza del rigore statistico e delle lacune metodologiche dei suoi studi concorrono, in modo preponderante a dimostrare l’inadeguatezza della teoria che dominò incontrastata per più di un secolo nelle scienze sociali.

A tal proposito occorre sottolineare come la formulazione della teoria durkheimiana sia stata influenzata da due fattori di fondamentale

importanza: il rischio di disgregazione della società dei paesi europei e la necessità che la sociologia vedesse riconosciuta la propria identità scientifica nel mondo accademico.

Pertanto Durkheim, considerando il suicidio quale sintomo di patologia sociale, tralasciò il contributo di altre scienze umane quali ad esempio la psicologia. Tali limiti di impostazione risultano tanto più evidenti quando si considera come il suicidio, forse più di altra azione umana, dipenda da numerose concause di tipo psicosociali, culturali, politiche e biologiche e che non è possibile tentare di fornire una spiegazione che voglia essere esaustiva non tenendo conto dei risultati delle ricerche condotte dagli antropologi, dagli storici, dagli psicologi, dai biologi ecc.

La pubblicazione dell'opera di Durkheim in Francia provocò divergenti reazioni.

Da un lato, vi erano i seguaci del sociologo che accettavano in toto il suo quadro teorico, dall'altro si trovava il medico-psichiatra Esquirol ed altri suoi colleghi (Delmas, De Fleury ecc.) i quali, rifiutando nettamente tali assunti, ritenevano che i tassi dei suicidi potessero essere spiegati esclusivamente in termini di disturbi mentali e pertanto la sociologia non poteva occuparsi del fenomeno in quanto prodotto di condizioni psicopatologiche piuttosto che sociali.

Blondel⁴⁰ tentò di integrare le contrastanti posizioni sostenendo che pur essendo determinante la situazione sociale del suicida, all'origine, tuttavia, si riscontra sempre una personalità depressiva con tendenze all'atto suicidario. Pertanto l'autore auspicò un'interazione tra gli psichiatri ed i sociologi per poter studiare i suicidi in modo più esauriente.

Secondo il sociologo Gurvitch,⁴¹ a differenza della netta contrapposizione durkheimiana tra società ed individuo, occorre evidenziare la costante compenetrazione tra questi due entità e pertanto i fatti sociali non potevano

⁴⁰ Blondel C. (1933), *Le suicide*, Strasbourg, Librairie Universitaire d'Alsace.

⁴¹ Gurvitch G. (1939), *Essai de sociologie*, Paris, Librairie du Recueil Sirey.

esser studiati quali entità esterne all'individuo (Durkheim) e nemmeno considerare la società come sommatoria di coscienze individuali (Tarde).

1.3.3. La teoria correttivo-evolutiva del suicidio (teoria della subcultura) di Maurice Halbwachs

Il sociologo e psicologo sociale francese Maurice Halbwachs (1930)⁴² accusò Durkheim di un'eccessiva generalizzazione nell'esposizione delle motivazioni che conducono l'individuo europeo al suicidio. Questi sostenne che fattori quali religione, nazionalità, occupazione, educazione, status socio economico, relazioni familiari, prima di esser confrontati con il suicidio, dovevano esser analizzati in relazione sia con le società rurali che con quelle urbano-industriali, in considerazione delle diversità dei modelli culturali dei rispettivi gruppi di residenza.

Halbwachs, in linea con il pensiero del filosofo Schopenhauer, ritiene che un alto tasso di suicidi rappresenti un indice assai esatto della quantità di sofferenze, squilibri, malattie e tristezze che esistono in un gruppo.

In relazione ad una delle conclusioni più importanti dello studio di Durkheim, quella delle influenze delle religioni sulla preservazione dal suicidio, l'autore ritiene tuttavia che il loro ruolo è sicuramente limitato. Sicuramente la religione e la famiglia hanno una loro incidenza sui suicidi ma al pari di altri fattori che non possono essere ignorati. Infatti tutte le civiltà non comportano unicamente abitudini regole e disciplina ma anche imprevisti, circostanze particolari ed apparentemente incomprensibili trascurati da Durkheim.

Quindi per tentare di comprendere meglio il suicidio occorre considerare quali possibili cause, non solo l'integrazione e la regolamentazione sociale,

⁴² Halbwachs M. (1930), *Les causes du suicide*, Paris, Alcan.

ma anche tutte quelle singole occasioni di conflitti, urti e delusioni che si moltiplicano con l'aumento della complessità sociale. Infatti, prese singolarmente, ognuna di queste ragioni può sembrare unica ed individuale ma nel loro complesso costituiscono tuttavia dei fatti sociali.

E' proprio per tale ragione che Halbwachs riafferma la validità dell'approccio sociologico al suicidio considerandolo quindi come un fenomeno sociale anche se la sua teoria va oltre quella durkhemiana dell'integrazione e della regolamentazione allargandosi ad una visione più vicina alla psicologia sociale.⁴³

1.3.4. Struttura sociale e anomia: il contributo di R. K. Merton

Nel saggio "Struttura sociale e anomia"⁴⁴ Merton svolge un'analisi sistematica dei fattori sociali e culturali che determinano il comportamento deviato. Tra questi considera di importanza fondamentale le mete legittime e le norme regolamentari.

Le prime rappresentano obiettivi legittimi per ciascun membro della società a prescindere dalle singole posizioni sociali occupate.

Le norme regolamentari svolgono una funzione di controllo sui metodi legittimi per raggiungere le mete.

Secondo Merton generalmente, gli individui, al fine di perseguire la meta culturalmente approvata, preferiscono adottare il comportamento più efficace, a prescindere dalla sua legittimità culturale. Verrebbe così gradualmente a determinarsi una instabilità sociale sviluppandosi il fenomeno denominato da Durkheim "anomia".⁴⁵

⁴³ Tomasi L. (1989), *Suicidio e società*, Milano, Franco Angeli.

⁴⁴ Merton R.K. (1938), *Social Structure and Anomie*, American Sociological Review, Vol.3, n.5, pp.672-82

⁴⁵ *Ibidem*

La “demoralizzazione” sarebbe pertanto generata dal processo di esaltazione del fine con la conseguente de-istituzionalizzazione dei mezzi con particolare riferimento a quelle società nelle quali non esiste un elevato grado di integrazione tra mete e regolamenti.⁴⁶

Per interpretare il comportamento deviante Merton esamina i tipi di adattamento dell'individuo ai valori di una società culturale.

Lo studioso precisa che tali tipologie di adattamento individuale non rappresentano rigidi modelli di organizzazione della personalità bensì modalità reattive dinamiche, durevoli o meno, all'interazione tra accettazione/rifiuto di mete culturali e fedeltà/infedeltà alle norme istituzionali.⁴⁷

Merton individua pertanto le seguenti cinque tipologie di adattamento individuale:⁴⁸

1. *Conformità*. Rappresenta la tipologia di adattamento più comune e si riferisce all'accettazione da parte dell'individuo sia delle mete culturali che dei mezzi istituzionalizzati. Tale tipo di adattamento non produce comportamenti devianti.
2. *Innovazione*. Si realizza nel caso in cui il soggetto riconosce l'importanza culturale delle mete senza tuttavia aver assimilato le norme istituzionali che regolano i comportamenti e l'utilizzo dei mezzi per raggiungerle. L'individuo utilizza pertanto mezzi istituzionalmente proibiti, seppur efficienti, al fine di conseguire ricchezza e successo. Appare evidente come questa tipologia di adattamento sia di grande interesse per l'analisi del comportamento deviato.
3. *Ritualismo*. Tale tipo di adattamento prevede una rinuncia o una riduzione dell'importanza attribuita alle mete in misura proporzionale alle possibilità individuali relative al loro raggiungimento. Come il

⁴⁶ *Ibidem*

⁴⁷ Balloni A. (1983), *Criminologia in prospettiva*, Editrice Clueb, Bologna, p.114.

⁴⁸ *Ibidem*, pp.114-126.

conformismo questa tipologia di adattamento non riveste particolare interesse per l'analisi del comportamento deviante.

4. *Ribellione*. In tale tipologia di adattamento si verifica un'alienazione dell'individuo dai valori e dalla normativa sociale e la conseguente sostituzione delle mète, considerate arbitrarie, con nuovi obiettivi e nuove norme. Nel caso in cui tale fenomeno diventasse endemico, la rivoluzione rappresenterebbe la conseguenza naturale.
5. *Rinuncia*. Rappresenta probabilmente la tipologia di adattamento meno frequente e consiste nel rifiuto sia delle mète sociali che dei mezzi istituzionali con la conseguente "auto-estranizzazione" dell'individuo dal contesto sociale. Il soggetto, mantenendo l'ordine competitivo, prova frustrazione e senso di inferiorità: la rassegnazione ed il senso di sconfitta conducono alla fuga, ultimo espediente per non esser riusciti a raggiungere la mèta tramite mezzi legittimi e la contestuale incapacità di utilizzare quelli illegittimi a causa della norma ormai interiorizzata. L'abbandono sia delle mete che dei mezzi attraverso la fuga, rappresenta l'estrema soluzione al conflitto esistenziale. I conseguenti comportamenti asociali e/o devianti, fortemente censurati dalla società, possono raggiungere livelli estremi e a volte fatali quali ad esempio quello dell'autosoppressione.

Per quanto sopra evidenziato appare evidente come mentre Durkheim mise in relazione il concetto di "anomia" con la divisione del lavoro ed il suicidio, Merton si servì di tale concetto per formulare una teoria più generale sulla etiologia della devianza arrivando a considerare il suicidio quale comportamento di fuga ultima dai valori e dalle norme sociali.

1.3.5. La teoria dell'integrazione di status di Gibbs e Martin

Partendo dal presupposto di Durkheim, secondo cui il tasso di suicidio varia in modo inversamente proporzionale al grado di integrazione dell'individuo in società, Gibbs e Martin danno inizio ad un animato dibattito sulle teorie del suicidio. Lo sviluppo della loro ipotesi è inscindibile dalla precisazione di cosa si intenda con il termine integrazione, senza dimenticare la necessità di formulare un'ipotesi verificabile quantitativamente.

Ampliando la definizione di Durkheim, i due autori riconducono l'integrazione alla stabilità e alla durata delle relazioni sociali all'interno di una collettività. Tuttavia, nemmeno queste due variabili sono di facile misurazione. I due studiosi, quindi, partendo dal presupposto che tutti gli individui occupano uno status (età e sesso, ad es.) all'interno di un più ampio sistema di status (razza, occupazione, stato civile, ecc), fondano la loro teoria sul concetto di integrazione di status. Lo status per i due autori, non è da considerarsi nella sua accezione sociologica standard, ovvero "il posto occupato da una persona all'interno di una struttura sociale determinata secondo il giudizio e la valutazione della società" bensì, quella relazione sociale in cui "l'identificazione sociale dell'individuo, il suo status appunto, determina le domande e le aspettative a cui egli deve conformarsi per preservare le sue relazioni sociali e i suoi diritti, nonché le domande e le aspettative che egli rivolge agli altri".⁴⁹

Il conformarsi dell'individuo all'interno di uno status non è di per sé difficile, se non fosse per il fatto, che ogni persona occupa diversi status contemporaneamente e ciò, diventa un problema quando, per conformarsi a uno status, l'individuo si pone in opposizione alla conformità di un altro status generando così un conflitto di ruolo; questa condizione pone l'individuo di fronte a una scelta.

⁴⁹ Mangone E. (2009), *Negazione del Sè e ricerca di senso. Il suicidio tra dato empirico e rappresentazione*, FrancoAngeli, Milano.

La teoria dell'integrazione di status elaborata da Gibbs e Martin è stata confermata da svariate ricerche condotte dagli stessi studiosi sulla base di un complicato procedimento di misurazione.

I risultati possono essere riassunti in cinque postulati che, come si noterà, discendono l'uno dal precedente:⁵⁰

- *postulato 1*: il tasso di suicidio di una popolazione varia inversamente con la stabilità e la durata delle relazioni sociali all'interno della stessa popolazione;
- *postulato 2*: la stabilità e la durata delle relazioni all'interno di una popolazione varia direttamente con il grado in cui gli individui di quella popolazione si conformano alle domande e aspettative socialmente sanzionate su di loro dagli altri;
- *postulato 3*: la misura in cui gli individui di una popolazione si conformano alle domande e aspettative socialmente sanzionate, varia inversamente al grado con cui gli individui di questa popolazione sono coinvolti in conflitti di interesse;
- *postulato 4*: la misura in cui le persone sono coinvolte in conflitti di ruolo, varia direttamente con il livello con cui gli individui di questa popolazione occupano status incompatibili,
- *postulato 5*: la misura in cui gli individui occupano status incompatibili varia inversamente con il grado di integrazione di questi individui.

⁵⁰ Mangone E. (2009), *Negazione del Sè e ricerca di senso. Il suicidio tra dato empirico e rappresentazione*, FrancoAngeli, Milano.

Lo studio dell'integrazione di status è importante in quanto rappresenta forse l'unico studio che può considerarsi un'estensione teorica del pensiero di Durkheim. Il suo maggiore limite è tuttavia dato dalla mancanza di una convincente definizione di status che contrasti l'ambiguità teorica dello studioso francese

1.3.6. La teoria di "stato anomia" di Elwin Powell

La teoria di stato anomia sviluppata da Elwin Powell presuppone, per la definizione di suicidio, l'esistenza di un sé, mettendo da subito in risalto la natura socio-psicologica del suo studio.

La teoria di Powell, infatti, si pone come una più recente analisi dei concetti di Io e Me proposta da Mead: secondo quest'ultimo, dalla coniugazione dell'auto (Io) e dell'etero-referenzialità (Me) viene a determinarsi il Self (Sé), inteso come il prodotto di un processo sociale di auto-interazione in cui gli individui segnalano a loro stessi le dinamiche che guidano le situazioni in cui agiscono, e l'azione che ne scaturisce è condizionata dall'interpretazione di quelle stesse dinamiche.⁵¹

Il tema attorno al quale si basa la teoria di Powell è che la natura e l'incidenza di suicidio varia con lo status sociale; a differenza di Gibbs e Martin però, egli definisce lo status come una posizione precisa assunta da un soggetto all'interno del sistema sociale, così come il ruolo ricoperto all'interno di esso è da ricondursi ai diritti e alle obbligazioni di status: in tal senso il ruolo di un individuo ricoperto dapprima in famiglia, più tardi nel gruppo di pari, e infine come adulto all'interno della comunità, si incorpora nella struttura del self.⁵²

⁵¹ Mangone E. (2009), *Negazione del Sé e ricerca di senso. Il suicidio tra dato empirico e rappresentazione*, FrancoAngeli, Milano.

⁵² *Ibidem*

Nella società in cui Powell svolge le sue ricerche, lo status più importante, soprattutto per l'uomo bianco, risulta essere l'occupazione. Questa infatti rappresenta, nella realtà della vita quotidiana, la concretizzazione dell'individuo all'interno di una più ampia struttura concettuale formata dall'insieme delle categorie sociali, che prendono vita dal sistema culturale e crescono attraverso processi cognitivi. L'occupazione quindi, prevede funzioni e determina lo status sociale di un individuo che è un indicatore del suo sistema concettuale.

Quando però, i fini e gli scopi delle azioni diventano contraddittori e incoerenti rispetto ad uno specifico status può generarsi quella condizione di disorientamento che Durkheim definì anomia. L'io e il me cadono in una situazione di dissonanza, generando un'impotenza di risposta dell'io, invero, una reazione rigidamente strutturata del Me, dando così luogo a conflitti interiori che potrebbero culminare con il suicidio.⁵³

Ecco spiegato come il suicidio, espressione di una relazione distorta tra io e me, è correlato in misura inversamente proporzionale al grado di occupazione. In concreto, secondo Powell il suicidio è il risultato del continuo accumularsi dell'auto-disprezzo e della mancata realizzazione. In questi termini, quindi, è ragionevole dedurre la possibilità di rilevare alti tassi di suicidio tra i disoccupati. Le ricerche condotte dallo stesso Powell però, sembrano smentire questa ipotesi registrando un tasso di suicidio pari al 38,7 per cento mila tra i disoccupati e, un tasso analogo (pari al 35,4) tra i lavoratori di alto livello. Powell giustifica questi risultati con i maggiori vincoli di carattere strutturale che caratterizzano le organizzazioni all'interno delle quali professionisti di alto livello svolgono la propria attività, tanto che, ogni minima trasformazione della struttura sociale

⁵³ Mangone E. (2009), *Negazione del Sè e ricerca di senso. Il suicidio tra dato empirico e rappresentazione*, FrancoAngeli, Milano.

dell'organizzazione, crea situazioni di disagio e dissociazione tra la dimensione individuale del soggetto e quella sociale.⁵⁴

In conclusione, secondo Powell, il suicidio è da ricondursi a due forme di anomia: la dissociazione del sé e il forte coinvolgimento del sé nella struttura sociale. In questi termini, la teoria di Powell, anziché superare il pensiero durkheimiano, riduce il suicidio al solo tipo anomico.

1.3.7. L'approccio ecologico al suicidio

A partire dagli anni Venti, un gruppo di studiosi, successivamente riconosciuto con il nome di “Scuola di Chicago”, ha dato origine ad una tradizione di ricerca empirica, i cui risultati hanno profondamente influenzato lo studio di molti fenomeni e discipline differenti. Una di queste è quella dell'ecologia umana, che applica, forse a volte in maniera forzata, le caratteristiche comportamentali proprie dell'ecologia vegetale, ordine biotico, alle società umane poiché considerato il fondamento dell'ordine sociale.

All'interno di questo approccio, si è sviluppata una corrente tesa a studiare l'origine dei comportamenti devianti e del suicidio. All'interno di essa, si possono distinguere tre diverse aree di pensiero: la prima pone l'attenzione sulla relazione causale tra azione sociale e coinvolgimento fisico del soggetto, considerando l'azione il frutto della pressione esercitata dall'ambiente; la seconda riconduce l'azione sociale all'interdipendenza tra le diverse unità sociali (popolazioni) e, infine, la terza pone enfasi sui significati che l'individuo attribuisce alle proprie azioni e a quelle altrui.⁵⁵

Sovente queste tre correnti di pensiero si sono associate o sovrapposte, tuttavia i diversi aspetti della teoria ecologica confluiscono nel ritenere

⁵⁴ *Ibidem*

⁵⁵ Mangone E. (2009), *Negazione del Sè e ricerca di senso. Il suicidio tra dato empirico e rappresentazione*, FrancoAngeli, Milano.

l'indebolimento dei valori sociali, definiti questi come i criteri oggettivi mediante i quali i singoli e la società giudicano rilevanti persone, comportamenti e altri aspetti socio-culturali, la principale causa di suicidio nelle società industrializzate. A sua volta, l'indebolimento dei valori sociali è accentuato da una sempre maggiore disorganizzazione sociale, da ricondursi alla mobilità sociale (e conseguente venir meno di quei vincoli che Durkheim ha definito di solidarietà meccanica), all'anomia sociale e alla vasta quantità di relazioni sociali intrattenute dagli individui. In questi termini, la disorganizzazione sociale mina la capacità della società di diffondere valori stabili, nonché la capacità di regolare e controllare la condotta dei singoli; in particolare quest'ultima, originariamente basata sulla condivisione di norme e valori, in condizioni di disorganizzazione sociale esalta la necessità di un maggior controllo repressivo.⁵⁶

Nonostante i numerosi studi, l'approccio ecologico al suicidio presenta un forte punto di debolezza ossia l'affermare l'esistenza di una connessione diretta tra disorganizzazione sociale e tasso di suicidio senza alcun riscontro empirico a supporto.⁵⁷

1.3.8. La teoria della "frustrazione- aggressività" di Henry e Short

Un'innovazione senza precedenti nella letteratura americana del suicidio è senz'altro rappresentata dal lavoro di Henry e Short, i quali pongono sullo stesso piano omicidio e suicidio, ritenendoli entrambi il risultato di un comportamento sociale aggressivo in risposta a condizioni di frustrazione generate da external restraint (restrizione esterna). I due fenomeni si differenziano esclusivamente per il fatto che, nel caso del suicidio la

⁵⁶ Mangone E. (2009), *Negazione del Sè e ricerca di senso. Il suicidio tra dato empirico e rappresentazione*, FrancoAngeli, Milano.

⁵⁷ *Ibidem*

violenza è rivolta verso se stessi, mentre nell'omicidio è rivolto verso gli altri.

Lo scopo principale dei due autori era quello di combinare variabili psicologiche e variabili sociologiche per spiegare le variazioni dei tassi di suicidio. Secondo Henry e Short, alla base di tutti i comportamenti devianti vi è una condizione di frustrazione che, con la modifica della sua intensità, può portare l'individuo a comportamenti ritenuti antisociali. L'ipotesi di fondo della teoria considera la frustrazione condizione necessaria e sufficiente dell'aggressività, tanto che quest'ultima è sempre la conseguenza di una condizione frustrante.⁵⁸

Altra assunzione primaria di Henry e Short è che la frustrazione, causa di omicidio o suicidio, varia direttamente con le fasi del ciclo economico: essi sostengono che, nei periodi di depressione economica aumentano gli omicidi e, al contrario, nelle fasi di equilibrio prevalgono i suicidi. Questo è spiegato con la diversa posizione (status) che gli individui occupano nel sistema sociale rispetto alla forza delle relazioni all'interno del sistema stesso poiché, essi sostengono che è dimostrata l'esistenza una relazione positiva tra suicidio e condizione sociale e una connessione negativa tra morte volontaria e forza del sistema di relazioni (inversamente avviene per l'omicidio). Omicidio e suicidio possono essere quindi ricondotti alla stessa fonte, ossia la forza di costrizione esterna sul comportamento degli individui ed è possibile formulare il seguente assunto: "il suicidio varia negativamente, e l'omicidio positivamente, con il mutare della forza delle costrizioni esterne sul comportamento".⁵⁹

⁵⁸ Mangone E. (2009), *Negazione del Sè e ricerca di senso. Il suicidio tra dato empirico e rappresentazione*, FrancoAngeli, Milano.

⁵⁹ Mangone E. (2009), *Negazione del Sè e ricerca di senso. Il suicidio tra dato empirico e rappresentazione*, FrancoAngeli, Milano.

1.3.9. La teoria dell'”aggressione” di Martin Gold

L'autore⁶⁰ partendo dalla constatazione che sia il suicidio che l'omicidio sono entrambe forme di aggressività, l'una autodiretta e l'altra eterodiretta, tenta di elaborare una teoria che ricollegli le teorie psicologiche con quelle sociologiche.

La sua ipotesi di partenza è che l'indirizzarsi verso il suicidio piuttosto che l'omicidio dipenda dal tipo di sanzione utilizzata nel processo di socializzazione: la punizione fisica, fornendo al bambino un bersaglio visibile ed esteriore del suo comportamento, rappresenta un modello di condotta punitivo-aggressiva diretta verso un qualcosa “altro da sé” determinando quindi una maggiore propensione per l'omicidio; viceversa, la punizione psichica, privando il bambino di un modello punitivo-aggressivo diretto verso l'esterno, fa sì che tali forze distruttive vengano dirette contro se stessi.

Secondo l'autore, la prova definitiva del suo assunto consiste nella correlazione tra la netta prevalenza delle punizioni di tipo psicologico nei confronti del sesso femminile durante il periodo di socializzazione ed il maggior indice di preferenza del suicidio all'omicidio da parte delle donne rispetto quello degli uomini.

Sintetizzando la teoria di Gold avremo:

- la preferenza per l'omicidio o il suicidio è determinata fondamentalmente dalla modalità di socializzazione dell'aggressività acquisita attraverso modellamento da parte delle figure significative del soggetto;

⁶⁰ Gold M., (1958), *Suicide, Homicide; and the Socialization of Aggression*, American Journal of Sociology, n.63, pp.651-61.

- la modalità di socializzazione associata all'espressione esterna dell'aggressività è più frequente fra i soggetti appartenenti alle classi inferiori;
- la modalità di socializzazione associata all'espressione interna dell'aggressività è maggiormente radicata tra gli individui appartenenti alle classi elevate.

Occorre comunque evidenziare come la presente teoria, pur essendo presentata dall'autore quale un lavoro nella tradizione durkheimiana finalizzato ad una sua estensione sul versante psicologico, in realtà rappresenti una deformata interpretazione del pensiero di Durkheim. Infatti Gold considera essenziali le variabili psicologiche coinvolte nel suicidio fornendo così un quadro teorico di fatto opposto a quello durkheimiano fondato sulle variabili sociologiche dell'integrazione e della regolazione sociale.

1.4. Psicopatologia del suicidio

L'atto suicida ha da sempre interessato gli studiosi che si occupano di psicopatologia e cercano di approfondire i complessi meccanismi della mente.

Tra i primi ad analizzare il fenomeno fu Jean Esquirol il quale, in "Des Maladies Mentales"⁶¹ (Parigi,1838), sostenne che i suicidi erano persone alienate che attentavano alla loro vita solo in fase delirante.

⁶¹www.salus.it/psichiatria-c40/il-fenomeno-suicidio--fattori-psicopatologici-e-sociali-1493.html

Sigmund Freud⁶² considerava il suicidio alla stregua di un omicidio mancato: il soggetto che attenta alla propria vita introietterebbe una persona per lui significativa nei cui confronti prova sentimenti ambivalenti (amore-odio), per poi ucciderla, nella sua immaginazione, attraverso il suicidio; l'odio provato nei confronti dell'altro, verrebbe pertanto reindirizzato verso se stesso ottenendo, inoltre, l'espiazione dei sensi di colpa determinati dall'esser cosciente di tale ostilità.

Il duplice vantaggio inconscio sarebbe pertanto rappresentato da:

- la punizione dell'oggetto d'amore interiorizzato e l'espiazione della colpa;
- la colpevolizzazione della persona affettivamente significativa per la quale si compie l'atto suicida.

Tale interpretazione risulta diametralmente opposta a quella del sociologo francese Durkheim, il quale, infatti, sosteneva che l'individuo è spinto al suicidio dall'inclinazione collettiva e non dall'istinto di morte, proprio della natura umana.

Entrambi gli autori sono tuttavia accomunati da una visione deterministica del comportamento umano: le azioni individuali rappresenterebbero infatti il risultato di forze soverchianti il controllo dell'uomo rappresentate rispettivamente dall'inconscio o dalla società.

Il contributo della psicoanalisi all'interpretazione delle condotte suicidarie proseguì nel secondo dopoguerra soprattutto con Adler e Sullivan che continuarono ad evidenziare l'importanza della valenza interpersonale dell'atto suicida.

⁶² Freud S.- Lutto e melanconia (1916). In: Opere Vol. VIII Torino, Boringhieri, 1976.

A tal proposito, Alfred Adler (1937)⁶³ individua nel suicidio una forma di comunicazione attraverso la quale si costringe gli altri ad apprezzare colui che hanno perduto e ciò che rappresenta. Di fronte a stati penosi dell'essere, in cui si assiste ad una svalutazione fisica, morale e sociale dell'Io, allo stesso modo della paura, della fuga, della lotta, il comportamento del togliersi la vita rappresenta quindi un tentativo estremo di difesa.

Anche Harry Stack Sullivan (1953),⁶⁴ sottolineando la componente interpersonale del gesto suicida, lo considera come un "fatalità dovuta al caso" nella quale il reale obiettivo dell'autosoppressione è rappresentato da un individuo che nel passato ebbe una influenza altamente negativa, distruttrice per il soggetto che decide di farla finita.

Dal punto di vista junghiano, Wahl⁶⁵ evidenzia la connessione tra l'atto suicida e il desiderio di reincarnarsi, scelta mistica di una nuova vita e regressione individuale basata su aspetti magici ed onnipotenti.

Anche James Hillman⁶⁶ focalizza l'attenzione sul rapporto intercorrente tra suicidio ed anima in una più vasta ottica che include la legge, la Chiesa e la società in generale. Egli infatti evidenzia come il diritto lo abbia giudicato per molto tempo un reato, la religione un peccato e la società lo rifiuti, tendendo a sottacerlo o a giustificarlo con la pazzia, quasi rappresentasse la più grande delle aberrazioni antisociali.

Per l'autore invece, il significato del gesto è esclusivamente di natura personale ed il tentativo di comprenderlo passa necessariamente attraverso l'apertura verso la morte, l'intima conoscenza e l'immedesimazione.

⁶³ Adler A., (1967), *Aspirazione alla superiorità e sentimento comunitario*, Edizioni Universitarie Romane, Roma, 2008.

⁶⁴ Sullivan H.S., (1953), *Teoria interpersonale della psichiatria*, Milano- Feltrinelli, 1977.

⁶⁵ Wahl, (1957), *Suicide as a magical act*, in Shneidman E.S., Farberow N.L. (a cura di), *Clues to suicide*, McGraw-Hill, New York.

⁶⁶ Hillman J., (1964), *Suicide and the Soul*, Harper and Row, New York
Trad. A. Giuliani A., (1972), *Il suicidio e l'anima*, Astrolabio - Roma.

Il suicidio è inteso quale percorso per entrare nella morte, determinato dalle più profonde fantasie dell'anima individuale. Esso rappresenta non soltanto una via di uscita dalla vita, ma anche un percorso di ingresso nella morte. La conseguente rigenerazione dell'anima fa sì che l'atto suicida possa essere considerato non come gesto "contro" il vivere, bensì come soddisfacimento di un soverchiante bisogno di una esistenza più piena. Hillman sottolinea, quindi, come il rifiuto dell'esperienza della morte renda incompiuta la nostra vita. In quest'ottica, l'impulso alla morte può rappresentare la richiesta di un incontro con la realtà assoluta, una trasformazione completa, radicale, l'espressione dolorosa ma al contempo "vitale" di un anima che non procede di pari passo con la vita bensì va oltre ad essa, per passare da un lento e faticoso divenire ad un improvviso "essere".

Suicidio come unica via d'uscita da un'esistenza vissuta nell'impossibilità di nutrire un'anima affamata.

Conseguentemente, lo sviluppo dell'individualità determinerebbe un aumento di probabilità dell'atto suicida. Per Hillman infatti gli individui che si lasciano meno influenzare dal gruppo rappresentano i soggetti più coraggiosi e, in quanto tali, maggiormente propensi a sperimentare la morte quale possibile alternativa: a tal proposito l'autore fa uno specifico riferimento ai soggetti schizoidi o alle personalità creative, avendo questi una maggiore intuizione riguardo il proprio sé.

Anche se poi lo stesso Hillman, parecchi anni dopo corregge questa opposizione tra lo sviluppare l'anima ed il vivere la vita affermando che non è indispensabile uccidersi per cancellare l'idea dell'individualità, bensì possiamo comprenderla sino a far sì che si estingua e ci permetta di giungere alla comprensione di quell'"anima mundi" alla quale noi tutti siamo intimamente connessi.

Complessa appare la visione del suicidio da parte di Karl Menninger (1933)⁶⁷ il quale sosteneva che devono coesistere tre componenti psichiche perché si possa giungere al suicidio:

- l'istinto di morte, cioè il desiderio di uccidere determinato dall'aggressività primaria;
- il desiderio di morire per i sensi di colpa e come ricerca dell'espiazione;
- il desiderio della morte per trovare rifugio dalle circostanze avverse della propria vita e per porre termine ai propri conflitti.

Pertanto, secondo Menninger, almeno tre desideri possono concorrere ad un atto suicida:

1. il desiderio di uccidere;
2. il desiderio di essere uccisi;
3. il desiderio di morire.

Il desiderio di uccidere un altro individuo potrebbe anche non esser diretto verso un *oggetto interno*: difatti, anche l'esperienza clinica conferma come l'atto suicida sia a volte finalizzato alla distruzione dell'esistenza dei sopravvissuti.

L'autore individuò quindi le seguenti tipologie di suicidio:

- *Suicidio cronico*: il soggetto cronicizza comportamenti autodistruttivi, infliggendosi sofferenze che causano il graduale deterioramento delle proprie funzioni vitali (alcolismo, masochismo, anoressia-bulimia,

⁶⁷ Menninger K. (1938), *Man against Himself*, New York, Harcourt Brace.

disturbi comportamentali ecc.). In tal modo egli procede “dilazionando” il suo morire.

- *Suicidio localizzato*: il comportamento autodistruttivo è focalizzato su una singola parte del corpo (onicofagia, chirurgofilia, frigidità, impotenza ecc.);
- *Suicidio organico*: sviluppo di patologie organiche indotte da fattori conflittuali di origine psicogena (patologie oncologiche ecc.).

Gregory Zilboorg⁶⁸, sviluppando alcuni aspetti teorici di Menninger, sostenne che in ogni atto suicida sono presenti una inconscia componente di ostilità ed una grande incapacità di amare gli altri. Egli individuò inoltre l'aspetto narcisistico di tale gesto primitivo considerandolo un mezzo attraverso il quale l'individuo cerca di rendere concrete le proprie istanze fantastiche di immortalità.

Otto Fenichel nota come il suicidio possa rappresentare il soddisfacimento di un desiderio di riunificazione all'oggetto amato perduto oppure un'unione narcisistica con un'amata figura superegoica.⁶⁹ A tal proposito basti ricordare i risultati di dati statistici che evidenziano una correlazione fra il suicidio e l'anniversario della morte di una figura cara. Infatti, qualora autostima ed integrità del sé di un individuo dipendano dall'attaccamento ad un oggetto perduto, il suicidio potrebbe apparire al soggetto l'unica strada percorribile per ritrovare la coesione del sé.

⁶⁸ Zilboorg G., (1936), *Suicide Among Civilized and Primitive Races*, American Journal of Psychiatry, n.92, p.362.

⁶⁹ Gabbard G.O. (1997), *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina Editore, Milano. p. 214.

Anche Franco Fornari (1967)⁷⁰ considera di fondamentale importanza, nella fenomenologia dell'atto suicida, le ansie depressive causate dalla perdita dell'oggetto di amore e, conseguentemente, il suicidio risulterebbe il disperato tentativo di vedere riaffermato il proprio rapporto con l'oggetto perso.

Inoltre l'autore sottolinea l'aspetto metacomunicativo dell'autoaggressione che il suicida rappresenterebbe con "una negazione della morte", ritenendo infatti che il suicida ricerchi disperatamente il suo rapporto col mondo, sebbene in apparenza neghi tale rapporto.

Lo stesso Erwin Stengel,⁷¹ oltre agli aspetti aggressivi, individua nel suicidio ulteriori motivazioni non distruttive con particolare riferimento al desiderio di poter incidere sui sentimenti altrui. Evidenzia pertanto nel gesto suicidario una sorta di funzione di appello, quindi di richiamo inconscio per ottenere l'attenzione dell'ambiente. Inoltre l'autore evidenzia come nel gesto suicida non vi sia sempre la lucida determinazione nel farla finita: questo sarebbe invece spesso determinato da uno stato di confusione. L'autore arriva quindi a concludere che, la maggior parte delle persone suicide non vogliono né vivere né morire bensì fare entrambe le cose contemporaneamente.

Gabriel Deshaies, in "Psicologia del suicidio" (1951),⁷² considera il suicidio come il risultato di una integrazione di fattori psicologici, sociali e fisici. Egli illustra le seguenti sei tipologie di suicidio: il suicidio difensivo nei confronti di una situazione insostenibile; quello autopunitivo, determinato da un fortissimo senso di colpa; il suicidio autoaggressivo, attraverso la interiorizzazione di un atto aggressivo; quello ablativo, quale "atto

⁷⁰ Fornari F. (1967), *Osservazioni psicoanalitiche sul suicidio*, Rivista di psicoanalisi (1967). Rivista di Psicoanalisi, 1967, Vol.13-n.1, pp.21-36.

⁷¹ Stengel E., (1977), *Il suicidio e il tentato suicidio*. Feltrinelli. Milano.

⁷² Deshaies D. (1951), *Psicologia del suicidio*, Astrolabio - Roma.

sacrificale”); il suicidio ludico, per imitazione o curiosità ed infine il suicidio tanatologico, determinato dall’istinto di morte.

Ludwig Biswanger⁷³, fondatore dell’analisi esistenziale, focalizza l’attenzione sulla frammentazione della dimensione temporale del soggetto suicida, sottolineandone l’incapacità di proiettarsi in una dimensione futura.

Herbert Hendin⁷⁴ sostiene che la sola psicopatologia depressiva non sia sufficiente a spingere il soggetto a compiere la condotta suicida, ipotizzando che diverse organizzazioni psicodinamiche possano essere implicate nel suicidio: riunione con l’oggetto amato; morte come vendetta verso l’altro; suicidio come autopunizione ed espiazione di colpe; suicidio come fantasia di rinascita.

Cesare Musatti⁷⁵ considera l’aggressività verso se stessi l’essenza costitutiva della melanconia, che può procedere da aspetti ed elaborazioni prettamente psicologiche sino a giungere alla sua forma fisica più estrema rappresentata dal suicidio. In merito alla eziopatogenesi del suicidio, l’autore individua i due seguenti meccanismi di innesco: il primo è rappresentato dallo squilibrio psicologico causato dalla impossibilità di andare oltre l’investimento libidico per l’oggetto amato e perduto, con la conseguente identificazione soggettiva con quest’ultimo e la sua eliminazione attraverso l’autosoppressione. Il secondo consiste nell’incapacità dell’individuo psicologicamente fragile di fronteggiare la realtà esterna, con la conseguente reazione liberatoria di trasformazione della propria eteroaggressività in autoeliminazione.

⁷³ Binswanger L.(1973), *Il caso Ellen West e altri saggi*, Bompiani, Milano, 1973.

⁷⁴ Hendin H., (1963) *Suicide*. J Nerv Ment Dis., n.136, pp. 236-244.

⁷⁵ Musatti C., (1949), *Trattato di psicoanalisi*, Einaudi Ed., Torino.

Jean Baechler⁷⁶ elabora una teoria che integra alcuni aspetti di psicologia dinamica ed altri di natura biologica. L'ipotesi di base è che ogni individuo in relazione alle proprie capacità di apprendimento ed alle proprie funzioni biologiche, tenda a sviluppare una modalità reattiva in relazione a specifiche condizioni ambientali. In linea con tale assunto, l'autore individua le seguenti cinque modalità (strategie) alle quali il soggetto può ricorrere al fine di trovare la soluzione di qualsiasi problema esistenziale:

1. la strategia razionale: tesa a modificare le oggettive condizioni che hanno determinato il problema;
2. la strategia irrazionale: finalizzata ad edificare una realtà personale diversa dalla realtà oggettiva;
3. la strategia del rifiuto con l'evasione: attuata nel caso in cui l'individuo rifiuta di sottostare alle regole del gioco che per lui hanno determinato una realtà negativa, abbandonando la realtà. Situazione tipica in cui viene commesso il suicidio;
4. la strategia del rifiuto con l'inganno: in tal caso il soggetto aggira le regole del gioco "barando";
5. la strategia dell'annichilimento: viene attuata quando l'individuo decide deliberatamente di distruggere la fonte del problema.

Per tale teoria, il suicidio tenderebbe ad essere compiuto nelle seguenti tre situazioni:

⁷⁶ J. Baechler, (1975) *Suicides*, Basic Books – New York.

- nel caso in cui le soluzioni razionali siano eccessivamente esigue;
- nel caso in cui i problemi risultino di una tale gravità da far superare la soglia di sopportazione individuale e quindi la capacità personale di fronteggiarli;
- nel caso in cui vi sia la definitiva compromissione delle capacità vitali del soggetto.

Lo psicologo Edwin Shneidman,⁷⁷ uno dei massimi studiosi viventi di suicidologia, ha elaborato una teoria integrativa tridimensionale anche nota come “teoria del cubo”. Egli evidenzia come spesso il suicidio rappresenti l'unica via di fuga nel momento in cui le capacità cognitive e reattive dell'individuo sono sopraffatte da un intenso dolore psicofisico, da un forte turbamento (registrabile in base alla intensità dello stress soggettivamente percepito) e da un elevato grado di coazione.

Tale formulazione teorica risulta innovativa nella sua schematizzazione geometrica secondo il modello, tridimensionale, del cubo dal quale ne riprende la denominazione.

Dal punto di vista eziologico, l'autore avanza l'ipotesi che i comportamenti suicidari possano esser riconducibili, in modo schematico, alle tre dimensioni di questa figura geometrica che appunto coinciderebbero con:

- 1) Il dolore: inteso come soggettiva esperienza di una insopportabile sofferenza psicologica;
- 2) Il turbamento: stato psicologico generale proprio di una persona disturbata. E' inteso come relativa capacità dell'individuo di controllare l'agitazione, gli impulsi e la tendenza ad agire in modo compulsivo.

⁷⁷ Shneidman E., (1985), *Definition of Suicide*, Jhon Wiley & Sons, New York, 1985.

Quest'ultimo aspetto, per l'autore, sarebbe decisivo in relazione alla letalità dell'atto suicida.

- 3) La coazione: considerata come fattore determinante le reazioni psicologiche individuali in riferimento ai pensieri, ai sentimenti ed ai comportamenti. Questa corrisponderebbe, pertanto, alla risultante delle influenze sul soggetto sia dei rapporti intrasoggettivi che di quelli sociali.

Shneidman attribuisce ad ognuna di queste tre variabili un livello di possibile intensità a partire da un valore minimo (1) ad un valore massimo (5). E' evidente come il massimo del dolore, del turbamento e della coazione, rappresenti la situazione di rischio suicidario a più alto livello di probabilità.

Shneidman sostiene che l'individuo non commette suicidio se non in presenza della combinazione di una elevata intensità di ciascuna di queste tre componenti interagenti.

L'atto suicida si determinerebbe dalla compresenza di una esplosione di energia psichica (successiva ad una situazione di forte distress), di una intensa sofferenza psichica e dalla sensazione di impotenza di fronte ad eventi esterni percepiti soggettivamente come soverchianti.

1.5. Aspetti clinici del suicidio

Il fenomeno del suicidio non è esclusivamente connesso alla dimensione dei disturbi depressivi: comportamenti suicida possono infatti esser riscontrati in differenti quadri psicopatologici quali quello dei gravi disturbi della personalità o quello schizofrenico. Occorre poi considerare che le dinamiche suicidarie possono anche non esser direttamente correlate a patologie psichiatriche bensì connesse a difficoltà di tipo esistenziale spesso collegate ad aspetti di ordine sociale e culturale.

Il suicidologo austriaco Erwin Ringel⁷⁸ ha approfondito la possibilità di identificare una specifica sindrome pre-suicidaria individuando, al fine di valutare il rischio suicidario, i seguenti tre fattori sintomatologici:

- restringimento del campo di coscienza con diradamento delle relazioni interpersonali e affievolimento della sfera affettiva;
- inibizione dell'eteroaggressività, con conseguente suo reindirizzamento verso se stessi;
- progressiva familiarizzazione con l'idea della morte, fuga verso fantasie di suicidio e conseguente sollievo provato nel progettare la sua realizzazione.

Si passerebbe oltre la sindrome quando l'individuo giunge a prendere la decisione di togliersi la vita. Tale decisione sarebbe comunque sofferta, considerata la residua conflittualità tra una componente depressiva, autoaggressiva, che effettua un impietoso riassunto della dolorosa situazione e l'autostima restante, che tende a far esitare l'individuo all'accettazione di un totale fallimento della propria esistenza.

Walter Poeldinger⁷⁹ focalizza l'attenzione sulle dinamiche di avvicinamento al comportamento suicida.

Le prime fasi sarebbero caratterizzate da elementi di riflessione e di ambivalenza accompagnati da forti tensioni emotive e dalla frequente comunicazione dell'intenzione suicidaria. Nella fase successiva, definita dall'autore "della decisione", a prescindere dalla decisione presa, si palesa

⁷⁸ Ringel E. (1997), *Der Selbstmord*, Klotz Verlag GmbH, Magdeburg.

⁷⁹ Poeldinger W.(1968), *Die Abschaetzung der Suizidalitaet. Eine medizinisch-soziologische Studie*, Bern, Stuttgart, trad. ital. Festini, W. e Cipollone, L., in *Suicidio e Complessità*, Giuffrè, Milano, 1992.

una ritrovata tranquillità che sovente può condurre in errore i familiari del soggetto, i quali potrebbero considerarla come un superamento della fase acuta dello stato di sofferenza.

É in tale fase che l'attenzione terapeutica dovrebbe sempre continuare ad essere massima così come è necessaria in occasione dei miglioramenti riscontrati all'inizio di un trattamento farmacologico, che notoriamente rappresenta il periodo a maggior rischio suicidario, considerato il persistente problema psicologico e le ritrovate energie fisiche che potrebbero agevolare la spinta al gesto fatale.

Dal punto di vista clinico, in un'ottica cognitiva, Giorgio Rezzonico⁸⁰ propone la modulazione dell'intervento terapeutico sulla scorta di principi generali, tra i quali, quello basilare, consisterebbe nel mantenimento di un contatto empatico con il paziente, caldo da un punto di vista emotivo: come direbbe Carl Rogers, "osservando il mondo con i suoi occhi".

Inoltre questi dovrebbe poter percepire la libertà di poter affrontare il tema del suicidio senza timori e con estrema chiarezza ponendolo così al centro di riflessioni ed approfondimenti terapeutici.

Ascolto empatico e sostegno attivo rappresenterebbero le indispensabili prerogative dell'azione terapeutica: quest'ultimo includerebbe anche la possibilità di eccezionali contatti o colloqui con il terapeuta, al di fuori degli orari programmati.

Indispensabile appare quindi, l'individuazione di concordati obiettivi terapeutici a breve termine e facilmente raggiungibili, al fine di dare la possibilità al paziente di esserne gratificato, aspetto che costituirebbe un evidente rinforzo positivo in funzione della *compliance* terapeutica e dell'auspicato differimento dell'azione suicida.

⁸⁰ Rezzonico G. (1989), *Aspetti della sindrome pre-suicidaria e principi d'intervento*, Tribuna medica del Ticino, n.54, citato da Bara B.G. 1996, pp.63-70), *Manuale di psicoterapia cognitiva*, Bollati Boringhieri- Torino, p.209.

Tale differimento consentirebbe infatti al terapeuta di inserire o rafforzare aspetti di dubbio nel vissuto del paziente, volti ad incrinare la sua struttura decisionale finalizzata all'atto fatale.

In casi estremi, nell'ipotesi fossero ravvisati concreti ed imminenti rischi di suicidio, sarebbe opportuno strutturare una rete di sostegno ed accudimento del paziente con la possibilità di coinvolgere soggetti per lui affettivamente significativi.

In questi casi è di fondamentale importanza la trasparenza nei confronti del paziente. Ogni contatto con le persone e/o le strutture che si ritiene opportuno coinvolgere nella terapia andrebbe precedentemente concordato con il soggetto, pena la perdita di fiducia ed il conseguente fallimento della necessaria alleanza terapeutica. Qualora la gravità della situazione rendesse necessario un intervento diverso da quello psicoterapeutico in corso, occorrerebbe sempre spiegarne le motivazioni al paziente per evitare di farlo sentire abbandonato dal suo terapeuta.

Ringel⁸¹ comunque sostiene che già la semplice disponibilità a fornire aiuto può avere un effetto terapeutico rompendo l'isolamento percepito dal paziente. Nel caso avesse deciso di togliersi la vita a causa del convincimento che la sua esistenza sia priva di senso e di valore, il fatto che qualcuno, sia interessato ai suoi problemi e sia disposto a dedicargli del tempo per aiutarlo può risollevarne la sua autostima e stimolarlo, infondergli speranza e coraggio, nel cercare di trovare una soluzione ai suoi problemi.

Tale aspetto può sicuramente considerarsi uno dei più importanti fattori specifici della terapia.

In ogni caso, dal punto di vista clinico, si può concludere che, anche se ovviamente non è possibile garantire l'efficacia della prevenzione e della terapia del comportamento suicida pur quando è condotta nel migliore dei modi, risulta confortante e significativo constatare l'elevata percentuale di individui che, aiutate in modo adeguato e salvate dopo un tentato suicidio,

⁸¹ Ringel E. (1997), *Der Selbstmord*, Klotz Verlag GmbH, Magdeburg.

non pongono più in essere il tentativo e per questo si dimostrano estremamente riconoscenti.

1.6. La valutazione del rischio di suicidio

La valutazione del rischio di suicidio e lo studio dei fattori epidemiologici ad esso connessi, appare oggi di fondamentale importanza al fine di organizzare interventi di natura preventiva attraverso la predisposizione di adeguate misure socio sanitarie.

Risulta evidente come tale analisi valutativa necessiti un approccio di tipo multidimensionale e multifattoriale.

Questa dovrebbe inoltre esser svolta ad un primo livello “sovrastutturale” (in relazione agli aspetti religiosi ed ideologici caratterizzanti la popolazione di appartenenza dell’individuo a rischio), ad un secondo livello “strutturale” (relativo ad ulteriori aspetti sociali ed economici) ed a un terzo livello “sotto strutturale” (riconducibile alle dinamiche intrapsichiche e relazionali del singolo soggetto considerato).⁸²

Tali livelli concorrono ad individuare variabili interagenti di fondamentale importanza per la valutazione del rischio suicidario.

Pur essendo evidente l’impossibilità di individuare con certezza assoluta l’entità di rischio suicidario individuale, questo può esser comunque preso in esame considerando attentamente i seguenti fattori:

⁸² <http://www.salus.it/psichiatria-c40/il-fenomeno-suicidio--fattori-psicopatologici-e-sociali-1493.html>

- *fattori generali*: quali età, sesso, stato civile, occupazione ecc.
- *fattori di tipo personologico e soggettivi*: marcati tratti di aggressività, impulsività, sensi di colpa, presenza di stili cognitivi caratterizzati da “helplessness” ed “hopelessness”, scarsa autostima, eccessiva sensibilità a ferite di tipo narcisistico ecc.;
- *fattori esperenziali*: *life events* negativi, mancanza di reti sociali di sostegno, presenza di mobbing sul lavoro ecc.
- *fattori clinici*: *anamnestici*, quali precedenti suicidi nella famiglia di origine e/o , più in generale, nell'ambiente relazionale del soggetto e storia di precedenti tentativi di suicidio; *predittori clinici di rischio a breve termine* quali attacchi di panico, grave perdita di piacere ed interesse, forti stati d'ansia, abuso di alcool, stati di agitazione depressiva con repentini viraggi umorali dall'ansia alla depressione alla rabbia o all'inverso, stati di marcata insonnia, elevata diminuzione delle capacità di concentrazione. *Predittori clinici di rischio a lungo termine* possono essere considerati la disperazione, l'intenzionalità suicidaria, precedenti tentativi effettuati e l'ideazione suicida, in particolare di tipo egosintonico, e cioè che implichi a livello cognitivo un'accettazione dell'atto fatale con la conseguente rinuncia ad ogni tentativo di contrastare tale comportamento autodistruttivo.⁸³ *Fattori temporali nel decorso della patologia* quali, come, ad esempio, nel caso delle depressioni, il miglioramento iniziale della malattia, la dimissione da un ricovero ed il viraggio da fasi maniacali a quelle depressive, rappresentano momenti ad elevato rischio suicidario.⁸⁴

⁸³ Gabbard G.O. (1997), *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina Editore, Milano, p. 215

⁸⁴ Balestireri M. in <http://www.aggressuicide.org/numero3/italiano/I%20fattori%20di%20rischio%20nel%20comportamento%20suicidario%201%27applicaz.pdf>

- *fattori di rischio epidemiologici: di tipo biologico* (sesso maschile, eredità familiare, specifici assetti neurotrasmettitoriali ecc.); di *tipo macrosociale* (periodi di crisi economiche; norme poco rigide per l'acquisto/detenzione di armi; scarsa e/o inefficace regolamentazione relativa al commercio di farmaci o sostanze; diffuso abuso di alcool;
- isolamento sociale; scarsa accessibilità ai servizi di salute mentale ecc.).⁸⁵

⁸⁵ *ibidem*

Capitolo secondo

Le morti equivoche

2.1. Suicidi negli anziani

In Italia i suicidi dei soggetti di età uguale o superiore ai 65 anni presentano un tasso superiore rispetto a quello delle altre fasce di età. Le analisi epidemiologiche evidenziano che la mortalità per suicidio per entrambi i sessi cresce all'aumentare dell'età anche se in modo differente: per gli uomini vi è un incremento maggiore dopo i 65 anni mentre per le donne tale incremento si mantiene maggiormente costante.

Nell'antica Grecia gli Stoici e gli Epicurei non condannavano il suicidio ed in particolare quello commesso dagli anziani, teso a porre fine alle sofferenze ed alle malattie dell'età senile. Tale atto era invece considerato come massima espressione di dignità umana e libertà.

Platone considerava sbagliato togliersi la vita poiché lo considerava contrario alla volontà degli dei, giustificandolo, tuttavia, se realizzato per sfuggire alla vecchiaia e ai suoi dolori.

Frequente era il suicidio altruistico commesso dagli anziani, nelle società di nomadi e cacciatori. Questo infatti rappresentava una scelta giustificata dalle diminuite abilità fisiche e capacità psichiche che determinavano una situazione di vita spesso insostenibile. Il rinforzo sociale dovuto all'approvazione ed ammirazione del gruppo verso gli anziani che

prendevano la fatale decisione contribuirono molto alla sua diffusione in età senile.

Un deciso mutamento interpretativo si ebbe con l'avvento della tradizione giudaico-cristiana: il suicidio venne infatti condannato in quanto considerato atto che andava contro la volontà stessa di Dio, essendo la vita un suo dono per gli uomini. Il suicidio diveniva pertanto un oltraggio ed un atto di ingratitude. La stessa vecchiaia e le relative sofferenze, in questa ottica, acquisivano un significato espiatorio finalizzato alla purificazione ed al raggiungimento del Signore.

Successivamente si svilupparono modelli interpretativi del suicidio più indipendenti da considerazioni di tipo religioso o morale e maggiormente centrati sulla sua eziologia e fenomenologia.

