

L'omicidio-suicidio pietatis causa a Milano e Provincia

Mori licet cui vivere non placet

Fra tutti i casi di omicidio verificatisi a Milano e Provincia fra il 1990 al 2003, quelli di omicidio-suicidio e omicidio seguito da tentato suicidio sono **51**, ed hanno visto implicati **51 autori e 57 vittime di omicidio; 108 vittime** dunque². La differenza numerica fra episodi e vittime è dovuta alla presenza di alcune stragi familiari, sicché in taluni casi un solo autore si è reso responsabile di più uccisioni. I fatti si distribuiscono con equità quasi assoluta fra la città e la provincia milanese: 26 sono stati gli episodi avvenuti in città, 25 nella provincia, il che però comporta una prevalente incidenza nel capoluogo, posto che la popolazione vi è qui meno numerosa.

Le vittime di omicidio-suicidio nei 14 anni considerati costituiscono il 7% delle vittime di omicidio nella stessa zona e considerata la stessa fonte informativa, e si distribuiscono in modo incostante, coerentemente alla loro scarsa consistenza numerica. La media dei 14 anni considerati consente di calcolare un tasso x 100.000 abitanti di 0,09 omicidi-suicidi a Milano e Provincia, in ciò non differenziandosi di molto dai tassi riferiti da altre ricerche europee, ma, al solito, con rimarchevoli differenze rispetto ai violenti Stati Uniti ed anche rispetto ad altre realtà socio-geografiche.

E' stato giustamente affermato che il suicidio a seguito di un omicidio può essere letto quale indicatore dell'importanza del legame con la vittima³, ed infatti il fenomeno dell'omicidio-suicidio è prettamente familiare e/o di coppia. Se si eccettuano, infatti, tre casi in cui la vittima è rispettivamente una vicina di casa (e fu il famoso caso del mass murder che si uccise dopo aver sparato anche dalla finestra della propria abitazione, colpendo alcuni passanti), un complice, un conoscente, tutti gli altri si sono realizzati fra coniugi, conviventi, partners o, al più, ex partners, fra genitori e figli. Pur con questa precisazione, i motivi e le tipologie dell'omicidio-suicidio possono essere diversi anche se attribuire la motivazione all'omicidio-suicidio è un'attività che risente di una buona dose di arbitrarietà, soprattutto quando la fonte è giornalistica o già "di seconda mano".

Per esempio, il rapporto Eurispes sui delitti di coppia e familiari segnalava un calo rilevante, nel tempo, dei delitti "passionali" e parallelamente una crescita di quelli motivati dalla malattia mentale, ma potrebbe anche darsi il caso che oggi si etichetti come patologico un delitto motivato da gelosia soprattutto perché è percepito come assurdo dall'attuale cultura, viceversa che un tempo si "liquidasse" come passionale, senza troppo interrogarsi, un delitto in cui ha avuto parte anche la patologia. Non bastasse, non pochi anche dei "nostri" omicidi-suicidi possono essere plurideterminati, e può darsi che la gelosia, o la malattia fisica, o altro convivano con problemi psicopatologici dell'omicida-suicida.

Ancora, non solo il fatto che l'autore del gesto è anch'egli morto rende nei casi che qui ci occupano ancor più difficile l'indagine sulle motivazioni, ma il fatto che gran parte dei casi di omicidio-suicidio siano in ambito familiare fa sì che siano "indisponibili" a dare informazioni proprio le persone più vicine all'autore del gesto.

Ferme restando le cautele or ora espresse, e forse molte altre, si è tentata una tipologia dell'omicidio-suicidio combinando le motivazioni ed anche gli scenari e le relazioni fra i protagonisti, tipologia che ha consentito di distinguere:

- gelosia o possesso;
- omicidi suicidi esclusivamente motivati da patologia;
- stragi familiari;

¹ Professore di Criminologia – Istituto di Medicina Legale – Facoltà di Medicina dell'Università Statale di Milano

² Merzagora Betsos, Pleuteri, 2004 e 2005.

³ Marchetti, 2004.

- rimorso del delinquente;
- mass murder;
- litigi e difficoltà economiche;
- pietatis causa.

Quest'ultima tipologia, che nel campione descritto ammonta a 6 casi, è quella su cui ci si sofferma in questa sede⁴.