In particolare, con l'avvento della psicoanalisi, il suicidio nell'anziano venne interpretato come un fenomeno derivante da stati patologici maggiormente connessi a dinamiche di tipo depressivo. Secondo Freud infatti, in età senile il suicidio raramente assume il significato di una protesta contro l'ambiente esterno. Si verificherebbe invece un indirizzamento dell'aggressività verso l'interno, allo scopo di porre fine alla sofferenza derivante dal dover vivere quotidianamente i mutamenti e le perdite inevitabili e caratteristici dell'esistenza senile.⁸⁶

In questa ottica l'atto suicida rappresenterebbe una modalità di ricongiungimento per una unione persa.

Alcuni individui anziani che si tolgono la vita intenderebbero con tale gesto rivivere l'onnipotenza caratteristica del narcisismo primario. Questo, come sostiene Kohut,⁸⁷ si fonda su dei processi di introiezione e distacco dalla figura materna che, qualora non risultassero risolti in modo adeguato, determinerebbero una incapacità ad accettare la separazione e la perdita. E

⁸⁶ Freud S. (1910), *Contributi ad una discussione sul suicidio*, Trad. it. in *Opere*, Vol.6 Boringhieri, Torino, 1974.

⁸⁷ Kohut h. (1976), *Narcisismo ed analisi del sé*, Bollati Boringhieri, Torino, 1976.

sarebbe proprio nell'età senile che questi individui esperirebbero una ferita narcisistica intollerabile determinata dalle continue perdite che tale fase della vita comporta. Il suicidio rappresenterebbe quindi la fantasticata riunione con il grembo materno.

In merito alla genesi del comportamento suicidario degli anziani, questo raramente assume caratteristiche manipolative e comunicative, in contrasto netto con quanto avviene negli adolescenti. Risulta comunque difficile generalizzarne le motivazioni considerando unicamente i risultati di analisi epidemiologiche in quanto diversi motivi possono concorrere, in momenti successivi nel vissuto del soggetto, alla determinazione dell'iniziale idea suicida ed alla successiva realizzazione di tale proposito. Sicuramente il restringimento delle relazioni sociali ed una minore autonomia funzionale, determinata dall'inevitabile peggioramento dello stato di salute generale, sono fattori di rischio di notevole rilevanza.

Approfondendo l'analisi relativa alle patologie psichiche occorre considerare come, in età senile, gli individui tendano più raramente a verbalizzare i propri disagi esprimendo maggiormente i propri malesseri a livello fisico. Per questo è più difficile riconoscere una patologia depressiva negli anziani (depressioni mascherate), anche in considerazione del fatto che questa spesso si associa ad una sintomatologia di tipo ansiosa.

A tal proposito uno studio di Richardson⁸⁸ ha evidenziato i seguenti indizi che nell'anziano indicherebbero un maggiore rischio suicidario: persistente insonnia, forti sensi di colpa e/o di inadeguatezza, agitazione psicomotoria con deliri di tipo ipocondriaco, e senso di disperazione ed ineluttabilità.

Pertanto, oltre a risultare difficile diagnosticare una depressione in un anziano, vi sono ulteriori difficoltà a differenziarla da un demenza senile.

⁸⁸ Richardson R. et al., (1989), *Coping with suicidal elderly: a physician's guide*, Geriatrics, 1989 n.44, pp.43-47.

Meno difficile appare la diagnosi differenziale con la categoria diagnostica “Disturbo dell’Umore dovuto ad una condizione medica generale” per la quale le frequenze di suicidio variano a seconda della specifica condizione medica . Infatti aspetti della patologia quali cronicità, incurabilità e dolore soggettivamente percepito, determinano frequenze suicidiarie più elevate.

Relativamente ai lutti che spesso subiscono gli anziani, una ricerca ha evidenziato come la maggior parte dei suicidi commessi dal campione di anziani analizzato si fosse verificata ad una distanza maggiore di 6 mesi dalla perdita.⁸⁹

I ricercatori hanno interpretato tale evidenza con le seguenti due spiegazioni: la prima, di tipo clinico, chiama in causa una difficile elaborazione del lutto con una crescente sintomatologia depressiva che persiste per oltre 6 mesi dal decesso del proprio caro; la seconda di tipo prettamente socio-ambientale, per la quale la causa sarebbe individuabile nell’ indebolimento del sostegno affettivo della rete amicale e parentale che invece si dimostra generalmente intensa durante la fase iniziale di perdita. In questo caso l’individuo si verrebbe a trovare in uno stato di profonda solitudine che potrebbe fargli pensare all’inutilità di continuarla a vivere.

Una ricerca condotta sui biglietti di addio lasciati da soggetti anziani prima di suicidarsi⁹⁰ evidenzia come il loro gesto suicidario sia maggiormente frutto di premeditazione piuttosto che di impulsività. La maggiore intenzionalità fornisce anche una spiegazione verosimile dell’esito fatale raggiunto nella grande maggioranza dei casi.

Anche se diversi studi hanno sottolineato come la scelta del mezzo autolesivo sia condizionata fortemente da fattori quali l’accessibilità e la disponibilità del mezzo, l’immagine collettiva che la società ha di tali mezzi,

⁸⁹ Zeppigno et. al., (2007), *Dall’epidemiologia alle autopsie psicologiche: valutazione e caratteristiche del fenomeno suicidario nella popolazione anziana in una provincia ad alto rischio*, Studi su Aggressività e Suicidio, n.9, pp.11-16

⁹⁰ Leenars A., (1992), *Suicide notes of the older adults*, Suic. Life. Threat. Behav. 1992, 22:80.

dinamiche di modeling, il fattore connesso alla intenzionalità, più o meno conscia è sicuramente tra i più determinanti.

Gli anziani pongono in essere comportamenti suicidari generalmente più violenti e letali per entrambi i sessi quali l'impiccagione, la precipitazione e l'asfissia da monossido di carbonio.

In tali casi, a livello investigativo e medico legale, generalmente non si presentano grandi problemi per la corretta individuazione della causa di morte.

Maggiori difficoltà si riscontrano invece nel suicidio da parte di anziani realizzato attraverso la mancata o eccessiva assunzione di farmaci soprattutto in relazione alle ipotesi suicidiaria o accidentale. Quest'ultima, caratterizzata dalla non volontarietà, è spesso avvalorata dal decadimento cognitivo conseguente ad una demenza senile o a delle condizioni mediche generali. Nel primo caso, invece, qualora si trattasse di "suicidi mascherati", questi prendono il nome di "erosioni suicidarie".

Tali fattispecie, unitamente al frequente "mascheramento" del suicidio da parte dei parenti, causato dal timore di disapprovazione sociale spesso conseguente al comportamento suicidario, determinano una forte sottostima del fenomeno negli anziani così come per il resto della popolazione.

Conseguentemente, per tale casistica, unitamente a quelle dei decessi per precipitazioni, investimenti o annegamenti in mancanza di testimoni e biglietti di addio, al fine di individuare con maggiori probabilità la effettiva causa di morte, si rende spesso necessario far ricorso ad una autopsia psicologica che valuti la coerenza o meno di un eventuale atto suicida con lo stato mentale dell'individuo nell'imminenza della sua morte.

2.2. Suicidi e morti sospette nelle carceri

Il suicidio rappresenta spesso la causa più comune di morte nelle carceri malgrado gli istituti penitenziari abbiano l'obbligo di preservare la salute e la sicurezza dei detenuti.

In Italia⁹¹ dal 1990 al 2010 tra la popolazione carceraria ci sono stati 1093 suicidi in 21 anni.

Di seguito riporto il grafico elaborato dal centro studi di Ristretti Orizzonti relativo ai dati forniti dal Dipartimento Amministrazione Penitenziaria:

- 1 suicidio ogni 20.000 abitanti in Italia;
- 1 suicidio ogni 924 detenuti;
- 1 suicidio ogni 283 detenuti in regime di 41-bis;
- 1 tentato suicidio ogni 70 detenuti;
- 1 atto di autolesionismo ogni 10 detenuti;
- 1 sciopero della fame ogni 11 detenuti;
- 1 rifiuto di terapie mediche ogni 20 detenuti.

⁹¹ Fonte dei dati dei grafici di seguito riportati è il Dipartimento Amministrazione Penitenziaria – elaborazione del Centro Studi di Ristretti Orizzonti - <http://www.ristretti.it/>

<i>Anni</i>	<i>Presenza media annua di detenuti</i>	<i>Detenuti suicidi nell'anno</i>	<i>Tasso suicidi per 10.000 detenuti</i>	<i>Tentati suicidi</i>	<i>Tasso tentati suicidi per 10.000 detenuti</i>
<i>1990</i>	31.676	23	7,26	489	154,37
<i>1991</i>	31.169	29	9,30	516	165,54
<i>1992</i>	44.134	47	10,64	531	120,31
<i>1993</i>	50.903	61	11,98	670	131,62
<i>1994</i>	52.641	51	9,68	639	121,38
<i>1995</i>	50.448	50	9,91	868	172,05
<i>1996</i>	48.528	46	9,47	709	146,10
<i>1997</i>	49.306	55	11,15	773	155,97
<i>1998</i>	49.559	51	10,29	933	188,26
<i>1999</i>	51.072	53	10,37	920	180,01
<i>2000</i>	53.322	61	11,40	892	167,28
<i>2001</i>	55.193	69	12,52	878	159,07
<i>2002</i>	55.670	52	9,35	907	163,62
<i>2003</i>	55.432	57	10,28	859	154,08
<i>2004</i>	55.750	52	9,33	713	127,89
<i>2005</i>	57.796	57	9,87	750	129,76
<i>2006</i>	49.264	50	10,16	640	129,61
<i>2007</i>	44.233	45	10,17	610	137,90
<i>2008</i>	51.167	46	8,99	683	133,48
<i>2009</i>	61.803	72	11,64	860	139,15
<i>2010</i>	66.200	66	9,96	1.134	171,29
Totali	(Media) 49.329	1.093	10,18	15.974	149,95

La successiva tabella riporta i dati relativi al numero complessivo di detenuti morti e di quelli che si sono suicidati:

Anni	Suicidi	Totale morti
2000	61	165
2001	69	177
2002	52	160
2003	56	157
2004	52	156
2005	57	172
2006	50	134
2007	45	123
2008	46	142
2009	72	177
2010	66	184
2011*	42	120
Totale	668	1.866

* Aggiornamento all'8 agosto 2011

I detenuti nelle carceri italiane si suicidano con una frequenza circa 19 volte maggiore rispetto agli individui liberi.

Nella fascia d'età compresa tra i 20 ed i 30 anni, che rappresenta il 36% del totale dei detenuti, si verifica circa un terzo dei suicidi mentre in quella fra i 30 ed i 40, corrispondente al 27% della popolazione carceraria, ne vengono commessi più di un quarto. Conseguentemente il suicidio tra i ventenni è

più frequente di quello dei trentenni. Le altre fasce d'età non presentano percentuali di suicidi molto diverse da quelle del totale dei detenuti.

A togliersi la vita sono più i detenuti italiani rispetto agli stranieri. La presenza di questi ultimi rappresenta infatti circa il 30% dell'intera popolazione carceraria con una corrispondente percentuale di suicidi di circa il 16%. Tale dato potrebbe tuttavia risultare sottostimato, tenendo conto delle maggiori difficoltà nel raccogliere notizie sui decessi relativi ai detenuti stranieri a causa della loro scarsa rete di sostegno (legali, parenti, amici ecc.) che potrebbe permettere una più puntuale ricostruzione dei fatti.⁹²

Anche il numero complessivo dei suicidi in carcere è probabilmente sottostimato: esemplificativo potrebbe essere i casi di detenuti che, dopo aver tentato di uccidersi all'interno dell'istituto, muoiono in ambulanza o in ospedale. Tali decessi non verrebbero infatti annoverati tra gli atti suicidari carcerari.

Altro aspetto statisticamente fuorviante, consiste nella tendenza da parte dell'amministrazione penitenziaria a classificare quali "eventi accidentali" fatti dolosi in cui vi era coscienza e volontà di porre in essere quel dato comportamento.

A titolo esemplificativo basti pensare a quei detenuti che si drogano inalando del gas dalle bombolette per la cottura dei cibi: nei casi in cui sopraggiunge la morte, l'Amministrazione la considera sempre un atto non volontario anche se spesso potrebbe trattarsi di un vero e proprio suicidio. A tal proposito, riguardo l'intenzionalità dell'atto suicida, occorre evidenziare come non sempre, dietro i suicidi in carcere, ci sarebbe una effettiva volontà di "farla finita". Alcuni possono esser considerati la drammatica conclusione di finti suicidi tesi ad ottenere sconti di pena, trasferimenti in Ospedali Psichiatrici Giudiziari, o in comunità. Tali detenuti cominciano spesso questo percorso attraverso la commissione di

⁹² Dati forniti da: www.ristretti.org/, consultato in agosto 2011.

episodi autolesionistici, sino ad indebolirsi a tal punto, da non riuscire più a controllare il finto atto che può avere quindi esito fatale.

I fattori di rischio suicidari della popolazione carceraria sono relativi ai seguenti gruppi maggiormente vulnerabili:

- persone con disturbi mentali;
- soggetti con problemi di abuso di sostanze stupefacenti;
- individui socialmente isolati;
- soggetti con storie di precedenti comportamenti suicidari o che hanno comunicato eventuali intenti suicidari;
- persone sottoposte a trattamento psicofarmacologico durante il regime detentivo;
- individui che hanno perpetrato reati ad alto indice di violenza.

Tipologie di suicidio

1. Il suicidio-fuga

Le terribili condizioni psicofisiche che lo stato di detenzione determina nei soggetti detenuti, possono rappresentare di per sé la causa scatenante il gesto suicida. Questo può essere infatti percepito come unica possibile ed autonoma via di fuga da una vita ed una realtà opprimenti e soverchianti. In una situazione di perdita di identità ed estrema solitudine interiore, l'atto suicida rappresenterebbe l'unica possibilità di essere con se stessi, avere una propria autonomia progettuale, anche se finalizzata alla morte.

Un riappropriarsi della vita tramite l'atto suicida con la convinzione di poter così trovare la propria pace.

2. *Il suicidio-vendetta, minaccia, ricatto*

In tal caso, quella del suicidio rappresenta la forma di trasgressione estrema.

A livello psicologico esprime una evidente intenzione etero-aggressiva anche se realizzata attraverso l'annientamento del proprio corpo.

Il senso di isolamento ed il sentirsi disprezzato e dimenticato dalla famiglia, dalle istituzioni e, più in generale, dalla comunità, determinano la nascita di un sentimento di odio ed una voglia di rivalsa nei confronti di tutti.

Sovente, questa tipologia suicidaria presenta una finalità utilitaristica rientrando, pertanto, con maggiore frequenza nella casistica dei "tentati suicidi".

Il detenuto utilizzerebbe quindi il proprio corpo quale mezzo estremo per vedere soddisfatte le proprie esigenze.

Il gesto suicida rappresenterebbe quindi un tentativo manipolativo piuttosto che il risultato di una reale intenzione di porre fine alla propria vita.

3 *Il suicidio per coscienza-vergogna*

In tale fattispecie il comportamento suicida non rappresenterebbe una fuga dalla pena o dalle avverse condizioni carcerarie bensì dal proprio reato e dalle difficoltà nel riconoscerne le motivazioni. Il peso più grave sarebbe quello dei propri rimorsi e delle proprie responsabilità.

Relativamente alle morti di detenuti per "cause naturali", la media annuale nelle carceri italiane è di oltre 100 soggetti deceduti.

Di questi decessi raramente i giornali danno notizia. Le cause di morte più comuni sono l'infarto, le complicazioni di una patologia trascurata o, in alcuni casi, il decesso avviene al termine di un lungo periodo di deperimento causato da malattie croniche o da scioperi della fame.

A tal proposito occorre evidenziare come le norme sul differimento della pena per le persone gravemente ammalate (art. 146 e art. 147 c.p.) vengano applicate dai tribunali in modo poco omogeneo e, spesso la scarcerazione non viene concessa malgrado il pessimo stato di salute, essendo il detenuto considerato ancora pericoloso.

In merito ai decessi per "*cause non chiare*" e per *overdose* si distinguono i casi in cui la causa di morte è poco circostanziata e pertanto le indagini dei magistrati spesso si concludono con l'archiviazione, da quelli in cui gli inquirenti ravvedono elementi tali da far sospettare che la morte sia stata causata da maltrattamenti subiti da agenti o da altri detenuti.

Nella prima casistica, la più numerosa, anche i giornali utilizzano una terminologia assai vaga e generica: "arresto cardiocircolatorio", "malore", "insufficienza cardiovascolare" ecc.

Rientrano inoltre in tale tipologia, oltre i casi di patologie non diagnosticate o preesistenti ma curate male o addirittura non trattate, i collassi determinati da un eccessivo uso di farmaci, le overdose da sostanze stupefacenti, a volte assunte in fatali combinazioni con alcol, e le intossicazioni da inalazione del GPL contenuto nelle bombole da campeggio che spesso i detenuti dispongono per cucinare del cibo.

Di fronte a tali eventi drammatici, poche persone se la sentono di rilevare eventuali elementi che chiariscano meglio la dinamica dei decessi, come ad esempio mancanze o colpe degli agenti o degli stessi compagni detenuti, sperando che con il passare del tempo il caso venga dimenticato.

La seconda casistica è rappresentata dai decessi per i quali vi sono fondati sospetti che le relative cause siano attribuibili a maltrattamenti da parte di agenti o detenuti stessi. Tuttavia pur essendovi delle possibilità che si possa trattare di omicidi, finché non sarà conclusa l'inchiesta da parte della

Magistratura, tali decessi saranno considerati a tutti gli effetti avvenuti “per cause naturali”.

Pertanto anche i dati statistici del Ministero della Giustizia sopra riportati, relativi agli omicidi commessi nelle carceri italiane possono presentare una certa sottostima.

Appare pertanto evidente come, nel contesto carcerario, possano esser definite “sospette” alcune morti di soggetti detenuti: è infatti possibile ipotizzare, per alcuni casi, omicidi mascherati da suicidi o da “cause non chiare” o da overdose e decessi la cui cause vengono classificate come “morti naturali” o “accidentali” allo scopo di mascherare effettivi suicidi..

A tal proposito, il Centro studi di Ristretti Orizzonti, in un comunicato stampa⁹³ attraverso il dossier “Morire di carcere”, ricostruisce numerose vicende sospette di detenuti morti “...”per infarto” con la testa spaccata, “per suicidio” con suicidio con ematomi e contusioni in varie parti del corpo...” o di lettere ritrovate contenenti progetti per il futuro, apparentemente troppo lontani dall’idea di farla finita come invece accaduto.

In tali ipotesi, a livello investigativo, oltre agli accertamenti tecnici del caso, lo svolgimento di un’autopsia psicologica può risultare di notevole utilità. Questa andrà condotta con particolare attenzione soprattutto in riferimento ai soggetti più significativi per il detenuto deceduto, facenti parte del contesto carcerario (compagni di cella, agenti penitenziari, medico dell’Istituto, volontari ecc.). Infatti, per tali casi, vi è sempre il rischio di inesattezza, incompletezza o falsità delle informazioni fornite dovuto ad omertà, depistaggi per interessi personali o eventuali coinvolgimenti e/o responsabilità di natura dolosa, colposa o preterintenzionale. In merito all’assunzione di informazioni presso i familiari o persone affettivamente

⁹³ http://www.ristretti.it/areestudio/disagio/ricerca/eventi/dossier_casi_sospetti.pdf

significative al di fuori del contesto penitenziario, particolarmente utili potrebbero rilevarsi lettere spedite dal soggetto deceduto, nell'imminenza della sua morte.

2.3. Asfissia autoerotica

L'asfissia autoerotica viene definita come il risultato di un'attività autoerotica associata alla pratica dell'asfissia autoindotta allo scopo di aumentare le sensazioni di piacere sessuale.

Generalmente questa viene ottenuta attraverso la compressione del collo a mezzo di una legatura o un cappio; sono tuttavia state riscontrate ulteriori modalità quali l'utilizzo di maschere, buste di plastica, sostanze chimiche, anidride carbonica, la compressione del petto, l'annegamento o un insieme di queste tecniche contemporaneamente.

I tempi del soffocamento possono variare da caso a caso: alcuni soggetti si procurano l'asfissia per tutta la durata della pratica sessuale, altri nelle prime fasi dell'eccitamento o nell'immediatezza dell'orgasmo, mentre taluni, dopo aver protratto l'asfissia per tutta la durata dell'attività sessuale, giunti al picco dell'orgasmo, rilasciano la legatura permettendo all'ossigeno, attraverso il flusso sanguigno, di giungere repentinamente al cervello determinando addirittura una maggiore euforia ed un più intenso piacere sessuale.

Tale pratica viene spesso accompagnata nell'uomo, ed in misura minore nella donna,⁹⁴ a travestitismo, utilizzo di materiale pornografico, masochismo, feticismo ed altre forme di parafilia.

Occorre tuttavia evidenziare come, malgrado il travestitismo sia presente nel 26% dei casi riportati in una celebre ricerca di Hazelwood e coll. (1983),⁹⁵ tale parafilia non vada considerata come un fattore di rischio specifico per l'asfissia auto-erotica, bensì come un comportamento che spesso si accompagna a tale pratica.

Inoltre, non vi sono sufficienti evidenze che possano far concludere che le persone che praticano tale tecnica abbiano delle inclinazioni omosessuali: infatti il travestitismo associato all'asfissia auto-erotica non appare correlato all'orientamento sessuale del soggetto.

In linea generale, i praticanti asfissia auto-erotica non sembrano soffrire di disturbi dell'identità sessuale.

Spesso la pratica è accompagnata da "bondage" ed attività di tipo masochistico: risulta, infatti, frequente l'uso di manette e catene, l'applicazione di corrente elettrica agli organi genitali nonché l'utilizzo di corpi estranei per attività di auto-stimolazione anale e di auto-osservazione attraverso specchi o videoriprese. In sede autoptica, vengono sovente riscontrate dilatazione ed abrasioni anali: in diversi casi sono stati rinvenuti oggetti all'interno del canale rettale⁹⁶.

⁹⁴ Behrendt N., Buhl N., Seidl S. (2002), *The lethal paraphiliac syndrome: Accidental autoerotic deaths in four women and a review of the literature*, International Journal of Legal Medicine, vol. 116, n.3, pp. 148-152.

⁹⁵ Hazelwood, R.R., Dietz, P., Burgess A. (1983), *Autoerotic fatalities*, Lexington, MA; Lexington Books.

⁹⁶ Blanchard and R., Hucker S., (1991), *Age, Transvestitism, Bondage, and Concurrent Paraphilic Activities: 117 Fatal Cases of Autoerotic Asphyxia*, British Journal of Psychiatry, n.159, p 371.

Dal punto di vista clinico, il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM IV)⁹⁷ definisce l'Ipossifilia (Asphyxiophilia) un sottotipo della parafilia "Masochismo sessuale", implicando di fatto un'eccitazione sessuale conseguente alla privazione di ossigeno.

Tuttavia, a differenza dell'asfissia autoerotica, l'ipossifilia contempla la fattispecie di asfissia determinata dal partner sessuale. In gergo quest'ultima viene anche chiamata "breath play", "scarfing", "terminal sex" o "choching".⁹⁸

Tale pratica, oltre a non essere rara, non la si può neanche considerare recente poichè era prevista in diversi rituali religiosi: gli antropologi hanno individuato prove di strangolamenti a sfondo sessuale nella cultura celtica primitiva, tra gli Yàmana del sud america, gli Eschimesi e tra gli adolescenti della tribù indiana Shoshone-Bannock. Una reliquia Maya del 1000 a.C. rappresenta un uomo nudo con una corda attorno al collo e il pene eretto. I Maya credevano che l'anima di chi si impicca andasse direttamente in paradiso, dove veniva accolta da Ixtab, dea degli impiccati. Per quanto macabro possa sembrare, la diffusione massima di questa pratica si ebbe all'epoca delle impiccagioni nelle pubbliche piazze: diversi impiccati morivano con un'erezione e a volte eiaculavano e/o urinavano. Da qui, nel 1600, la pratica dell'asfissia venne introdotta tra le terapie utilizzate per gli uomini con disfunzione erettile.⁹⁹

E' proprio in questo periodo che, anche in letteratura, cominciano a comparire i primi collegamenti tra impiccagione e sessualità: forse il racconto più famoso è quello di Justine, del Marchese Alphonse François de Sade, pubblicato anonimo a Parigi nel 1791. Celebre è il passaggio in cui il

⁹⁷ American Psychiatric Association (1994), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* IV ed., Masson, Milano, 1996.

⁹⁸ Prati G. (2006), *Morire di piacere: la pratica dell'asfissia autoerotica*, Rivista di sessuologia, Vol.30, n.1, pp.23-28.

⁹⁹ Jenkins A. P., (2000), *When Self-Pleasuring Become Self-Destruction: Autoerotic Asphyxiation Paraphilia*, The International Electronic Journal of Health Education, 2000; 3(3), pp.208-216

perverso Roland chiede alla sua schiava Thérèse di impiccarlo: “...quando il suo corpo sussultò sotto la forza della sua caduta, un ampio sorriso di eccitazione si aprì sul suo volto. Il suo pene si allungò con una quasi incredibile rigidità. Quindi un fiotto di seme eruttò, puntando sopra la sua testa, quasi sul soffitto...Oh, Therese non hai idea di che sensazioni! Vanno oltre ogni limite!”¹⁰⁰

Altre celebri opere letterarie che fanno riferimento all’asfissia autoerotica sono “Billy Budd” di Melville e “Gadot” di Becket.

Risale al 1856, invece, la prima pubblicazione scientifica sull’argomento a firma dello psichiatra francese De Boismont, che riscontrava come circa il 30% dei casi sospetti di adolescenti o adulti maschili deceduti per impiccagione era legato a manifestazioni evidenti di erezione o di eiaculazione.¹⁰¹

Dal punto di vista epidemiologico, uno dei primi studi scientifici evidenzia come, nel Massachusetts, dei 97 suicidi di giovani compiuti tra il 1941 ed il 1950, 25 non presentavano una chiara spiegazione se non quella di plausibile morte accidentale per asfissia autoerotica.¹⁰²

Occorre tuttavia evidenziare come tutti gli studi epidemiologici, relativi alla fattispecie in argomento, presentino un’inevitabile sottostima del numero dei casi, in gran parte dovuta all’inquinamento delle prove da parte dei familiari delle vittime.

Questi, infatti, sovente modificano lo stato delle cose, ad esempio rivestendo il cadavere e/o facendo scomparire oggetti sessuali, prima

¹⁰⁰ De Sade D. A. F. (1791), *Justine*, Rizzoli Editore, Milano, 2005.

¹⁰¹ Uva J., (1995), *Autoerotic Asphyxiation in the United States*, Journal of Forensic Sciences, n.40, p 575.

¹⁰² Stearns A., (1953), *Cases of probable suicide in young persons without obvious motivation*, Journal of the Maine Medical Association, p.16.

dell'arrivo degli organi inquirenti, per evitare l'imbarazzo e il possibile stigma sociale conseguente il tragico evento.

Uno studio scientifico¹⁰³ ha rilevato che tra gli adolescenti il 6,5% dei suicidi presenta aspetti correlabili ad attività di asfissia autoerotica così come per il 30% dei suicidi della popolazione di soggetti deceduti per impiccagione.

Una importante ricerca¹⁰⁴ evidenzia come, a causa dell'asfissia autoerotica, negli Stati Uniti muoiano approssimativamente ogni anno 1000 uomini e 20 donne (circa 1 caso su 250.000 abitanti), mentre analoghi studi condotti in Germania¹⁰⁵ rivelano dei tassi di incidenza più bassi, pari ad 1 decesso l'anno su milione di abitanti.

Il minor numero di decessi di donne coinvolte in questa pratica può verosimilmente essere determinato da una maggior cautela nel porla in essere e dall'utilizzo di metodologie meno pericolose o più difficili da individuare da parte degli investigatori, quali, ad esempio, apnee antecedenti l'orgasmo, rispetto alle tecniche più invasive, evidenti e rischiose praticate dagli uomini.¹⁰⁶

A tal proposito indagini statistiche¹⁰⁷ hanno evidenziato come questi ultimi tendano maggiormente ad attuare tecniche di tipo feticistico, comprendenti sovente travestitismo ed altre parafilie, rispetto alle donne che invece vengono spesso rinvenute nude, uccise da una legatura serrata intorno al

¹⁰³ Sheehan W., Garfinkel D., (1988), *Adolent autoerotic deaths*, Journal Am. Acad. Child Adolesc. Psych., n.27, pp.367-370

¹⁰⁴ Byard R.W., Hucker S.J., Hazelwood R.R., (1990), *A comparison of typical death scene features in cases fatal male and female autoerotic asphyxia with a review of the literature*, Forensic Sci. Int., n.48, pp.113-121.

¹⁰⁵ Breitmeier et al., (2003) *Accidental autoerotic deaths between 1978 and 1997. Institute of Legal Medicine, Medical School Hannover*, Forensic Sci Int., n.14, pp.41-4..

¹⁰⁶ Behrendt N., Buhl N., SAeidl S., (2002), *The letal paraphiliac syndrome: accidental autoerotic deaths in four women and a review of the literature*, Int. J. Legal Med., n.116, pp.371-377.

¹⁰⁷ Uva, J. L., (1995), *Autoerotic asphyxia in the United States*, Journal of Forensic Sciences, n.40(4), pp.574-581.

collo, senza riviste pornografiche o particolari strumenti sessuali, fatta eccezione per vibratorii elettrici o dildi manuali.

Tali differenze tra uomini e donne relativamente alle rispettive tecniche di asfissia auto-erotica utilizzate può far ipotizzare una sottostima del numero di casi femminili contribuendo pertanto a chiarire i motivi dell'ampio scarto riscontrato tra i due sessi.¹⁰⁸

Studi epidemiologici¹⁰⁹ hanno evidenziato come l'asfissia auto-erotica sia più comune tra i maschi adolescenti (13-20 anni).

Più in generale il range di età va dai 9 agli 80 anni e comunque nel 70% dei decessi le vittime hanno meno di 30 anni.¹¹⁰

I soggetti che praticano l'asfissia auto-erotica sono generalmente maschi, bianchi, appartenenti alla middle class e celibi.¹¹¹

Anche se si potrebbe pensare che coloro che praticano tali comportamenti siano affetti da psicopatologie, queste sono state tuttavia riscontrate solamente in rarissimi casi: le vittime adolescenti, ad esempio, risultano essere sempre in ottime condizioni psicofisiche.

In generale, l'asfissia viene determinata tramite strangolamento ed il fine è quello di incrementare l'intensità delle sensazioni sessuali attraverso uno stato di ipossia. L'occlusione parziale del flusso sanguigno diretto all'encefalo determina diversi gradi di stati di euforia ipossica che comporta sensazioni quali diminuzione delle inibizioni, leggerezza, stordimento, vertigini.

¹⁰⁸ Byard R.W., Hucker S.J., Hazelwood R.R., (1990), *A comparison of typical death scene features in cases fatal male and female autoerotic asphyxia with a review of the literature*, Forensic Sci. Int., n.48, pp.113-121.

¹⁰⁹ Byard, R.W., Hucker, S.J., & Hazelwood, R. R., (1993), *Fatal and near-fatal autoerotic asphyxia episodes in women*, American Journal of Forensic Pathology, n.14(1), pp. 70-73.

¹¹⁰ Uva, J. L., (1995), *Autoerotic asphyxia in the United States*, Journal of Forensic Sciences, n.40(4), pp.574-581.

¹¹¹ Lowery, S. A., Wetli, C. V., (1982), *Sexual asphyxia: A neglected area of study*. Deviant Behavior, n.4(1), pp. 19-39.

Tale stato mentale può condurre alla morte a causa delle ridotte capacità della vittima di utilizzare meccanismi di protezione, di eventuali incidenti tecnici quali problemi con la legatura o cappio, e/o mancato funzionamento di dispositivi protettivi precedentemente predisposti. Infatti, oltre alla morte per arresto cardiaco o asfissia, vengono spesso riscontrate ulteriori conseguenze particolarmente pericolose quali danni cerebrali ed ai vasi sanguigni del collo, lesione della laringe, rottura della trachea sino ad arrivare ad ictus cerebrale.

Altro aspetto particolarmente pericoloso consiste nella assuefazione alle sensazioni piacevoli derivante dalla protratta ripetizione ossessiva di questa pratica, definita anche “impiccagione eroticizzata e ripetitiva”¹¹².

Il piacere risulta quindi tanto maggiore quanto più pericoloso sarà il meccanismo adottato.

Ulteriore fattore di rischio di morte è rappresentato dagli effetti del frequente e concomitante uso di sostanze chimiche, alcool e/o droghe così come evidenziato dagli esami tossicologici svolti sui cadaveri.¹¹³

Dal punto di vista psicologico è stato ipotizzato che nei casi di travestitismo il soggetto simuli di immedesimarsi in una donna allo scopo di creare una doppia personalità, in cui il lato maschile, di tipo sadico, può infliggere punizioni erotiche alla personalità femminile, che è invece caratterizzata da tratti di tipo masochistico. Pertanto, secondo tale dinamica, risulta “idealmente” la “donna” ad essere torturata e seviziata.

¹¹² Resnik H. (1972), *Eroticized Repetitive Hangings*, American Journal of Psychotherapy, n.26, pp.4-21.

¹¹³ Gowitt G., Hanzlick, R. (1992), *Atypical autoerotic death*, American Journal of Forensic, Medical Pathology, n. 13(2).

Più in generale, le legature, oltre al significato funzionale relativo al raggiungimento dell'euforia ipossica, assumono anche significati simbolici connessi alla ricerca di forti emozioni conseguenti al rischio di morire ed alla sperimentazione sessuale, alle fantasie di tipo masochistico ed al bisogno di espiazione dei propri desideri sessuali ritenuti proibiti.¹¹⁴

Dal punto di vista comportamentista, la principale ipotesi esplicativa, relativa alla pratica dell'asfissia auto-erotica, viene individuata all'interno di uno schema di condizionamento classico tra soffocamento e piacere sessuale.¹¹⁵

La morte per asfissia auto-erotica viene considerata da numerosi ricercatori quale risultato di un incidente, di un parasuicidio o di un suicidio sub-intenzionale,¹¹⁶ inteso, quest'ultimo, come attuazione volontaria di comportamenti ad elevato rischio di morte.¹¹⁷

Tale interpretazioni trovano conferme soprattutto in riferimento a quei casi di decessi per i quali, in fase di sopralluogo, vengono riscontrati sistemi di protezione aventi lo scopo di prevenire l'esito fatale.¹¹⁸

Una ricerca¹¹⁹ ha evidenziato come unicamente nel 2% dei casi di decesso per asfissia auto-erotica vengano rinvenuti biglietti d'addio ed anche in tali casi non è possibile avere la certezza delle reali intenzioni suicidarie della vittima: tali scritti infatti potrebbero avere particolari significati all'interno

¹¹⁴ Saunders E., (1989), *Life threatening autoerotic behaviour, a challenge for sex educators and therapists*, Journal of Sex Education and Therapy, n.15, pp.82-91.

¹¹⁵ Martz D., (2003), *Behavioral treatment for a female engaging in autoerotic asphyxiation*, Clinical Case Studies, n.2(3), pp.236-242.

¹¹⁶ Hazelwood, R.R., Dietz, P., Burgess A., (1983), *Autoerotic fatalities*, Lexington, MA: Lexington Books

¹¹⁷ Smith D.F., (1980), *Subintenzional suicide among youth*, Health Education sept./oct., pp.44-45.

¹¹⁸ Garza-Leal J.A., Landron F.J. (1991), *Autoerotic asphyxial death initially misinterpreted as suicide and a review of the literature*, Journal of Forensic Sciences, n.36(6), pp. 1753-1759.

¹¹⁹ Gosink P.D., Jumbelic M.I., (2000), *Autoerotic asphyxiation in a female*, Am Journal Fornsic Med Pathol., n.21(2), pp.114-8.

di un più complesso rituale erotico o svolgere una funzione cautelativa in caso di incidente.

Dal punto di vista investigativo, al fine di distinguere le effettive cause di morte e quindi stabilire se trattasi di incidente, suicidio o omicidio, considerati gli aspetti equivoci del decesso e delle relative modalità, risulta fondamentale un'attenta analisi delle risultanze in fase di sopralluogo dei referti autoptici, degli esami tossicologici e di un'autopsia psicologica.

In merito all'esame della scena della morte, l'agente dell'FBI Roy Hazelwood unitamente ai suoi collaboratori¹²⁰ hanno delineato i seguenti sei criteri fondamentali per l'identificazione di casi di asfissia auto-erotica:

1. evidenze di asfissia determinata da cappi, cime, cinture e posizione del corpo della vittima che non suggerisca un'intenzione suicida;
2. evidenze in sede di scena di morte che provino l'esistenza di un sistema di protezione predisposto dalla vittima (es. nodi che si sciolgono, sospensione inferiore alla propria altezza ecc.);
3. evidenze di autoerotismo (altrimenti potrebbe esser presa in considerazione l'eventualità che possa trattarsi di omicidio, suicidio assistito o incidente durante lo svolgimento di un rapporto sessuale tra due o più persone);
4. evidenze di strumenti o riviste utilizzate per stimolare le fantasie sessuali;

¹²⁰ Hazelwood, R.R., Dietz, P., Burgess A., (1981), *The Investigation of Autoerotic Fatalities*, Journal of Police Science and Administration, n.9, pp.404-407.

5. evidenze di precedenti attività di pratiche auto-erotiche;
6. mancanza di intenti suicidi seppure in apparenza (es. assenza di biglietti di addio, di testamenti ecc.).

Tuttavia, giova ricordare che tale analisi può risultare di difficile svolgimento, considerando il fatto che, proprio per la particolare natura dei decessi, spesso i parenti più prossimi, all'atto del rinvenimento del cadavere, per pudore o per vergogna, sono indotti a modificare la scena della morte, occultando i materiali ritenuti imbarazzanti o, addirittura, rivestendo le vittime.

2.4. Roulette Russa

La roulette russa è un gioco d'azzardo, con potenziali effetti letali, che consiste nell'introduzione di un unico proiettile nel tamburo di un revolver e, dopo averlo fatto ruotare e richiuso l'arma senza guardare, nel puntarla verso la propria testa e premere il grilletto. Il numero di proiettili può tuttavia variare, a patto che ci sia sempre almeno una camera vuota all'interno del tamburo. Qualora il colpo andasse a vuoto, la pistola continuerà il giro tra i partecipanti fintanto che il colpo, entrato in canna, esploderà uccidendo un partecipante.

L'origine del nome deriva molto probabilmente dalla similitudine con il gioco d'azzardo della "roulette", in cui viene fatta girare una ruota scommettendo sul risultato indicato da una pallina introdotta all'interno. L'aggettivo "russa" sarebbe stato utilizzato in quanto la prima descrizione di una simile pratica sembrerebbe esser riconducibile al racconto "Il fatalista", contenuto nel romanzo *"Un eroe del nostro tempo"* (1840), dello scrittore

russo Mikhail Lermontov. La storia narra le gesta del sottotenente di origini serbe Vulič, ufficiale dell'esercito zarista, che, per verificare se "...l'uomo può disporre a suo piacimento della propria vita o se a ciascuno di noi è assegnato in anticipo il momento fatale...", prese una pistola se la puntò in fronte e, dopo aver lanciato una carta da gioco in aria, appena questa cadde sul tavolo premette il grilletto. La pistola fece cilecca a differenza del colpo successivo che esplose mirando e centrando un berretto rosso appeso sopra la finestra.¹²¹

Dal punto di vista cinematografico, celebre è la scena in cui si svolge una roulette russa nel film "*Il cacciatore*" di Michael Cimino (1978). Tale pratica ha inoltre ispirato i film "*13 Tzameti*" di Géla Babluani (2005) e "*Live!*" di Bill Guttengag (2007).

Beachler¹²² distingue le seguenti quattro tipologie di suicidio: "aggressivo", "di fuga", "oblativo" e "ludico". L'autore, in relazione al livello di rischio di letalità che il soggetto è disposto ad assumere ponendo in essere un determinato comportamento, distingue inoltre i suicidi "per puro gioco" e "ordeal". Quest'ultima categoria prevede che il soggetto scelga consapevolmente di rischiare la propria vita per mettersi alla prova o per cercare la stima altrui. E' in quest'ultimo gruppo che l'autore colloca la Roulette Russa considerandola una scommessa con la morte. Altri aspetti che evidenzia in tale pratica sono la sfida alla sorte ed il "coraggio" che verrebbe dimostrato agli altri partecipanti.

Fishbain e coll. (1987),¹²³ per meglio chiarire la relazione tra vittime di Roulette Russa e suicidi intenzionali attraverso un colpo di arma da fuoco alla testa, hanno preso in considerazione i suicidi avvenuti nella Contea di

¹²¹ Lermontov M. J., (1840), *Un eroe dei nostri tempi*, Feltrinelli, Milano, pp.167-169

¹²² Beachler J., (1979), *Suicides*, New York, Basic Books

¹²³ Fishbain D.A. et al., (1987), *Relationship Between Russian Roulette Deaths and Risk-Taking Behavior: A Controlled Study*, Am. J. Psychiatry, 144(5), pp.563-567.

Dade (U.S.) nel ventennio compreso tra il 1957 ed il 1985. In tale periodo le vittime per Roulette Russa risultarono essere 20 (19 uomini ed una donna) pari allo 0,31 della complessiva popolazione suicida della Contea (6.534 soggetti suicidatisi nel periodo in riferimento). Il campione di controllo era rappresentato da soggetti che si erano tolti la vita sparandosi volontariamente alla testa per un totale di 95 decessi.

I risultati della ricerca evidenziarono che l'età media dei soggetti vittime della Roulette Russa era di 27.7 anni contro i 50.8 del campione di controllo. Altre differenze significative furono riscontrate in relazione a variabili quali lo stato civile (single 52,6% RR vs 12% CT); stato di salute (buono/molto buono 94,7% RR vs 48,4% CT); presenza di alcool/droga nel sangue (57,8% RR vs 29,5% CT). Aspetti in comune tra il campione esaminato ed il gruppo di controllo furono: lutti recenti; vite problematiche, tratti di personalità di tipo impulsivo e/o aggressivo); il luogo di rinvenimento del cadavere (salone o camera da letto); il periodo del decesso (Agosto-Settembre, Dicembre-Gennaio) con prevalenza dei week-end. Altro aspetto evidenziato dalla ricerca fu come il 57,8% delle vittime della Roulette Russa avesse premuto il grilletto più di una volta durante lo svolgimento del gioco, ed il 26,3% avesse in precedenza già provato tale pratica.

Aspetto comune a tutti i casi di decesso per Roulette Russa fu la presenza di spettatori o co-partecipanti al gioco.

I risultati della ricerca portarono Fishbain e coll. a concludere che la Roulette Russa può esser considerata come una disponibilità totale, da parte del praticante, ad accettare rischi estremi per la propria incolumità fisica.

I ricercatori interpretarono alcuni frequenti aspetti di tale pratica, quali il giocare in camera da letto e nelle prime ore del mattino, come manifestazioni di un desiderio di morire, di addormentarsi senza più risvegliarsi, avvalorato anche dall'evidenza che spesso avevano più di una

volta giocato e/o premuto il grilletto o caricato il tamburo con più di un proiettile.

Ulteriore elemento evidenziato dalla ricerca consiste nella glorificazione prettamente adolescenziale del coraggio dimostrato dall'accettazione di rischi letali. In tale ottica, la partecipazione alla Roulette Russa rappresenterebbe la risoluzione estrema al conflitto tipicamente adolescenziale tra coraggio e vergogna, onore e codardia, finalizzato sovente ad un miglioramento di status sociale del soggetto. A tal proposito, Baechler¹²⁴ evidenzia come siano proprio i soggetti con livelli di bassa autostima ad accettare i rischi maggiori soprattutto in presenza di spettatori. Tale aspetto sarebbe confermato anche dal fatto che in tutti i casi di decesso per Roulette Russa, esaminati dalla ricerca di Fishbain e coll., è stata riscontrata la presenza di altri soggetti in qualità di partecipanti o semplici spettatori. L'autore ritiene pertanto importante constatare come la presenza di altri individui non funga da deterrente per la partecipazione al gioco, bensì da stimolo nel porre in essere la sfida fatale.

Egli, da un punto di vista psicodinamico, considera la Roulette Russa come un gioco di estremo azzardo nel quale la vittoria è costituita dalla propria vita e dall'illusione onnipotente di poter controllare il proprio destino. Tale aspetto, secondo l'autore, rappresenterebbe uno dei motivi per cui, spesso, soggetti di elevato status sociale hanno bisogno di giocare d'azzardo ed assumersi rischi sempre maggiori: più che l'obiettivo materiale sarebbe la ricerca di sensazioni di grandezza ed onnipotenza a spingerli verso comportamenti di accettazione di rischi estremi.

Shields e coll. (2008)¹²⁵ hanno condotto uno studio longitudinale retrospettivo, dal 1993 al 2002, relativamente ai suicidi per colpo di arma da fuoco alla testa e registrati negli archivi medico legali delle 123 contee

¹²⁴ Baechler J., (1979), *Suicides*, New York, Basic Books

¹²⁵ Shields L. et al., (2008), *Russian Roulette and risk-taking behavior. A medical examiner study*, American Journal of Forensic Medicine and Pathology, Vol.29, n.1, pp.32-39.

del Kentucky (US). Gli autori distinsero i casi acclarati dal medico legale quali decessi per Roulette Russa (24 casi) dai rimanenti (1933 casi).

Tutte le vittime per Roulette Russa erano di sesso maschile ed il 79,2% di razza bianca. L'età dei due gruppi si rivelò notevolmente diversa con una media di 24,8 anni per i giocatori contro quella di 42 anni dei rimanenti.

Dagli esami tossicologici risultò una elevata concentrazione di etanolo nel sangue nel 50% delle vittime per Roulette Russa contro una bassa percentuale della medesima sostanza rilevata nel 27,3% dei soggetti appartenenti all'altro gruppo. Anche dall'esame delle urine risultò una netta differenza relativa alla presenza di droga (69% dei casi di decesso per Roulette Russa e 43% degli altri casi).

Delle ventiquattro vittime della Roulette Russa, solo tre avevano in precedenza espresso desideri suicidari (due avevano materialmente tentato il suicidio) e comunque nessuno aveva lasciato biglietti di addio. Ad ulteriore riprova delle difficoltà nell'inquadrare tale tipologia di decesso in quella dei suicidi, la ricerca mostrò che dalle indagini svolte per i singoli casi di vittime per Roulette Russe non furono riscontrati eventi di vita stressanti nel periodo antecedente alla morte.

Tuttavia gli autori conclusero che, anche se nella grande maggioranza dei casi di decesso per Roulette Russa, analogamente a quelli per asfissia autoerotica, l'intento suicida non è chiaramente presente, tali soggetti attuano comunque, in modo consapevole e volontario, comportamenti, soprattutto in riferimento alla Roulette Russa, tesi a diminuire le probabilità di rimanere in vita. Conseguentemente i ricercatori evidenziano come, pur trattandosi effettivamente di casi di morte equivoca e soggetti a diverse possibili interpretazioni, sia estremamente opportuno considerarli, a livello medico-legale, quali casi di suicidio.

Relativamente alla diagnosi differenziale omicidio-suicidio-accidente occorre valutare in sede autoptica, oltre ad eventuali tracce di colluttazione,

l'esame tossicologico, al fine verificare se il soggetto fosse in uno stato alterato di coscienza tale da non opporre resistenza ad una eventuale mano altrui per l'esplosione del colpo fatale; l'orientamento intrasomatico del tramite (dal basso verso l'alto molto frequente negli spari alla regione temporale); la distanza dallo sparo e la presenza o l'assenza sulla mano della vittima di lesioni riconducibili all'utilizzo dell'arma o residui da sparo; l'eventuale presenza di tracce ematiche sulla mano della vittima o sull'arma utilizzata; il luogo di ritrovamento dell'arma.

Eventuali escoriazioni o la presenza di ferite "da difesa" ed il mancato ritrovamento dell'arma nel medesimo ambiente in cui è stata rinvenuta la vittima lasciano sicuramente pensare ad un omicidio.

Nei casi di suicidio, la regione del corpo solitamente colpita è la regione temporale destra (se la vittima è destrimano e viceversa).

Depongono inoltre per il suicidio, reperti quali spruzzi di sangue di forma spesso tondeggianti e/o a punto esclamativo situati sul dorso della mano e a volte sull'avambraccio della vittima presenti, in particolare, quando il colpo sia stato esplosivo al capo, unitamente ad una piccola lesione escoriata (segno di Felc), di solito lineare, a livello della plica interdigitale tra primo e secondo dito della mano che impugnava l'arma, riconducibile allo sfregamento sulla cute del carrello otturatore dell'arma durante il rinculo.

2.5. Suicidi stradali

L'autovettura può rappresentare un mezzo ideale per suicidarsi: è prontamente reperibile, potenzialmente letale, ed un tragico incidente stradale può facilmente mascherare un intento suicida.

Spesso vi è la credenza che, in caso di incidente stradale provocato volontariamente al fine di porre termine alla propria vita, la morte possa arrivare velocemente.

Altro aspetto importante è quello economico: la maggior parte delle compagnie assicurative prevedono apposite clausole che escludono il rimborso ai beneficiari degli importi previsti in caso di morte, qualora si tratti di suicidio e pertanto un incidente stradale garantirebbe a questi ultimi il diritto di beneficiare della somma prevista.

Infine occorre sottolineare l'importante aspetto legato alle connotazioni sociali che l'atto suicidario implica: mascherando un suicidio con un fatale incidente stradale, può essere evitato lo stigma al quale i sopravvissuti vengono sovente esposti.

La modalità suicidaria realizzata attraverso un incidente stradale è stata oggetto di alcune interessanti ricerche.

Tra le prime vi fu quella realizzata da Selzer e coll.¹²⁶ che compararono i dati degli incidenti stradali di soggetti sottoposti a trattamento psichiatrico con un campione di popolazione non sottoposta a tali cure ma coinvolta in analoghi incidenti. La ricerca evidenziò come gli impulsi inconsci ed autodistruttivi di tali pazienti, a volte amplificati da alcool o psicofarmaci, dovessero essere considerati tra i fattori di maggior rilevanza causale in numerosi casi di incidenti stradali. Pertanto, gli autori conclusero che alcuni incidenti automobilistici andavano considerati alla stregua di atti suicidari. L'automobile stessa, in quest'ottica, può rappresentare un formidabile mezzo di autodistruzione soprattutto alla luce di aspetti quali la sua facile disponibilità, la frequenza di utilizzo, la generale accettazione di stili di guida ad alto rischio di incidenti e, soprattutto, la possibilità che offre al soggetto che ne è alla guida di porre fine alla propria vita in modo quasi

¹²⁶ Selzer M.L., Payne C.E., (1962), *Automobile accidents, suicide and unconscious motivation*, American Journal of Psychiatry, n.119, pp.237-240.

inconscio e quindi senza apparentemente confrontarsi con i suoi intenti suicidari. Gli autori ricordano anche come alcuni aspetti culturali della nostra società possano facilitare l'attuazione di una simile dinamica autodistruttiva: la velocità, il rischio, il coraggio nell'affrontarlo sino alle estreme conseguenze, possono indurre alcuni individui a scegliere, quale modalità per porre fine alla propria vita, un incidente automobilistico, apparentemente "accidentale", che avrebbe causato una vittima dal comportamento "intrepido". Tale distorsione cognitiva, ed il conseguente comportamento suicida camuffato da "incidente", permetterebbe di evitare lo stigma sociale nei confronti della famiglia e consentirebbe l'incasso di eventuali polizze vita precedentemente stipulate a favore dei parenti. Inoltre, da un punto di vista psicologico, la possibilità di danneggiare la propria e/o altrui automobile, oltre ovviamente quella di porre fine alla propria e/o altrui vita, rappresenterebbe un'importante possibilità di dare sfogo ai propri impulsi auto/etero distruttivi.

Gli autori evidenziano come tale modalità suicida possa offrire all'individuo una notevole attenzione anche a livello mediatico, seppur in una connotazione evidentemente negativa. A tal proposito giova ricordare come in numerosi casi di soggetti che si sono tolti la vita, la sensazione di esser dimenticati dal mondo rappresenterebbe una costante.

Gli autori hanno quindi rilevato i seguenti utili indicatori di possibili suicidi attraverso l'utilizzo di autoveicoli i seguenti fattori:

- Storie di trattamenti psichiatrici;
- Precedenti tentativi di suicidio;
- Comunicazioni di intenti suicidi fatte ad altri;
- Dinamiche di incidenti stradali in cui la collisione è avvenuta con la parte centrale di guard-rail o comunque di mezzi di segnalazione fissi;
- Assenza di segni di frenata sul manto stradale;

- Accelerazione del veicolo contro autovetture provenienti dal senso di marcia opposto confermata da testimoni;
- Utilizzo simultaneo di altri mezzi per procurarsi stordimento e/o morte quali alcohol o droghe.

Una interessante ricerca venne condotta nella contea di Baltimora (US) prendendo in considerazione il data base riguardante gli incidenti automobilistici con esito fatale occorsi durante un periodo di 6 anni.¹²⁷ Vennero individuati complessivamente 182 casi ed in 111 di questi era coinvolta un'unica autovettura. Nei confronti di ogni singolo incidente vennero quindi svolte indagini retrospettive multidisciplinari: furono infatti riesaminati i rapporti di polizia, i referti autoptici, le eventuali analisi tossicologiche, vennero svolti nuovi sopralluoghi e furono elaborate delle autopsie psicologiche intervistando dai 2 ai 4 familiari di ciascuna vittima. La ricerca evidenziò che l'1,7% (tre casi) dei 182 incidenti automobilistici con esito fatale presi in considerazione poteva verosimilmente esser considerato il risultato di un gesto suicida. La percentuale saliva al 2,7% (due casi) relativamente agli incidenti con esito fatale in cui era coinvolta un'unica vettura.

Gli autori rilevarono come, anche se in nessuno di questi casi era stato rinvenuto un biglietto d'addio, fossero tuttavia evidenti i seguenti importanti indizi a favore della ipotesi suicidaria: in tutti e tre i casi, malgrado le autovetture si fossero schiantate contro ostacoli fissi, non vennero individuate tracce di frenate o altri comportamenti protettivi che potessero lasciar pensare ad un tentativo di evitare l'impatto; non fu riscontrato alcun difetto meccanico nelle autovetture coinvolte; gli esami tossicologici non mostrarono tassi alcolici o di sostanze stupefacenti significativi; le ricostruzioni delle singole dinamiche avevano lasciato

¹²⁷ Schmidt C.W. et al., (1977), *Suicide by Vehicular Crash*, American Journal of Psychiatry, n.134, pp.175-178.

notevoli perplessità negli organi inquirenti essendo stati tali casi classificati quali “incidenti” dagli uffici medico legali competenti. Anche le autopsie psicologiche svolte contribuirono ad indirizzare i ricercatori verso una riclassificazione di tali casi nell’ambito di comportamenti suicida. I parenti, infatti, riferirono di aver avuto la sensazione di possibili tendenze suicida in ciascuna delle tre vittime.

Gli autori infine evidenziarono come, sia nel caso dei probabili suicidi che degli altri effettivi incidenti stradali fatali, nei conducenti fossero stati individuati un maggior numero di tratti di personalità devianti, di aggressività ed impulsività rispetto al campione normativo.

A tal proposito, un’interessante ricerca psicologica retrospettiva venne svolta in merito alle caratteristiche di personalità dei soggetti coinvolti in incidenti stradali fatali con una singola autovettura coinvolta, rispetto a quelli in cui più autovetture erano implicate nella dinamica dell’evento.¹²⁸

In questo studio venne per la prima volta utilizzata una tecnica psicométrica denominata “Katz Adjustment Scale” (KAS) per la comparazione dei seguenti due gruppi di automobilisti deceduti in seguito ad incidenti stradali occorsi nel medesimo periodo di riferimento: un gruppo di 22 automobilisti vittime di incidenti di singole autovetture ed un altro composto da 11 conducenti deceduti a seguito di incidenti con più veicoli coinvolti.

Ogni indagine svolta nel corso della ricerca fu condotta nei giorni immediatamente successivi alla morte di ciascun automobilista.

La scala “KAS” consiste in una serie di items da somministrare ai parenti delle vittime al fine di formulare una descrizione quantitativa dei comportamenti interpersonali di un individuo sulla base di punteggi riferiti a 18 cluster comportamentali e sintomatologici di derivazione psichiatrica.

¹²⁸ Schmidt, Jr, C.W. et al., (1972), *Characteristic of Drivers Involved in Single –Car Accidents. A Comparative Study*, Arch. Gen. Psychiatry Vol.27, pp. 800-803.

Per la valutazione qualitativa dei tratti di personalità e dei comportamenti della vittima nell'imminenza della sua morte, vennero inoltre svolte interviste semi-strutturate nei confronti delle persone affettivamente significative per i deceduti.

I risultati evidenziarono che le vittime di incidenti stradali di singole autovetture erano significativamente più giovani di quelle degli incidenti con più macchine coinvolte. Inoltre il 100% dei primi risultò "aver torto" in merito alle responsabilità rilevate dagli organi competenti e, nello specifico, nel 50% dei casi la causa dell'incidente era da attribuirsi alla eccessiva velocità. Infine, dal data base del Dipartimento della Motorizzazione emerse che il 60% delle vittime di incidenti stradali di singoli autoveicoli aveva commesso precedentemente delle violazioni al Codice della Strada. Gli analoghi dati relativi alle vittime di incidenti stradali con più macchine coinvolte mostrarono significative differenze: il 63% delle vittime risultò "aver torto" relativamente alle responsabilità rilevate; solo nel 18% dei casi le cause furono attribuite alla eccessiva velocità ed unicamente il 18% di loro aveva commesso in precedenza delle violazioni al codice stradale.

Gli autori commentarono tali differenze significative attribuendole in larga parte alla differenza di età media riscontrata tra le due tipologie di vittime.

Una recente ricerca condotta in Scozia¹²⁹ sugli incidenti stradali fatali verificatisi nel corso di 10 anni ha rivelato una percentuale di probabili suicidi pari al 2,8% (17 casi) del totale degli incidenti considerati (597 casi). Quale premessa al loro studio gli autori hanno sottolineato che, in generale, i ricercatori in materia di prevenzione degli incidenti stradali sono concordi nel criticare l'uso del termine "accident" in quanto questo implicherebbe il concetto di "casualità" dell'evento, escludendo completamente la possibile intenzionalità nel determinarlo. Gli autori hanno inoltre sottolineato che, malgrado le evidenti ed importanti

¹²⁹ Wyatt J. P. et al., (2008), *Road traffic suicides*, Journal of Forensic and Legal Medicine, Vol.16, pp.212-214.

implicazioni di carattere medico-legale, la letteratura scientifica ha sinora attribuito scarsa rilevanza all'ipotesi che un percentuale di incidenti stradali possano esser causati da comportamenti suicidi.

La ricerca è stata realizzata analizzando i dati ottenuti da diverse fonti informative: rapporti di polizia, rapporti del personale delle ambulanze intervenute sul luogo dell'incidente, cartelle cliniche ospedaliere, referti autoptici ed esami tossicologici. Nello specifico, i rapporti di polizia contenevano le dichiarazioni di eventuali testimoni, le risultanze dei sopralluoghi sui luoghi degli incidenti, le condizioni del tempo e della strada al momento dell'incidente, le foto e le descrizioni delle posizioni delle vittime e degli altri eventuali occupanti degli autoveicoli. L'esame di tale insieme di dati permise ai ricercatori di effettuare una prima selezione di casi che potevano prestarsi ad essere interpretati come "suicidi" piuttosto che come "incidenti". Quindi svolsero un'analisi dei tratti psicologici e gli aspetti comportamentali delle vittime al fine di effettuare un'ulteriore scrematura per l'individuazione dei probabili casi di suicidio.

Delle 597 vittime di incidenti stradali, 17 casi (2,8%) furono ritenuti esser stati causati, con elevata probabilità, da comportamenti suicidi. Tale percentuale risultò essere in linea con i risultati ottenuti da analoghi studi scientifici.¹³⁰

L'età media delle vittime calcolata fu di 46,2 anni, con un range compreso tra 20 e 67 anni.

Delle 17 probabili vittime suicida, 13 erano conducenti di autoveicoli e 4 pedoni. Le dinamiche riscontrate per questi ultimi furono le seguenti: in 2 casi i soggetti si erano gettati contro dei furgoni e negli altri 2 casi contro degli autoarticolati. Relativamente ai conducenti suicidi, in 3 casi questi si erano lanciati contro parapetti di ponti e, dopo averli abbattuti, si erano inabissati con il proprio mezzo nelle acque dei fiumi; in 2 casi le vittime si

¹³⁰ Hernetkoski K., Keskinen E., (1998), *Self-destruction in Finnish motor traffic accidents in 1974-1992*, Accident Anal Prev, N.5, pp.697-704.

erano schiantate contro un albero; in due casi i conducenti si erano schiantati contro degli autocarri parcheggiati; in un caso il guidatore aveva improvvisamente invaso la corsia opposta schiantandosi contro un autocarro proveniente dall'altro senso di marcia; ancora, il conducente si era lanciato con l'autovettura fuori dalla carreggiata finendo sommerso in acque profonde; la vittima si era schiantata contro un muro; infine, il conducente dell'autoveicolo, dopo aver divelto il parapetto di un cavalcavia, nella caduta era stato sbalzato fuori dal mezzo e quindi investito da un autocarro che stava sopraggiungendo.

In 7 dei 17 casi, oltre le vittime, vennero coinvolte o comunque esposte a rischio altre persone.

I fattori psicologici e prodromici che indussero i ricercatori a propendere per l'ipotesi suicidaria per i 17 casi individuati furono i seguenti: una precedente diagnosi di depressione (7 casi); disturbi di tipo psicotico (3 casi); dipendenza dall'alcool (2 casi); gravi problemi finanziari o lavorativi (2 casi); gravi problemi affettivi (2 casi); pendenze giudiziarie (1 caso); malattia cronica (1 caso).

Le dinamiche di ciascun incidente furono valutate attraverso uno strumento di misura denominato "Abbreviated injury scale" al fine di determinare la gravità dell'incidente secondo parametri prestabiliti: tutti gli incidenti riportarono punteggi molto alti.

Una interessante conclusione che trassero gli autori della ricerca fu la seguente: ciò che soprattutto distingue i suicidi attuati tramite incidenti stradali è la letalità connessa al "rischio" oggettivo di porre fine alla propria o altrui vita. A tal proposito giova citare una ricerca nei confronti dei giocatori d'azzardo compulsivi che avevano seriamente preso in considerazione la possibilità di suicidarsi: l'incidente stradale autoprovocato risultò per costoro essere il metodo suicidario preferito, non

essendo sicuro l'esito finale (imponderabilità ed azzardo) e quindi soggetto ad un margine di "rischio".¹³¹

Il coinvolgimento di altri soggetti nelle dinamiche suicida della vittima può esser interpretato quale effetto dello stato di enorme difficoltà psicologica della stessa e della conseguente impossibilità di valutazione delle conseguenze per la altrui incolumità.

Di contro, potrebbe anche rappresentare una estrema forma di auto ed etero aggressività spinta sino alle conseguenze estreme. In merito a quest'ultima possibilità, gli autori citano, quale esempio, il caso di un automobilista del Berkshire (UK) che, intenzionalmente, oltrepassò il passaggio al livello con il segnale rosso acceso e, schiantandosi contro il treno, causò, oltre la sua morte, anche quella del conducente del treno e di 5 passeggeri.

Gli autori inoltre evidenziano come la scelta di tale modalità suicida implichi l'accettazione del rischio di una morte traumatica, lenta e dolorosa, con verosimili possibilità di sfiguramento e/o smembramento. Tale considerazione portò gli studiosi a confermare e meglio chiarire il significato della frequente associazione di tale modalità suicida a patologie di tipo psicotico, così come evidenziato anche da altri studi scientifici.¹³²

A tal proposito, a titolo esemplificativo della violenza con cui tali "suicidi stradali" possono esser portati a compimento, nella letteratura scientifica viene riportato il caso di un soggetto il cui cadavere venne rinvenuto lungo il bordo di un'autostrada di Long Island (US), sezionato in due parti.¹³³

Nello specifico, il torso fu trovato nei pressi di un cartello stradale mentre il tronco inferiore con le gambe vennero rinvenuti all'interno dell'autovettura una quarantina di metri più avanti.

¹³¹ Lesieur H. R., (1984), *The chase: career of the compulsive gambler*, Cambridge MA; Schenkman, 1984, pp.235-6.

¹³² Noyes R. Jr, (1985), *Motor vehicle accidents related to psychiatric impairment*, *Psychosomatics*, n.26, pp.569-580.

¹³³ Boglioli L. et al., (1988), *A bizarre Case of Vehicular Suicide*, *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, n.9(2), pp169-178.

Dopo una prima ipotesi di omicidio, un'analisi più approfondita permise agli inquirenti di appurare che l'uomo aveva scelto di suicidarsi lasciando il volante della propria autovettura per sporgersi dal finestrino dello sportello anteriore, lato del passeggero, in corrispondenza di un cartello stradale. L'urto contro quest'ultimo causò la transezione del corpo all'altezza del bacino causata dallo sportello posteriore dell'autoveicolo.

L'assenza di tracce di frenata sull'asfalto o di svolte improvvise tese ad evitare l'impatto resero sin dall'inizio equivoco il caso. Indagini tecniche permisero di appurare che l'autovettura non presentava alcun guasto o difetto al momento dell'incidente.

Considerati i dubbi degli investigatori, venne condotta un'autopsia psicologica. La fidanzata della vittima riferì che poche ore prima dell'incidente l'aveva vista parlare con una persona immaginaria e che per tale motivo, mezz'ora prima dell'esito fatale, aveva lasciato impaurita l'appartamento sentendolo gridare: "non ce la faccio più!".

Dopo aver saputo dell'incidente riferì di esser tornata nell'appartamento e di averlo trovato a soqquadro e con molti oggetti letteralmente distrutti. Non aveva tuttavia trovato alcun biglietto d'addio. Da un suo racconto più approfondito emerse che undici anni prima della sua morte, la vittima era stata arrestata per traffico di droga e rapina a mano armata. Durante la sua custodia aveva rubato un coltello ed aveva cercato di uccidersi lacerandosi profondamente l'addome e danneggiandosi il fegato e lo stomaco.

Una serie di ulteriori problemi economici e giudiziari caratterizzarono il proseguo della sua vita.

Qualche mese prima dell'incidente fatale, mentre la fidanzata lo stava riconducendo a casa in quanto troppo ubriaco per guidare, dal sedile del passeggero afferrò il volante e direzionò la macchina verso il muro di un cavalcavia dell'autostrada, ma la prontezza dei riflessi della compagna le permisero di riprendere il controllo dell'autovettura evitando l'impatto.

Pertanto, sulla scorta dei rilevamenti tecnici svolti e delle risultanze dell'autopsia psicologica elaborata, gli inquirenti giunsero alla conclusione che il soggetto si era suicidato.

2.6. Suicidi attraverso istigazione di operatori di polizia

Il termine “Suicide by Cops” si riferisce ad una modalità di comportamento suicida iscrivibile all'interno di una più ampia categoria che in letteratura viene correntemente denominata “Omicidio indotto dalla vittima” (Victim-Precipitated Homicide) nella quale vengono ricomprese quelle situazioni in cui la stessa vittima istiga il soggetto a commettere il reato.¹³⁴ Si tratta pertanto di un atto suicida nel quale un individuo con intenzioni autodistruttive, allo scopo di costringere qualcuno a porre fine alla sua vita, determina una situazione di minaccia premeditata alla propria o altrui incolumità la cui risoluzione è imprescindibilmente connessa con la propria morte.

Nel caso specifico del “Suicidio tramite agente di polizia” (“Suicide by Cops”) è un appartenente alle forze di polizia che viene indotto a porre fine alla vita della vittima per salvaguardare la propria o altrui incolumità da quest'ultima minacciata.

I soggetti che scelgono tale modalità suicida, intendono generalmente porre fine alla propria vita per le medesime motivazioni che caratterizzano i suicidi commessi con metodi più “convenzionali”. La differenza sostanziale consiste nel fatto che, nel “Suicidio tramite agente di polizia”, e, più in generale, nell’“Omicidio indotto dalla vittima”, l'individuo, per realizzare il suo fine, cerca di coinvolgere attivamente altre persone. Evidenze

¹³⁴ <http://www.emich.edu/cerns/downloads/papers/PoliceStaff/Unsorted/Suicide%20By%20Cop%202.pdf>:

empiriche mostrano che, quando un individuo vuole suicidarsi coinvolgendo persone, questi non è solo profondamente depresso, ma nutre anche una profonda rabbia nei confronti della società in generale.

Tra le motivazioni ricorrenti per la specifica scelta della modalità suicida nei casi dimostrati di Suicidio tramite agente di polizia troviamo:

- Forti convinzioni religiose che preclude loro la possibilità di suicidarsi da soli; per tali individui risulta pertanto accettabile dal punto di vista religioso, che un altro ponga fine alla loro vita;
- Incapacità di assumersi la responsabilità finale nel porre termine alla propria vita;
- Situazione personale di estrema debolezza con conseguente impossibilità di portare a termine il loro scopo (anziani o portatori di handicap);
- Tentativo di evitare lo stigma sociale associato al suicidio: in tali casi il “morire per mano della polizia” rappresenterebbe una copertura del proprio intento suicida;
- Ricerca di una morte “da intrepidi” e/ o “sensazionale”,¹³⁵
- Le vittime vogliono assicurarsi una morte certa e scegliendo un agente di polizia sono convinti di poter conseguire tale obiettivo considerando il fatto che questi possiede un’arma da fuoco ed è addestrato ad utilizzarla;

¹³⁵ Clinton R. Van Zandt, (1993), *Suicide by cop*, The police chief, pp.24-30

- L'agente di polizia potrebbe rappresentare una sorta di "coscienza sociale" che permetterebbe di porre fine, in modo definitivo, ad eventuali sensi di colpa provati dal soggetto.¹³⁶

In ogni caso, a prescindere dalle motivazione che induce i soggetti a scegliere tale modalità suicida, le conseguenze psicologiche e legali per gli agenti di polizia coinvolti sono spesso di notevole rilevanza. Pertanto, le conseguenze di un conflitto con esito letale spesso avranno un impatto negativo per il resto della vita degli agenti e della loro famiglie.

Subito dopo il conflitto, questi possono manifestare una diminuzione del coordinamento motorio con tremori agli arti o addirittura spasmi incontrollabili, distorsioni percettive relative al tempo ed allo spazio, difficoltà nel recupero delle tracce mnemoniche relative all'evento traumatico a volte rivissuto come fosse "al rallentatore" e con suoni "ovattati".

A lungo termine, nei casi più gravi, gli effetti psicologici del conflitto possono far sviluppare un disturbo post traumatico da stress che può esser caratterizzato dai seguenti sintomi:

- spiacevoli, ricorrenti ed intrusivi ricordi dell'evento, quali immagini, pensieri o percezioni;
- sentire come se l'evento traumatico si stesse ripresentando (sensazione di rivivere l'esperienza, illusioni, allucinazioni ed episodi dissociativi di flashback);
- intenso disagio psicologico all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico;

¹³⁶ Hutson et al., (1998), *Suicide by Cop*, *Annals of Emergency Medicine*, Vol.32 n.6, pp.665-669

- evitamenti persistenti degli stimoli associati al trauma;
- attenuazione della reattività generale quali marcata riduzione degli interessi sessuali o della partecipazione ad attività precedentemente significative;
- sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri; riduzione della gamma di affetti;
- forti e persistenti stati di attivazione quali disturbi del sonno, irritabilità o scoppi di collera, difficoltà di concentrazione, ipervigilanza.

Anche gli inevitabili aspetti legali e mediatici connessi all'evento traumatico contribuiscono a rinforzare il quadro sintomatologico sopra descritto. In tal senso diversi agenti hanno dichiarato di aver provato un netto miglioramento al termine dell'inchiesta giudiziaria che automaticamente viene svolta a seguito di analoghi accadimenti.

In uno studio del dott. Parent R.B., ufficiale di polizia e responsabile delle negoziazioni per situazioni critiche nella zona di Vancouver (CA),¹³⁷ sono state analizzati, in un periodo compreso tra il 1980 ed il 1994, 58 casi in cui agenti del Royal Canadian Mounted Police, sono stati coinvolti in una situazione critica che presentava una minaccia potenzialmente letale.

In 27 di questi casi, gli agenti durante lo scontro a fuoco avevano ucciso un totale di 28 soggetti mentre nei restanti 31 casi non vi erano stati decessi. Attraverso l'esame dei rapporti di polizia, i referti medico-legali, le

¹³⁷ Parent R.B., Verdun-Jones S., (1998), *Victim-precipitated homicide: police use of deadly force in British Columbia*", Policing: An International Journal of Police Strategies & Management, Vol. 21, n.3, pp.432 - 448

risultanze delle commissioni d'inchiesta interne e le interviste effettuate con gli agenti coinvolti, lo studio rivela che in circa la metà dei casi esaminati (N = 28), gli accadimenti potevano esser ricondotti nella casistica di "Suicidio tramite agente di polizia" ("Suicide by Cops").

In tali casi i soggetti, spesso affetti da psicopatologie o sotto l'effetto di droghe, alcool o psicofarmaci, avrebbero agito in modo intenzionale e premeditato tale da costringere gli agenti di polizia ad usare la forza al fine di garantire la propria o altrui incolumità. Pertanto l'autore auspica che tra le armi in dotazione degli agenti vengano inclusi strumenti non letali al fine di fornire alternative al tradizionale uso dell'arma da fuoco. Inoltre, nella formazione del personale di polizia dovrebbero essere inclusi insegnamenti specifici in materia di strategie di negoziazione a fronte di minacce poste in essere da individui con intenzioni suicida o comunque mentalmente disturbati o sotto l'effetto di sostanze.

Un altro studio¹³⁸ ha preso in esame tutti i conflitti a fuoco in cui erano stati coinvolti agenti di polizia del Los Angeles County Sheriff's Department (US) nel periodo compreso tra il 1987 ed il 1997.

Attraverso l'esame dei files relativi ai rapporti di polizia, ai rilievi autoptici, ai referti tossicologici ed ai dati anamnestici dei soggetti deceduti, lo studio evidenzia come l'11% (n = 46) dei casi di conflitti a fuoco nei quali erano stati coinvolti agenti di polizia rappresentassero "Suicidi tramite agenti di polizia" ("Suicides by Cops").

L'età dei soggetti suicida variava dai 18 ai 54 anni; il 98% erano maschi. Il 48% per cento delle armi da questi possedute erano "da fuoco", il 17% erano armi giocattolo. Il tempo medio intercorrente tra l'arrivo degli agenti sulla scena del crimine ed il conflitto a fuoco era di circa 15 minuti ed il 70% dei colpi totali venivano sparati entro i 30 minuti successivi all'arrivo degli agenti. Il 39% dei casi riguardava problemi di violenza domestica. Il

¹³⁸ Hutson et al., (1998), *Suicide by Cop*, *Annals of Emergency Medicine*, Vol.32 n.6, pp.665-669

54% dei decessi era causato da un colpo di pistola fatale e comunque questi erano stati classificati come omicidi.

Gli autori della ricerca concludono che il “Suicidio tramite agenti di polizia” rappresenta una modalità suicida alquanto sottovalutata e, ritenendo più corretto definirla con il termine di “suicidio forzatamente assistito dalle forze di polizia” (“law enforcement–forced–assisted suicide”), auspicano una maggiore formazione degli agenti in merito alle strategie operative da attuare in tali situazioni critiche.

Un recente ricerca¹³⁹ ha analizzato 707 casi di conflitti a fuoco nei quali furono coinvolti agenti di polizia del Nord America nel periodo compreso tra il 1998 ed il 2006. Il materiale esaminato comprendeva rapporti di polizia, testimonianze, precedenti penali dei soggetti coinvolti, fotografie, video ed articoli di giornali.

I risultati hanno evidenziato come ben il 36% dei casi considerati potessero esser riclassificati nella casistica dei “Suicide by Cops”. Una così alta percentuale sottolinea l’importanza degli impulsi suicida in coloro che sono coinvolti in situazioni di conflitto a fuoco con gli agenti di pubblica sicurezza. Lo studio ha inoltre evidenziato come il 97% degli individui con intenzioni suicida, coinvolti in sparatorie con operatori delle forze di polizia, riesca a perseguire l’obiettivo letale o comunque rimanere gravemente ferito. Inoltre in un caso su tre altri soggetti sono stati feriti durante lo scontro a fuoco.

A tal proposito è stato infatti riscontrato come l’80% dei soggetti individuati quali possibili aspiranti suicida, in tali situazioni, fosse in possesso di un arma, nello specifico un’arma da fuoco nel 60% dei casi, mentre, nel 19 % dei casi, ad ulteriore conferma dell’intenzione suicida, è

¹³⁹ Mohandie K, Meloy J. R., Collins P.I. (2009), *Suicide by Cop Among Officer-Involved Shooting Cases*, Journal of Forensic Sciences, N.54, pp.456-462.

stato constatata la simulazione del possesso di un arma o l'utilizzo di un arma-giocattolo.

Gli autori, dai risultati della loro ricerca, in linea con quelli degli studi sopra indicati, hanno concluso che appare evidente la frequenza dell'utilizzo della modalità suicida denominato "suicide by cops" nei conflitti a fuoco che vedono coinvolti gli operatori delle forze di polizia e che quindi tale ipotesi debba sempre esser presa in considerazione nel corso delle indagini successive.

Il dott. Barry Perrou¹⁴⁰ ha individuato i seguenti 15 indicatori che possono aiutare gli operatori delle forze di polizia nel riconoscere quelle situazioni operative nelle quali vi è un'elevata probabilità di esser di fronte ad un tentativo di "suicide by cop":

1. Il soggetto si è barricato e rifiuta di negoziare;
2. Il soggetto ha appena ucciso qualcuno, e, in particolare, un familiare;
3. L'individuo dichiara di avere una malattia incurabile;
4. Le richieste del soggetto agli agenti di polizia non includono aspetti relativi alla sua liberazione o vie di fuga;
5. Il soggetto ha da poco vissuto o sta vivendo esperienze di vita traumatiche (lutti, divorzio, gravi problemi economici ecc.);
6. Prima di causare l'episodio critico il soggetto ha donato i suoi beni;
7. Il soggetto ha registrato dichiarazioni relative al suo gesto;
8. Il soggetto dichiara
9. L'individuo sostiene di aver pensato di pianificare la sua morte;
10. Il soggetto ha espresso un interesse in una morte da "macho";
11. L'individuo ha espresso un interesse in una "uscita di scena" sensazionale;

¹⁴⁰ <http://www.policeone.com/police-products/training/articles/84176-Suicide-By-Cop-15-warning-signs-that-you-might-be-involved/>

12. Il soggetto ha espresso sentimenti di perdita di speranza e di fiducia nell'aiuto altrui;
13. L'individuo formula l'elenco dei suoi desideri ai negoziatori;
14. Il soggetto dichiara di voler essere ucciso;
15. L'individuo stabilisce una "deadline" per essere ucciso.

L'autore sostiene che, in caso di situazioni operative altamente critiche, qualora dovessero esser presenti alcuni di questi indicatori, gli agenti di polizia dovrebbero esser consapevoli della possibilità di avere a che fare con un soggetto che vuole essere ucciso e che per raggiungere tale obiettivo non esiterebbe a fermarsi di fronte a nulla, compresa la possibilità di far fuoco sui poliziotti stessi.

Dall'analisi degli sviluppi di numerose ed analoghe situazioni suicida, Perrou giunge alla conclusione che in tali fattispecie possono determinarsi le seguenti due interessanti dinamiche:

1. la prima viene descritta come "rischio dinamico", un fenomeno complesso ma assai pericoloso che può seriamente mettere a rischio la vita dell'agente di pubblica sicurezza operante.

Partendo dalla constatazione che la maggior parte degli operatori di polizia non sono specificatamente preparati ad affrontare tali situazioni critiche, può accadere che l'agente, trovandosi faccia a faccia con un soggetto che desidera morire, consideri quale obiettivo primario farlo dissuadere da tale proposito senza tuttavia considerare che invece è assolutamente prioritaria la propria incolumità e quella di eventuali ulteriori persone coinvolte. Conseguentemente l'agente, in tale ottica distorta, nel tentativo di evitare quello che egli configura come un suo possibile "fallimento operativo", durante lo sforzo di convincere il soggetto a non morire, potrebbe compiere degli errori fatali quali, ad esempio, l'avvicinarsi troppo al soggetto nel tentativo di stabilire un

maggior “contatto emotivo”, l’esitare a sparare quando questi gli punta l’arma addosso, il correre un rischio eccessivo nel tentativo estremo di disarmarlo ecc.

Per evitare tali rischi occorre sempre ricordare che, malgrado sia auspicabile una risoluzione pacifica del caso, questa non deve tuttavia realizzarsi a spese della sicurezza dell’agente o degli altri individui eventualmente presenti sulla scena.

2. la seconda dinamica viene definita come “Il fattore fastidio” .

Analizzando l’evoluzione di analoghe situazioni critiche l’autore ha constatato come in alcuni casi, l’estremo tentativo di aiutare il soggetto da parte degli agenti intervenuti, potrebbe essere da questi percepito come un fastidio così esasperante da essere spinto improvvisamente a commettere il gesto suicida.

Pertanto, il ricercatore sostiene che quando l’agente non riesce a stabilire una buona intesa emotiva con l’individuo che minaccia comportamenti auto/etero lesivi, questi potrebbe individuare nella propria morte l’unica via di fuga da una situazione ormai percepita “senza scampo”. A ciò contribuirebbero in grande misura le intimidazioni ed il comportamento agitato dell’agente. Infatti potrebbe instaurarsi un circolo vizioso per il quale, quest’ultimo, constatando l’inefficacia dei propri tentativi di risolvere la situazione pacificamente, tenterebbe di riuscirvi attraverso intimidazioni più esasperate e perentorie, che l’individuo tuttavia percepirebbe come più aggressive.

Al fine di avere maggiori probabilità di successo nel caso si determini tale situazione assai critica, considerando l’impossibilità di soddisfare la ricorrente richiesta “di andarsene”, formulata dall’individuo nei confronti dell’agente, questi dovrebbe, pur rimanendo nel contesto operativo, esser consapevole che i suoi sforzi estremi di parlargli e stabilire un contatto emotivo lo stanno irritando o addirittura

esasperando. Conseguentemente, se possibile, sarebbe opportuno richiedere l'ausilio di un negoziatore specificatamente preparato nel far fronte a tali situazioni critiche, o qualora non sia prontamente disponibile, considerare comunque la possibilità di cambiare il ruolo di interlocutore con un altro agente.

Il dott. Perrou ha inoltre individuato i seguenti potenziali indicatori, nel comportamento del soggetto minacciante, che lascerebbero presagire una possibile risoluzione pacifica della situazione critica potenzialmente riconducibile ad un tentativo di "Suicide by Cop".

- minor tensione nell'interazione con l'agente;
- diminuzione del tono della voce;
- diminuzione dell'intensità della rabbia;
- minore aggressività verbale;
- diminuzione dell'aggressività espressa dal linguaggio del corpo;
- diminuzione del senso di perdita di speranza e di perdita di fiducia nella possibilità di essere aiutati;
- maggiore disponibilità all'ascolto degli agenti;
- richieste relative alle sue sorti dopo l'eventuale resa.

L'autore comunque sottolinea come la presenza di tali indicatori non debba comunque far abbassare la guardia degli agenti operanti compromettendo così la loro sicurezza. Tali elementi possono tuttavia fornire utili indicazioni relativamente allo svolgimento del negoziato ed alle modalità con le quali portarlo a termine.

Di notevole rilevanza sono inoltre i seguenti indicatori comportamentali comunemente presenti in caso di soggetto con intenzioni suicida.

- **Atteggiamento iper-vigile (scanning)**

Il soggetto controlla con meticolosità l'intero campo visivo, tipicamente "da una spalla all'altra";

- **Variazioni della frequenza respiratoria**

Un cambiamento della frequenza respiratoria può essere riscontrato a livello visivo, uditivo o entrambi, e rappresenta spesso l'ultima atto prima della morte.

Purtroppo non sempre l'attività respiratoria è così evidente e pertanto potrebbe essere utile deputare un agente al suo monitoraggio.

- **“Conto alla rovescia”**

Tale conto cadenzato spesso può aiutare il soggetto con intenzioni suicida a raggiungere la soluzione fatale. Questi, infatti, concentrerebbe la propria attenzione in larga parte sul conteggio precludendo quindi l'elaborazione e/o l'analisi di soluzioni alternative, oltre che, naturalmente, distogliere la propria attenzione dai tentativi di farlo desistere dal proprio intento da parte degli agenti intervenuti.

Infine, l'intenzione suicida trarrebbe un ulteriore rinforzo dalla inevitabile conseguente agitazione degli agenti stessi nell'udire il conto alla rovescia: questa potrebbe rappresentare, a sua volta, un'ulteriore dimostrazione per il soggetto di essere giunto ad un "punto di non ritorno" nel quale l'unica possibilità di fuga sarebbe rappresentata dalla propria morte.

In tali situazioni di crisi, l'identificazione dei sopraelencati comportamenti pre-suicidio e la loro successiva interruzione attraverso opportune modifiche tattiche d'intervento, hanno spesso permesso agli agenti di impedire al soggetto di commettere l'atto fatale e quindi di farlo arrendere.

L'autore cita quale esempio quello di un ufficiale di polizia che, notando ad un certo punto della negoziazione il soggetto iniziare a scuotere la testa, iperventilarsi e contare a bassa voce "...uno, due...", può cambiare repentinamente strategia d'intervento e, da un iniziale atteggiamento empatico e accogliente passare improvvisamente ad un approccio autoritario e direttivo urlando "Ferma quello che stai per fare! So quello che stai per fare e ti dico di fermarti immediatamente! Fermati! Parlami! Non farlo!". Tale nuovo (sorprendente e magari distraente) cambio di atteggiamento, considerata l'inefficacia di quello precedente e la probabile imminenza del gesto suicida, potrebbe rappresentare la tattica operativa risolutiva.

2.7. Suicidi di piloti di aerei.

Quello dei piloti suicida è un fenomeno tristemente noto che riporta immediatamente alla mente i piloti kamikaze giapponesi della seconda guerra mondiale o l'attacco terroristico dell'11 settembre in cui 19 uomini, appartenenti all'organizzazione terroristica *Al Qaeda*, si impossessarono di 4 aerei di linea in volo sui cieli statunitensi, al fine di compiere la più drammatica missione suicida mai realizzata causando la morte di quasi 3.000 persone.

Tali suicidi, in un'ottica durkheimiana verrebbero definiti "suicidi altruistici" essendo infatti possibile evidenziare uno stretto legame di subordinazione del singolo al gruppo: l'io dell'individuo perde il senso di appartenenza confondendosi con una cosa diversa da sé e pertanto il suo agire trova una spiegazione all'interno di un gruppo di cui lo stesso è parte. Per questi casi il suicidio non rappresenterebbe più l'esercizio di un eventuale diritto sulla propria vita, bensì l'adempimento di un dovere.

Di altra natura risultano invece i casi di suicidio da parte di piloti che si suicidano utilizzando l'aereo che stanno pilotando, per motivi diversi da quello precedentemente definito "altruistico".

La storia dell'aeronautica mondiale purtroppo annovera una vasta casistica in tal senso.

Tra le recenti catastrofi aeree le cui cause sono, con tutta probabilità, da imputare ad un atto volontario e suicida del pilota, torna immediatamente alla memoria quella del pilota cinese Tsu Way Ming di 41 anni, al comando di un aereo della SilkAir in volo da Jakarta con destinazione Singapore, che il 19 Dicembre 1997 precipitò causando la morte di 104 passeggeri.

Le prime indagini svolte dalla Commissione Nazionale di Sicurezza sui Trasporti indonesiana (NTSC) non riscontrò alcuna evidenza sulle cause del disastro. Tuttavia, un approfondimento investigativo svolto dalla National Transportation Safety Board (NTSB), massimo organismo investigativo non governativo americano per gli incidenti nei trasporti civili, evidenziò che con ogni probabilità il disastro era avvenuto a causa della volontà suicida del pilota. A seguito di un'approfondita autopsia psicologica del pilota furono riscontrati importanti elementi a favore dell'ipotesi relativa al suicidio: vennero alla luce gravi problemi economici personali causati dal crollo delle borse asiatiche, una mancata promozione per un precedente atterraggio sbagliato con successiva manomissione delle scatole nere (così come risultarono esser state spente quelle del disastro) e la sua ossessione per la morte dei "Cavalieri neri", squadra acrobatica dell'aeronautica militare di Singapore alla quale Tsu aveva fatto parte (la tragedia del Boeing avvenne, quasi al minuto, nel diciottesimo anniversario

della scomparsa della squadriglia). Infine, cinque giorni prima del disastro, questi stipulò una polizza sulla sua vita di circa 5 milioni di dollari.¹⁴¹

Ancor più chiara fu la dinamica del disastro aereo della Egypt Air 990 del 31.10.1999,, in volo da Los Angeles con destinazione il Cairo causato, con tutta probabilità dal suicidio del pilota Gameel el – Batouty di 59 anni, cinque figli, componente dell' equipaggio di riserva dell'aereo, il quale, prendendo improvvisamente il comando dell'aeroplano mezz'ora dopo il decollo, disinserito il pilota automatico, lo fece precipitare nelle acque dell'oceano Atlantico.

Nella sciagura morirono tutte le 217 persone a bordo.

Fu la sua la voce incisa sul registratore di bordo, riconosciuta successivamente dai colleghi della compagnia egiziana, a chiarire in modo pressoché inequivocabile le dinamiche del disastro. Egli, un istante prima di precipitare recitò la Shihada, una delle più comuni preghiere musulmane: "Tawakilt ala Allah", "mi metto nelle mani di Dio" aggiungendo "Adesso ho deciso". La successiva ricostruzione fatta dagli inquirenti stabilì che il comandante si era alzato, forse seguito dagli assistenti per un caffè.

Gameel a quel punto chiese: "Posso prendere i comandi?". La porta si chiuse e Gameel rimase solo. Tutto accadde in 90 secondi e pronunciate quelle parole e disinserito il pilota automatico l'aereo iniziò a precipitare mentre si sentì riaprire la porta della cabina e le grida del comandante: "Ma che succede? Tiralo su con me, tiralo su con me!". Probabilmente in cabina vi fu una colluttazione con voci che si sovrapposero. Poi il silenzio.

Sembra che Gameel fosse depresso e pieno di debiti. La sua figlia minore, Aya, 10 anni, era molto malata ed in cura presso una clinica californiana senza sussidi assicurativi. Gameel aveva stipulato un'assicurazione sulla

¹⁴¹ Caretto E,(1998), *Indonesia, portò con se' 103 persone nell' anniversario della morte dei suoi colleghi di squadriglia*, Corriere della Sera, 31.7.1998, p.14.

vita. Come tuttavia sempre accade in questi casi la compagnia aerea egiziana non fu d'accordo con la ricostruzioni delle autorità inquirenti statunitensi sostenendo, contro ogni evidenza di prova, l'ipotesi di un guasto tecnico.¹⁴²

Anche i piloti di linee aeree private purtroppo si aggiungono a questa lista di suicidi, anche se solitamente i loro gesti estremi determinano un numero inferiore di vittime.

Questo è, ad esempio, il caso del suicidio di Joseph Andrew Stak , un ingegnere di 53 anni, che il 18.02.2011 ad Austin (USA), dopo aver dato fuoco alla sua abitazione ed essersi impossessato di un aereo monomotore , lo ha pilotato fino a schiantarsi contro un edificio che ospitava l'ufficio dell'erario. Le conseguenti indagini permisero di appurare che dietro il folle gesto c'era un contenzioso con l'ufficio delle imposte e la voglia di farla finita, così come è risultato anche da una lettera d'addio rinvenuta successivamente.¹⁴³

Il dott. Corey B. e coll. (2005)¹⁴⁴ ha svolto una interessante ricerca sul fenomeno dei suicidi dei piloti di aerei.

Lo studio ha elaborato un'analisi comparativa, per il periodo compreso tra il 1983 ed il 2003, tra 37 incidenti aerei riportati dalla National Transportation Safety Board, nei quali l'ipotesi del suicidio era stata inserita tra le probabili cause e 74 incidenti che la escludevano.

Lo studio ha preso in considerazione solo gli incidenti causati da probabili suicidi di piloti senza il coinvolgimento di passeggeri o persone a terra.

Per ogni caso di probabile suicidio sono stati considerati, per l'analisi comparativa, due casi a campione che lo escludevano.

Tutti i casi esaminati provenivano dal database della National Transportation Safety Board (NTSB).

¹⁴² Buccini G.,(1999), *Il pilota suicida: "Ho deciso"*, Corriere della Sera, 18.11.1999, p.18.

¹⁴³ Adnkronos del 18.2.2011.

¹⁴⁴ Corey B.B., (2005), *Suicide by Aircraft: A Comparative Analysis*, Aviation, Space and Enviromental Medicine, Vol. 76, August 2005, n.8, pp.715-19.

Tra le variabili della ricerca sono state considerate le informazioni assunte dalle autopsie psicologiche svolte quali i dati anagrafici, l'anamnesi psicofisica ed i risultati degli esami tossicologici, le caratteristiche sociali e culturali del pilota, eventuali problemi legali in atto. Altre variabili esaminate sono state l'orario del volo, le condizioni climatiche al momento dell'incidente, il giorno della settimana, il mese, l'eventuale sviluppo di incendi a bordo, i danni all'aeromobile ed il luogo dell'impatto.

In tutti i 37 casi di probabili suicidi i piloti erano di sesso maschile; di questi si registrava un solo sopravvissuto. I risultati tossicologici rilevarono che il 24% dei piloti risultò positivo all'alcool, il 22% a psicofarmaci (citolopramina, diazepamina, flouxetina, diphenhydramina, comedina, e temazepamina), il 14% a droghe (cocaina e marijuana).

Nel 46% dei casi vennero riscontrati preesistenti problematiche familiari e sociali in generale, nel 41% problemi legali (4 per "attività illegali" e 2 per "dispute familiari") e nel 38% disturbi psichiatrici (solo 5 su 14 documentati: 4 casi di depressione ed un disturbo da dipendenza da sostanze).

Dei 19 casi di piloti con problemi familiari, 14 evidenziavano crisi coniugali, divorzi o relazioni extraconiugali problematiche. In 3 casi vi era uno stato di distress psicologico determinato da un recente lutto o malattia di un proprio caro e in 2 casi gravi problemi di lavoro.

Il 51% (pari a 19 soggetti) dei 37 piloti considerati aveva lasciato una nota d'addio.

In tutti i casi considerati, sia i danni all'aeroplano che al pilota erano stati di notevole entità.

La maggior parte dei suicidi era avvenuta tra ottobre e marzo (62%) ed diversi erano i luoghi dell'impatto: edifici, specchi d'acqua, montagne, distese di campi e comunque, per l'89% dei casi, fuori dalle aree aeroportuali.

In un unico caso dei 37 incidenti esaminati il pilota non era solo e 9 piani di volo non erano stati autorizzati dalle autorità aeroportuali.

I ricercatori hanno riscontrato numerose associazioni significative tra le caratteristiche personali dei piloti e i casi di incidenti per probabili suicidi rispetto gli altri casi comparati.

Nello specifico, i piloti che si sarebbero suicidati erano più giovani, meno propensi a viaggiare con equipaggio o con passeggeri, i danni agli aeroplani erano molto più gravi, gli incidenti erano avvenuti con maggiore frequenza fuori dagli aeroporti e più spesso ottobre e marzo. A tal proposito si può ipotizzare che le condizioni metereologiche avverse, frequenti nel periodo in argomento, possano oggettivamente svolgere un ruolo importante nella dinamica degli eventi unitamente alle difficoltà psicologiche dei singoli piloti.

Non sono state riscontrate ulteriori differenze significative con i casi di controllo relativamente alle condizioni del tempo e alle altre variabili considerate.

L'assenza di altre persone a bordo è risultato essere il più forte fattore predittivo per tali suicidi. Le probabilità che i suicidi siano commessi da piloti con età inferiore ai 40 anni è stata calcolata di 5 volte superiore rispetto a quella di piloti più anziani e le possibilità che l'incidente si verifici fuori dall'aeroporto di 15 volte maggiori rispetto a quelle che avvenga all'interno delle aree aeroportuali.

Dai risultati della ricerca appare evidente come i dati epidemiologici dei suicidi commessi dai piloti di aerei mediante l'utilizzo del mezzo siano alquanto sottostimati per motivi tecnici, dovuti alla frequente distruzione delle prove dopo lo schianto, per fattori sociali, connessi alla salvaguardia dei parenti delle vittime dallo stigma conseguente, e per fattori economici, legati alla necessità dei parenti di riscuotere i premi assicurativi sulla vita

stipulati dalle vittime e quelli delle compagnie aeree che hanno ogni interesse nel tenere celato il fenomeno agli occhi dei futuri clienti.

Gli autori, in considerazione dell'enorme importanza dello stato di salute psichico e fisico dei piloti, che, come dimostrato, può considerarsi fortemente predittivo di un futuro comportamento suicida, auspicano una maggiore attenzione per la loro selezione ed un continuo monitoraggio psicofisico.

Purtroppo la FAA (Federal Aviation Administration) statunitense sembra aver disatteso tali auspici considerata la recente abolizione del divieto che da 70 anni impediva ai piloti americani, sotto trattamento psicofarmacologico, di prestare servizio. Ora i piloti potranno volare sotto l'effetto di potenti psicofarmaci. La regola era stata imposta a causa dei gravi effetti collaterali che potevano produrre tali farmaci: dall'apatia ed astenia sino a difficoltà visive e di giudizio. Sono 4 gli antidepressivi consentiti: Prozac, Zoloft, Celexa e Lexapro. I piloti che ne fanno uso saranno tenuti ad effettuare una visita psichiatrica ogni sei mesi.

L'FAA, pur non potendo stimare il numero di piloti che soffre di disturbi depressivi, ritiene comunque che la loro percentuale sia in linea con quella della popolazione, vale a dire circa il 10%..

Tale decisione è stata presa senza tener conto delle etichette di avvertimento di questi farmaci, approvate dalla FDA (Food and Drug Administration), sul rischio di suicidio di bambini e negli adulti oltre ad una lunga serie di possibili reazioni pericolose quali aggressione, ostilità, impulsività, disinibizione e manie. Difatti, per i conducenti di automobili, l'uso degli antidepressivi determina spesso una guida spericolata, trasformando la macchina in possibile mezzo per suicidarsi. E a questo

punto cosa potremmo pensare di piloti d'aereo sotto l'effetto di queste sostanze?¹⁴⁵

¹⁴⁵http://www.huffingtonpost.com/dr-peter-breggin/antidepressants-pilots-ta_b_542240.html

Capitolo terzo

Aspetti medico legali nei casi di suicidio e morte equivoca

3.1. Cenni di tanatologia: la diagnosi di epoca di morte

Le rilevazioni sulla scena del delitto ed il “congelamento” della scena sono importantissime nella ricerca delle tracce relative al crimine e rivestono carattere di urgenza al fine di evitare inquinamenti e alterazioni fondamentali che potrebbero alterare la diagnosi finale; la circoscrizione dell’area dove si è verificato il delitto è fondamentale , per esempio, in luoghi sedi di attentati in cui i rilevamenti tecnici saranno tanto più precisi quanto più saranno effettuati precocemente e senza manipolazioni.

Il medico legale deve in primis rilevare tre fenomeni consecutivi sul cadavere, la cosiddetta “triade classica”: rigidità cadaverica, la temperatura cadaverica con le macchie ipostatiche ed i fenomeni tanatologici trasformativi (putrefazione, mummificazione, macerazione, saponificazione, corificazione); questi fenomeni sono fondamentali nella diagnosi dell’epoca di morte e sono da rilevare già sulla scena del crimine. In fase autoptica successiva tali segni vanno ulteriormente accertati e valutati in fase evolutiva, poiché il giudizio sulla tanatocronodiagnosi va valutato anche in funzione di fenomeni intrinseci al cadavere oltre che, naturalmente, all’ambiente in cui è stato rinvenuto, permettendo di

formulare un range cronologico più o meno ristretto dell'epoca di morte, importantissimo dal punto di vista investigativo e giudiziario.¹⁴⁶

3.2. Fenomeni tanatologici consecutivi

Il raffreddamento cadaverico (algor mortis), la rigidità cadaverica (rigor mortis) e le ipostasi (livor mortis) sono i tre elementi principali per la diagnosi di epoca di decesso; a essi si possono aggiungere l'acidificazione, legata all'arresto dei processi metabolici tissutali e il disseccamento legato alla disidratazione soprattutto a livello delle mucose, che appare intorno alle 4-6 ore dalla morte.¹⁴⁷

3.2.1. Il raffreddamento cadaverico

Con la morte si ha la cessazione dei processi metabolici che inducono la produzione di calore e la temperatura corporea tenderà ad equilibrarsi alla temperatura ambientale in un arco di tempo che varia dalle 11 alle 30 ore. Tale lasso di tempo è naturalmente fortemente influenzato dalle condizioni climatiche ambientali poiché più è alta la differenza di temperatura tra cadavere ed ambiente in cui si trova e maggiore sarà la rapidità con cui si raggiunge l'equilibrio termico.

Nei nostri climi, in linea di massima, nelle prime 3-4 ore si avrà una riduzione della temperatura corporea di 1-2 gradi centigradi all'ora, mentre nelle successive 6-10 ore il decremento calorico corporeo è di 1° C per ora

¹⁴⁶ Liviero V. in: Picozzi M., Intini A., (2009), *Scienze Forensi. Teoria e prassi dell'investigazione scientifica*, pp.51, UTET Giuridica-Torino

¹⁴⁷ Tancredi D.M.in: Carella Prada O., Tancredi M. (2006), *Il sopralluogo giudiziario medico legale*, Roma. Società Editrice Universo, pp.84-5.

e, allontanandosi dal momento della morte, si avranno perdite termiche di $\frac{3}{4}$, $\frac{1}{2}$ e $\frac{1}{4}$ di grado fino a raggiungere l'equilibrio termico con l'ambiente.¹⁴⁸

Tra i fattori intrinseci si rammenta che più lo strato adiposo del cadavere è spesso, più la perdita di calore risulterà ridotta, funzionando il grasso corporeo da isolante; l'eventuale emorragia pre-morte può determinare invece perdite di calore più repentine.

Tra i fattori estrinseci la temperatura, l'umidità e la ventilazione ambientali influenzano in modo importante la perdita di calore corporeo, come fondamentali sono pure il tipo e la quantità di indumenti indossati dal defunto.

Nella rilevazione della temperatura ambientale è necessario non esporre il termometro a fonti di calore dirette o a correnti d'aria e rilevandola in prossimità della posizione del cadavere.

La rilevazione della temperatura corporea del cadavere va effettuata invece per via rettale mediante termometro a colonna di mercurio; nel sospetto di rapporto sessuale anale pre-morte la rilevazione in tale sede può essere sconsigliata per l'eventuale presenza di materiale biologico presente nella cavità che può alterare la misurazione.

In alternativa si può usare un termometro digitale a doppia sonda, una per il cadavere ed una per l'ambiente.

Per evitare errori le misurazioni vanno effettuate almeno tre volte: subito e poi due a distanza di mezz'ora l'una dall'altra.¹⁴⁹

¹⁴⁸ Liviero V. in: Picozzi M., Intini A., (2009), *Scienze Forensi. Teoria e prassi dell'investigazione scientifica*, pp.52, UTET Giuridica-Torino

¹⁴⁹ Tancredi D.M. in: Picozzi M., Intini A., (2009), *Scienze Forensi. Teoria e prassi dell'investigazione scientifica*, UTET Giuridica-Torino, pp.85-6.

3.2.2. *La rigidità cadaverica*

Al momento del decesso la muscolatura si trova in uno stato di totale flaccidità, mentre col passare del tempo, a causa di particolari fenomeni cellulari, si realizza uno stato di contrazione massimale dei muscoli che appare in senso cranio-caudale, a partire dalla terza-quarta ora, con iniziale contrazione della mandibola, dei muscoli facciali e cervicali e finendo con le piccole articolazioni delle mani e dei piedi, con fissità completa delle articolazioni che si raggiunge intorno alla settima- dodicesima ora dopo la morte. Tale rigor raggiunge l'apice massimo tra la 36° e 48° ora e poi tende a regredire fino a scomparire completamente dopo la 72° ora.¹⁵⁰

In rari casi in cui il soggetto muore durante un'intensa attività muscolare la rigidità cadaverica può instaurarsi immediatamente, senza la fase di rilassamento muscolare iniziale (rigidità catalettica o statuaria); il calcolo dell'epoca di morte viene comunque effettuato anche in base al raffreddamento e alle ipostasi, nonostante la discrepanza con il rigor.

La rigidità può essere risolta meccanicamente forzando le articolazioni e ciò risulterà più difficile ovviamente quando si è al massimo della contrazione; se effettuato precedentemente, la mobilizzazione può risultare più agevole e può continuare il processo di irrigidimento ma da un livello più basso; ciò è fondamentale nel sospetto di spostamento o manipolazione del cadavere, soprattutto se effettuato precocemente rispetto al momento in cui la rigidità stava instaurandosi, perchè uno o più distretti articolari risulteranno meno irrigiditi rispetto al resto del cadavere.

Anche nel caso del rigor sia fattori intrinseci che estrinseci possono modificare la comparsa o l'entità della rigidità. Tra i fattori intrinseci importati sono lo sviluppo dalla massa muscolare del soggetto, il tipo di morte (nelle morti improvvise la rigidità è più precoce ed intensa), l'età e la

¹⁵⁰ Liviero V. in: Picozzi M., Intini A., (2009), *Scienze Forensi. Teoria e prassi dell'investigazione scientifica*, UTET Giuridica-Torino, pp.52-3.

contrazione muscolare del soggetto nel momento della morte. Tra i fattori estrinseci si ricorda la temperatura ambientale (col freddo il rigor si instaura più tardivamente).¹⁵¹

3.2.3 Le ipostasi

Sono macchie cutanee di colore rosso scuro legate alla cessazione dell'attività cardio-circolatoria con conseguente ristagno del sangue nelle porzioni declivi ad esclusione delle zone di appoggio del cadavere o di compressione (cintura x es.) per effetto compressivo dei vasi.

Le ipostasi di solito compaiono 2-3 ore dopo la morte e ai fini della tanatocronologia si distinguono tre fasi: fase della migrabilità, (entro 10-12 ore) in cui in seguito a spostamenti del cadavere possono scomparire in una sede e spostarsi un un'altra declive rimanendo nella primitiva sede solo attenuate; fase della fissità relativa (fino a 48-72 ore dalla morte) in cui le macchie possono attenuarsi o scomparire in seguito a digitopressione o compressione; fase della fissità assoluta (oltre le 48-72 ore dalla morte) in cui non si possono ottenere modificazioni delle ipostasi per l'emolisi e la putrefazione vasale.¹⁵²

Anche per le ipostasi fattori intrinseci ed estrinseci possono influenzarne l'estrinsecazione: nelle morti avvenute con cadavere in sospensione, come per es. nelle impiccagioni, oltre alle ipostasi si apprezzano anche petecchie sottocutanee; nei casi di morte da monossido di carbonio le ipostasi avranno un colore rosso acceso per il forte legame tra CO ed emoglobina; in soggetti morti per asfissia le ipostasi saranno più abbondanti e compariranno più

¹⁵¹ Carella Prada O., Tancredi M. (2006), *Il sopralluogo giudiziario medico legale*, Roma. Società Editrice Universo.