L'omicidio-suicidio é stato talora definito "omicidio altruistico"⁵ o "suicidio allargato"⁶ per metterne in rilievo il duplice aspetto: l'essere strettamente legato alla patologia depressiva e l'essere motivato da una, benché perversa, oblatività: "Una vera specialità dei melanconici è il cosiddetto suicidio altruista o suicidio-omicidio per pietà, che consiste in un suicidio preceduto dall'omicidio di una o più persone sotto l'effetto dell'idea delirante secondo la quale il soggetto si sente di dover sottrarre altre persone alle sofferenze che comporta l'esistenza"⁷. Un reato di natura altruistica, addirittura "estremo atto d'amore"⁸ che spesso vede il genitore uccidere la creatura o le creature amate, soprattutto i figli più piccoli e quindi maggiormente esposti ed indifesi di fronte alle avversità della vita, "con lo scopo di sottrarre le vittime ad una vita di miserie e di malattie e di proteggerle simbolicamente da un futuro di angustie, di peccato, di infelicità"⁹.

E' opportuno peraltro mettere in dubbio l'autenticità di questa ricostruzione, ed affermare piuttosto che spesso questo amore appare una forma raffinata di egoismo, non di altruismo, soprattutto per quei casi, e sono molti, in cui è il partner ad uccidere chi lo sta per abbandonare, ed in cui quindi è la possessività, non certo l'oblatività, alla base del gesto.

Ma se per i casi motivati da gelosia e possesso il dubbio è che sia l'eteroaggressività il *primum movens* o comunque i delitti appaiono soprattutto improntati ad egoismo, quelli che abbiamo definito più propriamente "omicidi-suicidi pietatis causa" sono i veri e propri delitti altruistici. Spesso commoventi, mostrano lunghe vite trascorse nell'amore e nella condivisione. Ed anche se chi agisce non ha saputo distinguere fra sé e l'altro –come nei casi di gelosia e possesso- e si è arrogato il diritto di una decisione che non dovrebbe essere dell'uomo, alla fine, in ogni modo, si bestemmia il destino, ma non si riesce a prendersela con l'omicida.

Si avvicinano piuttosto ai casi di "patto suicida", e forse talora si tratta proprio di casi di doppio suicidio, in cui cioè entrambi vogliono morire, come nel primo degli episodi descritti:

- La coppia è sposata da 50 anni, senza figli. Sono entrambi ultraottantenni. Sarà lui, malato e preoccupato anche dallo sfratto, a premere il grilletto, contro la moglie e contro di sé, ma la decisione pare comune: i due hanno scongelato e sbrinato il frigorifero, riordinato la casa, posati sul tavolo i soldi per i funerali e i contratti di gas e luce, per la disdetta. In una lettera lasciata ai nipoti si legge: "Porto via la zia. La porto con me. Finché sono stato in grado di badare a me stesso, ho badato anche a lei".

- Lei, 79 anni, strangolata dal compagno, era malata gravemente. Lui, "impazzito dal dolore", non voleva più vederla soffrire. La assisteva in tutto, lei non riusciva quasi più a parlare, comunicava con cenni del capo.

Quella sera una vicina di casa prova a contattare la coppia, non riuscendovi, chiama il 118. I pompieri dovranno entrare da una finestra; la donna è morta, l'omicida, portato in ospedale in stato di incoscienza, si risveglia e dice a un medico: "L'ho strangolata per non vederla più soffrire. Stava troppo male, mi ha chiesto lei di aiutarla ad andarsene".

Quando l'appartamento del delitto viene dissequestrato, l'uomo vi fa ritorno, e lì, due giorni prima che inizi il processo, riesce ad uccidersi.

In altri casi la mutualità della scelta pare da escludersi per le condizioni di incapacità della vittima:

⁴ Il più ampio lavoro, che riguarda tutte le tipologie, è: Merzagora Betsos I., Pleuteri L., *Odia il prossimo tuo come te stesso – L'omicidio-suicidio a Milano e Provincia*, Franco Angeli, Milano, 2005.

⁵ Ferrio, 1959.

⁶ Strassmann, 1911.

⁷ Ferrio, 1959.

⁸ Fornari, 2004.

⁹ Fornari, 2004.

- In questo caso il teatro del dramma è un ospizio. La vittima dell'omicidio, quasi ottantenne, è paralitica, in condizioni irrecuperabili, ricoverata da un anno. Il marito omicida-suicida, è andato all'ospizio per darle da mangiare e aiutarla, come altre volte, ma ha portato con sé la pistola Beretta calibro 7.65. Dopo il pranzo ha sparato alla moglie alla testa e poi si è suicidato.

I due, senza figli, erano molto uniti e in discrete condizioni economiche, ma la malattia che aveva colpito la donna aveva prostrato entrambi.

- Lei, 64 anni, uccisa con un martello dal marito poi suicida impiccandosi, era affetta da sclerosi multipla. Il marito, più che settantenne, la assisteva. La coppia viveva coi due figli.

L'omicida-suicida ha lasciato un biglietto: "Perdonatemi, mi ha preso il diavolo", ma tutti dicono che lo ha fatto per amore e per disperazione, dopo 40 anni di vita in comune, perché la malattia stava consumando la compagna.