¹⁵² Liviero V. in: Picozzi M., Intini A., (2009), *Scienze Forensi. Teoria e prassi dell'investigazione scientifica*, pp.52-3, UTET Giuridica-Torino

precocemente, come nei soggetti scoagulati (cardiopatici in terapia anticoagulante o soggetti con patologie ematologiche), per la maggior fluidità del sangue.¹⁵³

3.3. I fenomeni tanantologici trasformativi

Sono i fenomeni di trasformazione cadaverica che sopraggiungono tardivamente e fortemente influenzati dall'ambiente in cui si trova il cadavere.

3.3.1. Putrefazione

E' il fenomeno di più frequente ed è causato all'anossia cellulare legata all'arresto cardio-circolatorio per cui si ha la morte tissutale con sviluppo della flora batterica anaerobica.

Sono distinguibili tre fasi: la fase cromatica, la fase gassosa e la fase colliquativa.

La fase cromatica si verifica 16-24 ore dopo la morte e si manifesta mediante l'assunzione di un colorito verdastro della cute legato alla produzione di vari gas putrefattivi che si legano all'emoglobina derivante dalla lisi dei globuli rossi. La macchia putrefattiva compare comunemente a livello della fossa iliaca dx o nelle sedi di cicatrici addominali o di emorragie sottocutanee. Nella stessa fase a livello della radice degli arti può comparire la cosiddetta “rete venosa putrefattiva” costituita da una serie di

¹⁵³ Carella Prada O., Tancredi M. (2006), *Il sopralluogo giudiziario medico legale*, Roma. Società Editrice Universo.

strie ramificate di colore bruno che rappresentano la putrefazione dei vasi regionali che in tali sedi sono più superficiali ed evidenti.

La fase gassosa compare tra il secondo e quarto giorno dopo la morte (in estate, mentre è più tardiva nei mesi freddi) ed è determinata dalla replicazione di germi anaerobi che continuano a produrre gas gonfiando letteralmente il corpo del cadavere; frequentemente, a causa della compressione gassosa, si ha anche l'espulsione di liquidi dalle cavità naturali (orale, anale).¹⁵⁴

Nella fase colliquativa i germi anaerobi scollano lo strato corneo superficiale della cute producendo delle vescicole che scoppiano e permettendo ai germi aerobi dell'ambiente circostante di penetrare e di accelerare il processo di liquefazione putrefattiva. Nella fase terminale si ha la scheletrizzazione che si realizza in un arco di tempo che varia dai 18 ai 36 mesi. La scheletrizzazione è fortemente accelerata dalla colonizzazione del cadavere ad opera di micro e macrofauna; l'intervento di larve di insetti, quando il cadavere è ritrovato in ambienti aperti, velocizza ulteriormente il processo.

Eventi estrinseci ed intrinseci, quali la bassa temperatura ambientale o la permanenza del cadavere in acqua, così come abbondanti emorragie pre-morte rallentano il processo; le alte temperature o processi settici in corso prima della morte ne accelerano il decorso.¹⁵⁵

3.3.2. Mummificazione

E' la trasformazione del cadavere per perdita di liquidi e quindi per essiccamento possibile in ambienti molto caldi, secchi e ventilati ed avviene

¹⁵⁴ Donato F., (2006), *Criminalistica e tecniche investigative*, Firenze, Editoriale Olimpia, p.43.

¹⁵⁵ Tancredi D.M. in: Picozzi M., Intini A., (2009), *Scienze Forensi. Teoria e prassi dell'investigazione scientifica*, UTET Giuridica-Torino, pp. 87-8.

in un arco di tempo di circa 6 -12 mesi. L'aspetto del corpo è con cute secca ed anelastica, di colorito bruno-giallastro e con tessuti molli raggrinziti ed adesi allo scheletro sottostante. La perfetta conservazione della superficie curanea delle dita permette, in questi cadaveri, mediante apposito trattamento chimico-fisico, l'ottima ricostruzione delle impronte digitali, utili al fine dell'identificazione del cadavere.

3.3.3. Macerazione

E' causata dall'assorbimento cutaneo del liquido in cui è immerso il corpo del cadavere.

Entro il 3° giorno dall'immersione, la cute dei palmi delle mani e dei piedi, con strato corneo più spesso, diventa bianca, raggrinzita e si scolla dai tessuti sottostanti con aspetto a guanto o a calza che si rileva intorno al settimo- 15° giorno dall'immersione, a seconda che il cadavere si trovi in acqua salata (fenomeno rallentato) o in acqua dolce (fenomeno accelerato). E' il fenomeno tipico che interessa il feto morto all'interno del sacco amniotico chiuso.¹⁵⁶

3.3.4 Saponificazione

La saponificazione è un particolare processo di trasformazione degli acidi grassi in ambiente alcalino; lo si osserva in cadaveri rimasti in acqua per lunghi periodi o sepolti in terreni fortemente umidi, iniziando intorno al

¹⁵⁶ Carella Prada O., Tancredi M. (2006), *Il sopralluogo giudiziario medico legale*, Roma. Società Editrice Universo.

mese dopo la morte e terminando nell'arco di 6 mesi- 1 anno. Il corpo del cadavere appare di colore grigio chiaro e untuoso e esponendolo in ambiente secco assumerà un aspetto cretaceo e friabile.¹⁵⁷

3.3.5. Corificazione

Viene definita come “mummificazione umida” per la perdita di liquidi da parte di un corpo cadaverico sigillato all'interno di una cassa rivestita di zinco. La pelle assume l'aspetto di pelle conciata e si stampa sulle strutture muscolo-scheletriche sottostanti, con possibilità di riconoscere i tratti somatici originali del soggetto.¹⁵⁸

3.4. Concetto di “lesività” e diagnosi differenziale nei casi di suicidio e morte equivoca

Per “lesività” di interesse criminalistico si intende la “valutazione delle caratteristiche morfologiche delle lesioni al fine di delinearne la natura, i mezzi e le modalità di produzione nonché l'obiettivazione dei singoli elementi utili per l'accertamento della causa di morte, delle dinamiche dell'evento e la conseguente analisi diagnostico-differenziale in termini di omicidio, suicidio o incidente.”¹⁵⁹

Al fine di una maggiore comprensione delle attività investigative che portano ad elaborare una diagnosi differenziale di omicidio-suicidio-

¹⁵⁷ Donato F., (2006), *Criminalistica e tecniche investigative*, Firenze, Editoriale Olimpia, p.43.

¹⁵⁸ Carella Prada O., Tancredi M. (2006), *Il sopralluogo giudiziario medico legale*, Roma. Società Editrice Universo.

¹⁵⁹ Carella Prada O., Tancredi M. (2006), *Il sopralluogo giudiziario medico legale*, Roma. Società Editrice Universo, pp.64-65.

incidente, prenderò ora brevemente in considerazione le specifiche lesioni riscontrabili su di un cadavere.

3.4.1. Lesioni da taglio

Le lesioni da arma da taglio sono quelle prodotte attraverso la pressione e lo strisciamento di uno strumento che agisca in virtù di un margine sottile ed affilato con potere recidente.¹⁶⁰ In tali casi, già durante la fase di sopralluogo, possono emergere elementi utili per una diagnosi differenziale tra omicidio, suicidio o incidente. Infatti, nei casi di suicidio le sedi prescelte sono generalmente quelle facilmente aggredibili dallo stesso soggetto, con prevalenza quindi delle superfici volare degli avambracci e/o dei polsi: in tali casi le lesioni sono spesso multiple, parallele e raggruppate, a sviluppo trasversale ed alcune di esse assai superficiali (i cosiddetti “tagli di prova” o tentativi). Altra superficie frequentemente utilizzata nei casi di suicidi con arma da taglio è quella del collo, nel quale la lesione è prevalentemente latero-cervicale con direzione da destra a sinistra o viceversa a seconda della mano usata dal soggetto suicida, anche se a volte può essere localizzata in sede mediana con orientamento trasversale. Anche in tale tipologia di lesioni si possono riscontrare, parallelamente alla lesione principale, superficiali soluzioni di continuo quali tentativi posti in essere dal suicida prima di infliggersi la lesione che ha determinato la sua morte. Viceversa, nei casi di omicidio per scannamento, nei casi in cui la vittima non sia colpita da tergo, la lesione interessa il versante mediano del collo con frequente estensione laterale, è disposta orizzontalmente e presenta ampiezza e profondità maggiori rispetto a quella riscontrata nei casi di suicidio.

¹⁶⁰ *Ibidem*

Pertanto, nei casi di scannamento, è spesso difficile produrre una corretta diagnosi differenziale in termini di suicidio-omicidio, sulla base del solo esame della lesività: in tal senso risultano essere notevolmente rilevanti gli elementi che emergono in fase di sopralluogo e riferiti alla ubicazione ed alla posizione del cadavere, allo stato dei luoghi, agli imbrattamenti ematici sulla vittima, sui suoi indumenti e nell'ambiente ed, infine, alla eventuale presenza di lesioni denominate "da difesa" a livello di superficie dorsale degli avambracci. Occorre inoltre sottolineare che è opportuno effettuare una ispezione completa ed accurata dei luoghi nonché una ad ampio raggio, considerato che la morte per scannamento non è immediata e che la vittima può muoversi e, a volte, anche allontanarsi dal punto ove è stata prodotta la lesione.

Va infine ricordato che, nei casi di eventi accidentali, ai fini di una diagnosi differenziale, sono spesso fondamentali i dati circostanziali: in tali casi, inoltre, si riscontra sovente un'unica lesione derivando infatti questa da un accadimento non previsto dalla vittima.

3.4.2. Lesioni da punta

Le lesioni da punta sono quelle prodotte per azione di mezzi puntiti tipici o propri (es chiodi, punteruoli ecc.) ovvero da mezzi appuntiti detti anche atipici o impropri (es. rami, aste ecc.).¹⁶¹

Per tali lesioni la diagnosi differenziale tra omicidio, suicidio e accidente è basata essenzialmente sulla sede delle ferite, sul loro numero e distribuzione, sull'orientamento dei tralci e su ulteriori elementi di giudizio inerenti il cadavere, quali, ad esempio, l'eventuale riscontro di lesioni "da difesa".

¹⁶¹ Carella Prada O., Tancredi M. (2006), *Il sopralluogo giudiziario medico legale*, Roma. Società Editrice Universo,

Occorre comunque ricordare che i casi di suicidio od omicidio sono notevolmente più rari rispetto a casi accidentali quali incidenti sul lavoro, cadute in particolari circostanze (impalamento) ed analoghe fattispecie.

3.4.3. Lesioni da punta e da taglio

Tali lesioni sono causate da strumenti con estremità appuntita ed uno o più margini taglienti.

Tra i più comuni mezzi lesivi da punta e da taglio vi è sicuramente il coltello che può essere monotagliante o bitagliante a seconda che la lama sia dotata di un solo margine acuto (“filo”) ed uno ottuso (“costa”) o entrambi i margini acuti.

Anche in questo caso, la diagnosi differenziale tra omicidio, suicidio o accidente viene effettuata prendendo in considerazione la sede, la distribuzione delle lesioni, il loro numero e l’orientamento dei singoli tramiti (aspetto da verificare in sede autoptica) nonché tutti gli altri elementi circostanziali rilevabili durante il sopralluogo.

In caso di suicidio, solitamente la lesione è unica e la sede più frequentemente interessata è il versante anteriore del torace, con prevalenza della regione precordiale ovvero dell’addome, nello specifico le regioni epigastrica e mesogastrica, con l’evidente intento di colpire il cuore. Talvolta le lesioni possono essere anche numerose ed in tali casi appaiono raggruppate e con il medesimo orientamento; può inoltre capitare che alcune di esse risultino maggiormente superficiali ed interpretabili come tentativi del soggetto prima di inferirsi il colpo fatale. Si evidenzia anche la non rara possibilità che gli indumenti, in caso di suicidio, appaiano sollevati in corrispondenza delle lesioni cutanee come se la vittima volesse avere maggiore certezza di procurarsi una ferita mortale: in tali casi si evidenzierà

l'assenza di fori o lacerazioni sugli indumenti del suicida nei punti corrispondenti alle sedi delle lesioni cutanee.¹⁶²

In caso di omicidio invece le lesioni, singole o multiple, potranno essere variamente distribuite ed orientate, localizzate in diversi distretti somatici e spesso potranno essere riscontrate le cosiddette lesioni “da difesa” localizzate agli arti superiori, specificatamente sulla parte dorsale degli avambracci e sul versante palmare delle mani riconducibili al tentativo della vittima di parare i colpi ovvero di bloccare l'aggressore o addirittura afferrare il mezzo di offesa.

Nei casi in cui la vittima assume un atteggiamento di difesa esclusivamente passivo, o è inerme (es. narcotizzata) o è impossibilitata nei suoi movimenti (es. legata o bloccata da un complice dell'aggressore), è possibile osservare numerose lesioni raggruppate, anche in assenza di lesioni da difesa, derivanti da un rapido susseguirsi di colpi inferti senza mutamento della posizione reciproca tra aggressore e vittima.

Nelle fattispecie accidentali, invece, solitamente la lesione è unica e può essere localizzata in sedi corporee le più diverse anche se, in tali casi, solitamente rappresentati da incidenti domestici o lavorativi, gli elementi circostanziali sono sovente più che sufficienti per una corretta ricostruzione di quanto accaduto.¹⁶³

3.4.4. Lesioni da arma da fuoco

Queste possono distinguersi in lesioni d'arma da fuoco a carica singola (es. revolver, arma automatica o semiautomatica ecc.) o a carica multipla (es. fucile da caccia).

¹⁶² Grande A. in: Picozzi M., Intini A., (2009), *Scienze Forensi. Teoria e prassi dell'investigazione scientifica*, UTET Giuridica-Torino, pp.98-99.

¹⁶³ Carella Prada O., Tancredi M. (2006), *Il sopralluogo giudiziario medico legale*, Roma. Società Editrice Universo,

Gli effetti lesivi da proiettile possono in generale distinguersi in: lesioni penetranti, quando il proiettile penetra e rimane nel corpo; lesioni trapassanti, in cui il proiettile penetra nel corpo e ne fuoriesce; lesioni contusive, nei casi in cui, considerata la notevole distanza tra colpo esplosivo e bersaglio, la forza penetrante del proiettile viene perduta; lesioni a semicanale, nel caso in cui il proiettile abbia colpito di striscio il corpo.

Inoltre le lesioni da proiettile si distinguono in lesioni da proiettile unico e lesioni da proiettile multiplo.¹⁶⁴

Relativamente alla prima tipologia bisogna premettere che la violenza con cui il proiettile raggiunge il corpo umano, produce sulla pelle dapprima un'azione di tipo contusivo e successivamente una perforazione.

La forma del foro d'ingresso è tendenzialmente circolare, con bordi frastagliati e pesti ed ha un diametro solitamente inferiore a quello del proiettile a causa della elasticità della pelle. E' inoltre generalmente circondato dal cosiddetto "orletto ecchimostico-escoriato" o orlatura d'ecorizzazione.

La forma del foro d'ingresso può esser circolare, qualora il proiettile sia penetrato perpendicolarmente nella cute; ovale, nel caso in cui la penetrazione sia stata obliqua.

Nel caso in cui il colpo sia stato esplosivo a distanza ravvicinata attorno al foro d'ingresso si evidenziano inoltre tracce di:¹⁶⁵

- *ustione*: determinata dalla fiammata generata dai gas combusti nell'esplosione che, nel caso di arma corta, può fuoriuscire sino a 5 cm.dalla relativa bocca;

¹⁶⁴ Donato F., (2006), *Criminalistica e tecniche investigative*, Firenze, Editoriale Olimpia, pp.91-92.

¹⁶⁵ Grande A. in: Picozzi M., Intini A., (2009), *Scienze Forensi. Teoria e prassi dell'investigazione scientifica*, UTET Giuridica-Torino, pp.100-104.

- *affumicatura*: è determinata dal deposito sulla pelle di prodotti derivanti dalla combustione della sostanza esplosiva. Generalmente la si osserva ad una distanza di circa 10 cm. dal vivo di volata dell'arma;
- *tatuaggio*: è causato da residui incombusti dell'esplosivo che penetrano in superficie nella cute: ha una forma di piccola punteggiatura a rosa intorno al foro e non scompare lavandola. E' presente se l'arma spara da una distanza di 30-40 cm.

Il *tramite* corrisponde al percorso che il proiettile fa all'interno di un bersaglio. In genere per ogni foro d'ingresso corrisponde un unico tramite anche se, nel caso di frammentazione del proiettile o di schegge ossee, si possono evidenziare tramiti secondari plurimi malgrado l'unico foro di entrata. Qualora il proiettile non sia trapassante ma trattenuto all'interno del corpo viene definito tramite a fondo cieco.¹⁶⁶

La forma del tramite assume generalmente l'aspetto di un cono tronco allungato con la base rivolta verso il lato opposto al foro d'ingresso con un andamento non sempre rettilineo bensì dipendente dal percorso e dagli ostacoli intrasomatici.

L'eventuale foro di uscita del proiettile presenta caratteristiche diverse rispetto a quello d'ingresso: ovviamente non vi sono né contusioni né escoriazioni o orletto ecchimotico-escoriato, generalmente risultano maggiori la grandezza, le irregolarità, i margini esteroflessi.

In merito alle lesioni da proiettile multiplo, quali ad esempio cartucce a pallini o da munizioni da caccia, si osserverà la presenza di un foro unico di ingresso di ampia dimensione e con margini frastagliati ed escoriati, fino ad una distanza di 50-100 cm. dalla bocca dell'arma. Con l'aumentare della

¹⁶⁶ Donato F., (2006), *Criminalistica e tecniche investigative*, Firenze, Editoriale Olimpia, pp.91-92.

distanza l'ammasso di pallini inizia ad aprirsi e la relativa ferita prende la forma di un *orlato*, con piccole cavità tra loro confluenti, detto anche *rosata* le cui dimensioni aumenteranno progressivamente all'aumentare della distanza d'impatto.¹⁶⁷

Anche i tramiti risulteranno multipli e la loro profondità ed ampiezza varierà in relazione alla distanza dell'arma e alla resistenza dei tessuti interessati.

Nel caso di superamento degli ostacoli interni, i pallini potranno fuoriuscire determinando uno o più fori d'uscita di forma irregolare e di dimensioni varie senza tuttavia determinare bordi con orletti di escoriazione.

Per le lesioni da proiettili multipli, gli effetti collaterali presenteranno parametri differenti rispetto a quelle da proiettili singoli: l'ustione si determinerà sino ad una distanza di 5-10 cm. dalla bocca dell'arma; l'affumicatura si verificherà a circa 50-100 cm. di distanza; il tatuaggio ad una distanza di 1,5-2 metri. Tali dati sono ovviamente indicativi in quanto variabili in relazione al tipo di arma, alla dimensione dei pallini, alla carica esplosiva ed alla lunghezza e strozzatura delle canne.¹⁶⁸

Per la diagnosi differenziale omicidio-suicidio-accidente occorre complessivamente valutare, unitamente agli elementi circostanziali rilevati in sede di sopralluogo, il numero e la sede dei fori d'ingresso e, in sede autoptica, l'orientamento intrasomatico del tramite; la distanza dallo sparo; la presenza o l'assenza di indumenti in corrispondenza della regione corporea colpita; l'eventuale presenza sulla mano della vittima di lesioni riconducibili all'utilizzo dell'arma o residui da sparo; l'eventuale presenza di tracce ematiche sulla mano della vittima o sull'arma utilizzata; il luogo di ritrovamento dell'arma.

¹⁶⁷ Grande A. in: Picozzi M., Intini A., (2009), *Scienze Forensi. Teoria e prassi dell'investigazione scientifica*, UTET Giuridica-Torino, pp.100-104.

¹⁶⁸ Grande A. in: Picozzi M., Intini A., (2009), *Scienze Forensi. Teoria e prassi dell'investigazione scientifica*, UTET Giuridica-Torino, pp.100-104.

Lasciano sicuramente pensare ad un omicidio la molteplicità dei colpi, la diversità delle sedi corporee colpite ed in ogni caso la localizzazione dei fori d'entrata in parti del corpo non autoaggregabili, la presenza di ferite "da difesa" ed il mancato ritrovamento dell'arma nel medesimo ambiente in cui è stata rinvenuta la vittima.

Nei casi di suicidio, solitamente il colpo è unico ed esplosivo a contatto. In ordine di frequenza, la regione del corpo solitamente colpita è la regione temporale destra (se la vittima è destrimano e viceversa), la regione precordiale, il cavo orale, il mento, la fronte e l'addome. In alcuni casi il suicida può scoprire la regione del corpo da colpire come per avere la certezza di raggiungere esattamente il punto prescelto ed assicurarsi immediatamente l'esito fatale. Può inoltre essere rilevata la presenza di una pluralità di lesioni, raggruppate nella medesima sede, nel caso in cui sia stata usata un'arma semiautomatica e le contrazioni del dito rimasto sul grilletto abbiano determinato una rapida successione di esplosioni. Nei rari casi in cui si osservano invece più lesioni in sedi diverse, il suicida potrebbe aver sparato dei colpi di prova, quali tentativi o veri e propri "incoraggiamenti", che hanno poi prodotto ferite lievi e comunque di entità tale da non impedire alla vittima di sparare il colpo fatale. È comunque più probabile che tali colpi di incoraggiamento vengano esplosi nell'ambiente piuttosto che sul corpo: in tal caso potranno essere riscontrati sul soma le relative lesioni da impatto o rimbalzo del proiettile.

In relazione all'orientamento intrasomatico dei tramiti, quello dal basso verso l'alto, si risconterà molto frequentemente negli spari nella bocca e alla regione temporale, viceversa, dall'alto verso il basso in quella precordiale e sull'addome.

Depongono inoltre per il suicidio reperti quali spruzzi di sangue di forma spesso tondeggiante e/o a punto esclamativo situati sul dorso della mano e a volte sull'avambraccio della vittima presenti, in particolare, quando il colpo sia stato esplosivo al capo, unitamente ad una piccola lesione escoriata (segno

di Felc), di solito lineare, a livello della plica interdigitale tra primo e secondo dito della mano che impugnava l'arma, riconducibile allo sfregamento sulla cute del carrello otturatore dell'arma durante il rinculo.¹⁶⁹ Infine, nei casi accidentali, il colpo è pressoché esclusivamente unico, l'auto o etero-ferimento è causato spesso dal montaggio o manipolazione di un'arma da fuoco o la sua caduta al suolo e, solitamente, le circostanze ambientali, gli elementi di sopralluogo e le risultanze autoptiche risultano risolutivi per la ricostruzione dei fatti.¹⁷⁰

3.4.5. Lesioni da ipertermia

L'applicazione di calore a livello locale sul corpo umano può provocare ustioni di vario grado. Il suicidio per mezzo del calore risulta assai raro venendo per lo più attuato in pubblico con eclatanti modalità a scopo chiaramente rivendicativo o dimostrativo.

Poco frequente è anche l'omicidio e prevede comunque che la vittima si trovi in condizione di non potersi difendere dalle fiamme o venga colta di sorpresa. E' tuttavia assai frequente il tentativo di cancellare le tracce di un omicidio e rendere il cadavere irriconoscibile appiccando fuoco nel luogo del delitto. Risulta pertanto essenziale, nei casi in cui venga rinvenuto un cadavere carbonizzato, prendere in considerazione tale evenienza.

L'evenienza accidentale è senza dubbio quella più frequente. Questa può esser riferita a persone che rimangono intrappolate in incendi, anziani o bambini che si rovesciano addosso liquidi bollenti, soggetti che perdono i sensi in seguito all'esarazione di fumi o gas tossici che si sviluppano durante un incendio o persone colte nel sonno o in stato alterato di coscienza dovuto ad ubriachezza o intossicazione da sostanze stupefacenti.

¹⁶⁹ Donato F., (2006), *Criminalistica e tecniche investigative*, Firenze, Editoriale Olimpia, p.95.

¹⁷⁰ Carella Prada O., Tancredi M. (2006), *Il sopralluogo giudiziario medico legale*, Roma. Società Editrice Universo.

In quest'ultima evenienza talvolta può accadere che siano gli stessi soggetti ad aver causato involontariamente lo sviluppo dell'incendio (es. sigaretta caduta in terra).¹⁷¹

3.4.6. Lesioni da ipotermia

Il corpo umano esposto a basse temperature ambientali può subire effetti locali a carico delle estremità e delle parti più sporgenti del corpo realizzanti congelamento o effetti sistemici che si estrinsecano sull'intero organismo e determinanti assideramento.¹⁷²

Dal punto di vista investigativo, l'omicidio per assideramento è assai raro e per lo più perpetrato nei confronti di infanti. Analogamente, risultano in letteratura pochi ed eccezionali i casi di suicidio. Tra questi vi è quello di una giovane donna di origini giapponesi il cui corpo fu rinvenuto congelato nella neve nell'Aprile del 2006 in Cecoslovacchia. Le indagini del caso acclararono che si trattò di un suicidio rituale.¹⁷³

Il dott. Geo Stone¹⁷⁴ sostiene che quella dell'ipotermia è una modalità sicuramente sottovalutata dagli aspiranti suicida: questa è infatti, così come la descrive l'autore, relativamente indolore e generalmente fatale se non interrotta. Individua, tuttavia, tra le principali difficoltà per portarla a termine, i tempi necessari per realizzarla e la conseguente maggiore probabilità che si verifichi un eventuale indesiderato salvataggio o ripensamento nonché le oggettive problematiche connesse a fattori logistici, climatici ed ambientali.¹⁷⁵

¹⁷¹ Carella Prada O., Tancredi M. (2006), *Il sopralluogo giudiziario medico legale*, Roma- Società Editrice Universo, p.87.

¹⁷² Carella Prada O., Tancredi M. (2006), *op. cit.*, p.87.

¹⁷³ Straka L., Novomesky F., Krajcovic J., Macko V. (2009), *Ritual suicide of Japanese girl in the Slovak Republic Legal Medicine*, Vol. II pp.506-507.

¹⁷⁴ Stone G. (1999), *Suicide and Attempted Suicide: Methods and Consequences*, Carroll & Graf Pub, New York, pp.265-285.

¹⁷⁵ <http://hightechchat.reocities.com/SoHo/opening/3630/part2/chap24.html>

In ogni caso la fattispecie di decesso accidentale per ipotermia risulta più frequente e si verifica sovente nei casi di soggetti che vivono in stato di abbandono ai margini della società.

3.4.7 Lesioni da energia elettrica

La lesività da energia elettrica può esser causata da energia elettrica di origine atmosferica (fulminazione) o da energia elettrica per uso industriale o domestico.

La morte sopraggiunge per paralisi respiratoria per azione sui centri nervosi bulbari e/o per tetanizzazione dei muscoli respiratori e/o per fibrillazione ventricolare con conseguente arresto cardiaco.¹⁷⁶

Rari risultano i casi di omicidio mentre non infrequenti risultano le fattispecie suicidarie realizzate sovente previo avvolgimento di cavi elettrici attorno ai polsi e/o alle caviglie.¹⁷⁷

Altro metodo utilizzato nei casi di suicidio per elettrocuzione, consiste nell'immergere un elettrodomestico in una vasca piena d'acqua nel cui interno si trova l'aspirante suicida: in tal modo la carica elettrica rilasciata nell'acqua, ottimo conduttore, determina la folgorazione della vittima senza che questa abbia alcuna possibilità di fuga ed impedendo, di fatto, ogni eventuale ripensamento.

Nella grande maggioranza dei decessi per elettrocuzione le risultanze del sopralluogo e l'esame esterno del cadavere risultano sufficienti per comprendere la dinamica dell'evento la cui natura è prevalentemente accidentale.

¹⁷⁶ Carella Prada O., Tancredi M. (2006), *Il sopralluogo giudiziario medico legale*, Roma- Società Editrice Universo, p.87.

¹⁷⁷ Fernando R, Liyanage S. (1990), *Suicide by electrocution*, Med. Sci. Law., Jul; 30(3), pp.219-220.

3.4.8 Lesività chimica

Gli avvelenamenti e, più in generale, la lesività da causa chimica, rappresentano un campo di notevole interesse di studio e di ricerca in ambito medico legale.

La lesività da causa chimica può agire sia con meccanismo chimico e quindi con interazione diretta sui tessuti umani, sia con meccanismo biochimico, cioè mediato dall'azione metabolica enzimatica.

Ogni sostanza che, penetrando nell'organismo, determini uno stato di patologia o la morte attraverso un meccanismo biochimico o chimico, in linea generale può essere considerata un veleno.¹⁷⁸

La diagnosi di avvelenamento viene effettuata, nella sua vasta accezione, sulla scorta dei seguenti criteri: chimico-tossicologico, anatomopatologico, clinico, biologico e circostanziale.

Appare evidente come, in riferimento all'attività di polizia giudiziaria, durante il sopralluogo il criterio circostanziale risulti quello prevalente. Questo comporta la valutazione di tutti quegli elementi anamnestici e oggettivi ambientali per i quali si può ipotizzare, per alcuni rinvenimenti di cadaveri, che la morte sia sopraggiunta a causa di intossicazione acuta da stupefacenti, assunzione di farmaci (in taluni casi combinati con alcool), per inalazione di gas tossici o, soprattutto nell'ambito di più complesse attività suicidarie, si tratti di "morte combinata" e quindi causata da un iniziale utilizzo di droghe/farmaci e/o alcool seguito da comportamenti lesivi di tipo meccanico (es. impiccamento ecc.).¹⁷⁹

In questo paragrafo prenderò in considerazione la lesività da stupefacenti e farmaci, da caustici e da monossido di carbonio le cui azioni vengono

¹⁷⁸ Carella Prada O., Tancredi M. (2006), *Il sopralluogo giudiziario medico legale*, Roma- Società Editrice Universo, p.89.

¹⁷⁹ *Ibidem*, pag.90

sovente riscontrate in fattispecie delittuose di tipo suicidario/omicidario o in eventi di natura accidentale.

3.4.8.1 Stupefacenti e farmaci

Viene comunemente definita “droga” ogni sostanza o farmaco in grado di ingenerare una dipendenza fisica e psichica o determinare tolleranza attraverso assuefazione.

In base agli effetti che determinano sul sistema nervoso centrale, possiamo distinguere le droghe d’abuso in: stimolanti (es. amfetamine, cocaina ecc.), deprimenti (es. alcool, oppiacei barbiturici ecc.) e allucinogeni (es. LSD, cannabis ecc.).

Nei casi di decesso per overdose di eroina, anche se assunta con altre sostanze quali barbiturici, alcool ecc., la morte sopraggiunge per collasso cardiocircolatorio causato dalla inibizione dei centri nervosi dell’encefalo deputati a sovrintendere a tali funzioni.

In caso di morte per intossicazione acuta da droghe e/o farmaci, il cadavere si presenta solitamente in un abbondante contesto ipostatico, sovente il volto è bluastro (cianosi facciale) a causa della stasi ematica nei distretti superiori dovuta, in particolare, all’ingorgo congestizio dei polmoni. Inoltre, si evidenzia spesso negli orofizi respiratori e sulla bocca, una schiuma rosea di quantità variabile a volte associata a tracce di alimenti rigurgitati. Tracce di vomito possono essere altresì riscontrate nell’ambiente circostante.¹⁸⁰

Nel caso gli inquirenti abbiano il sospetto di morte per intossicazione acuta da sostanze stupefacenti e/o farmaci, in fase di sopralluogo andranno ricercate tracce chimiche, lacci emostatici, polveri varie, cucchiaini, aghi,

¹⁸⁰ Carella Prada O., Tancredi M. (2006), *Il sopralluogo giudiziario medico legale*, Roma- Società Editrice Universo, p.91.

siringhe, contenitori, pillole, ricette e quant'altro possa aver avuto attinenza con l'assunzione della sostanza per poi, successivamente essere sottoposto ad esame di laboratorio.

I farmaci che possono essere assunti a scopo suicida, solitamente per ingestione, appartengono a diverse categorie. Questi presentano diversa composizione chimica, dosaggi tossici variabili a seconda della tipologia ed anche il meccanismo biologico di induzione alla morte è differente a seconda della sostanza assunta.

Di seguito riporto alcune categorie farmacologiche più frequentemente utilizzate a scopo suicidiario:¹⁸¹

- I *salicilati*, gli *antistaminici*, le *benzodiazepine* (es Valium) vengono spesso usati a scopo suicidiario anche se difficilmente raggiungono l'obiettivo fatale in quanto presentano una tossicità clinica limitata. Nei casi più gravi si può giungere al coma;
- *Anticolinesterasici*: sia i medicamentosi che gli insetticidi, ampiamente usati in agricoltura e quindi facilmente reperibili, sono assunti a scopo suicidiario prevalentemente per via gastroenterica e inducono alterazioni importanti sul sistema nervoso centrale;
- *Antidepressivi triciclici* (imipamina, dibenzepina, opipromolo): vengono assorbiti rapidamente per via parenterale e più lentamente per via orale; inducono al coma ed alla compromissione dell'attività cardiaca fino all'exitus;

¹⁸¹ D'Antuono G. (1980), "Malattie da agenti chimici", in AA.VV. (1980), *Patologia Medica*, Piccin, -Padova, pp.730-755.

- *Barbiturici*: comprendono un'ampia categoria di farmaci ad assunzione prevalentemente orale con diversi tempi d'azione; agiscono inibendo il sistema nervoso centrale con compromissione funzione respiratoria;
- *Cianuri e nitrili*: rappresentano il principale mezzo suicidario di questa categoria; comprendono l'acido cianidrico (o acido prussico), l'acrylonitrile ed altri derivati azotati degli idrocarburi, molti utilizzati nelle industrie della disinfestazione e derattizzazione. Prevalentemente assunti per via orale a scopo suicidario, producono, a livello cellulare, il blocco delle ossidazioni tissutali con anossia isotossica con induzione entro un'ora circa dall'assunzione alla paralisi respiratoria e collasso cardiovascolare;
- *Colchicina e derivati*: sono usati nella terapia antigottosa e inibiscono le mitosi cellulari; la dose tossica per un adulto è di 5 mg al giorno. I danni indotti sono a livello dell'apparato gastroenterico e cardio-circolatorio per le perdite elettrolitiche con conseguente shock e turbe ematologiche fino all'aplasia midollare;
- *Narcotici*: di solito rappresentati da alcaloidi dell'oppio il cui prototipo è la morfina; vengono assunti sia per orale che per via endovenosa; inducono a perdita di coscienza e depressione respiratoria.

Le morti per intossicazione acuta da farmaci sono sovente di natura suicidaria. Anche nei casi di overdose da sostanze stupefacenti non può essere comunque esclusa a priori, sebbene meno frequente, la volontà suicida del tossicomane che trova nella sostanza il mezzo più facilmente disponibile e meglio conosciuto per porre fine alla sua vita, spesso

associandovi altre sostanze quali alcool e/o benzodiazepine o barbiturici (Polydrug abuse).

Per tale motivo, per i decessi in cui si sospetta un'intossicazione acuta da farmaci e/o sostanze, oltre alla ricerca di tracce chimiche ed eventuali mezzi utilizzati per la loro assunzione, durante il sopralluogo andranno sempre ricercati biglietti d'addio, annotazioni ecc. per poter meglio chiarire eventuali motivazioni suicide in un'ottica di diagnosi differenziale di morte. E comunque opportuno evidenziare che l'accertamento della causa di morte potrà essere unicamente effettuato tramite analisi tossicologiche da svolgere sulle viscere e sui liquidi biologici che saranno prelevati dal deceduto in fase autoptica.

3.4.8.2. *Caustici*

I decessi causati dall'ingestione di sostanze caustiche rappresentano spesso fattispecie di tipo suicidario o accidentale, con particolare riferimento, in quest'ultimo caso, alle tragedie che vedono coinvolti dei bambini.

Le sostanze caustiche che più frequentemente vengono impiegate a scopo suicida sono l'acido cloridrico (detto anche "acido muriatico"), l'acido nitrico (detto anche "acqua forte" e il cui componente principale è l'ammoniaca, anch'essa usata a scopo suicida) e l'acido solfidrico (detto anche "ipoclorito di sodio"). Queste agiscono coagulando le proteine tissutali. In seguito all'ingestione i sintomi sono drammatici: violenti dolori a tutte le mucose interessate, con insorgenza di chiazze nere se dovute all'acido solforico, bianche se dovute all'acido cloridrico e gialle se causate dall'acido nitrico, e segni di necrosi, con ampie aree emorragiche contestuali. La perforazione gastrica insieme alla enterorragia relativa provoca la morte da ingestione nel giro di poche ore, ovviamente in rapporto alla quantità e alla concentrazione del caustico ingerito.

Sul cadavere, in sede labiale e periorale, spesso si possono osservare delle lesioni a margini irregolari, con possibili segni di colatura. Queste potranno inoltre interessare altre parti del corpo eventualmente coinvolte nell'atto dell'ingestione, quali, ad esempio, le mani o, per gocciolamento, le gambe. La localizzazione di tali lesioni potrebbe facilitare la ricostruzione della dinamica dell'evento.¹⁸²

La morte da inalazione delle suddette sostanze è molto meno frequentemente nelle fattispecie suicide: nei rari casi osservati questa sopraggiunge per edema polmonare acuto.¹⁸³

3.4.8.3. Monossido di carbonio

Il monossido di carbonio (CO) è un gas inodore, insapore ed incolore che si sviluppa nelle combustioni incomplete dei prodotti carboniosi. E' perfettamente miscelabile con l'aria anche se ha un peso specifico lievemente superiore.

La sua pericolosità deriva soprattutto dal fatto che non lo si può percepire a livello olfattivo ed è altamente tossico, avendo infatti una notevole affinità con l'emoglobina del sangue (proteina vettrice dell'ossigeno nel sangue all'interno dei globuli rossi). Quest'ultima è addirittura di 200 volte superiore a quella dell'ossigeno; con il formarsi della carbosiemoglobina si riduce moltissimo la capacità di ossigenazione dei tessuti con conseguente ipossia.

Ad una concentrazione dello 0,01% nell'aria respirata e per un'ora di esposizione compare il coma e l'insufficienza respiratoria, fino a giungere

¹⁸² Carella Prada O., Tancredi M. (2006), *Il sopralluogo giudiziario medico legale*, Roma- Società Editrice Universo, p.92.

¹⁸³ D'Antuono G. (1980), "Malattie da agenti chimici", in AA.VV. (1980), *Patologia Medica*, Piccin, Padova, pp.730-755.

alla morte; il tasso ematico di carbossiemoglobina in questi casi varia dal 50 al 90%.¹⁸⁴

Le più frequenti intossicazioni sono accidentali, come, per esempio, in seguito ad incendi, per malfunzionamenti di apparecchi per il riscaldamento, scaldabagni o canne fumarie in ambienti chiusi.

E' altresì dato osservare fattispecie suicidarie letali, spesso attuate all'interno di autoveicoli attraverso il collegamento a mezzo tubi, tra lo scarico dei gas e l'interno dell'abitacolo.

Rara appare invece la dinamica omicidaria.

Occorre evidenziare come sia necessario prestare la massima attenzione durante il sopralluogo: infatti il locale potrebbe esser saturo di monossido di carbonio ed in tal caso sarebbero sufficienti poche inalazioni per causare la morte di un individuo.

I cadaveri vengono rinvenuti frequentemente nelle vicinanze di porte, finestre o comunque vie di fuga, come se avessero effettuato un estremo tentativo di portarsi in salvo prima che la sintomatologia da intossicazione facesse il suo drammatico corso: l'astenia degli arti inferiori e la perdita di coscienza infatti, una volta sopraggiunte, precludono purtroppo la possibilità di porsi in salvo.

Il cadavere del soggetto, deceduto per inalazione di monossido di carbonio, appare di colorito rosso-vivo con ipostasi di un intenso color rosso ciliegia che denotano un'alta concentrazione di carbossiemoglobina nel sangue.¹⁸⁵

¹⁸⁴ D'Antuono G. (1980), *Malattie da agenti chimici*, in AA.VV. (1980), *Patologia Medica*, Piccin -Padova, pp.730-755.

¹⁸⁵ Carella Prada O., Tancredi M. (2006), *Il sopralluogo giudiziario medico legale*, Roma- Società Editrice Universo, p.93.

3.5. Cenni di asfissologia forense

Da un punto di vista medico legale, con il termine “asfissia” si indica l’impedimento del processo di respirazione attraverso l’applicazione violenta meccanica di un mezzo che non permetta all’aria di penetrare nell’albero bronchiale di un individuo.¹⁸⁶

L’esito letale dell’asfissia sopraggiunge al termine della dispnea inspiratoria, quella espiratoria, la pausa respiratoria ed il boccheggiamento. Tali stadi, puramente indicativi, hanno una durata complessiva di circa 4-5 prima che l’individuo muoia.

Generalmente però, la morte giunge molto più rapidamente per repentina anossia cerebrale o per sincope cardiocircolatoria.

In generale, nelle morti per asfissia, il quadro patologico forense si caratterizza dai seguenti segni aspecifici: il fungo schiumoso (formazione in corrispondenza degli orifici respiratori, di aspetto cotonoso e colore bianco rosaceo), la cianosi, l’enfisema polmonare acuto, le petecchie emorragiche, l’elevata fluidità del sangue e la sua maggiore scurezza, la stasi ematica viscerale diffusa.¹⁸⁷

3.5.1. Soffocamento

Per soffocamento si intende l’occlusione dall’esterno di tutti i canali respiratori.

Solitamente si realizza comprimendo la bocca e le narici del soggetto con una o entrambe le mani o utilizzando altro mezzo, verosimilmente morbido, al fine di aderire completamente a tali orifizi ed impedire la respirazione.

¹⁸⁶ Carella Prada O., Tancredi M. (2006), *Il sopralluogo giudiziario medico legale*, Roma- Società Editrice Universo, p.93.

¹⁸⁷ Grande A. in: Picozzi M., Intini A., (2009), *Scienze Forensi. Teoria e prassi dell’investigazione scientifica*, p.105, UTET Giuridica-Torino

Spesso, proprio a causa di tale caratteristica fisica, tali mezzi (es. cuscini, lenzuoli ecc.) non lasciano lesioni evidenti sul corpo.

In alcuni casi sono riscontrabili, sul versante interno labiale, delle ecchimosi determinate dalla compressione sui denti che, a loro volta, potranno rivelare una certa mobilità causata dalla pressione esercitata.

Il soffocamento implica quasi sempre una sproporzione tra la capacità di difesa e quella di offesa e pertanto tale modalità omicida è frequentemente utilizzata per gli infanticidi e gli omicidi di soggetti impossibilitati a porre resistenza per menomazioni fisiche o obnubilamento psichico conseguente all'assunzione di droghe, alcool, farmaci ecc. In questi casi l'azione asfittica viene spesso realizzata attraverso l'uso diretto delle mani da parte dell'aggressore. Pertanto, sulla cute del deceduto potrebbero rilevarsi piccole aree ecchimotiche tondeggianti determinate dai polpastrelli dell'assassino e/o escoriazioni a forma di semiluna provocate dalle sue unghie.¹⁸⁸

Di notevole importanza, in sede di sopralluogo, l'ispezione accurata del cavo orale della vittima permette di individuare eventuali residui del mezzo utilizzato per realizzare il soffocamento. Inoltre, per meglio comprendere la dinamica dei fatti, risulta altresì necessario ricercare sul cadavere eventuali segni o contusioni da colluttazione.

Il soffocamento, quale metodo utilizzato per i suicidi, non è raro.

Si riscontrano diversi casi di soggetti che si sono tolti la vita utilizzando sacchetti di plastica avvolti al collo o applicati al capo dopo aver assunto farmaci o alcool. Per tali fattispecie la morte può determinarsi, oltre che per soffocamento classico (dovuto alla penetrazione della busta nel cavo ed alla sua contemporanea aderenza alle narici) e conseguente arresto cardiaco e cardiocircolatorio, anche per meccanismo di confinamento e cioè esaurimento dell'ossigeno in ambiente chiuso.

¹⁸⁸ Grande A. in: Picozzi M., Intini A., (2009), *Scienze Forensi. Teoria e prassi dell'investigazione scientifica*, p.104, UTET Giuridica-Torino

In tali casi sul volto del cadavere possono esser riscontrate piccole gocce di umidità verosimilmente causate da meccanismi di evaporazione successivi alla morte.¹⁸⁹

La fattispecie accidentale è purtroppo riscontrabile nei casi di bambini che per gioco introducono il capo in buste di plastica.

3.5.2. Strozzamento

Si determina attraverso la compressione dall'esterno delle vie respiratorie, con una o entrambe le mani, esercitando una forte pressione sulle regioni antero-laterali del collo con la conseguente occlusione del condotto laringo-tracheale.

L'azione asfittica può esser realizzata con pressione antero-posteriore sulle vie respiratorie e loro conseguente schiacciamento contro la colonna vertebrale ovvero attraverso la compressione latero-laterale e successivo collabimento del lume delle vie aeree.¹⁹⁰

La morte avviene solitamente per sincope determinata dall'inibizione nervosa da stimolazione del nervo laringeo superiore, del vago o del seno carotideo.¹⁹¹

In fase di sopralluogo occorrerà porre particolare attenzione a specifiche lesioni ecchimotiche ed escoriazioni a forma di semiluna, riconducibili alle unghie dell'aggressore, localizzate a livello del collo. Potranno altresì esser riscontrate lesioni e contusioni sul corpo della vittima o lacerazione dei suoi indumenti, che indicheranno una colluttazione con l'omicida.

¹⁸⁹ Carella Prada O., Tancredi M. (2006), *Il sopralluogo giudiziario medico legale*, Roma- Società Editrice Universo, p.94.

¹⁹⁰ Grande A. in: Picozzi M., Intini A., (2009), *Scienze Forensi. Teoria e prassi dell'investigazione scientifica*, p.105, UTET Giuridica-Torino

¹⁹¹ Carella Prada O., Tancredi M. (2006), *Il sopralluogo giudiziario medico legale*, Roma- Società Editrice Universo, p.95.

Non essendo possibili dinamiche di tipo suicidario o accidentale, lo strozzamento è un'atto unicamente omicidario che presuppone sempre una sproporzione di forza fra la vittima ed il suo assassino.

3.5.3. Strangolamento

Lo strangolamento rappresenta una forma violenta di asfissia meccanica che si attua tramite l'applicazione di un mezzo intorno al collo che, serrato manualmente in senso trasversale, determina la costrizione delle vie aeree. Si differenzia dallo strozzamento in quanto prevede l'azione di un mezzo meccanico che riduca rapidamente il lume delle vie aeree fino all'impedimento totale del flusso respiratorio. Al fine di una eventuale diagnosi differenziale tra suicidio ed omicidio, nel caso in cui, ad esempio, l'assassino, dopo aver strangolato la vittima, ne simuli un suicidio per impiccamento, è necessario analizzare attentamente il solco sul collo del cadavere: infatti, a differenza dell'impiccamento, nello strangolamento il solco appare pressoché orizzontale, continuo e di profondità uniforme.¹⁹²

Occorre tuttavia precisare che può non esser sempre presente la tipica solcatura: a volte il mezzo utilizzato per la costrizione può determinare sul collo delle strie ecchimotico escoriate, anche parziali e di colore brunastro. Inoltre, in alcuni casi di strangolamento definito "atipico" il mezzo utilizzato può esser maggiormente consistente, come ad esempio un tubo di ferri, l'avambraccio dell'aggressore, il ramo di un albero ecc. In tali casi il solco, a mò di impronta, potrebbe mostrare le caratteristiche del mezzo utilizzato.

Generalmente, così come per l'impiccamento, si usa distinguere il solco in "duro" o "molle". Nel primo caso il solco è determinato da un mezzo

¹⁹² Grande A. in: Picozzi M., Intini A., (2009), *Scienze Forensi. Teoria e prassi dell'investigazione scientifica*, UTET Giuridica-Torino, pp.105-06.

ruvido, in grado di escoriare la cute della vittima; il solco molle è invece prodotto da un mezzo soffice che non genera alcuna escoriazione.

Va inoltre evidenziata la possibilità che in cadaveri di soggetti obesi o di neonati si riscontrino i cosiddetti “pseudosolchi”, cioè quei solchi naturali, prodotti dalle pliche cutanee nei cui fondi si determinano frequenti fenomeni macerativi. La possibilità di un’erronea individuazione di lacerazioni in luogo di naturali fenomeni macerativi potrebbe anche ricorrere nei casi di cadaveri che indossavano colletti molto stretti al momento della morte. Infatti, in tali fattispecie il solco potrebbe esser stato determinato dal rigonfiamento del collo post-mortem in seguito a fenomeni putrefattivi gassosi.¹⁹³

La morte per strangolamento è prodotta sia dall’impedimento al normale flusso respiratorio attraverso la compressione del tratto laringeo-tracheale, che dal contemporaneo arresto della circolazione encefalica causato dall’occlusione dei vasi sanguigni e delle arterie del collo. La conseguente cianosi del volto evidenzia palesemente lo stato asfittico prolungato.

Sul cadavere si possono anche riscontrare ecchimosi sottocongiuntivali palpebrali ed oculari oltre che ulteriori lesioni o contusioni derivanti da una probabile colluttazione.

A tal proposito, in fase di sopralluogo, sarà necessario ispezionare con particolare le unghie e gli spazi sub-unghiali per verificarne l’integrità nonché la presenza eventuale di frammenti cutanei, formazioni pilifere o imbrattamenti ematici verosimilmente riconducibili all’aggressore. Tali tracce biologiche dovranno quindi esser repertate con particolare cura: per tale scopo vengono sovente impiegati dei sacchetti di plastica da assicurare ai polsi, a protezione delle mani del cadavere.¹⁹⁴

Occorrerà repertare anche il mezzo utilizzato per lo strangolamento (es. corda, filo d’acciaio, cinta ecc.). Qualora fosse rinvenuto ancora intorno al

¹⁹³ Carella Prada O., Tancredi M. (2006), *Il sopralluogo giudiziario medico legale*, Roma- Società Editrice Universo, p.95.

¹⁹⁴ *Ibidem* p.96.

collo ne andrà fatta una dettagliata descrizione specificando ad esempio il numero di giri, la tipologia dell'eventuale nodo ecc. Solitamente tale mezzo viene trovato di fianco alla vittima oppure non è rintracciabile sulla scena del crimine in quanto portato via dall'omicida.

E' evidente come lo strangolamento rappresenti soprattutto una eventualità omicidaria anche se la fattispecie accidentale non è così infrequente, soprattutto in riferimento agli incidenti sul lavoro ed ai decessi per la pratica dell'asfissia autoerotica. In quest'ultimo caso la morte è sovente causata dal guasto o inceppamento dei meccanismi di sicurezza preposti all'autoregolazione della costrizione asfittica.

Rari sono i casi di suicidi che comunque presenteranno dei meccanismi atti a mantenere la costrizione anche in seguito all'inevitabile perdita di coscienza del soggetto.

3.5.4. Impiccamento

L'impiccamento rappresenta una modalità asfittica violenta che si realizza con la costrizione violenta del collo tramite cappio di laccio, fissato ad un sostegno in posizione superiore al capo, il cui serraggio si determina per la sospensione del corpo.

Le principali tipologie di impiccamento vengono così distinte:¹⁹⁵

- *Impiccamento tipico*: si verifica quando l'ansa del cappio viene a trovarsi sulla parte anteriore del collo ed il nodo è posizionato sotto la nuca;

¹⁹⁵ Grande A. in: Picozzi M., Intini A., (2009), *Scienze Forensi. Teoria e prassi dell'investigazione scientifica*, UTET Giuridica-Torino, p.106-07.

- *Impiccamento atipico*: in tutti gli altri casi di posizionamento di ansa e nodo sul collo;
- *Impiccamento completo*: con corpo completamente sospeso;
- *Impiccamento incompleto*: con corpo parzialmente sospeso.

In merito a quest'ultima tipologia, giova ricordare che la morte può determinarsi anche con il gravare di un terzo del peso corporeo. Pertanto l'impiccamento può realizzarsi anche se il soggetto è in parziale contatto con il terreno o nella posizione inginocchiata o seduta.

Il meccanismo letifero dell'impiccamento è determinato dalla costrizione ed al tempo stesso dalla trazione del collo che comportano, rispettivamente, un impedimento diretto del flusso d'aria nelle vie respiratorie ed un occlusione della faringe da parte della base della lingua ad opera del sollevamento dell'osso ioide. Un'ulteriore ostruzione deriva dallo stiramento sia delle carotidi che delle giugulari con conseguente una stasi cerebrale, immediata perdita di coscienza ed arresto progressivo di ogni attività cerebrale. Infine, l'azione di stiramento del mezzo sulle aree del seno carotideo e del vago, induce un meccanismo inibitorio che determina la morte per sincope.¹⁹⁶

Pertanto si è in presenza di un quadro anatomopatologico riconducibile a quello più generale delle asfissie nelle fattispecie in cui prevale il meccanismo di impedimento del flusso d'aria nelle vie respiratorie. Viceversa, nel caso di impiccamento completo con corda particolarmente lunga e precipitazione da una notevole altezza, anche se di rado, può

¹⁹⁶ Grande A. in: Picozzi M., Intini A., (2009), *Scienze Forensi. Teoria e prassi dell'investigazione scientifica*, UTET, Giuridica-Torino, p.106-7.

determinarsi la frattura delle prime vertebre cervicali con compressione midollare.

La tipica lesione dell'impiccamento è il solco cutaneo sul collo che generalmente risulta obliquo, discontinuo, di profondità non uniforme, sottomandibolare e quasi sempre al di sopra della cartilagine tiroidea.

Solo in pochi casi vi è la mancanza del solco: questa può verificarsi in caso di breve durata della sospensione, scarsa ruvidezza del laccio utilizzato o interposizione di un indumento tra collo e laccio.

I segni esterni presenti sul cadavere includono l'erezione del pene con fuoriuscita di liquido seminale, la protusione della lingua fra i denti le ecchimosi sottocongiuntivali puntiformi, le ipostasi a comparsa nell'emisoma inferiore.¹⁹⁷

In merito a quest'ultimo punto, l'eventuale presenza di ipostasi paradosse e quindi non compatibili con la posizione sospesa del cadavere, lascia pensare ad una dissimulazione di delitto, tecnicamente denominata "sospensione di cadavere".¹⁹⁸

Altri elementi che possono far orientare gli inquirenti verso tale ipotesi sono l'assenza di vitalità del solco, altezza del cappio, tale da non poter esser raggiunto individualmente ed assenza di oggetti utilizzabili per raggiungerlo.

Sempre in tema di diagnosi differenziale va evidenziato come l'impiccamento rappresenti una condotta tipicamente suicida e sovente realizzata a seguito di tentativi di autosoppressione immediatamente precedenti.

In considerazione del fatto che l'omicidio per impiccamento prevede un'enorme sproporzione tra l'aggressione e la vittima, le indagini dovranno considerare la possibilità che a questa possa esser stata preventivamente ed

¹⁹⁷ Carella Prada O., Tancredi M. (2006), *Il sopralluogo giudiziario medico legale*, Roma- Società Editrice Universo, p.98.

¹⁹⁸ Carella Prada O., Tancredi M. (2006), *Il sopralluogo giudiziario medico legale*, Roma- Società Editrice Universo, p.98.

inconsapevolmente somministrata della sostanza stupefacente, farmaci ecc. al fine di alterarne lo stato di coscienza e pregiudicarne le capacità di difesa. I successivi esami tossicologici potranno tuttavia fugare ogni dubbio al proposito.

Gli elementi che in sede di sopralluogo bisogna esaminare con particolare attenzione sono: le caratteristiche del laccio, il punto di sospensione (da verificare come è stato raggiunto: es. sedia, tavolino ecc.), la lunghezza del laccio a partire da detto punto fino al nodo, la posizione del cadavere e l'eventuale presenza di strutture od ostacoli a distanza di oscillamento che potrebbero aver determinato lesioni o contusioni erroneamente interpretabili come segni di colluttazione.

Il cadavere può altresì presentare delle legature ai polsi che andranno esaminate e valutate. Infatti queste potrebbero esser state apposte da un eventuale assassino o esser state autorealizzate dalla vittima per prevenire un possibile estremo ripensamento e sospensione dell'atto suicida.

A tal proposito occorre ricordare che si possono riscontrare ecchimosi ed escoriazioni sui palmi delle mani ed in prossimità del solco sul collo della vittima, interpretabili quali lesioni causate dal suo tentativo estremo di impedire il serraggio del laccio in seguito ad un improvviso impulso di sopravvivenza.¹⁹⁹

Frequenti sono i casi in cui i familiari o i sanitari hanno liberato il soggetto dal cappio per poi distenderlo in terra. In tali fattispecie gli inquirenti dovranno chiedere informazioni il più dettagliate possibile sul punto e le modalità di sospensione, sul nodo ed il mezzo impiegato.

Bisogna infine ricordare che, come nel caso dello strozzamento, esiste la possibilità di un impiccamento accidentale, spesso riscontrato nei casi di decesso per asfissia autoerotica.

¹⁹⁹ Grande A. in: Picozzi M., Intini A., (2009), *Scienze Forensi. Teoria e prassi dell'investigazione scientifica*, UTET Giuridica-Torino, pp.106-07.

3.5.5. Annegamento

L'annegamento è una forma di asfissia violenta che si determina quando un mezzo liquido esterno penetra nell'albero bronchiale di un individuo impedendone la respirazione

Quale ulteriore meccanismo letifero, oltre l'asfissia, a volte può verificarsi una sincope neurogena con improvviso e subentrante arresto cardiocircolatorio, connessa a stimolazioni periferiche.²⁰⁰

L'annegamento si differenzia dalla "sommersione" poiché in questa il cadavere rinvenuto in acqua è deceduto per altra causa.

Dal punto di vista fisiopatologico, i fenomeni più significativi che si riscontrano sul cadavere in seguito alla morte per annegamento sono: il fungo schiumoso che può affiorare dalla bocca o dalle narici in seguito all'estrazione del corpo dall'acqua talvolta causato da fenomeni putrefattivi gassosi e costituito da saliva mista a muco bronchiale; la macerazione cutanea, che può iniziare ad osservarsi già dopo poche ore di permanenza del cadavere in acqua e può continuare nel tempo sino ad arrivare alla saponificazione con tempi più brevi in acqua dolce rispetto a quella salata; il distacco dei cosiddetti guanti e calze epidermiche in tempi che possono variare tra i 7 ed i 15 giorni.²⁰¹

Relativamente ai fenomeni tanatologici, la rigidità ed il raffreddamento variano in base alle caratteristiche del mezzo annegante. Le ipostasi, localizzate in particolare alle estremità superiore ed inferiore del corpo, presentano un caratteristico colorito roseo derivante dalla riossigenazione del sangue ad opera della stessa acqua in cui è immerso.²⁰²

In fase di sopralluogo occorre prestare attenzione per la preservazione e repertazione del guanto epidermico al fine di poter successivamente

²⁰⁰ Carella Prada O., Tancredi M. (2006), *Il sopralluogo giudiziario medico legale*, Roma- Società Editrice Universo, p.100.

²⁰¹ *Ibidem*

²⁰² Grande A. in: Picozzi M., Intini A., (2009), *Scienze Forensi. Teoria e prassi dell'investigazione scientifica*, UTET Giuridica-Torino, pp.105.

provvedere alla identificazione del cadavere. Per tale scopo potrà rilevarsi utile l'uso di buste di plastica per proteggere le mani da un possibile ulteriore deterioramento dei polpastrelli.²⁰³

Considerata la maggiore rapidità di putrefazione del cadavere una volta estratto dall'acqua, è opportuno dare priorità alla documentazione di ogni segno o connotazione ai fini di una possibile identificazione del soggetto deceduto.

Occorre evidenziare come spesso, nei casi di annegamento o sommersione, i cadaveri vengano rinvenuti senza indumenti a causa dell'incessante azione del moto ondoso e delle correnti o dell'urto del corpo con strutture del fondo.

Eventuali lacerazioni, contusioni o escoriazioni possono derivare da traumi post mortem o a dinamiche lesive precedenti l'annegamento. Quest'ultima possibilità può rappresentare un eventuale indizio di omicidio.

L'annegamento rappresenta comunemente un'eventualità accidentale anche se non sono infrequenti i casi di suicidi.

In tali fattispecie solitamente il suicida si assicura dei pesi al collo o ai piedi, in modo da ottenere un rapido affondamento. Sovente si lancia da considerevoli altezze e di rado autorealizza delle legature ai polsi per prevenire un possibile estremo ripensamento e sospensione dell'atto suicida.

Spesso i soggetti si tolgono gli abiti e li appoggiano in prossimità del luogo da cui si gettano in acqua. Frequentemente si osservano sul cadavere segni e lacerazioni (es. lesioni da taglio sui polsi) interpretabili come precedenti tentativi o prove di suicidio.

²⁰³ *Ibidem*

3.5.6. *Sommersione interna*

La sommersione interna è l'asfissia che si verifica per sostituzione dell'aria, a livello dell'albero bronchiale, con liquido di natura endogena.

Scarso è l'interesse medico-legale per tale fattispecie in quanto riconducibile a fluidi biologici che, a seguito di processi morbosi a livello polmonare, inondano le vie respiratorie.

Occorre tuttavia evidenziare che tale fattispecie si può anche verificare in taluni casi di lesività toracica o al collo da arma bianca.²⁰⁴

3.5.7. *Confinamento*

Consiste nella morte asfittica derivante dall'esaurimento dell'ossigeno in un ambiente chiuso o poco aereato.

Per esaurimento dell'ossigeno si intende sia il suo completo consumo che la sua totale sostituzione con un altro gas (es. il gpl).

Il cadavere può non presentare cenni di lesività e la causa della morte può essere individuata attraverso l'autopsia.

Durante il sopralluogo saranno analizzate le condizioni dell'ambiente e la sua eventuale ermeticità, a volte conseguita attraverso l'applicazione di nastri adesivi alle porte ed alle finestre.

Relativamente alla diagnosi differenziale fra accidente, omicidio e suicidio, va evidenziato che l'omicidio è assai raro. Di contro il suicidio viene realizzato generalmente dai soggetti che vogliono togliersi la vita utilizzando il gas da cucina. In tali casi occorre prestare moltissima attenzione in fase di accesso al luogo, al fine di evitare esplosione dalle tragiche conseguenze. E' bene precisare che l'eventuale esplosione può

²⁰⁴ Carella Prada O., Tancredi M. (2006), *Il sopralluogo giudiziario medico legale*, Roma- Società Editrice Universo, p.102.

rientrare nello stesso piano suicidario del soggetto oppure rappresentare un tentativo di dissimulazione di un omicidio con distruzione e/o occultamento delle prove.²⁰⁵

3.5.8. Compressione toracica

Nella compressione toracica la morte si realizza attraverso l'applicazione a livello toracico, di un grande ostacolo meccanico che inibisce il regolare flusso respiratorio.

Generalmente rappresenta una fattispecie accidentale e si determina solitamente in seguito a di esplosioni, terremoti, crolli di edifici o costrizione nella folla.

Anche in questo caso risulta sicuramente marginale l'interesse medico legale per tale fattispecie.

Occorre ricordare che a livello esterno è possibile osservare la “maschera ecchimotica” che consiste in cianosi ed edema del viso e collo ed ecchimosi puntiformi diffuse, causati dall'arresto della circolazione del sangue a livello della testa non potendo avvenire il suo deflusso a causa della compressione toracica stessa.²⁰⁶

3.6. I grandi traumatismi

Dal punto di vista medico legale viene definito “grande traumatismo” il quadro traumatico caratterizzato da molteplici lesioni polidistrettuali e polimorfe (di differente natura ed entità).

²⁰⁵ Carella Prada O., Tancredi M. (2006), *Il sopralluogo giudiziario medico legale*, Roma- Società Editrice Universo, p.102.

²⁰⁶ Carella Prada O., Tancredi M. (2006), *Il sopralluogo giudiziario medico legale*, Roma- Società Editrice Universo, p.103

In base a tale definizione si possono ricomprendere tra i grandi traumatismi: la precipitazione, il crollo di edifici, le esplosioni, gli incidenti da traffico aereo, ferroviario, marittimo, fluviale e stradale.

In relazione all'oggetto della presente ricerca, prenderò in esame la precipitazione e gli incidenti da traffico ferroviario e stradale, in considerazione degli aspetti di equivocità, a livello diagnostico differenziale (suicidio, omicidio o incidente), che tali fattispecie sovente comportano.

3.6.1. Precipitazione

Con il termine “precipitazione” dal punto di vista medico legale si intende la caduta di un corpo per gravità da altezze grandi, quali ad esempio scogliere, dirupi ecc. o medie come nel caso di palazzi ecc. Relativamente alle piccole altezze quali ad esempio sgabelli, letti, finestre al primo piano ecc., queste vengono più propriamente definite “cadute”.

I meccanismi lesivi possono dipendere da due cause principali: l'urto del corpo contro il piano di arresto e la sua decelerazione improvvisa. Questi dipendono entrambi dalla rigidità del piano di arresto e dall'energia cinetica che si viene a determinare in funzione della massa e velocità del corpo.

La forza di gravità imprime infatti ad ogni corpo un'accelerazione (g) di 9,8 m/sec² (calcolata alle nostre latitudini); ciò implica che la velocità (v) a partire da un valore iniziale di 0 aumenta di 9,8 m/sec ogni secondo. Lo spazio percorso dal corpo (h) è invece calcolabile con la formula $h=v^2/2g$. Esemplificando, un corpo che precipita da 10 m di altezza, all'impatto con il suolo avrà una velocità superiore ai 50 km/ora. La Terra esercita una forza di attrazione centripeta (p) data dalla seguente formula: $p=massa*g$. L'energia cinetica (Ec) acquisita dal corpo durante la precipitazione, è così calcolabile: $Ec=m*v^2/2$. Al momento dell'impatto con il suolo, vi è la trasformazione dell'energia cinetica in forza meccanica che viene a

sommarsi al peso del corpo. Essendo l'Energia cinetica proporzionale al quadrato della velocità del corpo, ne consegue che il suo peso aumenterà di varie volte anche a seguito di piccole variazioni della sua velocità. Occorre poi evidenziare come, essendo la velocità proporzionale alla massa del corpo, i bambini piccoli o gli animali domestici, anche in virtù anche di una certa elasticità scheletrica, riescano a volte a rimanere pressoché incolumi anche a seguito di cadute da notevoli altezze.²⁰⁷

Quanto detto spiega inoltre come ostacoli incontrati durante la caduta rallentandone la velocità, possano minimizzare l'esito traumatico del fatto così come tale evenienza può esser riscontrata in caso di urto contro superfici elastiche o piani inclinati.

Eventuali movimenti di contrazione del corpo da parte del soggetto, durante ed in reazione alla sua caduta, possono provocargli delle lesioni muscolari.

Dopo l'impatto del corpo con il suolo, i suoi organi continueranno la caduta generando, per la forza d'inerzia, fortissime trazioni sui relativi organi sospensori che quindi subiranno lesioni molto gravi.

Relativamente alla lesività della precipitazione, questa ha natura essenzialmente contusiva con prevalenza di gravi lesioni interne di tipo viscerale e scheletrico (es. scoppi organo-viscerali, fratture complesse, estese emorragie ecc.) rispetto a quelle esterne (es. ferite lacero-contuse da urto diretto o da esposizione di monconi ossei, escoriazioni da strisciamento contro le pareti durante la caduta ecc.)²⁰⁸.

É comunque opportuno sottolineare che la precipitazione determina una dinamica scomposta sia in merito alla localizzazione delle lesioni, a volte osservabili in parti del corpo apparentemente incompatibili con la posizione in cui la vittima viene rinvenuta. Queste, infatti, potrebbero esser state causate da urti, in fase di caduta, contro oggetti fissi e/o essersi prodotte,

²⁰⁷ Canuto G., Tovo S. (1996), *Medicina legale e delle assicurazioni*, Piccin – Padova, pp.125-126.

²⁰⁸ Ibidem pp.125-126.

dopo l'impatto iniziale, con l'eventuale strisciamento o rotolamento del corpo.

Durante il sopralluogo è essenziale l'individuazione dell'esatto punto di lancio. In tal senso si potranno rilevare utili indizi quali impronte da asportazione di polvere sulle ringhiere, sui davanzali ecc. verificando poi il relativo imbrattamento palmare sulle mani del cadavere.²⁰⁹

Sarà altresì necessaria un'attenta ispezione, nelle vicinanze del punto di lancio, alla ricerca di scarpe appaiate (spesso presenti nella fattispecie suicida) e di eventuali mezzi utilizzati dalla vittima per raggiungerlo (es. sedie, scale, sgabelli ecc.) e/o proiettarsi oltre eventuali ostacoli (es. parapetti ecc.).

Occorrerà inoltre individuare la direttrice di caduta del corpo attraverso l'unione immaginaria del punto di lancio con quello d'impatto.

Alcuni ricercatori sostengono che una sua maggiore o minore obliquità, lascerebbe maggiormente pensare rispettivamente alla fattispecie suicidaria, con slancio intenzionale, ed a quella omicidaria o accidentale determinata cioè da caduta passiva.

Appare quindi indispensabile misurare della distanza tra il punto di impatto e la parete dell'edificio dal quale è avvenuta la precipitazione al fine di avere un quadro più completo circa le possibili dinamiche dell'evento. Le evidenze sembrerebbero indicare maggiori probabilità di dinamica suicida con distanze superiori al metro.

La parete dovrà essere poi attentamente analizzata al fine di individuare eventuali sporgenze contro le quali il soggetto avrebbe potuto urtare, al fine di comprendere maggiormente le cause delle singole lesioni riscontrate sul corpo.²¹⁰

²⁰⁹ Carella Prada O., Tancredi M. (2006), *Il sopralluogo giudiziario medico legale*, Roma- Società Editrice Universo, p.106.

²¹⁰ Carella Prada O., Tancredi M. (2006), *op. cit.*, p.106.

⁹² Massimelli M., Curto O (2009), *Precipitazione: analisi di 150 casi giunti sotto osservazione presso il Civico Obitorio di Torino negli anni 2001-2005*, Minerva Medicolegale, 129(1), pp. 1-7.

Generalmente la precipitazione è una dinamica tipicamente suicidaria.

A tal proposito giova ricordare che sul cadavere possono esser riscontrate lesioni, quali ad esempio lacerazioni da arma bianca ai polsi, costituenti tipiche evidenze di precedenti tentativi di suicidio.

Frequente è la precipitazione accidentale, soprattutto rappresentata dagli incidenti sul lavoro. Secondo alcuni autori tale eventualità potrebbe esser maggiormente accreditata, nel caso di mancanza di testimoni, dalla prevalenza di fratture all'estremità cefalica, a differenza del suicidio in cui si riscontrerebbero maggiori fratture a carico degli arti inferiori, del bacino e del torace.²¹¹

Rara è l'eventualità omicidaria ("defenestrazione") e comunque molto difficile da dimostrare in quanto, solitamente, sono pochi gli elementi che l'esame del cadavere può evidenziare per risolvere il problema, fatta eccezione per eventuali segni di colluttazione o violenza.

Sicuramente di più facile soluzione il problema di proiezione di soggetto vivente o di cadavere, come ad esempio, nel caso di simulazione di suicidio o incidente, considerati i numerosi elementi che differenziano le due fattispecie (il sanguinamento ecc.).

Difficoltà a livello di diagnosi-differenziale con l'investimento, potrebbero insorgere per i casi di cadaveri rinvenuti in strada in prossimità di edifici.

In tali fattispecie, potranno far deporre maggiormente per l'eventualità della precipitazione la scarsità delle lesioni cutanee e/o una loro concentrazione in un singolo distretto del corpo.²¹²

²¹² Carella Prada O., Tancredi M. (2006), *Il sopralluogo giudiziario medico legale*, Roma- Società Editrice Universo, p.107.

3.6.2 *Investimenti da traffico stradale*

Per investimento si intende il complesso delle violenze contusive esercitate direttamente o indirettamente su un individuo da un veicolo in moto.²¹³

In letteratura vengono solitamente distinte le seguenti cinque fasi dell'investimento.²¹⁴

1. *l'urto*: corrisponde al momento del contatto del veicolo con il corpo;
2. *la proiezione al suolo* (abbattimento): il corpo dopo esser stato urtato cadrà al lato o davanti al veicolo. la propulsione: data dall'azione di spinta del veicolo nei confronti del corpo gettato sul suolo;
3. *arrotamento*: terminata la fase di propulsione, con il prosieguo della sua corsa, il veicolo transita sopra il corpo abbattuto;
4. *la propulsione*: data dalla spinta del mezzo sul corpo gettato in terra;
5. *il trascinamento del corpo*: incastrato tra le ruote o impigliato in parti sporgenti del mezzo. In caso di elevata velocità e di particolare aerodinamica del mezzo potrebbe verificarsi il caricamento del corpo sul veicolo investitore.

Tali fasi possono anche non verificarsi tutte e non necessariamente seguire la progressione descritta, dipendendo infatti dalla tipologia del mezzo investitore e dalla dinamica dell'evento.

In caso di decessi per investimenti occorsi in assenza di testimoni o dalle dubbie dinamiche, al fine di una diagnosi differenziale tra suicidio,

²¹³ Canuto G., Tovo S. (1996), *Medicina legale e delle assicurazioni*, p.127, Piccin – Padova.

²¹⁴ *Ibidem*

omicidio ed incidente, appare di notevole considerare attentamente le specifiche lesioni riscontrate sul corpo.

Nell'urto, a livello degli arti inferiori, si osserveranno escoriazioni, ecchimosi, ferite lacero-contuse, fratture che permetteranno di identificare il polo d'urto primario, di estrema rilevanza per comprendere la posizione iniziale della vittima.²¹⁵

Nella proiezione, solitamente si osservano lesioni da caduta, quali ad esempio traumi al capo da urto con il suolo, o fratture agli arti superiori, spesso protesi in avanti nel tentativo di difendersi dall'impatto. In caso quest'ultimo avvenga molto al di sotto del centro di gravità del soggetto, questi verrà sollevato in aria e caricato sulla parte posteriore del mezzo.²¹⁶

Nella propulsione le escoriazioni si producono soprattutto per strisciamento contro la strada. La loro attenta analisi permette sovente di determinare la posizione in cui si trovava il corpo al momento dell'urto.

Nell'arrotamento o sormontamento si possono addirittura osservare sulla pelle le impronte del battistrada dei pneumatici al di sotto delle quali possono esser riscontrate fratture deformanti e/o scoppio di organi interni.

Il trascinamento determina tipiche lesioni abrasive la cui entità può variare da ferite superficiali a profonde erosioni di parti molli. Qualora una parte del corpo fosse sospinto da un pneumatico bloccato ed impossibilitato a sormontarlo, le lesioni da usura rinvenute sul corpo indicherebbero l'avvenuta frenata.²¹⁷

Al fine di individuare eventuali simulazioni di incidenti in luogo di omicidi, risulta di fondamentale importanza stabilire se l'investimento è avvenuto in vita o successivamente alla morte del soggetto.

Nel primo caso le lesioni avranno carattere vitale e idonee a provocare la morte; nel secondo, le lesioni da incidente stradale avranno peculiarità postmortali e quelle vitali saranno invece di diversa natura.

²¹⁵ Canuto G., Tovo S. (1996), *Medicina legale e delle assicurazioni*, Piccin – Padova, p.127.

²¹⁶ *Ibidem*, p.128

²¹⁷ *Ibidem*, p.128

Generalmente l'investimento rappresenta un'eventualità accidentale e rari sono le fattispecie omicidarie.

L'eventualità suicidaria, seppur possibile, risulta più comunemente perseguita con mezzi investitori caratterizzati da percorsi obbligati, quali, ad esempio, tram, treni, metropolitane ecc..

3.6.3. Investimenti da traffico ferroviario

Nell'investimento ferroviario, da un punto di vista prettamente dinamico, si osserva un iniziale urto del locomotore con il corpo della vittima ed una successiva proiezione di questa, fuori ed a distanza dei binari, in caso di posizione eretta del soggetto al momento dell'impatto.

Nel caso in cui la vittima, al sopraggiungere del treno, si trovasse in posizione distesa, si verificherebbe il suo arrotamento e/o trascinarsi da parte delle ruote del mezzo investitore.²¹⁸

Il quadro lesivo che caratterizza la prima fattispecie è rappresentato da un polo d'urto primario che interessa una ampia parte del corpo con lesioni di natura contusiva di intensità proporzionale alla velocità del treno. Solitamente si riscontra un'ulteriore lesività secondaria, determinata dall'abbattimento del corpo sul terreno circostante o sulle eventuali recinzioni dell'area ferroviaria.

Nel secondo caso, invece, il corpo della vittima, trovandosi disteso sui binari al momento dell'impatto, subisce un depezzamento più o meno localizzato ed interessante, sovente, il capo o il torso con parallelismo lesivo determinato dal sormontamento del soggetto da parte delle ruote del mezzo. Frequente è anche il trascinarsi e maciullamento del corpo della vittima con conseguente possibili difficoltà di identificazione del cadavere.

²¹⁸ Carella Prada O., Tancredi M. (2006), *Il sopralluogo giudiziario medico legale*, Roma- Società Editrice Universo, p.109

Nel suicidio per investimento ferroviario sovente il soggetto si colloca in posizione distesa e di traverso ai binari prima dell'impatto. A volte questi, al fine di evitare un eventuale estremo tentativo di salvarsi, può assicurarsi con delle corde ai binari ferroviari. In questo caso, al fine di escludere l'eventualità omicidaria, sarà opportuno, in sede di sopralluogo, prestare particolare attenzione alla sede ed alla tipologia del serraggio che potrebbero escludere un'eventuale autoapposizione.²¹⁹

Nel caso invece di un soggetto che si getta improvvisamente sotto un treno, non si riscontreranno lesioni caratteristiche (come nel caso dei soggetti che si suicidano distendendosi sui binari in cui sovente si osservano lesioni parallele, trasversali al corpo con decapitazione e taglio orizzontale del tronco). In alcune circostanze, tuttavia, il quadro lesivo e la relativa sede, potrebbe indicare il tentativo da parte della vittima di sottrarsi al veicolo investitore: in tali casi si riscontrerebbero, unicamente a livello degli arti inferiori, delle lesioni ad andamento obliquo rispetto all'asse del corpo.²²⁰

Per tali fattispecie risulterà quindi più verosimile l'eventualità accidentale. Rara risulta comunque l'eventualità omicidaria a causa delle oggettive difficoltà di esecuzione: in effetti la vittima dovrebbe trovarsi in una situazione di impossibilità ad opporre una valida resistenza o perché in stato alterato di coscienza (ad esempio dovuto all'assunzione di alcool e/o stupefacenti) o precedentemente stordita da trauma contusivo al capo. Per la prima fattispecie, a livello investigativo, risulteranno di fondamentale importanza le ricerche tossicologiche sui visceri della vittima. Assai più difficile risulterà invece scovare tracce di traumi contusivi precedenti l'investimento.

Come nel caso degli investimenti stradali, occorre considerare la possibilità di dissimulazione e cioè d'investimento di un cadavere di una persona e quindi deceduta per altra causa violenta. Anche in tal caso sarà

²¹⁹ Carella Prada O., Tancredi M. (2006), *Il sopralluogo giudiziario medico legale*, Roma- Società Editrice Universo, p.109

²²⁰ Canuto G., Tovo S. (1996), *Medicina legale e delle assicurazioni*, Piccin – Padova. p.129.

fondamentale rilevare, oltre alle lesioni da investimento postmortali, la presenza di lesioni vitali tipiche di altri mezzi (esempio arma da fuoco, armi da taglio ecc.)

Capitolo quarto

Le indagini nei casi di suicidio e morte equivoca

4.1. Aspetti teorici

Ogni morte violenta accade necessariamente per una delle seguenti tre cause: omicidio, suicidio, incidente.

L'acronimo inglese "NASH" (natural, accident, suicide, homicide), alquanto emblematico, indica infatti la totalità dei motivi per i quali un individuo può morire.²²¹

Da un punto di vista medico legale, sovente l'eziologia riguardo la morte di un individuo è evidente ma non altrettanto possono esserlo i relativi motivi e pertanto, nell'ambito delle investigazioni retrospettive da svolgere nei casi di suicidio o di morte sospetta, risultano di fondamentale importanza i seguenti concetti chiave:²²²

1. La diagnosi clinica della morte: indica la causa, intesa in senso strettamente medico (es. traumi multipli; emorragia cerebrale ecc.)

²²¹ Shneidman, E. S. (1981), *The psychological autopsy*, Suicide & Life Threatening Behavior, n.11 (4), pp. 325-40.

²²² Scott C.L., Swartz E., Warburton D. (2006), *The Psychological Autopsy: Solving the Mysteries of Death*, Psychiatric Clinics of North America, Vol.29, n.3, pp. 805-822.

2. Le cause: indicano come una persona è morta, l'evento/i che hanno determinato le cause cliniche (es incidente automobilistico, colpo di pistola alla tempia ecc.);
3. I motivi: anche se per il medico legale le cause di cui sopra sono quasi sempre chiare, non altrettanto evidenti possono essere i relativi motivi. Questi si riferiscono alle circostanze che hanno determinato le cause della morte e possono essere naturali, accidentali, riconducibili a suicidio od omicidio.

In caso di apparente suicidio in fase di investigazione retrospettiva risulta fondamentale focalizzare l'attenzione sui seguenti punti:²²³

- a. il *perché* il soggetto avrebbe commesso l'eventuale suicidio, cercando di comprendere le ragioni o gli eventi/fattori precipitanti/stressors che possono aver indotto la vittima a commettere l'atto fatale in quel determinato momento;
- b. l'*intento* indica il grado di volontà conscia o inconscia del soggetto di porre fine alla propria vita, che può essere comunicata in modo implicito o esplicito.
- c. la *letalità* delle modalità utilizzate per compiere l'atto suicidario. Questa, indicando il grado di assunzione del rischio di provocare la propria morte, può fornire delle importanti indicazioni circa l'intenzionalità suicida della vittima.

²²³ Shneidman, E. S. (1981), *The psychological autopsy*, Suicide & Life Threatening Behavior, n.11 (4), pp. 325-40.

Volendo sintetizzare, nei casi di morte dubbia, vengono spesso indicati i seguenti tre punti dai quali partire con le indagini: ²²⁴

- il perché (connesso alle motivazioni del soggetto) ;
- il come (legato all'intenzionalità ed letalità delle modalità della morte);
- il cosa (relativo ai fattori precipitanti/stressors).

4.1.1. L'intento suicida

In merito all'*intento* suicidario, questo può essere inteso come una motivazione soggettiva a togliersi la vita, che può esser comunicata in modo implicito o esplicito.

Quella implicita è basata su markers comportamentali oggettivi,²²⁵ quali le dimensioni temporali dell'atto, l'isolamento, le precauzioni prese per evitare un eventuale intervento volto ad impedire la commissione dell'atto fatale, la presenza o assenza di tentativi per una eventuale ricerca d'aiuto, gli ultimi preparativi per trovare la morte, la letalità del metodo utilizzato, la presenza ed il relativo grado di premeditazione e di pianificazione di eventuali precedenti tentativi di suicidio.

In caso di suicidio dalle dinamiche sospette, relativamente all'analisi dell'intenzionalità implicita o oggettiva del suicida, a mio avviso potrebbe essere utile per gli inquirenti far riferimento allo strumento di valutazione psicologica elaborato da scala denominata *Suicide Intent Scale* elaborato da Aaron T. Beck e coll..²²⁶

²²⁴ Shneidman, E. S. (1981), *The psychological autopsy*, Suicide & Life Threatening Behavior, n.11 (4), pp. 325-40.

²²⁵ <http://www.aggressuicide.org/numero5/italiano//Meneghel.pdf>

²²⁶ Beck et al. (1979), *Scale for Suicide Ideation – SSI*.

A mio parere tale strumento, pur sviluppato per valutare il grado di intenzionalità nei tentativi di suicidio, formula diversi items che potrebbero risultare utili per gli organi inquirenti, anche a suicidio avvenuto, quali spunti di approfondimento investigativo per avere un quadro più chiaro circa le intenzioni del soggetto e far luce sulle reali dinamiche dell'accaduto.

Di seguito riporto una mia traduzione e riformulazione degli items che potrebbero risultare maggiormente utili a livello investigativo. Evidenzio che, non trattandosi di una scala bensì di una linea guida investigativa, le tre risposte per ciascun item sono puramente indicative non avendo previsto alcun punteggio di riferimento.

1. Isolamento

1. Qualcuno era in zona
2. Presenza di qualcuno con contatto visivo e/o vocale
3. Nessuno era presente od in contatto visivo e/o verbale

2. Timing

1. Probabile intervento altrui
2. Improbabile intervento altrui
3. Scarsissime possibilità di intervento altrui

3. Precauzioni per evitare la scoperta del comportamento suicida in atto (possibile intervento altrui)

1. Nessuna precauzione
2. Precauzioni passive (come, ad esempio, evitare la presenza di altri ma non far nulla per prevenire un eventuale intervento altrui se scoperti o eseguire l'atto soli in una stanza ma con la porta non serrata)
3. Precauzioni attive (es. serrare la porta)

4. Richiesta di aiuto durante il compimento dell'atto

1. Eventuali richieste di aiuto per realizzare il proprio desiderio di morire
2. Aiuti contattati ma poi non formulata l'effettiva richiesta di aiuto per la realizzazione dell'atto
3. Nessun aiuto richiesto

5. Atti finali in previsione della morte (ultime volontà, donazioni, assicurazioni)

1. Nessuno
2. Pensieri relativi o qualche progetto correlato
3. Piani definiti o preparativi completi

6. Preparazione del progetto suicida

1. Nessuna
2. Da minima a moderata
3. Completa

7. Note d'addio

1. Nessuna nota
2. Pensieri scritti ma strappati
3. Presenza di appunti

8. Comunicazione del proprio intento suicida

1. Nessuna
2. Comunicazioni imprecise ed equivoche
3. Comunicazione chiara ed esplicita

9. Grado di premeditazione

1. Nessuno; atto impulsivo
2. Suicidio premeditato da meno di tre ore

3. Suicidio premeditato da più di tre ore

10. Precedenti tentativi

1. Nessuno
2. Uno o due
3. Tre o più

11. Relazione tra assunzione di alcool e suicidio

1. Ci può essere stata un'eventuale assunzione di alcool prima del suicidio anche se non tale da pregiudicare il giudizio e l'esame di realtà
2. L'assunzione di alcool era sufficiente ad intaccare la capacità di giudizio, l'esame di realtà ed il senso di responsabilità del soggetto
3. Vi è stata una intenzionale assunzione di alcool per facilitare la conclusione dell'atto

12. Relazione tra assunzione di stupefacenti e suicidio

1. Ci può essere stata un'eventuale assunzione di sostanze stupefacenti prima del suicidio anche se non tale da pregiudicare il giudizio e l'esame di realtà
2. L'assunzione di sostanze stupefacenti era sufficiente ad intaccare la capacità di giudizio, l'esame di realtà ed il senso di responsabilità del soggetto
3. Vi è stata una intenzionale assunzione di sostanze stupefacenti per facilitare la conclusione dell'atto

La comunicazione esplicita dell'intento suicida viene ricercata, a livello investigativo, nelle dichiarazioni dirette (conversazioni precedenti l'atto fatale, minacce, affermazioni, note, lettere, registrazioni, video, testamenti ecc.) che il suicida ha fatto e/o lasciato a familiari e/o conoscenti in merito alla sua volontà di porre fine alla propria vita e/o riguardo al suo agito.

A tal proposito, relativamente alle comunicazioni lasciate dagli individui suicidi, le diverse ricerche scientifiche hanno evidenziato che la percentuale dei soggetti che si sono suicidati e che hanno lasciato dei biglietti d'addio varia tra il 15 ed il 40%.^{227 228}

Ai fini investigativi è molto importante essere a conoscenza di tale percentuali in quanto, nel passato, gli inquirenti tendevano a non considerare con la dovuta attenzione l'ipotesi suicidaria, qualora non fossero stati rinvenuti messaggi di addio. Attualmente invece gli investigatori sanno che, solo in una minoranza dei casi, i soggetti suicidi lasciano una comunicazione in merito al proprio gesto.

Dopo aver preso in esame 500 biglietti e/o lettere d'addio di soggetti suicidi, Holmes R.M. ed Holmes S.T.²²⁹ ne hanno individuato le seguenti cinque tipologie in base al loro oggetto:

- *Finanziari*: i problemi economici sono cause molto frequenti per la determinazione dell'atto suicida. In questi casi sono spesso riportate nel testo grosse difficoltà economiche o impossibilità nel pagare i debiti. A volte vengono anche paventati futuri licenziamenti con conseguenti ricadute finanziarie. Per tali fattispecie il suicida sovente afferma di considerare la propria morte quale unica via d'uscita dal disastro economico. Questa condotta è estremamente colpevolizzante per i familiari ed amici che inevitabilmente rifletteranno su quanto avrebbero potuto aiutare materialmente il soggetto per evitare il gesto fatale;

²²⁷ James R.K.,(2008), *Crisis intervention strategies*, Cengage Learning, Stamford- Connecticut p.185.

²²⁸ Shneidman, E. S. (1979), *A Bibliography of Suicide Notes: 1856–1979*, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Vol.9 (1), pp.57-59.

²²⁹ Holmes R.M., Holmes S.T., (2006), *Suicide: theory, practice, and investigation*, Sage - Thousand Oaks (US), pp. 82-97.

- *Amore non corrisposto*: il tema psicologico principale in tale fattispecie è quello dell'autostima. Le note lasciate dai suicidi sentimentalmente non corrisposti, spesso evidenziano dolore trasformato in rabbia ed aggressività nei confronti del soggetto amato al quale sovente è attribuita la responsabilità o colpa per la propria morte. Spesso il legame affettivo perduto viene definito dal suicida come unico, non più riconciliabile ed impossibile da sostituire. Tipicamente appaiono riferimenti alla futura solitudine vista come impossibile da sopportare, senza via d'uscita se non attraverso la propria morte. A volte le note riportano la speranza (spesso indice di estrema aggressività a scopo colpevolizzante) che il soggetto dal quale si è stati abbandonati, attraverso la propria scomparsa, possa continuare a vivere una vita migliore.

- *Salute fisica/Fuga dal dolore*: negli individui con patologie allo stato terminale che si sono tolti la vita, le note lasciate solitamente denotano il desiderio di fuggire dal dolore fisico e da quello che, di riflesso, lentamente ed inesorabilmente provocherebbe nei propri cari. Spesso il suicida si preoccupa di deresponsabilizzare i suoi familiari per la propria decisione di farla finita al fine di evitare nei loro confronti qualsiasi possibilità di autocolpevolizzazione. A volte si riscontrano dei riferimenti economici relativi ai costi delle cure e alla volontà di non voler pesare sui propri cari.

In altri casi viene fatta menzione alla insopportabile perdita della propria autonomia ed indipendenza.

- *Salute mentale*: le note più frequentemente rinvenute risultano lasciate da individui affetti da psicopatologie depressive: il senso di solitudine appare il tema dominante. In altri casi gli individui erano affetti da psicosi: in tali fattispecie vengono spesso riportate le voci percepite nella mente di questi soggetti che avevano ordinato di commettere il gesto fatale. Alcuni

individui psicotici scrivono di esser stati richiamati a congiungersi con Dio, altri costretti da voci divine infliggersi la punizione meritata.

4.1.2. Il concetto di letalità nei casi di suicidio

Shneidman,²³⁰ intendendo per “letalità” la probabilità che una data modalità suicida possa condurre l’individuo alla morte, la classifica nei seguenti quattro livelli:

1. Alta letalità: si riferisce a tutte quelle modalità suicide che determinano la certezza pressoché assoluta di condurre l’individuo alla morte.

Il loro utilizzo rappresenta quindi l’inequivocabile decisione di un soggetto di togliersi la vita. Rientrano in tale casistica, ad esempio, la decapitazione, le precipitazioni da altezze elevate, il colpo d’arma da fuoco alla testa, gli investimenti ferroviari, le impiccagioni, l’uso di esplosivi, le gravi lesioni ad organi vitali ecc.

2. Media letalità: si riferisce a quei comportamenti suicidi nei quali il soggetto gioca un ruolo fondamentale nell’accelerare la propria morte attraverso azioni consce o inconsce. Per tali fattispecie Shneidman riporta gli esempi della mancata adesione a trattamenti medici salvavita, l’abuso potenzialmente letale di sostanze alcoliche o stupefacenti o porre in essere comportamenti ad alto rischio letale per i quali l’eventuale sopravvivenza dipende dal fato (es. Roulette Russa ecc.).

²³⁰ Shneidman, E. S. (1981), *The psychological autopsy*, Suicide & Life Threatening Behavior, n.11 (4), pp. 325-40.

3. Bassa letalità: si evidenzia quando il soggetto gioca un ruolo, anche se non fondamentale, nel determinare o accelerare la sua morte.
4. Letalità assente: in tal caso la persona non ha svolto alcun ruolo nella sua morte: le prove, al contrario, indicano che il deceduto desiderava continuare a vivere.

In genere gli uomini scelgono dei metodi di suicidio più violenti con una prevalenza delle impiccagioni, seguita dall'utilizzo di armi da fuoco, il lanciarsi da un luogo elevato (precipitazione), utilizzato soprattutto dai soggetti oltre i 65 anni, e l'asfissia da monossido di carbonio. Metodi meno utilizzati sono risultati essere l'avvelenamento ed il lanciarsi contro oggetti in movimento (investimento), metodo, quest'ultimo, che seppur raro, è risultato essere più frequente tra i giovani.

Le donne solitamente scelgono per suicidarsi metodi meno violenti: il più comune è il lanciarsi da un luogo elevato (precipitazione); seguono l'impiccagione, l'annegamento e l'avvelenamento. Il metodo meno frequente è l'utilizzo di armi da taglio.

Occorre tuttavia evidenziare che un metodo violento non necessariamente corrisponde ad un metodo più letale degli altri.

Sovente infatti i metodi violenti fanno venire meno l'integrità del corpo che rappresenta, in generale, un aspetto indicativo della letalità dell'atto. Tuttavia, bisogna anche riconoscere che esistono metodi con i quali l'integrità del corpo è totalmente mantenuta attraverso modalità suicida non violente ma fortemente letali. E' il classico caso di suicidio causato dall'assunzione di un veleno potentissimo.

Generalmente l'uso da parte delle donne di metodi meno letali concede maggiori possibilità di intervento da parte dei sanitari e questo è uno dei principali motivi per cui si registrano un maggior numero di tentativi di suicidi rispetto agli uomini.

4.2. Strumenti investigativi

4.2.1. La scena del crimine e la sua ricostruzione

In generale, la complessa attività investigativa giudiziaria si può distinguere in:

- indagini dirette: dette anche *indagini tecniche* o *di acquisizione probatoria oggettiva*, vengono svolte direttamente su cose, luoghi e situazioni che hanno pertinenza con il reato e comportano quindi un'analisi degli elementi investigativi ricavati direttamente sulla cosiddetta scena del crimine (es. i rilievi planimetrici, fotografici, descrittivi, esami di laboratorio, balistici, rilievi dattiloscopici ecc.);
- indagini indirette: anche denominate di *acquisizione probatoria soggettiva*, si svolgono successivamente ed in parallelo a quelle dirette ed a differenza di queste non promanano direttamente dalla scena del crimine (es. gli accertamenti anagrafici o presso altri uffici pubblici, l'acquisizione di sommarie informazioni ecc.)

Nelle indagini tecniche possiamo individuare due fasi distinte:

1. fase di *rilevamento*: viene svolta la ricerca degli indizi senza alcuna elaborazione o valutazione critica di quanto rinvenuto;
2. fase di *accertamento*: gli indizi vengono trasformati in prove attraverso metodologie di laboratorio e procedimenti analitici.

Per *indizio*, dal latino *indicium*, che significa “indicazione”, “segnale”, si intende evidenza fisica, materiale (es. impronta, segno, oggetto ecc.) ma

anche assenza di tali elementi qualora ci si sarebbe aspettati di trovarli. Spesso, in una scena del crimine, gli indizi possono essere numerosi ed il loro significato, a prima vista, può non apparire intelleggibile se non dopo averli inseriti ed interpretati nel giusto contesto.

Questi più che rappresentare lo statico concetto di “tessere del puzzle” possono essere invece interpretati come elementi posti in una relazione reciproca e dinamica.²³¹

Donato²³² sostiene che non può esistere un criminale che al suo passaggio sul luogo del delitto non lasci nessun indizio in quanto si verifica sempre uno scambio di indizi tra l'autore, il luogo del fatto e la vittima.

Gli indizi si distinguono in:²³³

- *indizi determinabili*: per la loro stessa struttura e natura fisica possono essere individuati senza strumenti particolari, con la semplice ma attenta osservazione (es. dei bossoli);
- *indizi indeterminabili*: per la loro natura e struttura possono essere identificati unicamente attraverso esami di laboratorio (es. una macchia di sostanza organica);
- *indizi associativi*: selezionati sulla scena del crimine e strettamente connessi all'indagine in corso;
- *indizi non associativi*: rinvenuti sulla scena del delitto ma non attinenti al caso oggetto di indagini.

²³¹ Bozzi S., Grassi A. in: Picozzi M., Intini A., (2009), *Scienze Forensi. Teoria e prassi dell'investigazione scientifica*, UTET Giuridica-Torino, p.28.

²³² Donato F., (2006), *Criminalistica e tecniche investigative*, Firenze, Editoriale Olimpia, p.31.

²³³ Ibidem, p.32.

4.2.1.1. Il sopralluogo giudiziario

Il sopralluogo giudiziario può esser definito come quell'insieme di attività a carattere scientifico che ha come finalità fondamentali la conservazione dello stato dei luoghi, la ricerca, l'assicurazione e la conservazione di cose e/o tracce pertinenti il reato, utili per l'individuazione del reo e l'identificazione della vittima, nonché per una precisa ricostruzione della dinamica dei fatti, delle circostanze e del relativo "modus operandi" attuato.²³⁴

Il sopralluogo rappresenta un'indagine diretta, rappresentando infatti un mezzo di ricerca della prova (art.244 c.p.p.), prevista nell'ambito degli accertamenti urgenti (art.354 c.p.p.) ed è pertanto regolato da apposite disposizioni di legge previste dal Codice di Procedura Penale costituendo infatti un'attività di polizia giudiziaria.

Occorre precisare che per "accertamenti urgenti" non si intendono gli accertamenti tecnici previsti negli artt.359 e 360 c.p.p. in quanto i primi sono preminentemente di natura ispettiva, descrittiva ed eventualmente repertativa, mentre quelli tecnici prevedono la formulazione di una valutazione, di un giudizio. In tal senso l'accertamento urgente può esser considerato il presupposto di quello tecnico: esemplificativo è il caso dell'assunzione di un impronta digitale che successivamente verrà comparata con quella di un soggetto sospettato per la formulazione del giudizio di eventuale identità.

Tutti gli accertamenti urgenti posti in essere vengono documentati sotto forma di verbale (art.357 c.p.p.) successivamente trasmesso al pubblico ministero.

²³⁴ Carella Prada O., Tancredi M. (2006), *Il sopralluogo giudiziario medico legale*. Roma. Società Editrice Universo.

Il sopralluogo giudiziario può essere considerato uno dei momenti più impegnativi dell'intera attività investigativa. Alla presenza dell'autorità giudiziaria si aggiunge quella del medico legale che risulta di fondamentale importanza soprattutto nel caso di suicidi e/o morti sospette, per l'esame dei luoghi, la ricerca e la repertazione delle tracce biologiche e l'acquisizione dei primi dati orientativi in merito alla cronologia della morte ed alle possibili dinamiche dell'evento.

Considerate la rilevanza giuridica e la complessità delle attività svolte in sede di sopralluogo, è evidente l'importanza che queste siano poste in essere avendo riguardo alla loro futura tenuta probatoria. Si appalesa pertanto l'esigenza di operare con un valido approccio metodologico che risponda ai criteri di omogeneità ed uniformità.

In tale ottica è di fondamentale importanza operare con rigore analitico, senza condizionamenti derivanti da pregiudizi personali o giudizi affrettati, facendo quindi derivare ogni interpretazione da adeguate valutazioni comparative in continua elaborazione durante il corso delle indagini.

Da tale iter investigativo notevolmente dinamico, incentrato sulla verifica continua delle ipotesi a fronte di ogni singolo nuovo indizio acquisito, ne deriva un giudizio costituente un orientamento presuntivo basato comunque su dati concreti.

In merito agli aspetti più specificatamente metodologici, spesso, sulla scena del crimine viene fatto riferimento al principio delle "7 goldW" utilizzato da molti patologi forensi americani:²³⁵

- What happened (cosa successe);
- When (quando);
- Where (dove);
- With what (con cosa);

²³⁵ Carella Prada O., Tancredi M. (2006), *Il sopralluogo giudiziario medico legale*, Roma. Società Editrice Universo, p.9.

- Which manner (in che modo);
- Why (perché; il movente);
- Who is the murder (chi è l'assassino).

Borri ed altri autori evidenziano come le indagini giudiziarie preliminari prevedano l'atto di accesso con la conseguente ispezione giuridica e ricognizione del cadavere per la rilevazione della fenomenologia tanatologica e l'analisi delle condizioni ambientali che su questa possono aver influito. Il fine specifico di tale attività consiste nel valutare ogni possibile elemento che permetta di formulare un parere presuntivo circa le possibili cause e dinamiche della morte.²³⁶

Diversi studiosi sono comunque concordi nel ritenere che l'aspetto fondamentale dell'attività di sopralluogo consista nella verifica critica della realtà sia nella fase di raccolta che di valutazione dei dati rilevati. Il rigore analitico durante l'esecuzione di un sopralluogo risulta quindi indispensabile: spesso infatti da un dato di fatto oggettivo può scaturire un'interpretazione soggettiva che allontana gli inquirenti dalla realtà di quanto effettivamente è accaduto.

Tale discrepanza tra quanto appare, quanto si percepisce e quanto realmente "è", risulta palese soprattutto nei casi di suicidi o morti equivoche, ove le motivazioni e l'intenzionalità non sempre emergono con chiarezza.

A tal proposito Pannain e coll.²³⁷ propongono una metodologia denominata "Scanning" che prevede quattro fasi operative: 1- raccolta indiscriminata di ogni dato rilevabile; 2- Analisi e sintesi degli elementi evidenziati; 3- valutazione dei dati raccolti e formulazione di diverse ipotesi; 4- integrazione scientifica e circostanziata dei dati precedentemente raccolti.

²³⁶ Borri L. et al. (1938) *Trattato di medicina legale*, Milano, Casa editrice Dott. Francesco Vallardi;

²³⁷ Pannain B. et al., (1995), *Note di metodologia medico-legale nel sopralluogo*, in "La scienza contro il crimine". Atti del IV Convegno Nazionale di Criminalistica, Firenze, 27-29 Ottobre 1994, Firenze, Editoriale Olimpia.

Al fine di soddisfare l'esigenza di analiticità e completezza degli accertamenti da esperire nel corso del sopralluogo diversi autori propongono l'utilizzo di protocolli operativi o liste di controllo che rappresentino le tappe sequenziali essenziali di una procedura d'intervento codificata finalizzata all'ottenimento di un lavoro standardizzato ed omogeneo nonché di uno strumento di ausilio per l'operatore.

Altri autori tuttavia ritengono che tali protocolli, pur risultando utili quali guide operative di riferimento, non possano comunque esser seguiti pedissequamente in ogni singolo caso bensì "adattati" alle specifiche e differenti problematiche che di volta in volta si presentano.

4.2.1.2. Primo intervento sulla scena del crimine

L'attività degli operatori di polizia che per primi raggiungono la scena del crimine è spesso erroneamente sottovalutata. Infatti l'esito delle indagini dipende strettamente dall'osservanza di applicazioni operative sin dai primi passaggi investigativi.

L'"integrità" di una scena del crimine può evidenziare l'intera dinamica dei fatti oggetto delle indagini.

Pertanto, l'intervento dei primi operatori giunti in loco dovrà esser funzionale alla preservazione della scena da ogni possibile alterazione successiva all'evento, in attesa delle successive attività dei tecnici della scientifica.

Sovente, la situazione di fatto che i primi operatori devono fronteggiare è caotica ed imprevedibile. Diversi sono gli aspetti che possono renderla tale: una indicazione imprecisa del luogo e di quanto avvenuto filtrata dalla centrale operativa; la presenza di familiari sconvolti o di semplici curiosi; le avverse condizioni meteorologiche che in scene all'aperto potrebbero

alterare e/o disperdere gli indizi; eventuali altre persone ferite ecc. Da questo breve elenco esemplificativo di variabili operative si può ben comprendere come ogni scena del crimine presenti caratteristiche di unicità e di non ripetibilità.²³⁸

L'operato della pattuglia giunta sul posto dovrà esser finalizzato a preservare la scena del crimine, facendo evacuare i luoghi ed impedirne l'accesso. Gli agenti non dovranno toccare nulla, ad eccezione di quanto necessario per eventuali attività di soccorso o per evitare pericoli imminenti (es. possibili crolli successivi ad esplosioni) e dovranno astenersi dal compiere qualsiasi tipo di verifica tecnica. Sarà invece necessaria l'identificazione di tutte le persone che hanno avuto accesso al luogo prima del fatto e di coloro che possono esser considerati testimoni utili ai fini della ricostruzione della dinamica degli eventi.

E' indispensabile un rigido piantonamento dei luoghi per una loro efficace conservazione: questo lo si dovrà svolgere effettuando una doppia recinzione delimitata da paletti e bande bicolore. La prima recinzione, ampia il più possibile, dovrà prevedere un'unica via d'accesso al luogo dove è avvenuto il crimine e sarà piantonata per non farvi accedere nessuno, eccetto coloro che risultano autorizzati dal Pubblico Ministero. E' opportuno che l'agente addetto al piantonamento registri i nominativi ed i rispettivi orari di ingresso dei soggetti autorizzati all'accesso.

Nella seconda zona recintata, denominata anche "epicentro del crimine", avranno la possibilità di accedere unicamente i tecnici dei reparti scientifici o il magistrato, avendo cura, in ogni caso, di indossare le tute ed i calzari monouso nonché i guanti in lattice, al fine di non contaminare i luoghi.²³⁹

Gli agenti di primo intervento dovranno quindi porre in essere una serie di attività ispettive e di controllo all'esterno delle recinzioni quali, ad esempio,

²³⁸ Bozzi S., Grassi A. in: Picozzi M., Intini A., (2009), *Scienze Forensi. Teoria e prassi dell'investigazione scientifica*, UTET Giuridica-Torino, p.31-2.

²³⁹ Donato F., (2006), *Criminalistica e tecniche investigative*, Firenze, Editoriale Olimpia, pp.33-34.

l'ispezione dei cassonetti o dei cestini dei rifiuti, per verificare se possano esservi stati occultati oggetti o elementi attinenti al reato: in caso di riscontro positivo questi dovranno esser lasciati nella sede di rinvenimento in attesa dell'arrivo del personale dalla scientifica che provvederà a prelevarli e a repertarli secondo le modalità previste.

Il capo della pattuglia giunta per prima sul luogo del crimine dovrà quindi relazionare ai colleghi dei reparti scientifici giunti sul posto relativamente ad ogni informazione utile sullo stato del luogo, sulle possibili alterazioni o modificazioni successivamente avvenute e sugli accorgimenti presi per preservarlo, mettendosi poi a disposizione per eventuali altri compiti da svolgere.

4.2.1.3 Osservazione e descrizione

L'osservazione e la descrizione rappresentano due fasi consecutive ed alquanto delicate delle operazioni tecniche del sopralluogo, il cui scopo è quello della compilazione del relativo verbale.

Questo andrà poi integrato dai rilievi fotografici, planimetrici e, più in generale, descrittivi, al fine di permettere a coloro che lo leggeranno di avere una rappresentazione il più fedele possibile riguardo alla scena del crimine ed ai suoi contenuti nonché consentire di essere a conoscenza di tutte le attività tecnico scientifiche svolte.²⁴⁰

Le attività di osservazione e descrizione andranno quindi poste in essere con la massima accuratezza ed attenzione secondo un metodo rigoroso che segue il seguente ordine: dal generale al particolare, dal basso verso l'alto, da destra verso sinistra.

²⁴⁰ Bozzi S., Grassi A. in: Picozzi M., Intini A., (2009), *Scienze Forensi. Teoria e prassi dell'investigazione scientifica*, UTET Giuridica-Torino, p.35.

Gli operatori, rispetto ad ogni cosa osservata, dovranno quindi riportarne la posizione, la sede, la direzione, la dimensione, il materiale, la forma, il colore, l'odore ed ogni ulteriore qualità che potrà rendere più precisa la descrizione dell'oggetto stesso.²⁴¹

Occorre, inoltre, ricordare l'importanza della completezza e neutralità da parte dell'osservatore nella descrizione della scena del crimine evitando commenti e/o valutazione di tipo personale.

Il metodo di procedere è di tipo topografico e cioè occorre indicare la posizione dell'operatore che sta svolgendo la descrizione poiché rispetto a lui saranno riferite le informazioni relative ai diversi posizionamenti degli oggetti e di quanto osservato.

La descrizione dovrà inoltre riportare la data, l'ora e la località del sopralluogo, le generalità del personale che lo ha condotto, quelle del responsabile delle attività e l'indicazione dell'eventuale intervento del Pubblico Ministero.

Saranno quindi descritti i luoghi e gli oggetti nelle modalità precedentemente specificate e per questi ultimi verranno apposti specifici indici alfanumerici per la successiva individuazione.

In merito alla descrizione dell'ambiente si potrà procedere dividendolo in settori avendo cura, anche in questo caso, di descriverli in rapporto alla posizione dell'operatore.

Notevole attenzione andrà riposta ad eventuali anomalie riscontrate nella scena del crimine, come ad esempio oggetti fuori posto o cose apparentemente estranee al contesto.

²⁴¹ *Ibidem*

4.2.1.4. *Planimetria e rilievi fotografici*

I rilievi planimetrici possono esser considerati la prima modalità con la quale viene documentata la scena del crimine nel suo insieme.

Questi vengono realizzati seguendo le regole della planimetria dando così modo agli operatori di rappresentare in piano quanto si desidera disegnare utilizzando semplicemente la misurazione di angoli e distanze.

E' quindi indispensabile che le misurazioni siano estremamente precise, evitando approssimazioni che potrebbero determinare un rilievo non corrispondente al reale stato delle cose e pertanto di scarsa attendibilità ai fini investigativi.

Il rilievo sarà tecnicamente orientato in base ai punti cardinali e riporterà la scala di riduzione utilizzata nonché l'esatta indicazione del luogo, della data e dell'ora di esecuzione ed il nome dell'operatore che lo ha disegnato.²⁴²

Un'attenta ricognizione è sempre indispensabile prima di procedere all'effettuazione del rilievo che potrà esser eseguito sia all'aperto che al chiuso. Non è comunque necessario che la planimetria sia portata a conclusione in fase di sopralluogo: infatti, sovente, l'operatore procede a disegnare uno schizzo del luogo appuntandosi le precise misurazioni, per poi redigerla in laboratorio utilizzando il tavolo da disegno.²⁴³

Per quanto concerne le riprese fotografiche e con videocamera queste rappresentano una risorsa fondamentale a livello investigativo, soprattutto in relazione alla loro capacità di documentare con assoluta fedeltà lo stato dei luoghi. Queste pertanto sono diventate un valido ed inconfutabile mezzo probatorio.

²⁴² Bozzi S., Grassi A. in: Picozzi M., Intini A., (2009), *Scienze Forensi. Teoria e prassi dell'investigazione scientifica*, UTET Giuridica-Torino, p.38.

²⁴³ *Ibidem*

Grazie alle moderne tecnologie esiste oggi la possibilità, da parte degli obiettivi, di catturare anche le più impercettibili tracce ed indizi e di fissarli nel tempo.

Dal punto di vista metodologico, l'addetto al fotorilevamento deve seguire il medesimo ordine utilizzato per la descrizione: dal generale al particolare, dall'esterno all'interno, dal basso verso l'alto, da destra verso sinistra dopo aver indicato con appositi indici alfanumerici ogni singolo dettaglio rilevante. Inoltre nel fotografare i dettagli si farà uso della cosiddetta "striscetta metrica" allo scopo di poter determinare le esatte dimensioni di ogni particolarità esaminata. Per i successivi ingrandimenti potranno poi essere utilizzate tutte le strumentazioni tecniche del caso.²⁴⁴

Per eventi particolari, quali esplosioni, disastri, calamità naturali ecc., considerate le oggettive difficoltà nell'effettuare rilievi fotografici o planimetrici, si potrà far uso della speciale rilevazione fotogrammetrica, attraverso la quale sarà possibile determinare le dimensioni di oggetti lontani attraverso fotografie scattate da angolazioni differenti, mediante l'uso di apparecchi situati agli estremi di una base della quale si conosce la misura. Tale tecnica permette inoltre di realizzare grafici, disegni e planimetrie di tipo tridimensionale.²⁴⁵

In questi ultimi anni si stanno sempre più affermando, in ambito investigativo, la tecnica di fissazione dello stato dei luoghi attraverso le video riprese.

Queste, infatti, possono considerarsi un facile e rapido mezzo per poter avere immediatamente a disposizione stampe di fotogrammi, ingrandimenti, vedute con differenti prospettive ecc. che, considerata la garanzia di assoluta fedeltà di riproduzione della realtà, riducono largamente le frequenti contestazioni procedurali in sede processuale.

²⁴⁴ Bozzi S., Grassi A. in: Picozzi M., Intini A., (2009), *Scienze Forensi. Teoria e prassi dell'investigazione scientifica*, UTET Giuridica-Torino, p.39.

²⁴⁵ Donato F., (2006), *Criminalistica e tecniche investigative*, Firenze, Editoriale Olimpia, p.36.

Occorre inoltre ricordare l'estrema utilità di una ripresa video del pubblico presente durante il sopralluogo: infatti, in alcune fattispecie di delitti, l'autore del crimine può confondersi tra i curiosi che assistono alle operazioni, per gratificare il proprio ego osservando l'effetto che la sua condotta ha prodotto sui presenti.

4.2.1.5. Ricerca delle tracce e repertazione

Nella tradizione investigativa italiana la ricerca delle tracce si fonda in prevalenza sull'esperienza e sulle capacità tecniche ed organizzative della squadra operante anziché seguire pedissequamente rigorosi protocolli prestabiliti. Negli Stati Uniti, è prevista l'applicazione di alcuni metodi di ricerca che traggono origine dallo sviluppo di figure geometriche a seconda delle specifiche caratteristiche della scena del crimine. Scopo precipuo di tali tecniche è disciplinare e rendere il più razionale possibile la ricerca attraverso specifiche distribuzioni di compiti, zone e funzioni. L'utilizzo di percorsi precisi e predeterminati permetterà di evitare doppie ricerche nel medesimo spazio e daranno la possibilità di indicare, con precisione ed immediatezza, il luogo di ritrovamento di eventuali elementi attinenti al reato.²⁴⁶

L'attività di ricerca delle tracce è prevalentemente tesa ad individuare, documentare e prelevare frammenti di impronte papillari che si distinguono in visibili e latenti.

Le prime si determinano per contatto delle superfici digitali imbrattate di sostanze di diversa natura ("impronte per sovrapposizione") o attraverso la pressione/affondamento delle creste papillari su sostanze malleabili ("impronte per modellamento"). Qualora questi due tipi di impronte vengano

²⁴⁶ Bozzi S., Grassi A. in: Picozzi M., Intini A., (2009), *Scienze Forensi. Teoria e prassi dell'investigazione scientifica*, UTET Giuridica-Torino, p.39-40.

rinvenute su superfici non asportabili, sarà necessaria una loro ripresa fotografica con particolari accorgimenti tecnici quali luce polarizzata, radente, filtri ecc., allo scopo di poterne esaltare il contrasto con la superficie sulla quale vengono trovate.

Le *impronte latenti* sono quelle riscontrate più frequentemente nel corso dei sopralluoghi. Il termine “latente” indica la loro invisibilità ad occhio nudo, producendosi, infatti, per deposizione degli amminoacidi secreti dalle creste dermiche a contatto con gli oggetti. La loro invisibilità implica la necessità di essere esaltate e successivamente asportate: a tal fine, generalmente, vengono utilizzate polveri speciali a base di alluminio, grafite e omminio in relazione alle specifiche superfici sulle quali si trovano. Tali polveri esaltatrici attecchiscono all’essudato papillare derivante dalle zone vuote dell’impronta rendendola, una volta esportata, un “negativo”. Successivamente sarà pertanto necessaria una sua inversione fotografica per permettere una eventuale comparazione con le impronte riportate dai cartellini di fotosegnalazione.²⁴⁷

Oltre a quello tradizionale, esistono altri metodi chimico-fisici per evidenziare le impronte, a seconda delle superfici sulle quali vengono individuate: quello del cianoacrilato per quelle costituite da materiali plastici non porosi, in particolare neri; la ninidrina viene invece usata su materiali cartacei e porosi; sul vetro, la plastica ed il polietilene si utilizza il metodo fisico della deposizione metallica. Per migliorare la qualità di un frammento di impronta già esaltata con i precedenti metodi può esser utilizzata la luminiscenza laser.²⁴⁸

Per stabilire l’epoca in cui furono apposte le impronte rilevate durante il sopralluogo, occorre fare un distinguo tra le visibili e quelle latenti.

Per le prime, un elemento che può indicarne la recente apposizione, è la possibilità di evidenziare, senza strumentazioni, il fondo del substrato ove le

²⁴⁷ Bozzi S., Grassi A. in: Picozzi M., Intini A., (2009), *Scienze Forensi. Teoria e prassi dell’investigazione scientifica*, UTET Giuridica-Torino, p.42.

²⁴⁸ Donato F., (2006), *Criminalistica e tecniche investigative*, Firenze, Editoriale Olimpia, p.37.

creste papillari vi hanno aderito. Infatti, il passare del tempo ed il depositarsi della polvere tendono a velare progressivamente tale fondo evidenziando l'invecchiamento dell'impronta. Occorre comunque tener presente che l'entità della velatura dipende anche dalle condizioni ambientali e, pertanto, le conclusioni che in tal modo si possono trarre sulla datazione dell'impronta risultano solamente orientative e da formulare considerando anche altre variabili quali la sede della stessa e l'eventuale presenza di ulteriori ed adiacenti frammenti.

Relativamente alla datazione delle impronte latenti, una volta esaltate con specifiche polveri, si fa riferimento alla patina di sudore tipica di ogni impronta: questo, infatti, essendo costituito in larga parte da acqua e sali, con il tempo tende ad evaporare. Pertanto, un indice pur approssimativo, utilizzato per datare l'apposizione di un'impronta latente, consiste nella quantificazione della polvere esaltatrice che rimane catturata dal frammento. Anche in questo caso la valutazione sarà fatta con estrema prudenza e considerando, sia le condizioni climatiche dell'ambiente, che la quantità di sudorazione prodotta, differente per ogni singolo individuo.²⁴⁹

In generale, la selezione dei singoli reperti da sottoporre successivamente ad analisi di laboratorio prenderà in considerazione oggetti trasportabili di plastica, metallo, carta, vetro ecc. da conservare all'interno di buste singole di plastica trasparente o di carta, dopo averle catalogate e numerate specificandone il luogo di rinvenimento per poi poterle così ricollegare al verbale dei rilievi descrittivi e fotografici.

Oltre alle impronte dattiloscopiche, in sede di sopralluogo possono esser rinvenute tracce biologiche e di diversa natura.

Per quanto concerne le prime, in caso di omicidio, suicidi dagli aspetti equivoci o lesioni, il personale tecnico effettuerà dei prelievi di ogni materiale che apparirà imbrattato di sostanza ematica, sperma o saliva.

²⁴⁹ Donato F., (2006), *Criminalistica e tecniche investigative*, Firenze, Editoriale Olimpia, p.37.

Anche se rinvenuti nel medesimo luogo e quindi verosimilmente appartenenti allo stesso individuo, tali tracce biologiche dovranno esser sempre repertate in contenitori diversi e mai di plastica poiché la mancanza di areazione potrebbe accelerare la proliferazione di batteri e muffe che contaminerebbero e degraderebbero il reperto stesso.

Saranno pertanto da preferire provette di vetro o buste di carta entrambi sterili in riferimento al tipo di traccia da repertare. Per quanto concerne quelle liquide, il prelievo verrà effettuato attraverso l'aspirazione utilizzando all'uopo una siringa sterile; dopo aver deposto il liquido nella provetta si provvederà ad aggiungere qualche goccia di anticoagulante o, in caso di assenza, si inietterà il liquido su garza sterile. Qualora la traccia ematica venga rinvenuta allo stato solido le modalità del prelievo saranno differenti in relazione al supporto della stessa: in caso di strati permeabili, quali indumenti o stoffe varie, si potrà conservare l'intero capo o ritagliare la parte interessata. Se ciò comportasse delle difficoltà si imbibirà con soluzione fisiologica dei quadrati di stoffa di piccola misura per poi strofinarli sulla macchia di sangue. In caso di tracce ematiche rinvenute su substrati non permeabili quali, vetri, plastica ecc. di piccole dimensioni si reperterà l'intero oggetto portandolo in laboratorio. In caso contrario si raschierà con piccole spatole sterilizzate e monouso la sostanza essiccata riponendo le scaglie nelle provette o nelle buste di carta per poi conservarle in appositi contenitori refrigerati.²⁵⁰

Per le altre tracce biologiche come sperma, saliva, sudore ed ulteriori fluidi biologici si adotteranno le stesse precauzioni previste per la sostanza ematica. Particolare attenzione verrà posta nell'individuazione di fazzoletti di carta, mozziconi di sigaretta francobolli di lettere e relativi bordi e, più in generale di tutti gli oggetti che potrebbero esser venuti in contatto con fluidi biologici. Relativamente alla repertazione di formazioni pilifere, questa

²⁵⁰ Bozzi S., Grassi. A. in: Picozzi M., Intini A., (2009), *Scienze Forensi. Teoria e prassi dell'investigazione scientifica*, UTET Giuridica-Torino, p.43.

verrà svolta mediante l'utilizzo di apposite pinzette, prestando particolare attenzione a non deteriorarne l'eventuale bulbo presente.²⁵¹

In merito a tracce di diversa natura da quelle sin qui esposte, quali ad esempio, quelle microscopiche presenti sulla scena del crimine, queste verranno raccolte e repertate mediante l'utilizzo di nastro adesivo collocato sulle parti interessate. Una volta asportate, questo verrà introdotto in appositi contenitori di conservazione in attesa di essere analizzato in laboratorio attraverso microscopio elettronico a scansione SEM-EDX.²⁵²

Per le fibre tessili si utilizzano tecniche di luminescenza agli ultravioletti, alla luce polarizzata, agli infrarossi che permettono una comparazione con tipologie standard per verificarne la natura, elasticità, durezza, densità ed altri valori tecnici.

In merito ai terricci, qualora i prelievi fossero bagnati o umidi, occorrerà in via preliminare farli essiccare e successivamente, con un esame microscopico, si verificherà l'eventuale presenza di corpi estranei. Con l'analisi microbiologica se ne analizzerà la composizione e la struttura e con quella mineralogica ne verrà determinata la densità, i vari minerali contenuti ed il grado di acidità.²⁵³

4.2.2 L'esperienza investigativa statunitense nei casi di morte equivoche: l'Empirical Criteria for the Determination of Suicide (ECDS)

Al fine di migliorare l'accuratezza delle valutazioni riguardo la tipologia della morte nei casi equivoci nel 1988, negli Stati Uniti si riunì un gruppo di lavoro costituito da professionisti di diverse discipline quali medici

²⁵¹ Bozzi S., Grassi. A. in: Picozzi M., Intini A., (2009), *Scienze Forensi. Teoria e prassi dell'investigazione scientifica*, UTET Giuridica-Torino, p.43.

²⁵² *Ibidem*

²⁵³ Donato F., (2006), *Criminalistica e tecniche investigative*, Firenze, Editoriale Olimpia, pp.38-9.

legali, statistici e dirigenti del comparto di salute pubblica, con l'obiettivo di sviluppare degli strumenti operativi che potessero permettere di elaborare statistiche più accurate in relazione al fenomeno dei suicidi. Tale gruppo, chiamato "Working Group on Determination and Reporting of Suicide", individuò 22 aree da indagare nell'ambito di un possibile suicidio o morte equivoca.²⁵⁴

Queste note, con l'acronimo OCDS (Operational Criteria for the Determination of Suicide), vennero successivamente rese pubbliche al fine di aiutare gli investigatori nello stabilire la tipologia di morte occorsa.

Tale gruppo di esperti utilizzarono un approccio più scientifico in termini di affidabilità e validità rispetto al lavoro di Shneidman, il quale invece sosteneva che le aree da investigare nell'autopsia psicologica dovevano essere intese quali semplici linee guida piuttosto che rigide strutture di intervista.

Questi partirono dalla constatazione che, per poter stabilire che si tratti di suicidio, occorre verificare che:

1. la morte sia stata autoinflitta;
2. l'azione per determinarla sia stata intenzionale.

Rispetto al primo punto, a livello investigativo, gli autori evidenziarono la notevole importanza dei seguenti rilievi:

- le evidenze autoptiche: il tatuaggio indicante il diretto contatto della pistola con la tempia del suicida; l'estrazione del proiettile dal cranio della vittima, compatibile con l'arma rinvenuta sulla scena del crimine ecc.

²⁵⁴ Rosenberg M.L. et al., (1988), *Operational Criteria for the Determination of Suicide*, Journal of Forensic Sciences, Vol.33, n.6, pp.1445-56.

- gli esami tossicologici: possono permettere agli investigatori di verificare se la vittima fosse in grado di porre in essere autonomamente il comportamento che ha causato la sua morte; in caso contrario, le indagini escluderebbero l'ipotesi suicidaria per verificare quella omicidaria o accidentale. Tali esami permettono, inoltre, di verificare con certezza se eventuali lesioni sul corpo della vittima sono state prodotte *ante mortem* o *post mortem* (nel caso di investimenti ferroviari, ad esempio, tale verifica è di estrema importanza ai fini di una diagnosi differenziale di suicidio o incidente vs omicidio).
- le prove raccolte dagli investigatori nel luogo del rinvenimento della vittima: includono i rilievi dei verbali di polizia giudiziaria, le fotografie della scena del rinvenimento e tutte le ulteriori informazioni raccolte sul caso dagli investigatori,
- le evidenze psicologiche: includono tutte le evidenze, implicite o esplicite, riguardo al fatto che la vittima avesse programmato di uccidersi. Rientrano in tale analisi i comportamenti osservati nell'imminenza della morte, eventuali comunicazioni, aspetti della personalità, eventuali modifiche nello stile di vita ecc. Tali informazioni possono essere ottenute attraverso interviste standardizzate svolte nei confronti di parenti, amici, medici di riferimento della vittima e comunque persone per essa significative.

In merito all'analisi dell'eventuale intenzionalità suicida, il gruppo di lavoro rilevò come, nella maggior parte dei casi, questa appaia più difficile da verificare in quanto i coroners o i medici legali possono esser soggetti, più o meno consciamente, a distorsioni di giudizio causate da aspetti quali lo stigma sociale per i sopravvissuti, la salvaguardia della memoria della vittima, la perdita di eventuali premi assicurativi per i parenti beneficiari ecc.

Difatti nella maggioranza dei casi, per i certificati di morte mancano specifici criteri per investigare l'intenzionalità suicida.

Pertanto in relazione all'intenzionalità suicida risulta fondamentale, a livello investigativo, verificare le esplicite espressioni verbali o non verbali relative al dar fine alla propria vita e le implicite ed indirette prove di intenzionalità di farlo.

Relativamente a queste ultime il gruppo di ricerca sottolineò l'importanza dei seguenti aspetti:²⁵⁵

- preparativi non appropriati per porre fine alla propria vita o insoliti in relazione al contesto della vita della vittima (es. donazioni di beni inaspettate; preoccupazioni per le sorti future dei propri familiari o animali domestici);
- espressioni di addio o di desiderio di morire;
- espressioni di mancanza di speranze per il futuro (es. abbandonare terapie mediche);
- manifestazioni di grande sofferenza o stress fisico e/o psichico;
- attività di studio di metodi da utilizzare per porre fine alla propria vita e reperimento dei mezzi necessari per farlo (es. recente acquisto di armi o munizioni, stoccaggio di farmaci o droghe potenzialmente letali; ricerca di luoghi elevati ecc.);

²⁵⁵ Rosenberg M.L. et al., (1988), *Operational Criteria for the Determination of Suicide*, Journal of Forensic Sciences, Vol.33, n.6, p.1450.

- precauzioni per evitare di esser soccorsi (es. chiudersi a chiave, cercare di isolarsi, mentire su dove si sta andando ecc.)
- prove che la vittima conoscesse l'alto potenziale di letalità delle modalità del decesso;
- precedenti tentativi di suicidio;
- minacce di suicidio: in tal caso " minaccia" non è intesa solo come costringere qualcuno a fare qualcosa bensì include anche il significato di mera dichiarazione di intento;
- eventi comportanti alti livelli di stress e/o perdite significative (attuali o passate);
- gravi episodi depressivi o disturbi mentali.

Il gruppo di lavoro sottolineò come tali criteri non andassero intesi nel senso di "formule matematiche" sostitutive di indagini specifiche per ogni singolo caso, bensì quali linee guida di supporto per gli inquirenti, finalizzate a ridurre i margini di errore.

La certezza assoluta purtroppo non può essere l'obiettivo di tutte le certificazioni di morte ed a maggior ragione lo si può sostenere per i suicidi: questi spesso presentano, effettivamente, una certa componente di ambivalenza, anche intrasoggettiva, relativamente alla intenzionalità del gesto fatale.

Gli autori inoltre evidenziarono come il comprendere se la vittima avesse effettivamente avuto l'intenzione di togliersi la vita risulti generalmente più difficile del determinare se il comportamento letale sia stato autoprovocato.

Per intenzionalità suicida infatti si intende la motivazione soggettiva a togliersi la vita attraverso la scelta consapevole di una modalità atta a determinare la morte.

Alcool, droghe, patologie mentali o giovane età possono contribuire a determinare un'incapacità di intendere e/o di volere tale da precludere il concetto di intenzionalità. Tuttavia bisogna anche riconoscere come, ad esempio, eventuali evidenze tossicologiche di un'assunzione letale di alcool, non possano *tout court* far escludere la possibilità che vi fosse un'intenzionalità suicida.

In tali casi, gli inquirenti dovrebbero ricercare elementi, nel vissuto della vittima, che possano o meno far propendere per l'ipotesi che questa avesse l'intenzione di uccidersi prima che il suo stato di coscienza fosse troppo alterato dall'alcool.

Analogamente, anche i disturbi mentali non possono escludere a priori l'intenzionalità dell'atto suicidario: è quindi di assoluta rilevanza ricercare specifici elementi comprovanti il fatto che il soggetto comprendesse, nell'immediatezza dell'evento fatale, le estreme conseguenze del suo comportamento ed avesse intenzione di determinarle.

Viceversa, le prove potrebbero unicamente suggerire che la vittima avesse uno stato alterato di coscienza e di giudizio nel momento in cui prese la decisione fatale; tale indebolimento sarebbe potuto esser stato causato dall'assunzione di alcool, droghe o patologie psichiche/fisiche.

Il gruppo di ricerca infine individuò le seguenti situazioni nelle quali, per gli inquirenti, risulta sempre difficile verificare l'eventuale presenza di un intento suicida:²⁵⁶

²⁵⁶ Rosenberg M.L. et al., (1988), *Operational Criteria for the Determination of Suicide*, Journal of Forensic Sciences, Vol.33, n.6, p.1449.

1. quando la morte è ritardata o quando è una imprevista conseguenza di un'azione potenzialmente autodistruttiva;
2. quando il corpo non viene rinvenuto;
3. quando gli annegamenti, le cadute o i salti nel vuoto avvengono in assenza di testimoni;
4. quando la vittima è un bambino forse troppo piccolo per riuscire a comprendere le conseguenze di un atto (es. di un salto dalla finestra, dell'ingestione di un veleno, del correre contro una macchina ecc.)

Tre anni dopo lo sviluppo dell'OCDS (Operational Criteria for the Determination of Suicide), un gruppo di ricercatori combinò i 22 criteri da questo previsti con altri 33 items ottenuti analizzando la letteratura esistente in materia.

I 55 items formarono quindi la seguente "Death Investigation Checklist" (DIC).²⁵⁷

1. La morte è stata autoinflitta
2. Le evidenze anatomo-patologiche (autopsia) dimostrano che la morte è stata autoinflitta
3. Le evidenze tossicologiche hanno evidenziato che la morte è stata autoindotta
4. Le dichiarazioni dei testimoni indicano che si tratta di suicidio
5. Il materiale raccolto dagli investigatori fa presumere che si tratti di suicidio (rapporti di polizia, foto e/o planimetria della scena del delitto)

²⁵⁷ Jobs D. A. et al., (1991), *Empirical Criteria for the Determination of Suicide Manner of Death*, Journal of Forensic Sciences, Vol.36, n.1, pp. 247-9.

6. Dichiarazioni del deceduto in merito a sue intenzioni suicide
7. Il deceduto voleva uccidersi
8. Evidenze psicologiche che indicano si tratti di suicidio (es. tipo di personalità, stile di vita, comportamenti)
9. Presenza di precedenti tentativi di suicidio
10. Il deceduto aveva ossessivamente pensato all'autosoppressione (es. in conversazioni o annotazioni)
11. Il deceduto presentava aspetti di rigidità cognitiva (es. scarsa abilità di problem solving)
12. Il deceduto evidenziava schemi cognitivi di tipo dicotomico (es. bianco o nero, vita come idealizzata o morte quali uniche alternative)
13. Il deceduto aveva manifestato repentini cambi di umore nell'imminenza della sua morte
14. Difficoltà nel controllo dei propri comportamenti (es. comportamenti impulsivi)
15. Il deceduto aveva manifestato disturbi psicologici e, in particolare, episodi di depressione maggiore
16. Il deceduto era affetto da disturbo bipolare
17. Il deceduto aveva mostrato sintomi psicotici (es. allucinazioni visive, acustiche ecc.)
18. Il deceduto era stato ospedalizzato in reparti psichiatrici
19. Dichiarazioni del deceduto che indicano una morte autoindotta
20. Il deceduto aveva verbalmente espresso l'intento di suicidarsi
21. Il deceduto aveva espresso commiato, ha indicato il desiderio di morire e dichiarato l'imminenza della sua morte imminente
22. Il deceduto aveva manifestato di aver perso ogni speranza
23. Il deceduto aveva esplicitamente espresso, in modo non verbale, l'intento di suicidarsi (es. annotazioni o scritti)

24. Il deceduto aveva fatto preparativi per la propria morte, cose inappropriate o inaspettate nel contesto della sua vita (per es. cedendo i suoi possedimenti preferiti)
25. Il deceduto si era impegnato per procurarsi i mezzi per togliersi la vita e/o apprenderne le relative modalità (es. acquisto di un'arma, ricerche sulle dosi letali di particolari droghe)
26. Il deceduto aveva preso precauzioni per evitare eventuali soccorsi (es. bloccare la porta)
27. Il deceduto aveva precedentemente posto in essere comportamenti potenzialmente letali (es. scaricare il tamburo vuoto della pistola contro la propria tempia)
28. Il deceduto aveva precedentemente simulato il comportamento suicidario (es. mettendosi una corda intorno al collo)
29. Il deceduto aveva precedentemente minacciato il suicidio
30. Il deceduto aveva precedentemente posto in essere tentativi di suicidio
31. Il deceduto aveva subito eventi stressanti o importanti perdite (attuali o imminenti)
32. Il deceduto aveva avuto incidenti con particolare frequenza
33. Fallimenti accademici
34. Licenziamenti
35. Problemi finanziari
36. Detenzioni in istituti di pena
37. Recenti conflitti interpersonali
38. Il deceduto aveva subito nell'imminenza della sua morte umiliazioni o accuse
39. Il deceduto era stato oggetto di scherno da parte di colleghi e/o amici
40. Il deceduto aveva avuto esperienze di suicidi di familiari, amici o conoscenti
41. Il deceduto non provava particolari interessi per nessuna attività

42. Il deceduto era stato a lungo disoccupato
43. Il deceduto era un etilista
44. Il deceduto era un tossicodipendente
45. Il deceduto aveva delle dipendenze di altro genere (fumo, alcool, gioco d'azzardo ecc.)
46. Il deceduto manifestava comportamenti aggressivi o violenti
47. Il deceduto aveva precedenti penali
48. Il deceduto manifestava difficoltà ad integrarsi nella società
49. Il deceduto presentava un vissuto di problemi ed instabilità familiare
50. Il deceduto aveva subito delle violenze da parte di familiari
51. Il deceduto aveva subito una violenza sessuale
52. Il deceduto aveva familiari morti per suicidio
53. Il deceduto aveva una salute cagionevole
54. Il deceduto aveva sofferto di malesseri fisici senza una causa evidente
55. Il deceduto manifestava problemi di identità sessuale

Questa checklist venne quindi applicata da 70 medici per 69 casi recenti di decessi accertati per “suicidio” e 57 casi per “morte accidentale” al fine di valutare se gli aspetti di ogni singolo item fossero stati valutati, non valutati, assenti, o la cui presenza o assenza non poteva esser determinata. Veniva inoltre richiesto a ciascun medico di suggerire eventuali ulteriori items non compresi tra i 55 considerati.

Una serie di analisi ed elaborazioni statistiche dei risultati ottenuti con l'applicazione dei 55 items della DIC ai casi considerati permise ai ricercatori di individuare 16 items che meglio erano riusciti a discriminare gli effettivi suicidi dai casi di morte accidentali o morti per altra causa, sia in riferimento all'autodeterminazione del comportamento della vittima che alla sua effettiva intenzionalità.

Tale lista rappresenta l'Empirical Criteria for the Determination of Suicide (ECDS):²⁵⁸

Sezione A: autoinflitta e intenzionale

- L'evidenza anatomico-patologica (autopsia) dimostra che la morte è stata autoinflitta
- L'evidenza tossicologica ha evidenziato che la morte è stata autoindotta
- Le dichiarazioni dei testimoni indicano si tratti di suicidio
- L'evidenza degli investigatori indica che si tratti di suicidio (rapporti di polizia, foto o diagrammi della scena del delitto)
- Evidenze psicologiche che indicano si tratti di suicidio
- Dichiarazioni del deceduto indicano una morte autoindotta
- Evidenza che il deceduto abbia riconosciuto un alto potere letale del mezzo usato (per es. overdose farmacologica)
- Il deceduto aveva pensieri suicidi
- Il deceduto ha avuto recentemente cambiamenti emozionali
- Il deceduto ha avuto problemi di disordini mentali o grave depressione
- Il deceduto ha espresso commiato, ha indicato il desiderio di morire e dichiarato una morte imminente
- Il deceduto ha avuto espressioni senza speranza
- Il deceduto ha avuto eventi stressanti o importanti perdite (attuali o pregresse)

Sezione B: solo autoinflitta

- cambiamenti della composizione familiare
- il deceduto ha avuto importanti conflitti interpersonali

²⁵⁸ Jobs D. A. et al., (1991), *Empirical Criteria for the Determination of Suicide Manner of Death*, Journal of Forensic Sciences, Vol.36, n.1, p. 252.

Sezione C: solo intenzionale

- il deceduto ha avuto problemi generali di scarsa salute

Gli autori sottolinearono come l'utilizzo dell'ECDS non possa comunque prescindere dal giudizio di un medico-legale per l'assoluto e definitivo accertamento della causa di morte di un individuo.

Tale strumento potrebbe tuttavia rilevarsi estremamente utile sia a livello investigativo che medico legale.

Questi infine conclusero che, per i casi di suicidio e/o morti equivoche, gli inquirenti ed i medici legali avrebbero potuto scegliere di affidarsi all'OCDS (Operational Criteria for the Determination of Suicide) qualora avessero preferito il criterio maggiormente soggettivo degli esperti che la elaborarono, oppure, utilizzare l'ECDS (Empirical Criteria for the Determination of Suicide), nel caso avessero optato per uno strumento più rigoroso dal punto di vista scientifico.

I ricercatori infine sottolinearono come entrambi gli strumenti non dovessero essere intesi quali rigidi criteri da utilizzare in sostituzione del giudizio professionale degli organi inquirenti, bensì come mezzi empirici di investigazione, basati su criteri statistici e probabilistici, con finalità di guida ed indirizzo per l'individuazione delle cause di morte di un individuo.

4.2.3. Analisi di morte equivoca (EDA)

Il 19 aprile 1989, un'esplosione a bordo della corazzata americana USS Iowa ne distrusse la torretta numero due, uccidendo 47 marinai.

La marina statunitense stabilì che l'esplosione era stata determinata dall'atto suicida dell'artificiere di seconda classe Mate Clayton Hartwig, di 24 anni.

Gli organi inquirenti giunsero a tale conclusione supportati principalmente dall' "Analisi di morte equivoca" (EDA- Equivocal Death Analysis) condotta dagli agenti del Federal Bureau of Investigation (FBI) sulla base delle interviste ai familiari, amici e colleghi del marinaio effettuate dal Naval Investigative Service (NIS) nonché dall'esame di altre informazioni quali lettere, estratti conto bancari e documentazione varia che potessero far meglio comprendere il suo stile di vita e la sua personalità.

Il Centro Nazionale per l'Analisi dei Crimini Violenti – Sezione Scienza del Comportamento viene solitamente interpellato per i casi di decesso per i quali le indagini non hanno potuto determinare la causa di morte.

Per tali fattispecie l'Analisi di morte Equivoca (EDA) non coinvolge direttamente gli agenti FBI nella raccolta degli elementi di prova utili per le indagini. Questi infatti sono raccolti dagli agenti che hanno la competenza sul caso e trasmessi ai colleghi dell'FBI al fine di elaborare un'analisi psicologica della vittima e giungere a delle conclusioni circa la causa di morte.

Queste sono formulate secondo la seguente categorizzazione: non determinata, incidente, omicidio, suicidio. Tali conclusioni evidenziano generalmente caratteristiche di certezza piuttosto che di probabilità: la categoria "non determinata" infatti non viene quasi mai utilizzata (solo nel 7% circa dei casi).

Gli agenti Robert Hazelwood e Richard Ault definirono l'Analisi di morte equivoca (EDA) come una estensione del Criminal Profiling.

L'EDA è in effetti concettualmente connessa alle seguenti due procedure di investigazione psicologica maggiormente riconosciute dalla scienza comportamentista:

- Il Criminal personality profiling: sviluppato dall'FBI (Douglas, Ressler, Burgess & Hartman 1986) la sua applicazione è limitata ai casi in cui la

scena del crimine indica una psicopatologia del reo (es. crimini a sfondo sessuale con tratti di sadismo, omicidi rituali, depezzamenti, atti di cannibalismo ecc; si distingue dall'Analisi di morte equivoca in quanto è focalizzata su un criminale in vita, anche se sconosciuto, ed inoltre sono gli stessi agenti che elaborano il profilo a svolgere in prima persona sia l'esame della scena del delitto che le successive indagini.

- L'Autopsia psicologica: più simile all'Analisi di morte equivoca, in quanto focalizzata su un individuo deceduto e finalizzata alla ricostruzione del suo profilo di personalità sulla base di interviste a parenti, amici, medici curanti e altri soggetti per lui significativi e l'analisi di ogni altra informazione o dato ritenuto utile. Si differenzia tuttavia da quest'ultima in quanto generalmente il profiler esamina la scena del decesso e conduce egli stesso le interviste piuttosto che basarsi unicamente sulle informazioni e le prove rinvenute dagli investigatori. Inoltre, a differenza dell'EDA, l'autopsia psicologica è stata oggetto di numerose ricerche scientifiche volte sia ad individuare i criteri operativi per stabilire la fattispecie suicidaria nei casi di morti equivoche, che per verificarne empiricamente l'effettiva utilità e capacità discriminativa dall'ipotesi omicidaria o di incidente.²⁵⁹

Anche nel caso del marinaio Hartwig della corazzata Jowa, le risultanze delle indagini FBI non lasciarono spazio a dubbi circa le sue responsabilità per l'accaduto.

Tali conclusioni furono duramente criticate dalla U.S. House of Representatives Armed Services Committee (HASC) soprattutto in merito all'attendibilità e validità del metodo investigativo "Analisi di morte Equivoca" (EDA) utilizzata dall'FBI.

²⁵⁹ Rosenberg M.L. et al., (1988), *Operational Criteria for the Determination of Suicide*, Journal of Forensic Sciences, Vol.33, n.6, pp.1445-56.

L'HASC richiese pertanto all'American Psychological Association (APA) un'analisi approfondita ed una valutazione indipendente dei dati raccolti dal NIS sui quali si basavano principalmente le conclusioni contenute nel rapporto dell'FBI.

Furono pertanto individuati 14 esperti che esaminarono in modo indipendente il caso e la relativa documentazione ed ognuno di loro elaborò un rapporto finale. Dieci dei quattordici esperti consultati considerarono non valida l'Analisi di morte equivoca elaborata dall'FBI ed anche coloro che la ritennero parzialmente credibile la criticarono dal punto di vista procedurale, metodologico e per la mancanza di certezze che l'utilizzo di tale tecnica comporta. Tutti gli esperti furono concordi nel ritenere che sarebbero stato necessario assumere maggiori informazioni riguardo il vissuto del marinaio Hartwig.

In seguito alle risultanze degli esperti, le indagini sul caso "USS Jowa" furono riaperte: successive analisi di laboratorio, svolte su alcuni reperti, indirizzarono le investigazioni verso l'ipotesi della esplosione accidentale.

Di grande rilevanza, per i familiari del marinaio, furono le conclusioni investigative in gran parte conseguenti all'uso di tale tecnica investigativa, sia in relazione allo stigma sociale che a livello economico, data l'impossibilità di riscossione dei risarcimenti assicurativi che il suicidio avrebbe comportato. Quest'ultimo aspetto fu particolarmente importante anche per i parenti delle altre 46 vittime dell'esplosione.

Questa considerazione fece pertanto riflettere la comunità scientifica circa le enormi conseguenze che l'analisi di morte equivoca ed altre analoghe tecniche di ricostruzione psicologica possono determinare sulla vita dei parenti e sulla memoria dei deceduti a fronte delle pur riconosciute potenzialità di analisi investigativa che queste offrono.

Approfondirò quest'ultimo aspetto nel quarto paragrafo del quinto capitolo di questa tesi.

L'Esame di morte equivoca, in particolare fu, ed è tuttora, oggetto di dure critiche soprattutto perché considerata indagine "indiretta", condotta cioè sulla scorta di interviste ed investigazioni svolte da altri professionisti. Altra rilievo mosso consiste nel fatto che, con tale tecnica, ai professionisti sarebbe richiesto di andare oltre le loro competenze professionali, riconducibili essenzialmente alla ricostruzione di uno stato mentale soggettivo, dovendo questi invece formulare giudizi di carattere legale e di natura prettamente penale.

Capitolo quinto

L'Autopsia Psicologica

5.1. Origini ed evoluzione

L'autopsia psicologica mosse i suoi primi passi negli Stati Uniti quando Eli Robins ed i suoi colleghi della Washington University di Sant Louis, negli anni 1956 e 1957, condussero delle ricerche su 134 casi di suicidi consecutivi avvenuti nel corso di un anno.²⁶⁰

Tali studi vennero replicati pochi anni dopo da Dorpat e Ripley in merito a numerosi suicidi avvenuti nell'area di Seattle.²⁶¹

Nel 1958, Theodore Curphy, direttore dell'Istituto di Medicina Legale della Contea di Los Angeles, formulò la richiesta di collaborazione al locale Centro Prevenzione Suicidi, codiretto dagli psicologi Edwin S. Shneidman e Norman Farberow, al fine di analizzare il notevole incremento del numero di morti per droga che si stava verificando in quegli anni, dando così luogo ad uno dei primi approcci multidisciplinari al problema.

²⁶⁰ Robins E., Gassner S., Kayes J., Wilkinson RH, Murphy GE. (1959), *The communication of suicidal intent: a study of 134 consecutive cases of successful (completed) suicide*, in «American Journal Psychiatry», n.115, pp.724-33.

²⁶¹ Dorpat TL., Ripley HS. (1960), *A study of suicide in the Seattle area*, in «Compr Psychiatry», n.1, pp.349-59.

Così, in un articolo del 1961, Shneidman²⁶² coniò il termine di “autopsia psicologica” definendola “la ricostruzione retrospettiva della vita di una persona scomparsa, al fine di individuare aspetti che ne rivelino le intenzioni rispetto alla propria morte, indizi sulla tipologia del decesso e sull’eventuale grado di partecipazione alle dinamiche dello stesso e di fornire ipotesi circa i motivi per i quali la morte è avvenuta in quel dato momento”. Questa si rivela pertanto un procedimento tecnico di fondamentale importanza nel caso non sia possibile ricondurre con certezza la morte di un soggetto ad una chiara intenzione autolesiva e le prove medico-legali non permettano di formulare conclusioni definitive.

L’autopsia psicologica tende pertanto a stabilire retrospettivamente lo stato mentale di una persona scomparsa al fine di chiarire la sequenza e le modalità dei fatti nonché di formulare una spiegazione sostenibile, concreta e conseguente agli stessi.

Questa si realizza sia in ambito investigativo che forense ed è il risultato di un lavoro di esplorazione ed analisi interdisciplinare in cui sono coinvolti diversi professionisti quali criminologi, psichiatri, psicologi, medici, grafologi ed investigatori di polizia.

Successivamente Shneidman (1976) elaborò un protocollo strutturato di autopsia psicologica, composto dalle seguenti sedici aree fondamentali di vita della vittima sulle quali indagare retrospettivamente che, ad oggi, rappresenta un importante punto di riferimento per le diverse ricerche ed applicazioni del metodo:

- 1) Informazioni anagrafiche e generali sulla vittima;
- 2) dettagli relativi alla morte (cause, modalità, rapporti di polizia);
- 3) profilo della storia personale (fratelli, malattie e terapie, eventuali precedenti tentativi di suicidio);

²⁶² Shneidman E. S., & Faberow N. L. (1961), *Cry for help*, New York, McGraw-Hill, pp. 110-7.

- 4) storia relativa alle modalità delle morti avvenute nella famiglia della vittima;
- 5) modalità di risposta allo stress ed al disagio caratteristiche della vittima;
- 6) preoccupazioni, problematiche, tensioni e/o scontri recenti (ultimi giorni/mesi prima del decesso);
- 7) posizione della vittima rispetto all'uso di droghe o alcol sia al momento della morte che nel suo stile di vita;
- 8) natura delle relazioni interpersonali della vittima;
- 9) fantasie del deceduto;
- 10) sogni ricorrenti del soggetto;
- 11) pensieri e paure in relazione alla morte, agli incidenti o al suicidio;
- 12) cambiamenti di abitudini nella vita della vittima prima del decesso (negli hobbies, nei comportamenti alimentari, nei modelli sessuali e nelle azioni quotidiane) immediatamente precedenti alla morte;
- 13) informazioni relative alla "visione della vita" del deceduto (obiettivi, aspirazioni, successi);
- 14) informazioni relative alla valutazione dell'intenzionalità dell'atto;
- 15) reazioni degli intervistati in merito alla morte del soggetto;
- 16) commenti ed ulteriori eventuali informazioni particolari.²⁶³

Occorre tuttavia sottolineare che Shneidman definì tale metodologia di intervista dei sopravvissuti come "un misto di conversazione, colloquio, supporto emotivo, domande generali ed una buona dose di ascolto"²⁶⁴ specificando inoltre che le aree sopra descritte dovevano essere intese quali semplici linee guida per la conduzione delle autopsie psicologiche piuttosto che rigide strutture di intervista.

²⁶³ B. Bonicatto, T.G. Pères, R.R. Lòpez (2006), *L'autopsia psicologica. L'indagine nei casi di morte violenta o dubbia*, Milano, Franco Angeli.

²⁶⁴ Shneidman, E. S. (1981), *The psychological autopsy*, in «Suicide & Life Threatening Behavior», n.11 (4), pp. 325-40.

Una delle critiche più frequenti mosse all'autopsia psicologica fu la mancanza di procedure standard: non esisteva un modello strutturato e sistematizzato che permettesse di verificare la validità e l'affidabilità del procedimento stesso. A tal proposito B.W. Ebert (1987) elaborò la seguente linea guida in merito alle modalità da seguire in una autopsia psicologica:²⁶⁵

1. *Abuso di alcol*

Storia familiare in relazione all'utilizzo di alcol.

Elementi relativi alla modalità di assunzione.

Problematiche familiari, lavorative e relazionali connesse all'abuso di alcol.

Tasso alcolico presente al momento del decesso.

2. *Appunti con contenuti di tipo suicidario*

Esame del contenuto

Esame dello stile.

Analisi grafologica.

3. *Scritti*

Analisi del materiale che la vittima ha scritto nel corso della propria vita quale diari, lettere, appunti, memorie, ecc.

4. *Libri*

Analisi della tipologia dei contenuti dei libri letti dalla vittima (con particolare attenzione riguardo a libri dell'occulto, sulla vita dopo la morte, relativi al suicidio).

Individuazione dei libri presi in prestito dalle biblioteche frequentate.

²⁶⁵ Ebert B.W. Guide to Conducting a Psychological Autopsy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 18 (1), pp. 52-56.

5. Valutazione sulle relazioni interpersonali della vittima

Intervistare tutte le possibili persone che conoscevano la vittima.

Valutare la reazione delle persone rispetto alla morte della vittima.

Individuare legami di convivenze, matrimonio, separazioni e divorzio.

Esaminare il rapporto della vittima con i bambini.

Verificare se vi siano stati episodi di rabbia o violenza verso persone particolari.

6. Relazioni coniugali

Individuare i problemi che potrebbero avere influito sull'umore della vittima.

Verificare se vi sono stati rapporti extraconiugali.

Valutazione generale sulla qualità della relazione.

7. Stato dell'umore

Valutazione delle fluttuazioni dell'umore.

Valutazione di eventuali sintomi di depressione (perdita di peso, riferimenti alla depressione, disturbi della memoria, senso di stanchezza ingiustificato, disturbi del sonno, periodi di ritiro, diminuzione della libido, variazioni nel comportamento alimentare. disturbi intestinali ecc.).

8. Fonti di disagio psicosociale

Lutti (persone, animali).

Separazioni: divorzio o interruzione di relazioni significative.

Perdita del lavoro, promozioni, retrocessioni.

Problemi finanziari e/o legali.

Reazione agli stressors.

Cambi di residenza e traslochi.

9.Ricostruzione dei comportamenti precedenti alla morte

Eventuale improvvisi cambiamenti nello stile di vita della vittima.

Cessioni del proprio patrimonio.

Eventuali disposizioni per bambini e/o animali domestici.

Redazione del testamento o eventuali sue modifiche; saldi di polizze assicurative o saldi di debiti.

10.Linguaggio

Verificare cambiamenti nel linguaggio ed eventuali riferimenti al suicidio.

Analisi del linguaggio.

11.Uso di droghe

Individuazione di tutte le droghe utilizzate dalla vittima.

Valutazione dei loro effetti.

12.Anamnesi medica

Analisi dell'intera storia medica della vittima.

Verificare la presenza di sintomi e diagnosi insolite.

Verificare la presenza di eventuali malattie terminali.

13.Esame dello stato mentale della vittima prima della morte

Orientamento, memoria, attenzione, concentrazione.

Umore e affettività.

Allucinazioni e/o manie.

Livello QI.

Linguaggio.

Capacità di giudizio.

14. *Storia psicologica*

Verificare precedenti tentativi di suicidio.

Valutare eventuali trattamenti psicoterapeutici ed ospedalieri.

Esaminare eventuali diagnosi.

Esaminare eventuali comportamenti impulsivi.

Esaminare i risultati di ogni test psicologico eventualmente eseguito dalla vittima.

15. *Studi di laboratorio*

16. *Rapporto dell'Autorità Giudiziaria inquirente*

17. *Valutazione della motivazione*

Predisporre una tabella suddivisa in quattro parti: omicidio, incidente, naturale, omicidio (appuntando i dati a sostegno di ciascuna ipotesi).

Fornire possibili ragioni per il suicidio.

Fornire possibili ragioni di omicidio (nemici, attività illecite ecc. –).

18. *Ricostruzione degli eventi occorsi il giorno prima della morte*

Compilazione di una tabella riportante tutti i movimenti della vittima.

Ricostruzione cronologica del periodo immediatamente prima del decesso.

19. *Valutazione dei sentimenti rispetto alla morte, preoccupazioni e fantasie della vittima*

20. *Carriera militare*

21. *Decessi in famiglia*

Individuare eventuali precedenti di suicidio in famiglia.

Elaborare una lista di decessi in famiglia specificando le relative cause.

22.Soria familiare

Identificare i membri della famiglia e le relazioni con la vittima.

Esaminare lo status socioeconomico della vittima.

Verificare eventuali conflitti avvenuti prima della morte.

23.Storia occupazionale

Identificare gli impieghi svolti.

Individuare eventuali problematiche ricorrenti.

Verificare se esistevano problematiche lavorative immediatamente precedenti alla morte.

Verificare eventuali azioni disciplinari.

24.Istruzione

Individuare il livello di istruzione raggiunto.

Individuare eventuali problemi con gli insegnanti o i compagni.

25.Familiarità con metodi o oggetti utilizzabili per togliersi la vita

Verificare il possesso di armi o coltelli.

Verificare la disponibilità di droghe o sostanze chimiche letali.

Verificare l'interesse della vittima per le armi.

26 Precedenti di polizia

Un ulteriore importante apporto per una possibile standardizzazione delle modalità da seguire nell'esecuzione di un'autopsia psicologica è stato

quello fornito da Thomas J. Young (1992) che elaborò una *checklist* molto dettagliata e comprendente le seguenti aree informative;²⁶⁶

Storia dell'eventuale consumo di alcool;

- 1) Informazioni sul suicidio,
- 2) Diari e scritti;
- 3) Libri letti;
- 4) Valutazione delle relazioni interpersonali nel giorno prima della morte;
- 5) Valutazione del rapporto coniugale;
- 6) Umore, stato d'animo;
- 7) Fattori di stress psico-sociali;
- 8) Comportamenti pre-suicidi;
- 9) Cambiamenti del linguaggio abituale;
- 10) Storia dell'eventuale consumo di droghe;
- 11) Anamnesi medica;
- 12) Esame riflessivo dello stato mentale, della condizione mentale della vittima nell'imminenza della sua morte;
- 13) Anamnesi psicologica;
- 14) Studi ed esami di laboratorio;
- 15) Rapporti medico-legali;
- 16) Valutazioni delle motivazioni;
- 17) Ricostruzione degli eventi;
- 18) Pensieri e sentimenti riguardanti la morte (preoccupazioni, fantasie);
- 19) Storia militare;
- 20) Storia delle morti familiari;
- 21) Storia familiare;
- 22) Storia lavorativa;
- 23) Storia scolastica;

²⁶⁶ *Ibidem* da: T. J. Young, *Procedures and Problems in Conducting a Psychological Autopsy*, International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, Vol. 36, No. 1, 43-52 (1992)

24) Familiarità del deceduto con i metodi di morte;

25) Rapporti di polizia.

Jack Annon (1995) introdusse i seguenti ulteriori punti da elaborare per completare l'autopsia psicologica:

- Esame minuzioso della scena dove accaddero i fatti nonché quello delle relative foto e videoregistrazioni;
- Studio dei rapporti di polizia e delle dichiarazioni dei testimoni ed analisi dei risultati dell'autopsia medica e tossicologica;
- Analisi dei documenti riguardanti la vittima prima della sua morte quali note scolastiche, visite mediche, informative del datore di lavoro ecc.;
- Interviste a persone informate sui fatti e sugli avvenimenti antecedenti quali gli eventuali testimoni oculari, i familiari, gli amici, i colleghi di lavoro, il personale sanitario, il medico di famiglia ecc.

L'autore sostiene che il tempo necessario per formulare una preliminare opinione riguardo lo stato mentale di un soggetto prima della sua morte è compreso tra le 20 e le 30 ore di lavoro investigativo anche se questo può variare notevolmente in relazione alle difficoltà nel reperire le informazioni necessarie.²⁶⁷

Egli inoltre afferma che il tempo ottimale per realizzare le **interviste** risulta esser compreso tra 1 e 6 mesi dopo il decesso in quanto in tale periodo si conserva la nitidezza del ricordo risultando quindi affidabile l'informazione ottenuta; trascorso questo tempo le inevitabili dinamiche psicologiche successive al lutto potrebbero interferire con l'obiettività del ricordo.

²⁶⁷ Annon J.S. (1995), *The Psychological Autopsy*, in «American Journal of Forensic Psychology», n.13 (2), pp. 39-48.

5.2. Ambiti di utilizzo dell'autopsia psicologica

In ambito penale, i casi di utilizzo dell'autopsia psicologica più frequenti sono quelli relativi alla determinazione dello stato psicologico del suicida al momento dell'evento, le morti dubbie, equivoche o di eziologia medico legale imprecisata ed il sospetto di istigazione al suicidio, reato previsto dall'articolo 580 del Codice Penale, che così recita: .

«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...»

E' inoltre evidente come la conoscenza dello stato mentale della vittima sia fondamentale non solo per la tipizzazione del delitto ma anche per l'eventuale comminazione della pena nei casi in cui il suicidio si palesasse quale omicidio o induzione al suicidio.

Infatti, in tal senso l'art.580 C.P. continua così: «... Le pene sono aumentate se la persona istigata o eccitata o aiutata si trova in una delle condizioni indicate nei numeri 1) e 2) dell'articolo precedente. Nondimeno, se la persona suddetta è minore degli anni quattordici o comunque è priva della capacità di intendere e di volere, si applicano le disposizioni relative all'omicidio ».

In ambito civile i casi ove più frequentemente si riscontra l'utilizzo dell'autopsia psicologica sono quelli relativi ad impugnazioni riferite ad azioni per le quali vi è il sospetto che il soggetto non fosse in uno stato

psicologicamente adatto per poter porli in essere (es. matrimoni, testamenti, compravendite, donazioni ecc)

In ambito investigativo, allo stato attuale, l'autopsia psicologica della vittima rappresenta una delle strategie investigative più raffinate e di maggior rilievo, unitamente all'analisi della scena del crimine, degli esami medico-legali e delle testimonianze dirette e indirette.

Anche se con diverse modalità, le autopsie psicologiche vengono svolte pressoché in ogni indagine, tuttavia, non esistono, in particolare in Italia, protocolli e procedure standardizzati derivanti da ricerche e verifiche scientifiche finalizzate a sviluppare le grandi potenzialità di questo strumento e meglio integrarlo con gli altri livelli investigativi.

In effetti, in Italia, e più in generale in Europa, l'autopsia psicologica, salvo alcune importanti eccezioni quali la sistematica applicazione nei casi di suicidi di appartenenti alle forze di polizia, non è in genere utilizzata non venendo ancora riconosciuto il contributo fondamentale che la stessa è in grado di apportare nelle indagini su morti sospette e/o suicidi nonché per la pianificazione di possibili interventi preventivi.

5.3. Il modello di Autopsia Psicologica cubano (MAPI)

Uno dei paesi in cui il protocollo dell'autopsia psicologica si è maggiormente sviluppato è Cuba ove il MAPI (Modelo de autopsia psicologica integrado) è completamente strutturato e sistematizzato ed attualmente il suo utilizzo si è esteso ad altri paesi latinoamericani quali Messico, Cile, Honduras e Costa Rica.. Ogni operatore che applica tale protocollo è tenuto a realizzarlo attenendosi ad un manuale che prevede e richiede risposte prestabilite al duplice fine di evitare che elementi

soggettivi possano condizionare la valutazione dei casi e che i risultati possano esser verificabili e riproducibili da terze persone.

Il Ministero della Salute Pubblica di Cuba ha sviluppato la metodologia scientifica per la validazione del MAPI attraverso tre ricerche svolte tra gli anni 1990 e 1996 su vittime di suicidio, omicidio ed incidenti.²⁶⁸

Partendo dal quadro teorico costituito dalle ricerche di Robert Litman^{269 270} e Garza Terroba,²⁷¹ i ricercatori predisposero un modello strutturato di autopsia psicologica (MAPI) composto da 59 items che, in relazione alle vittime di suicidio, fu applicato separatamente, previo consenso informato, ad almeno a due familiari del deceduto. Le interviste vennero svolte dopo un'accurata analisi dei singoli rapporti medico legali, delle dichiarazioni dei testimoni e di ogni ulteriore elemento utile riscontrato.

La validazione del modello avvenne attraverso tre fasi successive:²⁷²

1. ricerca applicata ai casi di suicidio da parte di soggetti residenti nel Municipio di Centro Avana avvenuti nel 1990 incrociando i dati ottenuti dal MAPI somministrato a due fonti diverse per ogni caso considerato e successiva analisi dei relativi indici di concordanza (il coefficiente di concordanza di Kappa – Fleiss 1969).

²⁶⁸ La ricerca ed i relativi risultati di seguito esposti sono stati ricavati da:

B. Bonicatto, T.G. Pères, R.R. Lòpez (2006), *L'autopsia psicologica. L'indagine nei casi di morte violenta o dubbia*, Milano, Franco Angeli, pp. 88-105.

²⁶⁹ Litman, R.E. et al. (1963), *Investigation of equivocal suicides*, in «JAMA», n.184, pp.924-29.

²⁷⁰ Litman, R.E. Psychological-psychiatric aspects of certifying modes of deaths. *J. Forensic Sc.*, Vol. 13, N° 1, Jan 1968, p.46-54.

²⁷¹ Terroba, G., Saltijeral, M.T. *La autopsia psicológica como método de estudio del suicidio*. *Sal. Púb. Méx.* Vol. 25: 285-293, 1983.

²⁷² B. Bonicatto, T.G. Pères, R.R. Lòpez, *L'autopsia psicologica. L'indagine nei casi di morte violenta o dubbia*, Franco Angeli, Milano, 2006, pp.89-90.

2. ricerca analoga realizzata per i primi 20 casi di suicidio del 1991 da parte di soggetti con residenza permanente nella Città dell'Avana e di nazionalità cubana, incrociando i dati ottenuti dalle interviste effettuate da due ricercatori diversi nei confronti degli stessi familiari, conviventi o vicini per i ciascun caso considerato e successiva analisi dei relativi indici di concordanza (concordanza media dei diversi indici superiore al 90%); In tale fase vennero effettuate delle modifiche al modello originariamente proposto sino ad arrivare a quello definitivo per lo studio del suicida che venne chiamato MAP (Modello di autopsia psicologica per lo studio del suicida); fu inoltre definito un apposito manuale di utilizzo del modello.
3. ricerca realizzata attraverso l'applicazione del MAP alla totalità dei casi di suicidio da parte di soggetti con residenza permanente nella Città dell'Avana e di nazionalità cubana, avvenuti nel 1991, per un totale di 140 casi. A questa terza fase parteciparono 15 psichiatri precedentemente informati sulla metodologia della ricerca.

Risultati ottenuti:

La ricerca evidenziò come non vi siano sostanziali differenze tra le informazioni ottenute un mese dopo la morte e quelle risultanti a sei mesi dal decesso: pertanto non si evidenziò alcuna perdita di particolari nella ricostruzione biografica del soggetto suicida.

Lo stesso Brent²⁷³ concorda sul fatto che il periodo ottimale per la somministrazione dell'intervista va dai 2 ai 6 mesi successivi al decesso.

I ricercatori riportarono inoltre numerose reazioni difensive da parte degli intervistati nonché manifestazioni di colpa, angoscia, impotenza, vergogna,

²⁷³ Brent, D. A. et al., (1988), *The psychological autopsy : methodological consideration for the study of adolescent suicide*, J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 27(3).

sino a giungere a negazioni della realtà (con cause alternative quali omicidio o incidente).

Nei suicidi di giovani furono riscontrati con frequenza fattori psicologici connessi all'impulsività ed all'assenza di realistiche aspirazioni nella vita, mentre negli anziani predominarono sentimenti quali senso di abbandono e disperazione.

Relativamente al sex la ricerca evidenziò, in accordo con i dati statistici mondiali, una prevalenza di quello maschile che gli studiosi associarono alla maggiore letalità dei metodi impiegati dagli individui suicidi di sesso maschile.

In relazione allo stato coniugale la solitudine sembra essere l'aspetto preponderante (gli individui che vivevano da soli risultarono più del 70% del totale complessivo del campione esaminato) in accordo con la letteratura considerata.

Per quanto concerne l'occupazione, i pensionati, unitamente ai disoccupati ed alle casalinghe costituirono quasi il 50% dei casi in argomento. Tale dato risulta essere in linea con la letteratura di riferimento che indica come l'assenza di un lavoro socialmente utile rappresenti uno dei più importanti fattori di rischio nella complessa causalità del suicidio.

Rispetto al tasso di scolarizzazione prevalse il livello medio di istruzione raggiunta ed in riferimento alle credenze religiose la ricerca confermò che sono gli atei coloro che si suicidano più frequentemente.

Dalle anamnesi mediche risultarono predominanti i disturbi psichiatrici minori, a differenza dei dati riportati dalla letteratura secondo la quale più frequenti sarebbero quelli maggiori quali la schizofrenia, la psicosi maniaco depressiva ed i disturbi affettivi gravi. I ricercatori hanno ipotizzato che tale differenza rilevata fosse dovuta al fatto che i suicidi considerati erano solo quelli classificati come tali dall'Istituto di Medicina Legale a supporto dell'istruttoria giudiziaria e, pertanto, rimasero esclusi quei casi in cui l'intenzione suicida, essendo largamente documentata (disturbi psichiatrici

maggiori), non rese necessaria l'esecuzione della necropsia. Risulta comunque evidente la predominanza dei disturbi della sfera affettiva ed assai interessante appare il seguente dato emerso dall'approfondimento delle autopsie psicologiche: nei momenti immediatamente precedenti la morte, circa il 70% dei casi esaminati manifestava qualche sintomo di disturbo della sfera affettiva di tipo prevalentemente situazionale e depressivo.

Tra i tratti psicologici maggiormente frequenti risultarono l'irritabilità e l'impulsività piuttosto che la tristezza, in linea con quanto riscontrato da diversi autori (Brow et al., 1986; Weissman et al., 1987).^{274 275}

In riferimento ai precedenti specifici familiari, la ricerca ha evidenziato che circa il 35% dei parenti dei soggetti suicidi aveva sofferto di disturbi mentali e che addirittura il 21,4% aveva tentato a sua volta il suicidio. Tali dati risultarono in linea con la letteratura scientifica secondo la quale i precedenti familiari rappresentano un importante fattore di rischio per la condotta suicida. Lo studio rilevò anche un altro aspetto interessante: il numero dei familiari scomparsi per incidenti o omicidio si avvicinava a quello dei soggetti che si erano suicidati. Tale fatto potrebbe far pensare che l'antecedente di morte violenta nella famiglia del suicida possa predisporre alla successiva tendenza alla violenza contro se stessi, suggerendo quindi auspicabili approfondimenti e ricerche in tal senso.

Occorre inoltre evidenziare che solamente il 25% dei suicidi esaminati aveva manifestato precedenti intenti suicidi, nonostante alcuni autori lo considerino come il più importante fattore predittivo. Probabilmente per tale dato sarebbe opportuna una verifica riguardo il campionamento della

²⁷⁴ Brow G. L. et al., Human aggression and suicide. *Suicide Life-Threat*, Behav., 1,1986 pp.223-239.

²⁷⁵ Weissman M.M. et al., *Hostility and depression associated with suicide attempts*, Am. J. Psychiatry, 130, 1973, pp.450-455.

ricerca, alla luce delle considerazioni sopra esposte in merito alle anamnesi mediche.

Per quanto concerne le aree di conflitto più frequenti i casi esaminati mostrarono una preponderanza di problematiche familiari ed economiche.

Per quanto sopra esposto i ricercatori cubani giunsero alla conclusione che l'autopsia psicologica si può considerare un valido strumento investigativo in grado, inoltre, di evidenziare possibili fattori di rischio suicida, individuarne i segnali di allarme e per concorrere a stabilire più efficaci tecniche di prevenzione e terapie, sociali ed individuali.

5.4. Considerazioni etiche sull'autopsia psicologica

Le autopsie psicologiche generalmente non vengono considerate specificatamente delle ricerche mediche (a volte sono infatti svolte da gruppi pluridisciplinari senza purtroppo la partecipazione di un medico), cosicché è possibile che vengano disattese le procedure di controllo etico adottate per la ricerca medica. Tuttavia è evidente come l'Autopsia Psicologica possa esser considerata una tecnica dall'enorme impatto in tal senso.

La prima questione etica riguarda il rispetto per la memoria del defunto. Alcuni autori nutrono dubbi se, per motivi investigativi e/o di ricerca scientifica e non immediatamente terapeutici, sia mai concesso a qualcuno raccogliere, confrontare e incrociare le diverse informazioni ottenute da numerose fonti, su una stessa persona. A tal merito personalmente ritengo utile ricordare che la ricerca della verità e l'eventuale applicazione di una pena rappresenta un dovere previsto dalla nostra Costituzione.

Un'altra delicata questione riguarda la confidenzialità nel trattamento dei dati. E' evidente che ogni autopsia psicologica implica la raccolta di una

enorme quantità di informazioni che a volte non sono gestite da professionisti legati deontologicamente ad un segreto professionale. Inoltre le informazioni così raccolte dovrebbero essere trattate in modo tale da assicurare l'esclusione del loro utilizzo da parte di eventuali altre agenzie (compagnie assicuratrici, datori di lavoro, istituti bancari, ecc.). Infine, ma non ultimi in ordine di importanza, bisogna considerare i difficili problemi etici connessi alla raccolta delle informazioni: l'intervista con i sopravvissuti è infatti un aspetto delicato in considerazione del rispetto dei defunti, dell'integrità e della salute degli intervistati, della tensione psicologica verso l'intervistatore, del periodo intercorso tra suicidio ed intervista, dell'evocazione di sensi di colpa e di fantasie di morte nell'intervistato. Questi sono tutti fattori da prendere in attenta considerazione. Beskow J. e coll.,²⁷⁶ hanno elencato i seguenti punti da tenere presente dal punto di vista etico per lo svolgimento delle autopsie psicologiche:

- 1) l'intervistatore deve possedere delle competenze psicologiche;
- 2) è opportuno che un iniziale contatto telefonico seguito da una lettera di presentazione precedano e preparino l'intervista che deve esser posta in essere sempre previa sottoscrizione di consenso informato;
- 3) fra il momento del suicidio e l'intervista è raccomandato un intervallo compreso tra i due e i sei mesi.

Per concludere, sembra che la tecnica dell'autopsia psicologica debba essere applicata prestando particolare attenzione al rispetto della dignità del defunto, alle dinamiche psicologiche che si sviluppano tra i sopravvissuti e

²⁷⁶ Beskow J., Runenson B., Asgard U.(1991), *Ethical aspects of psychological autopsy*, Acta Psychiatrica Scandinavica, n.84, pp.482-87.

gli intervistatori, alla formazione di questi ultimi, al trattamento delle informazioni e alla difesa della loro riservatezza. Un'attenzione speciale dovrà essere rivolta ogni qual volta tra i sopravvissuti da intervistare vi sia anche un minore: pur non potendosi escludere in linea di principio tale evenienza, essa dovrà sempre essere valutata attentamente e, se è possibile, evitata. In nessun modo, poi, i dati ricavati da un'autopsia psicologica dovrebbero essere utilizzati per fini diversi da quelli investigativi o per la ricerca scientifica.

Capitolo sesto

Ricerca esplorativa per un'ipotesi di Protocollo di Autopsia Psicologica

6.1. Organizzazione della ricerca

La fase preliminare della ricerca empirica è costituita da una serie di interviste semi-strutturate condotte singolarmente, in forma anonima, privata e non istituzionale, con dodici esperti di investigazioni giudiziarie in materia di suicidi e morti equivoche. Questi possono essere considerati dei “testimoni significativi”, ricoprendo infatti, con differenti competenze (forze di polizia, medicina forense e psicologia forense), ruoli chiave nelle indagini oggetto della mia ricerca.

Le interviste hanno approfondito problematiche inerenti il fenomeno suicidi in Italia e la possibile sottostima degli stessi nonché gli aspetti investigativi connessi ai casi di “morti equivoche”.

Sulla base di quanto emerso dalle interviste e dall'analisi della letteratura scientifica nazionale ed internazionale in materia di morti equivoche e relative tecniche investigative, avendo gli esperti unanimamente sottolineato le enormi potenzialità investigative dell'autopsia psicologica,

malgrado in Italia non sia quasi mai utilizzata non esistendo infatti dei riconosciuti modelli di riferimento, ho elaborato una ipotesi di protocollo di autopsia psicologica e relative modalità applicative.

Al fine di procedere alla revisione e all'adattamento alle esigenze operative italiane dell'ipotesi di protocollo di autopsia psicologica che ho elaborato, ho utilizzato la tecnica di ricerca Delphi applicandola al medesimo gruppo di esperti che avevano partecipato alle interviste costituenti la fase preliminare della ricerca. La scelta di tale tecnica è stata fatta al fine di utilizzare il patrimonio di competenze ed esperienze professionali multidisciplinari di ogni singolo intervistato nelle investigazioni oggetto dello studio.

Al termine delle due serie di interviste con gli esperti, l'iniziale ipotesi di protocollo di autopsia psicologica da me elaborato è stato parzialmente modificato sulla scorta dei suggerimenti ricevuti dai singoli esperti, sino alla redazione dell'ipotesi di protocollo definitiva, unanimamente giudicata positivamente dagli esperti in considerazione della sua esaustività e potenziale utilità investigativa.

6.2. Interviste preliminari agli esperti

Le interviste semi-strutturate hanno rappresentato la fase preliminare dello studio empirico della presente ricerca.

Oggetto dell'intervista sono state le problematiche inerenti il fenomeno suicidi in Italia e la possibile sottostima degli stessi nonché gli aspetti investigativi connessi ai casi di "morti equivoche".

Con tale termine mi sono riferito a tutti quei casi di decesso di un individuo nei quali, pur essendo chiara l'eziologia della morte dal punto di vista medico, non altrettanto evidenti appaiono le effettive cause del decesso, ovvero, se riconducibili ad incidente, omicidio o suicidio.

I soggetti che ho intervistato sono dodici e rappresentano dei “testimoni significativi”, ricoprendo infatti ruoli chiave e spesso istituzionali per le investigazioni oggetto della ricerca. Gli intervistati fanno parte dei seguenti comparti professionali: forze di polizia (quattro intervistati), medicina forense (quattro) e psicologia forense (quattro) ed hanno comunque partecipato alla ricerca in forma anonima, privata e non istituzionale.

Ho condotto le interviste individualmente e, quando consentito dagli intervistati, con l'ausilio di registratore vocale al fine di ottenere una più precisa trascrizione delle risposte fornite.

La durata media di ciascuna intervista è stata di circa quarantacinque minuti.

Nel corso del colloquio con i soggetti intervistati ho approfondito, in relazione alle specifiche e differenti competenze professionali, i seguenti aspetti cruciali ai fini della presente ricerca raggruppati nelle sottoelencate aree di approfondimento e relative domande:

- Fenomeno dei suicidi

. ritiene che il numero di suicidi venga sottostimato?

. quali potrebbero a suo parere essere le cause?

. Ritieni che tale sottostima dei suicidi sia riferibile in particolare ad alcune categorie di persone?

. quali conseguenze potrebbero derivare da tale sottostima?

. quali interventi ritieni utili per poter limitare il fenomeno della sottostima dei suicidi in Italia?

- Aspetti investigativi nei casi di morti “equivoche”

.difficoltà investigative/diagnostiche nei casi di morti equivoche;

. come le si affrontano?

- Approfondimento sugli strumenti e le procedure ritenute utili da adottare per le investigazioni relative ai casi in argomento

. alla luce delle esperienze da lei maturate, quali strumenti ritieni maggiormente utili al fine di individuare con il minor margine di probabilità di errore le effettive cause della morte di un individuo nel caso queste presentino aspetti di equivocità?

- Approfondimento sullo strumento di indagine denominato “Autopsia Psicologica”

. eventuale elaborazione e/o utilizzo di tale strumento inteso come “ricostruzione retrospettiva e sistematica della vita di una persona scomparsa attraverso una raccolta di informazioni fornite da tutti i possibili attori che, direttamente o indirettamente, possono indicare

elementi rilevanti per la ricostruzione del vissuto della vittima, l'individuazione dei tratti caratteristici di personalità, lo stile di vita, le relazioni interpersonali ed i singoli possibili dettagli significativi per una maggiore comprensione dell'accaduto ed una più precisa valutazione dell'intenzionalità”²⁷⁷

- . opinione relativa all'Autopsia Psicologica quale possibile strumento investigativo nei casi di morti “equivocche”.
- . quali professionisti dovrebbero elaborarla;
- . opinioni su una possibile standardizzazione di questo strumento;
- . controindicazioni (es. aspetti etici) o difficoltà per un suo utilizzo.

Le risposte fornite da ciascun intervistato sono quindi state analizzate con un approccio di tipo qualitativo evidenziandone gli aspetti salienti, le concordanze e le differenze riportate dai singoli professionisti intervistati.

Nel successivo paragrafo è riportato quanto emerso dall'analisi del contenuto delle risposte per ogni singola area di approfondimento.

6.2.1. Analisi del contenuto delle interviste

L'analisi del contenuto delle risposte fornite dagli intervistati si sviluppa per le seguenti tre aree di approfondimento:

²⁷⁷ Shneidman E. S., & Faberow N. L. (1961), *Cry for help*, New York, McGraw-Hill, pp. 110-7.

- 1) Area di approfondimento del fenomeno dei suicidi;
- 2) Aspetti investigativi nei casi di morti “equivocche”;
- 3) Approfondimento sullo strumento di indagine denominato “Autopsia Psicologica”

1) Area di approfondimento del fenomeno dei suicidi

Le risposte fornite dagli intervistati alla prima domanda relativa al verificarsi di un'eventuale sottostima del numero dei suicidi in Italia rivelano una concordanza di orientamento generale circa una effettiva sottostima del numero di persone che con coscienza ed intenzionalità si tolgono la vita.

Nello specifico, sette dei dodici intervistati si esprimono in termini di certezza circa la sottostima del numero dei suicidi, tre lo ritengono probabile mentre i rimanenti due intervistati lo ritengono plausibile anche se uno di loro ipotizza, ad inizio intervista, una possibile sovrastima dei suicidi, considerati i possibili omicidi mascherati da suicidi. Tuttavia nel corso del colloquio rettifica il suo pensiero ritenendo plausibile una lieve sottostima del numero dei suicidi in Italia.

Anche in merito alle possibili cause che potrebbero determinare tale sottostima del numero dei suicidi in Italia le risposte degli intervistati evidenziano numerose concordanze.

In particolare, tutti gli intervistati hanno indicato tra le principali cause di sottostima le difficoltà da parte degli organi inquirenti nel riscontrare l'effettiva coscienza ed intenzionalità del soggetto deceduto nel porre in essere il comportamento che ha causato la sua morte, elementi che infatti rappresentano la *conditio sine qua non* per poter affermare che si tratta di un suicidio invece di un incidente o di altra *mortis causa*.

Altra causa riportata da dieci dei dodici intervistati è riferita più specificatamente alle difficoltà investigative in caso di mancanza di evidenze chiare ed ai relativi costi e tempi delle indagini. Otto intervistati hanno inoltre evidenziato un scarso interesse dei familiari nel concorrere ad approfondire indagini che contemplino, in caso di morte equivoca, la possibilità che si possa trattare di suicidio: ciò accadrebbe spesso per motivi di ordine economico (clausola di esclusione risarcitoria in caso di suicidio del contraente di polizza sulla vita) e/o per evitare la vergogna e lo stigma che potrebbero derivare dall'acclaramento che si tratta di un effettivo caso di suicidio del proprio parente.

Sette dei dodici professionisti intervistati hanno ipotizzato, quale ulteriore causa della sottostima del numero complessivo dei suicidi commessi, la mancata inclusione nelle relative statistiche ufficiali di tutti quei decessi che si verificano a distanza di giorni da un precedente tentativo di suicidio e che da un punto di vista eziopatogenico, pur rappresentando la stretta conseguenza di questo, vengono tuttavia attribuiti a malattia secondaria o a una condizione premorbosa.

A tal proposito un medico legale intervistato evidenzia come ci possano essere dei casi che sfuggono alla rilevazione statistica quando vengono compilate le schede ISTAT con particolare riferimento ai decessi successivi a tentati suicidi, ma non più ricondotti a questi. Per esemplificare, il professionista cita casi di soggetti ricoverati per tentato suicidio tramite ingestione di psicofarmaci o anticrittogramici che, ovviamente, determinano, a seconda dei casi, cardiotossicità, epatotossicità o nefrotossicità. Successivamente, dopo poco tempo, può insorgere una insufficienza epatica ed il medico può non sapere del precedente tentativo di suicidio e, in caso di decesso, non ricondurlo a quello bensì ad una morte per patologia organica degenerativa che verrà riportata, conseguentemente, quale causa di morte nella relativa scheda ISTAT. D'altra parte

l'intervistato fa notare che può anche essere il caso di un soggetto depresso che in seguito ad un massiccia ingestione di antidepressivi ed alcool distrugge i suoi reni. Dopo un lungo periodo di dialisi, nel corso del quale è anche riuscito ad uscire dal suo stato depressivo, potrebbe però morire per insufficienza renale ma in questo caso sarebbe tuttavia difficile ricondurre il decesso al tentativo di suicidio occorso molto tempo prima ed annoverare il decesso nella categoria "suicidi".

In tali casi sembrerebbe quindi fondamentale prendere in analisi il tempo trascorso dal tentato suicidio al conseguente decesso, sia in termini quantitativi che qualitativi, al fine di formulare un più puntuale giudizio relativo alla causa di morte del soggetto considerato.

Altra ipotesi formulata da uno psicologo appartenente alle forze di polizia è quella relativa ad un inconscio timore di determinare atti suicidari emulativi ("effetto Werther") e, conseguentemente, per i casi di decessi equivoci in cui vi sono dubbi tra la causa di morte accidentale e quella volontaria (ad esempio in numerosi casi di investimento ferroviario), gli organi inquirenti potrebbero esser maggiormente propensi ad indirizzarsi verso la natura accidentale del decesso, anche per salvaguardare la memoria del defunto e la vita sociale dei parenti.

Altra causa indicata da cinque intervistati consiste nella mancanza di adeguati approfondimenti psicologici ed investigativi in merito ai casi di morti equivoche.

Due intervistati hanno quindi ipotizzato la possibilità che tale sottostima sia in parte riconducibile a simulazioni di incidenti per motivi economici e di desiderabilità sociale ed altri due professionisti (entrambi medici) hanno evidenziato possibili difficoltà e/o negligenze nella redazione dei previsti verbali di causa di morte.

Infine, due intervistati hanno incluso tra le diverse ipotesi relative alle cause della sottostima di suicidi quella di errori od omissioni commesse dagli investigatori.

Alla domanda se tale sottostima dei suicidi in Italia fosse riferibile in particolare ad alcune categorie di persone gli intervistati hanno quasi tutti fatto riferimento ai tossicodipendenti.

Opinione comune degli intervistati è che risulta molto difficile, se non addirittura impossibile, da un punto di vista investigativo, comprendere l'intenzionalità o meno dell'overdose. Solitamente si fa riferimento allo stato di salute del soggetto ed alla sua storia di tossicodipendenza. Un funzionario delle forze di polizia sostiene inoltre di aver riscontrato, in base alla sua esperienza investigativa, che più il soggetto è aduso ad assumere tali sostanze e più il suo stato di salute è precario, maggiori sono le probabilità che l'overdose sia accidentale.

Un altro inquirente aggiunge tuttavia che molte overdose presumibilmente possono non essere affatto intenzionali bensì verificarsi in seguito a periodi di terapie a base di metadone: in tali casi, dopo aver quindi fatto un ciclo di disintossicazione, assumere nuovamente lo stesso quantitativo di stupefacente può essere assai pericoloso se non letale. Pertanto molte overdose potrebbero non essere suicidi, ma le cosiddette "...morti per stupidità...".

Altra categoria di soggetti maggiormente a rischio di sottostima di suicidi è risultata esser quella degli anziani. Quasi tutti gli intervistati hanno infatti ipotizzato l'evenienza che persone anziane e spesso sole, in ospedali o case di riposo, possano assumere volontariamente una dose eccessiva o insufficiente di farmaci prescritti con conseguenze fatali e che queste siano ascritte a mero "incidente" o errore non intenzionale (erosioni suicidarie).

Tale comportamento sembra quindi rappresentare un metodo per suicidarsi facilmente disponibile per un anziano e facile da dissimulare.

A tal proposito, occorre tuttavia evidenziare la diversa opinione di un medico legale il quale tenderebbe a limitare il numero casi in cui vi è da parte degli anziani un intenzionale sovradosaggio dei farmaci o, viceversa, una loro mancata assunzione per togliersi la vita. Infatti, in base alla sua personale esperienza, questi raramente ricorrerebbero per tale scopo ai farmaci: "...solitamente il nonnino si impicca e la nonnina si butta dalla finestra..." L'intervistato inoltre ritiene che sia invece più facile che si verifichi un sovradosaggio farmacologico letale e volontario da parte di soggetti affetti da depressioni maggiori che, pertanto, attraverso la fatale combinazione di antidepressivi e sostanze alcoliche, si toglierebbero la vita: tali casi di decesso vengono tuttavia considerati come "suicidi" a livello di compilazione delle relative schede ISTAT.

Tre intervistati hanno poi suggerito che potrebbero esser considerate in tale ottica suicidaria quelle persone che vengono trovate da sole morte alla guida in circostanze difficilmente spiegabili con l'ipotesi di "incidente". Anche in questi casi è molto difficile capire se l'incidente è avvenuto perché una persona volontariamente l'ha provocato oppure perché ha avuto un colpo di sonno o un malore o è stato semplicemente un problema connesso alla viabilità.

A tal proposito, tuttavia, un medico legale evidenzia che solitamente chi è deciso a togliersi la vita solitamente è portato a scegliere un metodo che gli faccia raggiungere il suo scopo con maggiore sicurezza rispetto ad un incidente stradale il cui esito fatale non può esser certo.

Altra categoria evidenziata di individui la cui morte potrebbe presentare margini di equivocità è stata quella riportata da due intervistati e che hanno definito con il termine di "sensation seekings", ovvero soggetti alla ricerca

di sensazioni forti i cui comportamenti spesso si orientano verso esperienze rischiose, talvolta notevolmente pericolose ed estreme, se non potenzialmente autodistruttive (es. roulette russa).

Sempre in tema di morti equivoche, due intervistati hanno citato casi di casi di decessi successivi alla pratica di attività autoerotiche con rischio di asfissia. In tali casi infatti sostengono che potrebbe risultare assai arduo stabilire con certezza la reale causa di morte.

Infine, un intervistato ha indicato quella dei detenuti tra le possibili categorie di soggetti nelle quali si potrebbe verificare una certa sottostima, voluta o meno, del numero dei suicidi.

In merito alla domanda circa le conseguenze che possono derivare da tale sottostima, la risposta degli intervistati è stata praticamente univoca ed ha evidenziato il pericolo di una minore capacità di intervenire sul fenomeno suicidi, nel senso che meno si conoscono in modo obiettivo e preciso i dati epidemiologici esatti, minori possibilità di intervento si avranno a livello sia preventivo che di politiche sanitarie. Viceversa, una maggiore precisione a livello epidemiologico garantirebbe un più puntuale intervento a livello preventivo e di ricerca.

Relativamente alla domanda circa i possibili interventi ritenuti utili per ridurre tale sottostima dei suicidi in Italia, la maggior parte degli intervistati ha evidenziato che, dalla esperienza investigativa di altri stati, risulta assai proficua, per la risoluzione di numerosi casi di decessi che inizialmente presentano aspetti di equivocità in relazione alla natura della morte, la collaborazione in fase di indagine tra professionisti con diverse competenze (es. psicologi, criminologi, grafologi ecc.). In Italia l'utilizzo dei periti è molto complesso, subordinato al benessere del magistrato,

compromesso dai costi e, conseguentemente, non così frequente come invece sembrerebbe auspicato.

Gli intervistati hanno inoltre concordato nel ritenere utile, al fine di diminuire la probabilità di sottostima del numero di suicidi in Italia, individuare accuratamente, attraverso la ricerca e le analisi dei data base disponibili, i profili psicologici dei soggetti che si sono tolti la vita, dei fattori predisponenti e quelli precipitanti.

2) Aspetti investigativi nei casi di morti “equivocche”

Occorre premettere che le risposte fornite dagli intervistati relativamente a questa area di approfondimento hanno mantenuto la necessaria riservatezza considerata la delicatezza dell'argomento.

In merito alle difficoltà investigative/diagnostiche nei casi di morti equivocche tra gli esempi più significativi riportati, si annovera quello di un funzionario delle forze di polizia che anni addietro indagò sulla morte di un transessuale straniero, apparentemente morto suicida attraverso la recisione delle vene dei polsi. In fase di sopralluogo dall'analisi del cadavere, egli fu insospettito dalla mancanza dei tagli cosiddetti “di assaggio” sul cadavere e, pertanto, le indagini vennero approfondite permettendo di acclarare che il suicidio era solo simulato mentre invece si trattava di omicidio.

Uno psicologo delle forze di polizia ha invece ha riportato di aver indagato anni fa su un caso di morte ambigua in cui inizialmente gli inquirenti non erano sicuri della reale dinamica degli eventi e soprattutto se si trattasse di omicidio invece che di suicidio. In quell'indagine, pertanto, il lavoro fu in parte psicologico ed in parte investigativo. Per cui l'analisi della scena, l'analisi delle informazioni e l'attenzione sulla la vita del soggetto nel periodo precedente la morte nonché la valutazione di chi l'aveva conosciuto

rappresentarono tutte informazioni che concorsero a costruire un quadro globale del caso. Venne così accertato che si era trattato di suicidio ed il funzionario terminò la sua relazione riportando alla magistratura che “non sono stati riscontrati elementi oggettivi tali da falsificare l’ipotesi dell’evento suicidario”. Tuttavia l’aspetto interessante di questo caso si rileva sul piano delle testimonianze raccolte da agenti della squadra mobile del posto e rilasciate da persone che conoscevano il soggetto e lo avevano frequentato nell’ultimo periodo della sua vita. Infatti, malgrado le informazioni fossero state rilasciate e raccolte da soggetti che non avevano le competenze professionali per individuare eventuali sintomi clinici, nei confronti del soggetto deceduto emersero ugualmente degli aspetti che palesemente evidenziavano una serie di elementisintomatologici previsti per la diagnosi di “depressione maggiore” dal DSM IV. Più persone, ad esempio, avevano riferito che il soggetto aveva subito una forte perdita di peso nei mesi precedenti il decesso, che spesso faceva discorsi di svalutazione della vita, per cui si era delineato un panorama di informazioni che, sebbene evidentemente non permettesse per definizione una diagnosi post mortem, lasciava tuttavia pensare che il soggetto deceduto stesse vivendo un episodio depressivo non diagnosticato. Tale ricostruzione della vita del soggetto nell’imminenza della sua morte che, per molti versi, si può avvicinare a quella che viene definita “autopsia psicologica”, permise agli inquirenti di far virare le indagini verso l’ipotesi suicidio così come poi successivamente venne accertato.

Un medico legale ha riferito di aver avuto difficoltà nello stabilire la reale causa di morte soprattutto nei casi di investimento ferroviario e cioè nell’accertare se si trattasse di incidente, suicidio o addirittura omicidio (quest’ultimo ovviamente ipotizzabile in caso di mancanza di testimoni). E’ evidente che le difficoltà non le aveva riscontrate per i casi di soggetti volontariamente sdraiati sulle rotaie per i quali l’eventuale testimonianza del capotreno o di altri soggetti unitamente ai rilievi in sede autoptica sono

di per se sufficienti per fugare ogni dubbio circa l'intenzionalità del soggetto. Tuttavia, nei casi di individui posizionati sul bordo della rotaia o addirittura in fase di attraversamento, comprendere l'intenzionalità o meno di un eventuale gesto suicida è assai difficile e le testimonianze dei capotreni e o di soggetti che si trovavano in zona non sono sempre risolutive. In tali casi, il medico ha riferito che, solitamente, qualora i dubbi restassero insoluti, a livello di scheda ISAT si tende ad indicare "suicidio" nei casi in cui i soggetti siano stati visti fermi al centro o accanto al binario in fase di osservazione del sopraggiungere del treno, "incidente" in tutti gli altri casi, salvo l'eventuale rinvenimento di biglietti di addio. Ed è proprio per questi casi dalle dinamiche equivoche di morte che l'intervistato auspica la metodica applicazione dell'autopsia psicologica.

Altro caso interessante di decesso dalle dinamiche equivoche riportato è quello di un soggetto rinvenuto impiccato la cui morte venne successivamente e, con non poche difficoltà, accertata essere un suicidio. Il problema nasceva dal fatto che il solco del laccio sul collo era orizzontale e non obliquo, come invece si osserva di norma negli individui che si impiccano. L'anomalia era tuttavia determinata dal tipo di laccio utilizzato e, comunque, le indagini della polizia giudiziaria contribuirono a fugare ogni ulteriore dubbio sul fatto che il soggetto si fosse da solo tolto la vita.

In merito agli strumenti e le procedure ritenute utili da adottare per le investigazioni relative ai casi di morte dalle dinamiche equivoche, al fine di individuare con il minor margine di probabilità di errore le effettive cause della morte di un individuo, gli intervistati, sulle base delle proprie esperienze professionali, hanno concordato sulle seguenti attività: il sopralluogo giudiziario e medico-legale, le indagini di polizia giudiziaria, un accurato esame autoptico della salma e se necessario gli esami tossicologici.

Un intervistato, psicologo delle forze di polizia, ha comunque evidenziato che in Italia gli organi inquirenti sono molto preparati anche se auspica un atteggiamento più rigoroso dal punto di vista metodologico, quindi improntato sulla raccolta paziente, sistematica ed il più possibile esaustiva dei dati riguardanti il fatto.

Occorre comunque evidenziare che tutti i dodici intervistati hanno sostenuto l'importanza, nei casi di decessi dalle dinamiche dubbie, di un'analisi psicologica della vittima nell'imminenza della sua morte attraverso l'assunzione di informazioni dalle persone per questa significative dal punto di vista affettivo, auspicandone un'applicazione più frequente.

3) Approfondimento sullo strumento di indagine denominato “Autopsia Psicologica”

Relativamente all'elaborazione e/o utilizzo di tale strumento inteso come “ricostruzione retrospettiva e sistematica della vita di una persona scomparsa attraverso una raccolta di informazioni fornite da tutti i possibili attori che, direttamente o indirettamente, possono indicare elementi rilevanti per la ricostruzione del vissuto della vittima, l'individuazione dei tratti caratteristici di personalità, lo stile di vita, le relazioni interpersonali ed i singoli possibili dettagli significativi per una maggiore comprensione dell'accaduto ed una più precisa valutazione dell'intenzionalità”²⁷⁸, i professionisti intervistati hanno tutti evidenziato le sue notevoli potenzialità sia a livello investigativo che di ricerca- azione.

Va evidenziato come gli psicologi e gli psichiatri l'abbiano addirittura definito quale “unico strumento” a disposizione per cercare di approfondire

²⁷⁸ Shneidman E. S., & Faberow N. L. (1961), *Cry for help*, New York, McGraw-Hill, pp. 110-7.

un'ipotesi (che comunque rimarrà sempre tale) circa le effettive cause di morte di un individuo nei casi equivoci o sospetti.

Più cauti sono stati invece gli investigatori delle forze di polizia i quali sostanzialmente hanno idee molto simili a quelle di un funzionario che ha dichiarato quanto segue “...può dare una mano e comunque, di fronte a situazioni complesse, sono necessari approcci multidisciplinari e di conseguenza nessun elemento da solo magari è decisivo però di fronte ad un complesso di elementi all'interno dei quali anche l'autopsia psicologica può trovare un suo spazio, anche quella può essere uno strumento efficace per aiutarci a creare un convincimento sulla dinamica degli eventi. Però nessuno si aspetti da un'autopsia psicologica delle risposte definitive così come le sono ad esempio quelle di un accertamento sul dna. Possono tuttavia emergere delle indicazioni utili ed interessanti all'interno di un complesso investigativo...”.

Relativamente alla domanda su quali professionisti dovrebbero elaborare l'autopsia psicologica, tutti gli intervistati concordano sul fatto che debbano essere dei professionisti della salute mentale considerata la delicatezza delle domande da porre ai familiari e/o agli amici del soggetto deceduto.

Un medico legale, pur concordando sul fatto che le interviste andrebbero svolte da psicologi o psichiatri, aggiunge che all'elaborazione dell'autopsia psicologica dovrebbero partecipare anche gli investigatori e, entro certi limiti ed a seconda delle circostanze, sociologi ed assistenti sociali.

In merito ad una possibile standardizzazione dell'autopsia psicologica, in generale, gli intervistati appartenenti al comparto sanitario lo hanno ritenuto estremamente opportuno. Vale per tutti il seguente stralcio di intervista rilasciato da un medico legale: “...Ritengo sia estremamente opportuno. Oggi si cerca spesso di stabilire, sulla base delle ricerche

disponibili, quali siano le variabili che sovente si sono rilevate indicatrici di un evento così traumatico come quello del suicidio e se si riuscisse a sistematizzare e standardizzare un protocollo sarebbe un grande passo in avanti verso una riduzione del margine di errore per la determinazione delle effettive cause di morte di un individuo in caso di circostanze equivoche o sospette...”.

Comprensibilmente più cauti circa un eventuale elaborazione di un protocollo di autopsia psicologica per i casi di decessi dalle dinamiche equivoche sono stati gli investigatori che, pur auspicando l'utilizzo di tale strumento, hanno evidenziato l'opportunità che questo mantenga una certa flessibilità considerando la singolarità di ciascun caso. Esemplificativo, in tal senso, risulta il seguente stralcio di intervista:

“...Ragionando in generale e sui grandi numeri il fatto di avere dei protocolli in generale è un fatto positivo. La nostra cultura, mediterranea in generale ed italiana in particolare, è un po' recalcitrante rispetto questo aspetto. I poliziotti anglosassoni viceversa hanno la mania dei log: loro tutto ciò che fanno viene stabilito a livello procedurale e devo dire che la loro organizzazione gli permette di essere degli schiacciasassi. Sicuramente è positivo ma come tutte le cose bisogna saperle inserire nella cultura ove ci si muove, Noi mediterranei siamo un po' più plastici e quindi siamo anche più creativi. Quindi proceduralizzare in generale è un aspetto positivo perché significa mettere professionisti diversi nelle condizioni di parlare un linguaggio comune e quindi di scambiarsi le informazioni e di uniformare le modalità anche di misurazione degli eventi. Conseguentemente in generale è sicuramente una strada da perseguire pur mantenendo una finestra ai margini di flessibilità che sono imposti sia dalla variabilità degli eventi che si incontrano sia dalla cultura che si incontra...”.

Un medico legale, a tal proposito, ha fatto notare che a suo avviso un eventuale protocollo di autopsia psicologica dovrebbe adattarsi ai singoli

casi contemplando delle domande aperte. Ha inoltre aggiunto che potrebbe esser utile elaborare un protocollo sotto forma di flow chart aperto, sul modello delle istruzioni operative a livello clinico in medicina.

In merito ad eventuali controindicazioni per l'applicazione dell'autopsia psicologica o difficoltà relative al suo utilizzo, tutti gli intervistati hanno sottolineato l'importanza di preservare e rispettare la memoria dello scomparso nonché il dolore dei sopravvissuti e la loro integrità psichica e, laddove non espressamente previsto da disposizioni del magistrato, sarebbe opportuno svolgere le interviste previa sottoscrizione del consenso informato.

Altra possibile difficoltà evidenziata da un funzionario psicologo delle forze di polizia è l'eventualità di non poter accedere ai dati ed alle informazioni adeguate, per creare un quadro completo della situazione. Egli evidenzia poi il possibile problema relativo alle testimonianze che spesso vengono raccolte da persone diverse, in tempi diversi e con possibili distorsioni cognitive e della memoria. Il funzionario aggiunge inoltre di non vedere controindicazioni dal punto di vista etico perché, in base alla sua esperienza, tale attività andrebbe nella direzione di ciò che i parenti si aspettano. Creare attenzione sull'evento al di là degli aspetti investigativi, a suo parere, avrebbe in generale delle ricadute positive su chi subisce la perdita della persona. Sostiene quindi che mostrare che lo Stato è attento, partecipe ed attivo e che si spende per cercare di capire come sono andate le cose sarebbe un messaggio molto importante e che potrebbe avere delle ricadute positive anche nell'elaborazione del lutto.

6.3. Un'ipotesi di protocollo di Autopsia Psicologica

Il seguente elaborato rappresenta la seconda parte della fase empirica di questa ricerca.

Dopo aver intervistato professionisti in materia di autopsia psicologica e di indagini giudiziarie al fine di approfondire aspetti investigativi e metodologici in merito a suicidi e/o morti equivoche, nella seconda fase della ricerca empirica ho presentato all'attenzione degli stessi una iniziale ipotesi di protocollo di autopsia psicologica con le relative modalità applicative, elaborata sulla scorta di quanto emerso dalle interviste svolte nonché dall'analisi della letteratura in materia.²⁷⁹

Scopo di questa seconda parte della ricerca è stato quello di procedere alla revisione e all'adattamento alle esigenze operative italiane, dell'allegata ipotesi di protocollo grazie alle esperienze sul campo maturate dai singoli esperti.

A tal fine ho utilizzato, in forma anonima ed a titolo personale, la tecnica di ricerca qualitativa denominata "Delphi" della quale ho precisato il funzionamento a tergo della griglia di domande allegata alla ipotesi di protocollo di autopsia psicologica consegnata ad ogni singolo esperto.

Di seguito riporto tale materiale in forma completa ed originale.

²⁷⁹ I moduli della presente ipotesi di protocollo, i cui contenuti sono stati da me rielaborati per meglio adattarsi alle esigenze operative italiane, fanno riferimento alla seguente ricerca:
Werlang G.B. (2003), *A semi-structured interview for psychological autopsy in suicide cases*, Rivista Brasileira Psiquiatria, n.25 (4), pp.212-9.

IPOTESI DI PROTOCOLLO PER LA CONDUZIONE DI UNA AUTOPSIA PSICOLOGICA

1° MODULO (Fattori precipitanti o stressanti)

Domande generali

- Cosa è accaduto prima della morte e cosa potrebbe essere in relazione con tale fatto?
- Quali reazioni ha mostrato il deceduto nei suoi comportamenti e/o stati d'animo quotidiani in relazione agli accadimenti da lei riportati?
- Tali reazioni possono aver determinato un coinvolgimento affettivo o uno stato di frustrazione tale da condurlo a suicidarsi?

Domande specifiche

- E' a conoscenza di eventuali problematiche o conflitti nei seguenti ambiti (in caso affermativo, approfondire)

. familiare (storia familiare ed accertamento di eventuali precedenti suicidi tentati o commessi da parte di parenti e/o amici con approfondimento delle reazioni psico-comportamentali evocate nel deceduto)

- . scolastico (eventuale)

- . lavorativo (eventuale)

- . economico

- . salute (patologie particolari temute o diagnosticate? uso di alcool o di stupefacenti? disturbi mentali?)

Domanda conclusiva

- Le vengono in mente ulteriori elementi che avrebbero potuto contribuire, anche solo in parte, al determinare uno stato d'animo negativo nel deceduto?

2° MODULO (Motivazione)

Domanda generale

- Quali potrebbero essere le ragioni che potrebbero avere indotto il deceduto a suicidarsi?

Domande specifiche

- Ha notato nel soggetto dei cambiamenti di umore e/o difficoltà ad esprimere le proprie emozioni nell'imminenza del decesso ?
- Ha osservato qualche segnale da parte del soggetto che potesse suggerire che stesse provando uno stato di malessere latente?
- Pensa che il deceduto ritenesse di essere amato?
- Era tendenzialmente pessimista o ottimista riguardo le sue prospettive future?
- Era soddisfatto o meno di quanto realizzato nel corso della sua vita?
- Provava dei sentimenti positivi verso qualcuno senza tuttavia sentirli ricambiati?
- Aveva recentemente perso o sentiva di essere in procinto di perdere una persona emotivamente importante per la sua vita?

- Le è mai sembrato che potesse provare una sorta di dipendenza dall'affetto di qualcuno?

Domanda conclusiva

- Le vengono in mente ulteriori motivi che avrebbero potuto contribuire, anche solo in parte, al determinare l'intenzione di togliersi la vita?

3° MODULO (Letalità)

Domanda generale

- Cosa ne pensa del fatto che abbia scelto quella specifica modalità per suicidarsi?

Domande specifiche

- Ritiene fosse a conoscenza o avesse comunque potuto valutare il grado di letalità del metodo usato?
- E' a conoscenza di eventuali interessi specifici relativi alla modalità scelta per suicidarsi (es. approfondimenti bibliografici; raccolta di articoli; attività di studio o interessi specifici in merito a metodi da utilizzare per porre fine alla propria vita ecc.)
- Tale metodo era accessibile o facile da utilizzare?
- Ritiene che il deceduto possa aver posto in essere precauzioni o strategie per diminuire i rischi di vedere scoperte le proprie intenzioni di suicidarsi?

Domanda conclusiva

- Le vengono in mente ulteriori elementi relativi alla modalità del suicidio?

4° MODULO (Intenzionalità)

Domanda generale

- Ritiene che il deceduto avesse l'intenzione di suicidarsi?

Domande specifiche

- Il deceduto aveva mostrato negli atti interpersonali espressioni verbali o comportamenti che potevano indicare il proposito o l'intenzione di commettere il suicidio?
- Nello stile di vita del deceduto vi era un qualsiasi coinvolgimento in attività potenzialmente pericolose o dannose alla salute e che avrebbero potuto indicare il desiderio o l'intenzione di morire?
- Ritiene che il suicidarsi possa esser stato considerato dal deceduto come unica opzione disponibile?
- E' possibile spiegare il suicidio quale risposta ad una situazione insostenibile e/o quale forma di "altruismo"?
- Ci possono essere altre evidenze che possano meglio spiegare la possibilità che esistesse una intenzionalità?
- Il deceduto ha fatto raccomandazioni, preparativi, distribuito oggetti, espresso delle ultime volontà, scritto lettere o biglietti o avuto altri

comportamenti anche indiretti che potessero far pensare ad una sua possibile volontà di togliersi la vita?

Domanda conclusiva

- Ritiene che il deceduto avesse intenzione di morire?

Modalità applicative dell'intervista

La domanda iniziale di ciascun modulo dell'allegata intervista semi-strutturata è sempre "aperta" al fine di facilitare il libero fluire della comunicazione nella risposta e permette all'intervistatore di osservare l'ordine dei pensieri (spesso assai significativo) dell'intervistato.

Per lo svolgimento dell'intervista, è suggerito l'utilizzo, previo consenso dell'intervistato, di supporti elettronici quali videocamera o registratore vocale.

Importante è evitare ogni tipo di interruzione del flusso narrativo dell'intervistato; in caso fosse necessario un approfondimento e/o chiarimento, è meglio prenderne nota ed attendere la conclusione del suo flusso comunicativo prima di procedere alla formulazione del quesito. Tale procedura va comunque limitata il più possibile soprattutto in considerazione del fatto che, il semplice osservare, da parte dell'intervistato, l'intervistatore che scrive un appunto in merito a quanto sta dicendo può essere una fonte di distrazione e/o condizionamento.

Dopo aver formulato inizialmente le domande aperte previste per ogni singolo modulo, l'intervistatore procede quindi con l'approfondimento di eventuali e più specifiche conoscenze dell'intervistato riguardo l'accaduto, andando ad analizzare elementi informativi accennati dal soggetto e meritori di un'ulteriore analisi.

L'intervista prevede poi delle domande specifiche da formulare qualora per le stesse non si fosse già ottenuta una risposta nel corso della fase precedente.

Ogni modulo prevede infine la formulazione di una domanda conclusiva che rappresenta una riproposizione della domanda aperta iniziale: a questo punto dell'intervista tale riformulazione potrebbe consentire all'intervistato un ulteriore arricchimento della risposta con considerazioni, dettagli ed aspetti prima non accessibili e quindi non evidenziati.

6.3.1. Prima fase della tecnica Delphi

Obiettivo dell'utilizzo di tale tecnica di ricerca qualitativa è stato quello di procedere alla revisione e all'adattamento alle esigenze operative italiane, della mia ipotesi di protocollo di autopsia psicologica grazie alle esperienze sul campo maturate dai singoli esperti.

Ho predisposto la tecnica per un totale di due stadi (rounds) successivi.

Nel primo stadio ho effettuato con ogni esperto una prima intervista sulla base di una griglia di domande precedentemente predisposte. A questa è stata data risposta per iscritto attraverso i mezzi precedentemente concordati con i singoli professionisti.

6.3.1.1. Intervista del primo stadio della tecnica Delphi

Allegata al protocollo di autopsia psicologica precedentemente illustrato è stata inviata ad ogni esperto la presente griglia di domande costituente il

primo stadio della tecnica Delphi.

1. Quale è la sua opinione circa l'utilizzo del presente schema di intervista semi-strutturata nei casi di decessi le cui dinamiche presentino aspetti di equivocità?
2. Ritiene che i moduli previsti dalla presente ipotesi di protocollo di autopsia psicologica siano utili per meglio comprendere le dinamiche in caso di morti le cui modalità risultino incerte (naturale, accidentale, omicidio, suicidio)?
3. Suggestisce l'approfondimento di ulteriori aree tematiche?
4. In riferimento alle specifiche aree tematiche, intende suggerire ulteriori possibili quesiti che possano contribuire ad una migliore comprensione dell'accaduto?
5. Ha dei suggerimenti in merito alla composizione dei moduli ed alle modalità di svolgimento della presente intervista semi-strutturata?

6.3.1.2. Sintesi delle risposte ricevute

In merito alla prima domanda, tesa a conoscere l'opinione degli esperti circa l'utilizzo dello schema di intervista semi-strutturata da me elaborato in riferimento alla sua applicabilità ai casi di decessi le cui dinamiche presentano aspetti di equivocità, le risposte degli esperti sono state sicuramente favorevoli fatta eccezione per un esperto che ha evidenziato la necessità di porre attenzione, per lo svolgimento dell'intervista prevista dal

protocollo, “...ai rischi di traumatizzazione secondaria...” degli intervistati, con particolare riferimento al terzo modulo.

E' comunque risultato, in generale, che tale schema può esser considerato un utile strumento per acquisire ed organizzare in maniera sistematica la mole di informazioni che, in caso di decesso di un individuo, è necessario vagliare per meglio chiarire le effettive cause di morte.

E' stato inoltre fatto notare che in caso di morte le cui dinamiche presentano aspetti di equivocità, quella del suicidio dovrebbe essere considerata sempre un'opzione, al di là della prime impressioni che potrebbero orientare gli inquirenti in altre direzioni.

Inoltre alcuni esperti hanno evidenziato come l'utilità dello strumento in argomento, è comunque connessa ad un suo utilizzo unicamente da parte di personale debitamente formato o comunque con conoscenze psico-sociologiche di base, soprattutto in considerazione del fatto che spesso i destinatari dell'intervista sono i prossimi congiunti del deceduto.

Un esperto ha suggerito di sostituire il termine “morti equivoche” con quello di “morti sospette” aggiungendo di provare alcune perplessità relativamente al termine di “autopsia” psicologica “...riferendosi, nel caso, più' ad una indagine socio-psicologica condotta su congiunti o conoscenti della vittima...”.

Relativamente alla seconda domanda del questionario, circa l'utilità dei moduli previsti dalla ipotesi di protocollo di autopsia psicologica da me elaborata per una migliore comprensione delle dinamiche occorse in caso di morti, le cui modalità risultino incerte (naturale, accidentale, omicidio, suicidio), anche in questo caso vi è stata una sostanziale risposta

affermativa da parte di tutti gli esperti.

Un esperto ha tuttavia fatto notare una certa pericolosità per un eventuale “traumatizzazione secondaria” degli intervistati relativamente alla somministrazione del terzo modulo dell’intervista prevista dal protocollo, precisando che a suo parere che “...la dinamica” dell’evento dovrebbe essere chiarita dall’analisi della scena del decesso...”.

Gli altri esperti hanno complessivamente riconosciuto che i moduli elaborati considerano con sostanziale esaustività gli eventuali eventi scatenanti immediatamente precedenti al decesso, eventi ambientali presenti anche da parecchio tempo, manifestazioni comportamentali o emotive della vittima, motivazioni a commettere un eventuale suicidio nonché le modalità attraverso cui questo potrebbe esser stato commesso.

Relativamente alla terza domanda circa un eventuale approfondimento di ulteriori aree tematiche gli esperti hanno tutti evidenziato come il protocollo possa esser considerato esaustivo per gli scopi previsti. Un esperto ha suggerito la possibilità di “...porre un po’ più di enfasi sul fattore “discontinuità”, cioè su differenze comportamentali e di atteggiamento che sono state notate più o meno improvvisamente nel soggetto nell’imminenza della sua morte (nella sfera comportamentale, emotiva, relazionale, ecc.)...”.

Un altro esperto ha suggerito di cercare, nelle testimonianze dei conoscenti, “...tracce di disagio psicologico, come codificate nel DSM, in particolare per quanto riguarda i disturbi depressivi... indizi sullo stato mentale del soggetto nel periodo precedente la morte sono esattamente ciò che occorre a un’autopsia psicologica...”.

In merito alla quarta domanda, circa eventuali ulteriori quesiti da includere nel protocollo in riferimento alle specifiche aree tematiche trattate, un

esperto ha suggerito che “...Ai fini investigativi, oltre alle domande che potrebbero maggiormente indirizzare gli inquirenti in direzione dell’effettiva commissione di un suicidio, indagherei anche attraverso una specifica domanda su eventuali aspetti che stridono con la formulazione dell’ipotesi che possa appunto trattarsi di morte auto inflitta. Tale domanda, ad esempio potrebbe essere la seguente:

- *Vi sono a suo parere dei motivi, comportamenti o aspetti particolari nell’imminenza della sua morte che sarebbero andati in direzione contraria ad una determinazione di togliersi la vita? (es. progetti familiari, lavorativi ecc. vissuti con entusiasmo; vincite; intensificazione di legami sentimentali ed aspetti felici ecc..*

Tale approfondimento permetterebbe di diminuire le probabilità di incorrere, da parte degli organi inquirenti, in quello che Popper definirebbe il “bias della prima impressione” e la prevaricazione, in virtù della selettività dell’attenzione (sempre più alla ricerca, in generale, di elementi di conferma piuttosto che di quelli che smentiscano i propri convincimenti) di aspetti che avallino l’ipotesi suicidaria rispetto altri che la confutino...”.

Un altro esperto ha suggerito di “...inserire la seguente seconda domanda nel “Modulo: motivazioni” del protocollo,, alla luce di numerose ricerche che hanno inequivocabilmente evidenziato la connessione tra impulsività, aggressività e suicidio completato.

- *Ritiene che nella personalità del deceduto possano esser riscontrati tratti di impulsività e/o aggressività?*

Inoltre lo stesso esperto suggerisce, al fine di “...verificare la presenza di

eventuali indizi circa una possibile crisi esistenziale che il soggetto avrebbe potuto vivere nel periodo imminente al suo decesso, io formulerei anche la seguente domanda:

- *Ha anche solo accennato a pensieri circa il senso della vita?*

Un esperto ha sottolineato come “...*alla luce di un possibile suicidio la cui motivazione potrebbe esser ricondotta alla tipologia “altruistico” sarebbe opportuno chiedere:*

- *Le ha mai manifestato il dubbio, in modo diretto o indiretto, che potesse sentirsi un peso per i propri cari?*

L'esperto ha inoltre aggiunto “...*in relazione al senso di accettazione e di autostima, così importanti per le loro implicazioni nella formulazione di idee suicidarie connesse alla tipologia di suicidio “per vendetta” io suggerirei di includere:*

- *Le è parso che si sentisse amato, considerato e rispettato dagli altri?”*

Sempre in merito alle possibili motivazioni di un eventuale atto suicida un esperto ha espresso il seguente suggerimento: “...*in relazione alla tipologia di suicidio più marcatamente “esistenziale”, suggerirei di aggiungere la seguente domanda:*

- *Ha notato nell'ultimo periodo di vita del deceduto dei cambiamenti circa le proprie motivazioni/obiettivi e/o progetti futuri?”*

Per quanto concerne il modulo del protocollo relativo alla “Letalità” un esperto ha dichiarato che: “...*dal punto di vista investigativo, a proposito di*

un eventuale mezzo utilizzato (es. corda, arma da fuoco, da taglio, arma impropria) aggiungerei senz'altro la seguente domanda:

- *Ha mai visto il soggetto in possesso di tale mezzo o ha mai sentito parlare di un suo possibile acquisto?*

Chiederei inoltre, per verificare se esistono ulteriori elementi che avallino l'ipotesi del suicidio, soprattutto in quei casi ove si tratta di suicidi per precipitazioni, investimento a annegamento:

- *Le risulta che soggetto fosse già stato nel luogo ove è avvenuta la dinamica fatale e/o se aveva mai accennato di volerci andare o sa se per il deceduto rappresentasse un luogo significativo dal punto di vista affettivo, psicologico o altro?*

In merito al modulo del protocollo riferito alla "Intenzionalità", un esperto ha formulato il seguente suggerimento: *"...in relazione alla progettazione della propria morte ed ai significati simbolici che possono assumere alcune circostanze apparentemente casuali, formulerei una specifica domanda, per meglio chiarire la dinamica degli eventi anche dal punto di vista investigativo, quale ad esempio:*

- *La scelta del luogo, dell'ora e del metodo le possono suggerire qualche significato simbolico o specifico?"*

Non sono stati formulati ulteriori suggerimenti e/o quesiti da parte degli altri esperti dichiarandosi questi, tutti soddisfatti della esaustività dell'elaborato.

Relativamente all'ultimo quesito posto agli esperti circa eventuali

ampliamenti e/o modifiche da apportare nella composizione dei moduli e/o nelle modalità di svolgimento del protocollo di autopsia psicologica elaborato, un esperto ha formulato il seguente suggerimento: “...A fianco del titolo che caratterizza i singoli moduli utilizzerei parole di maggior senso comune e che suggeriscano anche in modo figurato (per esempio con un esempio) ciò attorno a cui dovrebbero ruotare le risposte relative a quel modulo...”.

Un altro esperto ha suggerito di “...evitare di utilizzare il termine “suicidio” nel corso di tutto lo svolgimento del protocollo in quanto si potrebbe inconsciamente condizionare l’intervistato maggiormente in direzione della possibilità suicidaria: ritengo pertanto più idoneo l’utilizzo di una terminologia più generica quale “è venuto a mancare, è deceduto ecc.”

Non sono emersi ulteriori suggerimenti o approfondimenti.

Tale sintesi é stata quindi consegnata a ciascun esperto partecipante alla ricerca, con allegato la seguente intervista.

6.3.2. Seconda fase della tecnica Delphi

Nella seconda fase di applicazione della tecnica Delphi, dopo aver distribuito a tutti gli esperti partecipanti alla ricerca la sintesi di tutte le risposte alle interviste realizzate nel corso del primo stadio della tecnica, ho svolto con ciascuno di loro una seconda intervista invitandoli a confermare, modificare, approfondire o modificare quanto scritto in precedenza, in seguito alla lettura delle risposte altrui presentate in forma

anonima.

In questa seconda intervista ho pertanto formulato i seguenti tre quesiti:

1. Quale è la sua opinione circa i suggerimenti e gli approfondimenti evidenziati dagli altri esperti di cui all'allegata "Sintesi delle risposte emerse al questionario del 1° round"?
2. Concorda e/o desidera rettificare le specifiche domande suggerite dai singoli esperti al fine di rendere maggiormente esaustivi i moduli previsti dalla presente ipotesi di protocollo di autopsia psicologica?
3. Desidera formulare ulteriori approfondimenti o suggerire nuovi quesiti da inserire nel protocollo?

6.3.2.1. Sintesi delle risposte ricevute

La seconda intervista con gli esperti ha evidenziato come questi abbiano giudicato in modo sostanzialmente positivo ed unanime i suggerimenti e gli approfondimenti evidenziati nella "Sintesi delle risposte emerse al questionario del 1° round".

Nello specifico, in merito alla eccezione fatta da un esperto circa la possibilità "...di una traumatizzazione secondaria" degli intervistati, tutti gli altri esperti sono stati concordi nel ritenere che, pur essendoci effettivamente tale rischio, questo lo si può contenere facendo somministrare l'intervista esclusivamente da personale debitamente formato e comunque con conoscenze psicologiche di base.

Relativamente alla proposta fatta da un esperto riguardo la sostituzione del termine "morti equivoche" con quello di "morti sospette" e di "autopsia psicologica" con "indagine socio-psicologica", gli altri esperti si osno

mostrati concordi nel considerare tale osservazione una sorta di esercizio linguistico che poco ha a che fare con lo scopo della presente ricerca. Alcuni esperti hanno inoltre evidenziato come il termine “autopsia psicologica” faccia ormai parte della terminologia medico legale essendo ampiamente accettato dalla comunità scientifica.

In merito al suggerimento di un esperto di considerare maggiormente il fattore “discontinuità” e cioè le differenze comportamentali e di atteggiamento che sono state notate nel soggetto nell'imminenza della sua morte, tutti gli esperti hanno concordato con l'opportunità di inserire nel 1° modulo una domanda a tal proposito (es. *“Le è sembrato che negli ultimi periodi abbia manifestato dei cambiamenti nei suoi comportamenti e/o atteggiamenti?”*).

Circa la proposta di un esperto di inserire nell'intervista delle domande per individuare aspetti di disagio psicologico così come codificate dal DSM IV per il disturbo depressivo, la maggior parte degli esperti ha ritenuto utile tale indicazione soprattutto in riferimento ai seguenti criteri diagnostici: umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno; significativa perdita di peso, senza essere a dieta, o aumento di peso; insonnia o ipersonnia quasi ogni giorno; agitazione o rallentamento psicomotorio quasi ogni giorno; faticabilità o mancanza di energia quasi ogni giorno; sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati quasi ogni giorno; ridotta capacità di pensare o di concentrarsi, o indecisione, quasi ogni giorno. Gli esperti hanno ritenuto utile inserire un approfondimento circa tali aspetti nel 2° modulo dell'intervista relativo alle “Motivazioni” della vittima per l'eventuale gesto suicida.

Ulteriore suggerimento che ha trovato d'accordo tutti gli esperti è quello di includere nel protocollo, ai fini investigativi, la seguente domanda:

- *Vi sono a suo parere dei motivi, comportamenti o aspetti particolari nell'imminenza della sua morte che sarebbero andati in direzione contraria ad una determinazione di togliersi la vita? (es. progetti familiari, lavorativi ecc. vissuti con entusiasmo; vincite; intensificazione di legami sentimentali ed aspetti felici ecc.*

Sempre nel modulo relativo alle “Motivazioni”, gli esperti concordano l’inclusione delle seguenti domande:

- *Ritiene che nella personalità del deceduto possano esser riscontrati tratti di impulsività e/o aggressività?*
- *Ha anche solo accennato a pensieri circa il senso della vita?*
- *Le ha mai manifestato il dubbio, in modo diretto o indiretto, che potesse sentirsi un peso per i propri cari?*
- *Le è parso che si sentisse amato, considerato e rispettato dagli altri?”*
- *Ha notato nell'ultimo periodo di vita del deceduto dei cambiamenti circa le proprie motivazioni/obiettivi e/o progetti futuri?”*

Relativamente al 3° modulo del protocollo riferito alla “Letalità” gli esperti ritengono opportuno accogliere il suggerimento di includere nell’intervista la domanda:

- *Ha mai visto il soggetto in possesso di tale mezzo o ha mai sentito parlare di un suo possibile acquisto?*

In merito al 4° modulo riferito alla “Intenzionalità” sono stati unanimamente accolti in modo favorevole i suggerimenti di integrazione

dell'intervista con le seguenti domanda:

- *Le risulta che soggetto fosse già stato nel luogo ove è avvenuta la dinamica fatale e/o se aveva mai accennato di volerci andare o sa se per il deceduto rappresentasse un luogo significativo dal punto di vista affettivo, psicologico o altro?*
- *La scelta del luogo, dell'ora e del metodo le possono suggerire qualche significato simbolico o specifico?"*

Infine gli esperti sono stati d'accordo con il suggerimento del loro collega ad evitare l'utilizzo del termine "suicidio" nel corso di tutto lo svolgimento del protocollo in quanto si potrebbe inconsciamente condizionare l'intervistato in direzione della possibilità suicidaria. Anche loro hanno quindi ritenuto maggiormente idoneo l'utilizzo di riferimenti alla vittima più generici quale "è venuto a mancare, è deceduto ecc."

6.4. Ipotesi di protocollo di autopsia psicologica rivisitato dagli esperti attraverso la tecnica Delphi

In seguito all'analisi dei suggerimenti proposti dagli esperti in risposta alle interviste realizzate con la tecnica Delphi, ho provveduto a modificare l'iniziale ipotesi di protocollo di autopsia psicologica.

Devo precisare che le modifiche e le integrazioni che ho effettuato si riferiscono unicamente ai suggerimenti reputati opportuni da parte di tutti gli esperti partecipanti alla ricerca ed illustrati nel precedente paragrafo.

Ho provveduto ad evidenziare nel testo tali modifiche attraverso l'utilizzo del carattere corsivo per meglio distinguerli rispetto all'iniziale ipotesi di protocollo da me elaborata.

Specifico infine che in merito alle modalità applicative da me previste non sono state apportate modifiche da parte degli esperti nel corso dei due stadi della tecnica Delphi²⁸⁰.

²⁸⁰ I moduli della presente ipotesi di protocollo, i cui contenuti sono stati da me rielaborati con il contributo degli esperti, per meglio adattarsi alle esigenze operative italiane, fanno riferimento alla seguente ricerca:
Werlang G.B. (2003), *A semi-structured interview for psychological autopsy in suicide cases*, Rivista Brasileira Psiquiatria, n.25 (4), pp.212-9.

IPOTESI DI PROTOCOLLO PER LA CONDUZIONE DI UNA AUTOPSIA PSICOLOGICA

1° MODULO (Fattori precipitanti o stressanti)

Domande generali

- Cosa è accaduto prima della morte che potrebbe essere in relazione con tale fatto?
- In relazione agli accadimenti da lei riportati, quali reazioni ha mostrato il deceduto a livello di comportamenti e/o stati d'animo quotidiani?
- Tali reazioni possono aver determinato un coinvolgimento affettivo o uno stato di frustrazione tale da condurlo a *porre termine alla sua vita*?

Domande specifiche

- E' a conoscenza di eventuali problematiche o conflitti nei seguenti ambiti (in caso affermativo, approfondire)
 - . familiare (storia familiare ed accertamento di eventuali precedenti suicidi tentati o commessi da parte di parenti e/o amici con

approfondimento delle reazioni psico-comportamentali evocate nel deceduto)

- . scolastico (eventuale)
 - . lavorativo (eventuale)
 - . economico
 - . salute (patologie particolari temute o diagnosticate? uso di alcool o di stupefacenti? disturbi mentali?)
- *Le è sembrato che negli ultimi periodi abbia manifestato dei cambiamenti nei suoi comportamenti e/o atteggiamenti?*

Domanda conclusiva

- Le vengono in mente ulteriori elementi che avrebbero potuto contribuire, anche solo in parte, al determinare uno stato d'animo negativo nel deceduto?

2° MODULO (Motivazione)

Domanda generale

- Quali potrebbero essere le ragioni che avrebbero potuto indurre il soggetto a *porre fine alla sua vita*?

Domande specifiche

- Ha notato nel soggetto dei cambiamenti di umore e/o difficoltà ad esprimere le proprie emozioni nell'imminenza del decesso ?
- *Ha notato se il soggetto manifestasse, recentemente e con frequenza, elevata tratti quali:*
 - *umore depresso per la maggior parte del giorno;*
 - *significativa perdita di peso, senza essere a dieta, o aumento di peso;*
 - *insonnia o ipersonnia;*
 - *agitazione o rallentamento dei pensieri e/o del comportamento;*
 - *faticabilità o mancanza di energia;*
 - *sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati;*
 - *ridotta capacità di pensare o di concentrarsi, o indecisione;*
 - *faticabilità o mancanza di energia;*
 - *sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati;*
 - *ridotta capacità di pensare o di concentrarsi, o indecisione.*

- Ha osservato qualche altro segnale da parte del soggetto che potesse suggerire che stesse provando uno stato di malessere latente?
- *Ritiene che nella personalità del deceduto possano esser riscontrati tratti di impulsività e/o aggressività?*
- Pensa che il deceduto ritenesse di essere amato?
- *Le è parso che si sentisse considerato e rispettato dagli altri? ”*
- *Le ha mai manifestato il dubbio, in modo diretto o indiretto, che potesse sentirsi un peso per i propri cari?*
- Era tendenzialmente pessimista o ottimista riguardo le sue prospettive future?
- Era soddisfatto o meno di quanto realizzato nel corso della sua vita?
- *Ha anche solo accennato a pensieri circa il senso della vita?*
- Provava dei sentimenti positivi verso qualcuno senza tuttavia sentirli ricambiati?
- Aveva recentemente perso o sentiva di essere in procinto di perdere una persona emotivamente importante per la sua vita?
- Le è mai sembrato che potesse provare una sorta di dipendenza dall'affetto di qualcuno?

- Ha notato nell'ultimo periodo di vita del deceduto dei cambiamenti circa le proprie motivazioni/obiettivi e/o progetti futuri?"
- *Vi sono a suo parere dei motivi, comportamenti o aspetti particolari nell'imminenza della sua morte che sarebbero andati in direzione contraria ad una determinazione di togliersi la vita? (es. progetti familiari, lavorativi ecc. vissuti con entusiasmo; vincite; intensificazione di legami sentimentali ed aspetti felici ecc.*

Domanda conclusiva

- Le vengono in mente ulteriori motivi che avrebbero potuto contribuire, anche solo in parte, al determinare l'intenzione di togliersi la vita?

3° MODULO (Letalità)

Domanda generale

- Cosa ne pensa del fatto che abbia scelto quella specifica modalità per morire?

Domande specifiche

- Ritiene fosse a conoscenza o avesse comunque potuto valutare il grado di letalità del metodo usato?
- E' a conoscenza di eventuali interessi specifici relativi alla modalità scelta *per porre fine alla sua vita* (es. approfondimenti bibliografici; raccolta di articoli; attività di studio o interessi specifici in merito a metodi da utilizzare per porre fine alla propria vita ecc.)
- Tale metodo era accessibile o facile da utilizzare?
- *Ha mai visto il soggetto in possesso di tale mezzo o ha mai sentito parlare di un suo possibile acquisto?*
- Ritiene che il deceduto possa aver posto in essere precauzioni o strategie per diminuire i rischi di vedere scoperte le proprie intenzioni di *togliersi la vita*?

Domanda conclusiva

- Le vengono in mente ulteriori elementi relativi alla modalità del suicidio?

4° MODULO (Intenzionalità)

Domanda generale

- Ritiene che il deceduto avesse l'intenzione di suicidarsi?

Domande specifiche

- Il deceduto aveva mostrato negli atti interpersonali espressioni verbali o comportamenti che potevano indicare il proposito o l'intenzione di *porre fine alla sua vita*?
- Nello stile di vita del deceduto vi era un qualsiasi coinvolgimento in attività potenzialmente pericolose o dannose alla salute e che avrebbero potuto indicare il desiderio o l'intenzione di morire?
- Ritiene che il *morire* possa esser stato considerato dal deceduto come unica opzione disponibile?
- *E' possibile spiegare la sua morte quale risposta ad una situazione insostenibile e/o quale estrema forma di "altruismo"?*
- Ci possono essere altre evidenze che possano meglio spiegare la possibilità che esistesse una intenzionalità?
- Il deceduto ha fatto raccomandazioni, preparativi, distribuito oggetti, espresso delle ultime volontà, scritto lettere o biglietti o avuto altri

comportamenti anche indiretti che potessero far pensare ad una sua possibile volontà di togliersi la vita?

- *Le risulta che soggetto fosse già stato nel luogo ove è avvenuta la dinamica fatale e/o se aveva mai accennato di volerci andare o sa se per il deceduto rappresentasse un luogo significativo dal punto di vista affettivo, psicologico o altro?*
- *La scelta del luogo, dell'ora e del metodo le possono suggerire qualche significato simbolico o specifico?"*

Domanda conclusiva

- Ritiene che il deceduto avesse intenzione di morire?

6.5. Conclusioni

La presente ricerca trae origine dai risultati forniti da numerosi studi scientifici in merito alla notevole sottostima del numero di vittime che si sono suicidate, determinata anche dalle difficoltà tecnico investigative per la loro rilevazione.

L'accertamento dell'effettiva causa di morte di un individuo, oltre alla necessità di rendere giustizia alla vittima e alla società, risponde ad importanti esigenze di carattere epidemiologico e preventive.

L'accurata determinazione della morte di un individuo per suicidio è infatti essenziale per identificare gruppi di popolazione a rischio e relativi programmi preventivi e di intervento.

In ambito investigativo, al fine di ridurre i margini di errore nell'ipotizzare i motivi della morte di un individuo, qualora questa presenti aspetti di equivocità, l'Autopsia Psicologica sembra essere, ad oggi, la tecnica di indagine più raffinata.

In Italia non esiste allo stato attuale un protocollo standardizzato di Autopsia Psicologica, da utilizzare per la raccolta delle informazioni fornite da tutti i possibili attori che, direttamente o indirettamente, possano indicare elementi rilevanti per la ricostruzione del vissuto della vittima, l'individuazione dei tratti caratteristici di personalità, lo stile di vita, le relazioni interpersonali ed i singoli possibili dettagli significativi per una maggiore comprensione dell'accaduto.

Pertanto, obiettivi della mia ricerca sono stati l'individuazione delle maggiori problematiche investigative che i casi di suicidio e di morti equivoche comportano e la conseguente elaborazione di una ipotesi di protocollo di autopsia psicologica con la definizione delle relative modalità applicative.

Per tale scopo ho svolto una iniziale ricerca bibliografica, che mi ha permesso di prendere in esame numerosi testi ed articoli di riviste scientifiche nazionali ed internazionali relativi all'argomento.

Ho elaborato un disegno di ricerca di tipo qualitativo, considerato il suo intento eminentemente esplorativo/descrittivo.

Quali strumenti di ricerca ho inizialmente utilizzato un'intervista semistrutturata realizzata con diversi esperti professionisti, quali medici legali, psicologi, psichiatri, appartenenti alle forze di polizia, testimoni significativi delle tematiche oggetto della ricerca relativamente al loro ambito di esperienza professionale.

I contenuti delle interviste mi hanno permesso di approfondire, in un'ottica multidisciplinare, aspetti relativi al fenomeno dei suicidi in Italia, alle indagini nei casi di morti "equivocche" ed allo strumento di indagine denominato "Autopsia Psicologica".

Dalle interviste è emerso, in accordo con l'ipotesi iniziale della ricerca, che gli esperti reputano sottostimato il numero dei suicidi in Italia.

Quali principali cause gli intervistati hanno evidenziato le difficoltà tecnico investigative (soprattutto per la verifica dell'intenzionalità suicida); i costi delle indagini; la scarsa volontà dei familiari nel contribuire a far chiarezza sulle dinamiche del fatto, sovente determinata dal paventato stigma sociale e/o da eventuali interessi economici relativi alla riscossione di polizze assicurative; la mancata inclusione, a livello statistico, dei suicidi in cui il decesso è avvenuto giorni dopo il tentativo e, pur causato da questo, è stato imputato ad altre condizioni mediche generali; lo scarso approfondimento psicologico dello stato mentale della vittima.

Tra le categorie di individui a maggior rischio di sottostima di eventuali fattispecie suicida, gli esperti hanno indicato quelle dei tossicodipendenti, degli anziani, dei detenuti, di soggetti alla ricerca di forti emozioni (i cosiddetti "sensation seekers", es. giocatori di roulette russa) e delle

persone dedite a pratiche erotiche che prevedono attività di asfissia.

Gli intervistati hanno quindi evidenziato, quali possibili conseguenze di tale sottostima, una minore capacità di intervento socio-sanitario sul fenomeno: una maggiore precisione a livello epidemiologico potrebbe infatti permettere un più puntuale intervento a livello preventivo e di politiche sanitarie.

Relativamente alle possibili strategie per ridurre la sottostima dei suicidi in Italia, la maggior parte degli intervistati ha evidenziato la necessità di una maggiore collaborazione, in fase di indagine, tra professionisti con diverse competenze (es. medici, psicologi, criminologi, inquirenti ecc.).

Gli intervistati hanno inoltre concordato nel ritenere utile, al fine di diminuire la probabilità di sottostima del numero di suicidi in Italia, individuare accuratamente, attraverso la ricerca e le analisi dei data base disponibili, i profili psicologici dei soggetti che si sono tolti la vita, dei fattori predisponenti e quelli precipitanti.

In tale ottica i professionisti intervistati hanno tutti giudicato l'“autopsia psicologica” come un mezzo dalle notevoli potenzialità sia a livello investigativo che di ricerca- azione.

Pertanto, sulla base di quanto emerso dalle interviste e dall'analisi della letteratura in materia, ho elaborato una iniziale ipotesi di protocollo di autopsia psicologica, da porre all'attenzione degli esperti attraverso la tecnica Delphi, allo scopo di utilizzare, quale supporto valutativo, il loro eterogeneo patrimonio conoscitivo in materia di autopsia psicologica e di indagini giudiziarie.

Al di là degli specifici aspetti tecnici del protocollo di autopsia psicologica e dei singoli approfondimenti suggeriti dagli esperti e già descritti nel quinto capitolo del presente lavoro, sottolineo come tutti gli intervistati abbiano espresso un parere favorevole relativamente alla sua utilità, sia quale strumento investigativo nei casi di morte equivoca, che in un'ottica di ricerca ed approfondimento del fenomeno dei suicidi.

Evidenzio come questa mia ricerca esplorativa si contraddistingua dagli altri studi effettuati sull'argomento, per il peculiare approccio multidisciplinare alle investigazioni nei casi di suicidio e morti equivoche.

Il lavoro svolto può infatti essere considerato quale sintesi delle specifiche competenze ed esperienze professionali di diversi testimoni significativi del fenomeno in esame.

Un probabile limite della mia ricerca può essere rappresentato dalla esiguità del numero degli esperti partecipanti, anche se occorre tener presente che le sue finalità sono state meramente esplorative e di tipo qualitativo.

Nondimeno, il presente lavoro può rappresentare un punto di partenza per auspicabili sviluppi e future applicazioni su vasta scala, nell'ottica di una eventuale standardizzazione del presente protocollo di autopsia psicologica.

Bibliografia

Adler A. (1967), *Aspirazione alla superiorita' e sentimento comunitario*, Edizioni Universitarie Romane, Roma, 2008.

Agostino, *La città di Dio*, Einaudi, Torino.

American Psychiatric Association (1994), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali IV ed.*, Masson, Milano, 1996.

Annon J.S. (1995), *The Psychological Autopsy*, American Journal of Forensic Psychology, n.13 (2), pp. 39-48.

American Psychiatric Association, 2007, *DSM IV TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Text revision*, Masson, Milano

Arieti S, Bemporad J. (1978), *La depressione grave e lieve*, Feltrinelli, Milano, pp.174-8

Arnoldi C., (2008), *Social problems nell'area alpina*, Salute e Società, anno VII, N.1, 2008

Balloni A. (1983), *Criminologia in prospettiva*, Editrice Clueb, Bologna, p.114.

Barbagli M. (2009), *Congedarsi dal mondo*, Bologna, Il Mulino.

Bass M. (1970), *Sudden sniffing death*, JAMA, 212(12):2075-9

Beachler J. (1975), *Suicides*, New York, Basic Books.

Beck A. T., Steer R.A.(1989), *Clinical predictors of eventual suicide: a 5-to 10-year prospective study of suicide attempters*, J. of Affective Disorders, n.17, pp.203-209.

Beck A. T., Beck A. T., Kovaks M., Weissman A. (1979), *Assessment of Suicidal Intention: The Scale for Suicide Ideation*, J. of Consulting and Clinical Psychology, Vol.47, n.2, pp.343-352.

Behrendt N., Buhl N., Saeidl S. (2002), *The letal paraphiliac syndrome: accidental autoerotic deaths in four women and a rewiev of the literature*, Int. J. Legal Med., n.116, pp.371-377.

Behrendt N., Buhl N., Seidl S. (2002), *The lethal paraphiliac syndrome: Accidental autoerotic deaths in four women and a review of the literature*, International Journal of Legal Medicine, Vol. 116, n.3, pp. 148-152.

Bells J. (1975), *La mort volontaire dans l'oeuvre de saint Augustin*, in "Revue de l'histoire des religions", pp.147-180

Beskow J., Runenson B., Asgard U. (1991), *Ethical aspects of psychological autopsy*, Acta Psychiatrica Scandinavica, n.84, pp.482-87.

Bínswanger L.(1973), *Il caso Ellen West e altri saggi*, Bompiani, Milano, 1973.

Byard R.W., Hucker S.J., Hazelwood R.R. (1990), *A comparison of typical death scene features in cases fatal male and female autoerotic asphyxia with a review of the literature*, Forensic Sci. Int., n.48, pp.113-121.

Byard, R.W., Hucker, S.J., & Hazelwood, R. R. (1993), *Fatal and near-fatal autoerotic asphyxia episodes in women*, American Journal of Forensic Pathology, n.14(1), pp. 70-73.

Blanchard and R., Hucker S. (1991), *Age, Transvestitism, Bondage, and Concurrent Paraphilic Activities: 117 Fatal Cases of Autoerotic Asphyxia*, British Journal of Psychiatry, n.159, p 371.

Blondel C. (1933), *Le suicide*, Strasbourg, Librairie Universitarie d'Alsace.

Boglioli L. et al. (1988), *A bizarre Case of Vehicular Suicide*, The American Journal of Forensic Medicine and Pathology, n.9(2), pp169-178.

Bonicatto B., T.G. Pères, R.R. Lòpez (2006), *L'autopsia psicologica. L'indagine nei casi di morte violenta o dubbia*, Milano, Franco Angeli.

Borri L.et al. (1938), *Trattato di medicina legale*, Milano, Casa editrice Dott. Francesco Vallardi;

Breitmeier et al. (2003), *Accidental autoerotic deaths between 1978 and 1997. Institute of Legal Medicine, Medical School Hannover*, Forensic Sci Int., n.14, pp.41-4.

Brent, D. A. et al. (1988), *The psychological autopsy: methodological consideration for the study of adolescent suicide*, J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 27(3).

Brow G. L. et al. (1986), *Human aggression and suicide*. Suicide Life-Threat, Behav., n.1, pp.223-239.

Bruch H. (2001), *The enigma of anorexia nervosa*, Harvard University Press, Harvard.

Canuto G., Tovo S. (1996), *Medicina legale e delle assicurazioni*, Piccin – Padova, p.127

Carella Prada O., Tancredi M. (2006), *Il sopralluogo giudiziario medico legale*. Roma. Società Editrice Universo.

Cavanagh J.T.O. et al. (2003), *Psychological Autopsy studies of suicide: a systematic review*, Psychological Medicine, n.33, pp.395-405.

Clinton R. Van Zandt (1993), *Suicide by cop*, The police chief, July 1993, pp.24-30

Cordner S.M. (1983), *An Unusual case of sudden death associated with masturbation*, Med Sci Law, n.23(1), pp.54-6.

Corey B.B. (2005), *Suicide by Aircraft: A Comparative Analysis*, Aviation, Space and Environmental Medicine, Vol. 76, August 2005, n.8.

D'Antuono G. (1980), *Malattie da agenti chimici*, in AA.VV. (1980), *Patologia Medica*, Piccin – Padova, pp.730-755.

De Boismont B. (1856), *Du suicide et de la folie suicide*, Parigi, Baillière.

De Leo G., Patrizi P. (2006), *Lo psicologo criminologo*, Giuffrè, Milano, pp.113-131

De Sade D. A. F. (1791), *Justine*, Rizzoli Editore, Milano, 2005.

Deshaies G. (1951), *Psicologia del suicidio*, Astrolabio - Roma.

De Vanna et al. (1991), *Motivazioni psicosociali al suicidio tra i giovani: utilità e limiti dell'Autopsia Psicologica*, *Giornale italiano di suicidologia*, n.1, pp.89-95.

Ditto E.W.III (1981), *Electrocution during sexual activity*. *Am J Forensic Med Pathol*, n.2 (3), pp.271-2.

Donato F. (2006), *Criminalistica e tecniche investigative*, Firenze, Editoriale Olimpia, pp.91-92.

Donne J. (1608), *Biathanatos*, trad. It. a cura di Panicari D., 1993, Milano, Se.

Dorpat TL., Ripley HS. (1960), *A study of suicide in the Seattle area*, *Compr. Psychiatry*, n.1, pp.349-59.

Durkheim E. (1897), *Le suicide: etude de sociologie*, Paris, Puf ; trad. It. *Il suicidio. L'educazione morale*, (1969) Torino, Utet.

Ebert B.W. (1987), *Guide to Conducting a Psychological Autopsy*, *Professional Psychology: Research and Practice*, n.18 (1), pp. 52-56.

Eren B et al. (2007), *Suicidal electrocution using a homemade electrocution device*, Kathmandu University Medical Journal (2007), Vol. 5, No. 1, Issue 17, pp. 102-104.

Fernando R, Liyanage S. (1990), *Suicide by electrocution*, Med. Sci. Law., Jul; 30(3), pp.219-220.

Fishbain D.A. et al. (1987), *Relationship Between Russian Roulette Deaths and Risk-Taking Behavior: A Controlled Study*, Am. J. Psychiatry, 144(5), pp.563-567.

Fornari F. (1967), *Osservazioni psicoanalitiche sul suicidio*, Rivista di psicoanalisi (1967). Rivista di Psicoanalisi, 1967, Vol.13-n.1, pp.21-36.

Freud S. (1910), *Contributi ad una discussione sul suicidio*, trad. it. in *Opere*, Vol.6 Boringhieri, Torino, 1974.

Gabbard G.O. (1997), *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina Editore, Milano, p. 214

Garza-Leal J.A., Landron F.J. (1991), *Autoerotic asphyxial death initially misinterpreted as suicide and a review of the literature*, Journal of Forensic Sciences, n.36(6), pp. 1753-1759.

Gibbs P. J., Martin W. T. (1958), *A Theory of Status Integration and its Relationship to Suicide*, American Sociological Review, n.23, pp.104-07.

Gold M. (1958), *Suicide, Homicide; and the Socialization of Aggression*, American Journal of Sociology, n.63, pp.651-61.

Gosink P.D., Jumbelic M.I. (2000), *Autoerotic asphyxiation in a female*, Am Journal Fornsic Med Pathol., n.21(2), pp.114-8.

Gowitt G., Hanzlick, R. (1992)., *Atypical autoerotic death*, American Journal of Forensic, Medical Pathology, n. 13(2).

Gulotta G. (2008), *Breviario di psicologia investigativa*, Giuffrè, Milano, pp.195-205.

Gurvitch G. (1939), *Essai de sociologie*, Paris, Librairie du Recuil Sirey.

Halbwachs M. (1930), *Les causes du suicide*, Paris, Alcan.

Hawton K. et al. (1998), *The psychological autopsy approach to studying suicide: a review of methodological issues*, Journal of Affective Disorders, n.50, pp.269-276.

Ibidem da: T. J. Young (1992), *Procedures and Problems in Conducting a Psychological Autopsy*, International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, Vol. 36, pp.43-52.

Hazelwood, R.R., Dietz, P., Burgess A. (1983), *Autoerotic fatalities*, Lexington, MA: Lexington Books.

Hazelwood, R.R., Dietz, P., Burgess A. (1981), *The Investigation of Autoerotic Fatalities*, Journal of Police Science and Administration, n.9, pp.404-407.

Hendin H. (1963), *Suicide*. J Nerv Ment Dis., n.136, pp. 236-244.

Henriques G. et al. (2005), *Suicide Attempters' Reaction to Survival as a Risk Factor for Eventual Suicide*, American Journal of Psychiatry, n.162 (11), pp.2180-2182.

Hernetkoski K., Keskinen E. (1998), *Sel-destruction in Finnish motor traffic accidents in 1974-1992*, Accident Anal Prev, N.5, pp.697-704.

Hillman J. (1964), *Suicide and the Soul*, Harper and Row, New York
Trad. A. Giuliani A., (1972), *Il suicidio e l'anima*, Astrolabio – Roma.

Holmes R.M., Holmes S.T. (2006), *Suicide: theory, practice, and investigation*, Sage - Thousand Oaks (US), pp. 82-97

Hutson et al. (1998), *Suicide by Cop*, Annals of Emergency Medicine, Vol.32 n.6, pp.665-669

Ikedo N. et al. (1988), *A Case of fatal suffocation during an unusual auto-erotic practice*, Med Sci Law, n.28(2), pp.131-4.

Isometsa E.T. (2001), *Psychological autopsy studies – a review*, Eur. Psychiatry, n.16, pp. 379-85.

James R.K. (2008), *Crisis intervention strategies*, Cengage Learning, Stamford- Connecticut, p.185

Jenkins A. P. (2000), *When Self-Pleasuring Become Self-Destruction: Autoerotic Asphyxiation Paraphilia*, The International Electronic Journal of Health Education, 2000; 3(3), pp.208-216

Jobes D. A. et al. (1991), *Empirical Criteria for the Determination of Suicide Manner of Death*, Journal of Forensic Sciences, Vol.36, n.1, pp. 244-56.

Johnstone J.M., Hunt A.C., Ward E.M. (1960), *Plastic-bag asphyxia in adults*, British Medical Journal, n.10, pp.1714-5.

Joergensen, R. K. (1995), *Please be tender when you cut me down*, URL <http://www.sexuality.org/l/fetish/aspydang.html> (visitato in Febbraio 2011).

Kohut h. (1976), *Narcisismo ed analisi del sé*, Bollati Boringhieri, Torino, 1976

Knoll J.L. (2008), *The Psychological Autopsy, Part I: Applications and Methods*, Journal of Psychiatric Practice, Vol.14, n.6, pp.393-397.

Lauren R. et al. (1988), *A Bizarre Case of Vehicular Suicide*, The American Journal of Forensic Medicine and Patology, n.9(2), pp.169-178.

Lauria D. B. (1970), *Sexual use of amil nitrite*, Med Aspects Hum Sex, n.4 p.89.

Lee C. S., Chang J.C., Cheng T.A. (2002), *Acculturation and suicide: a case-control psychological autopsy study in Psychological Medicine*, n.32, pp.131-141.

Lermontov M. J. (1840), *Un eroe dei nostri tempi*, Feltrinelli, Milano, pp.167-169.

Lesieur H. R. (1984), *The chase: career of the compulsive gambler*, Cambridge MA; Schenkman, 1984, pp.235-6.

Lester B.Y. (2001), *Learnings from Durkheim and Beyond: The Economy and Suicide*, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, n.31(1), pp.15-31.

Litman R.E. et al. (1963), *Investigation of equivocal suicides*, *JAMA*, n.184, pp.924-29.

Litman, R.E. (1968), *Psychological-psychiatric aspects of certifying modes of deaths*. *J. Forensic Sc.*, Vol. 13, n.1, pp.46-54.

Lowery, S. A., Wetli, C. V. (1982), *Sexual asphyxia: A neglected area of study*. *Deviant Behavior*, n.4(1), pp. 19-39.

Lupascu C., Beldiman D. (2003), *Meccanical asphyxia by three different mechanism*, *Legal Med.*, n.5, pp.110-111

Mangone E. (2009), *Negazione del Sè e ricerca di senso. Il suicidio tra dato empirico e rappresentazione*, FrancoAngeli, Milano.

Martz D. (2003), *Behavioral treatment for a female ingaging in autoerotic asphyxiation*, *Clinical Case Studies*, n.2(3), pp.236-242.

Massimelli M., Curto O. (2009), *Precipitazione: analisi di 150 casi giunti sotto osservazione presso il Civico Obitorio di Torino negli anni 2001-2005*, *Minerva Medicolegale*, 129 (1), pp. 1-7.

Menninger K. (1938), *Man against Himself*, New York, Harcourt Brace.

- Merton R.K. (1938), *Social Structure and Anomie*, American Sociological Review, Vol.3, n.5, pp.672-82
- Montaigne M. (1588), *Saggi*, 1966, Milano, Adelphi.
- Montesquieu C. L. (1721), *Lettere persiane*, 1997, Milano, BUR
- Moro T. (1516), *Utopia*, 1981, Roma-Bari, Laterza.
- Morselli E. (1879), *Il Suicidio. Saggio di statistica morale comparata*, Fratelli Dumolard, Torino.
- Musatti C. (1949), *Trattato di psicoanalisi*, Einaudi Ed., Torino.
- Nasser E.H., Overholser J.C. (1999), *Assessing varying degrees of lethality in depressed adolescent suicide attempters*, Acta Psychiatrica Scandinava, n.99, pp.423-431.
- Noyes R. Jr. (1985), *Motor vehicle accidents related to psychiatric impairment*, Psychosomatics, n.26, pp.569-580.
- Ogloff J.R.P., Otto R. K. (1993), *Psychological autopsy: clinical and legal perspectives*, Saint Louis law journal, n.37, pp.607-646.
- Palazzoli Selvini M. (1998), *L'anoressia mentale. Dalla terapia individuale alla terapia familiare*, Raffaello Cortina, Milano.
- Pannain B. et al. (1995), *Note di metodologia medico-legale nel sopralluogo*, in "La scienza contro il crimine". Atti del IV Convegno

Nazionale di Criminalistica, Firenze, 27-29 Ottobre 1994, Firenze, Editoriale Olimpia.

Parent R.B., Verdun-Jones S. (1998), *Victim-precipitated homicide: police use of deadly force in British Columbia*", Policing: An International Journal of Police Strategies & Management, Vol. 21, n.3, pp.432 - 448

Petridu E. et al. (2002), A Role of Sunshine in Triggering of Suicide, *Epidemiology*, Vol.13, pp.106-9.

Picozzi M., Intini A. (2009), *Scienze Forensi. Teoria e prassi dell'investigazione scientifica*, UTET Giuridica-Torino, p.28

Poeldinger W.(1968), *Die Abschaetzung der Suizidalitaet. Eine medizinisch-soziologische Studie*, Bern, Stuttgart, trad. ital. Festini, W. e Cipollone, L., in *Suicidio e Complessità*, Giuffrè, Milano, 1992.

Poythress N. et al. (1993), *APA's Expert Panel in the Congressional Review of the USS Iowa Incident*, *American Psychologist*, Vol.48, n.1, pp.8-15.

Polson C.J., Gee D.J. (1973), *The essentials of forensic medicine. 3rd edition*, Oxford: Pergamon Press.

Pouliot L., De Leo C. D. (2006) *Critical Issues in Psychological Autopsy Studies*, *Suicide and Life-Threatening Behavior* n.36(5), pp.491-510.

Pompili M, et al. (2010), Il suicidio in Italia. Aspetti epidemiologici e socio demografici, *Quaderni Italiani di Psichiatria*, n.29(2), pp.41-50

Prati G. (2006), *Morire di piacere: la pratica dell'asfissia autoerotica*, Rivista di sessuologia, Vol.30, n.1, pp.23-28.

Renshaw P.F. et al. (2011), *Altitude, Gun Ownership, Rural Areas, and Suicide*, Am J Psychiatry 2011; 168, pp.49-54

Resnik H. (1972), *Eroticized Repetitive Hangings*, American Journal of Psychotherapy, n.26, pp.4-21.

Rezzonico G. (1989), *Aspetti della sindrome pre-suicidaria e principi d'intervento*, Tribuna medica del Ticino, n.54, citato da Bara B.G. 1996, pp.63-70; *Manuale di psicoterapia cognitiva*, Bollati Boringhieri- Torino, p.209

Ringel E. (1997), *Der Selbstmord*, Klotz Verlag GmbH, Magdeburg.

Ritchie C., Gelles G. (2002), *Psychological Autopsy: the Current Department of Defense Effort to Standardize Training and Quality Assurance*, Journal of Forensic Sciences, Vol.47 (n.6), pp. 1370-72.

Robins E., Gassner S., Kayes J., Wilkinson RH, Murphy GE. (1959), *The communication of suicidal intent: a study of 134 consecutive cases of successful (completed) suicide*, American Journal Psychiatry, n.115, pp.724-33.

Rosenberg M.L. et al. (1988), *Operational Criteria for the Determination of Suicide*, Journal of Forensic Sciences, Vol.33, n.6, pp.1445-56.

Rubenowitz E. et al. (2001), *Life events and psychosocial factors in elderly suicides-a case-control study*, Psychological Medicine, n.31, pp.1193-1202.

Sanborn D. E. (1976), *The psychological autopsy as a therapeutic tool*, Diseases of the Nervous System, n.37 (1), pp. 4-8.

Saunders E. (1989), *Life threatening autoerotic behaviour, a challenge for sex educators and therapists*, Journal of Sex Education and Therapy, n.15, pp.82-91.

Scott C.L., Swartz E., Warburton D. (2006), *The Psychological Autopsy: Solving the Mysteries of Death*, Psychiatric Clinics of North America, Vol.29, n.3, pp. 805-822.

Selkin J. (1994), *Psychological Autopsy: Scientific Psychohistory or Clinical Intuition?*, American Psychologist, January 1994, pp.74-75.

Selzer M.L., Payne C.E. (1962), *Automobile accidents, suicide and unconscious motivation*, American Journal of Psychiatry, n.119, pp.237-240.

Schmidt C.W. et al. (1972), *Characteristics of Drivers Involved in Single-Car Accidents. A Comparative Study*, Arch. Gen.Psychiatry, Vol.27, pp.800-803.

Schmidt, Jr., C.W. et al. (1977), *Suicide by Vehicular Crash*, American Journal of Psychiatry, n.134, pp.175-178.

Sheehan W., Garfinkel D. (1988), *Adolent autoerotic deaths*, Journal Am. Acad. Child Adolesc. Psych., n.27, pp.367-370.

Shneidman E. S. (1973), *Deaths of man*, New York, Quadrangle Books.

Shneidman E. S., Faberow N. L. (1961), *Cry for help*, New York, McGraw-Hill, pp. 110-7.

Shneidman E.S. (1981), *The psychological autopsy*, *Suicide Life Threat Behav*, n.11 (4), pp.325-40.

Shneidman E. (1985), *Definition of Suicide*, Jhon Wiley & Sons, New York, 1985.

Shields L. et al. (2008), *Russian Roulette and risk-taking behavior. A medical examiner study*, *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, Vol.29, n.1, pp.32-39.

Smith D.F. (1980), *Subintenzional suicide among youth*, *Health Education* sept./oct., pp.44-45.

Snider J.E., Hane S., Berman A.L. (2006), *Standardizing the Psychological Autopsy: Addressing the Daubert Standard*, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, n.36(5), pp.511-518.

Spellman A., Heyne B. (1989), *Suicide? Accident? Predictable? Avoidable? The Psychological Aitopsy in Jail Suicides*, *Psychiatric Quarterly*, Vol.60, n.2, pp.173-183.

Spirito A., Sterling C.M., Donaldson D.L. (1996), *Factor Analysis of the Suicide Intent Scale With Adolescent Attempters*, *J. of Personality Assessment*, n.67(1), pp.90-101.

Spirito A. et al. (1994), *Emergency department assessment of adolescent suicide attempters: Factors related to short-term follow-up outcome*, *Pediatric Emergency Care*, Vol.10, n.1, pp.6-12.

Spitz W.U. (1980), *Sex associated asphyxias*, in: Spitz W.U., Fisher R.S. (1980), *Medicolegal investigation of death*, Editors, Springfield, pp. 345–349.

Stengel E. (1977), *Il suicidio e il tentato suicidio*. Feltrinelli. Milano.

Stephen J. Et al. (1993), *Clinical Components of Suicidal Intent in Adolescent Overdose*, *J. American Acad. Child Adolescent Psychiatry*, n.32 (3), pp.518-520.

Stearns A. (1953), *Cases of probable suicide in young persons without obvious motivation*, *Journal of the Maine Medical Association*, p.16.

Stone G. (1999), *Suicide and Attempted Suicide: Methods and Consequences*, Carroll & Graf Pub, New York.

Straka L., Novomesky F., Krajcovic J., Macko V. (2009), *Ritual suicide of Japanese girl in the Slovak Republic*, *Legal Medicine*, Vol. II pp.506-507.

Sullivan H.S. (1953), *Teoria interpersonale della psichiatria*, Milano-Feltrinelli, 1977.

Terroba, G., Saltijeral, M.T. (1983), *La autopsia psicológica como método de estudio del suicidio*, *Sal. Púb. Méx.*, Vol. 25, pp. 285-293.

Thibault R et al. (1980), *An unusual autoerotic death: asphyxia with an abdominal ligature*, J. Forensic Sci., n.29(2), pp.679-84.

Tomasi L. (1989), *Suicidio e società*, Milano, Franco Angeli.

Uva J.L. (1995), *Autoerotic Asphyxiation in the United States*, Journal of Forensic Sciences, n.40(4), pp. 574-81.

Wahl C.W. (1957), *Suicide as a magical act*, in Shneidman E.S., Farberow N.L. (a cura di), *Clues to suicide*, McGraw-Hill, New York.

Weissman M.M. et al. (1973), *Hostility and depression associated with suicide attempts*, Am. J. Psychiatry, n.130, pp.450-455.

Werlang G.B. (2003), *A semi-structured interview for psychological autopsy in suicide cases*, Rivista Brasileira Psiquiatria, n.25 (4), pp.212-9.

Wyatt J. P. et al. (2008), *Road traffic suicides*, Journal of Forensic and Legal Medicine, Vol.16, pp.212-214.

Young T. J. (1992), *Procedures and Problems in Conducting a Psychological Autopsy*, International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, Vol. 36, n.1, pp. 43-52.

Zeppegno P. et al. (2007), *Dall'epidemiologia alle autopsie psicologiche: valutazione e caratteristiche del fenomeno suicidario nella popolazione anziana in una provincia ad alto rischio*, sAS, n.9, pp.11-16.

Zilboorg G. (1936), *Suicide Among Civilized and Primitive Races*, American Journal of Psychiatry, n.92, p.362.

Articoli di giornale

Adnkronos del 18.2.2011.

Buccini G. (1999), Il pilota suicida: “Ho deciso”, Corriere della Sera, 18.11.1999, p.18.

Caretto E. (1998), Indonesia, portò con se' 103 persone nell' anniversario della morte dei suoi colleghi di squadriglia, Corriere della Sera, 31.7.1998, p.14.

Sitografia

http://digilander.libero.it/rivista.criminale/news/relazione_distruttivita.pdf

*<http://hightechchat.reocities.com/SoHo/opening/3630/part2/chap24.html>,
consultato in febbraio 2011*

*<http://www.aggressuicide.org/numero5/italiano//Meneghel.pdf> consultato
in agosto 2011*

*<http://www.aggressuicide.org/numero3/italiano/I%20fattori%20di%20rischio%20nel%20comportamento%20suicidario%20l%27applicaz.pdf>
consultato in novembre 2011*

<http://www.emich.edu/cerns/downloads/papers/PoliceStaff/Unsorted/Suicide%20By%20Cop%202.pdf>; consultato in maggio 2011

www.eures.it/upload/doc_1305878239.pdf

http://www.forbes.com/2010/07/14/world-happiest-countries-lifestyle-realestate-gallup_2.html

http://www.huffingtonpost.com/dr-peter-breggin/antidepressants-pilots-ta_b_542240.html consultato in agosto 2011

<http://www.policeone.com/police-products/training/articles/84176-Suicide-By-Cop-15-warning-signs-that-you-might-be-involved/>

<http://www3.telus.net/parent/Resources/v-phomicide.pdf>, consultato in aprile 2011

<http://www.ristretti.it/>, consultato in agosto 2011

<http://www.salus.it/psichiatria-c40/il-fenomeno-suicidio--fattori-psicopatologici-e-sociali-1493.html>; consultato in novembre 2010

http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/e