- Lei, 73 anni, uccisa dal marito anch'egli settantenne, era da tempo affetta da sclerosi multipla, bloccata su una carrozzella, quasi non riusciva a parlare; lui era stanco e preoccupato, la salute lo stava abbandonando e non si sentiva più in grado di seguire la compagna

La assiste amorevolmente da quasi vent'anni, la chiama "Regina"; la vicina dell'appartamento a fianco lo sente spesso sussurrare parole di amore e di tenerezza e canticchiare per tenerla allegra. Per seguirla ha lasciato anzitempo il lavoro ed ha abbandonato la sua unica passione, la caccia. Ma l'età avanza, anche lui non sta bene, deve portare un corsetto metallico per tenere dritta la schiena, deve fare una serie di esami clinici. Un dispetto in quei giorni lo ha particolarmente amareggiato: qualcuno ha rubato lo scivolo di legno che aveva messo nell'atrio del palazzo, vicino ai gradini, per consentire alla sedia a rotelle della moglie di scendere e salire fino all'ascensore. Alle 8.10 con la pistola spara alla moglie, ancora a letto, in pigiama, forse addormentata, poi chiama i carabinieri e dice: "Ho ammazzato la mia Regina". Infine si infila in bocca la canna della Beretta e si uccide.

Un altro elemento che avvicina questi casi a quelli di doppio suicidio è l'isolamento sociale di talune di queste coppie, le modalità relazionali improntate a chiusura, fino a costituire una "unità incapsulata"¹⁰, una "diade sociale"¹¹ che serve da sostituto della società esterna.

Un'osservazione simile è contenuta anche nel rapporto Eures in cui, a proposito degli omicidi in famiglia ed in condizioni di forte disagio soprattutto se motivati da malattia mentale, e della loro prevalenza nel Nord del paese, si dice: "la diversa struttura familiare, che vede prevalere nel Nord relazioni diadiche, rispetto alla famiglia 'allargata' ancora prevalente nel Sud, sembra costituire la base del concentrarsi di forme estreme e/o esasperate di violenza proprio contro le figure più vicine; la relazione a due, in situazioni di disagio, spesso non consente un 'esame di realtà' né di individuare adeguate forme di controllo rispetto a possibili percorsi di alienazione"¹².

Due indagini quantitativamente e qualitativamente piuttosto accurate sono quelle compiute da Cohen in Inghilterra e nel Galles, la prima relativa al periodo 1955-1958 (65 casi) e la seconda al periodo 1960-1964 (71 casi). Al di là delle dimensioni numeriche del campione e degli anni in cui sono state compiute, metodologie, definizioni, caratteristiche, conclusioni sono talmente sovrapponibili che i due studi possono essere citati assieme. L'Autore definisce il suicidio in comune "patto di suicidio" o "patto Idi morte", intendendo con tali definizioni il mutuo accordo tra due persone che decidono di morire nello stesso tempo e generalmente nello stesso luogo. Le ragioni ambientali e quelle individuali sembrano convivere nell'analisi di Cohen: così, se la disoccupazione o il pensionamento del marito sono presenti in una buona percentuale, vi compaiono anche problemi psicopatologici. Ancora, di un certo rilievo appare la constatazione secondo cui si tratta di coppie non solo molto legate affettivamente, com'è forse ovvio, ma pure isolate, con pochi amici, poco propense ad attività extra familiari. Nei casi da lui citati, le morti colgono di sorpresa parenti e vicini, e, a differenza di quanto talvolta accade nei suicidi singoli, non vi sono avvisaglie o precedenti tentativi di suicidio in comune; è presente però nel 10% dei casi uno o più precedenti tentativi di suicidio da parte di uno dei componenti la coppia

¹⁰ Noyes et al., 1977.

¹¹ Fishbain et al., 1984.

¹² Eures, 2004, Sintesi, pg. 5.

In un caso fra i nostri, l'omicida-suicida è il figlio, cosa piuttosto inconsueta:

- La donna ha 93 anni, è sgozzata con un taglierino dal figlio, poi suicida sotto il treno. Lei è bisognosa di assistenza e da qualche mese vive a casa di lui e della sua famiglia. Quest'ultimo ha sessant'anni, si è costantemente occupato della mamma con cura, affetto, senso del dovere. Quando la donna era diventata sempre meno autosufficiente, aveva preso un'infermiera, sacrificando il bilancio familiare. Lascia un biglietto, chiedendo scusa ai parenti per il gesto e per i problemi portati in famiglia dalla convivenza con la vecchia madre.

I casi in cui l'omicida-suicida è il figlio sono meno frequenti, ma evidentemente non impossibili, tant'è che, oltre a quello descritto da noi, ne abbiamo trovato almeno un altro, riportato da Cina et al., in cui un padre sessantenne affetto da chorea di Huntington è stato ucciso da figlio trentenne, con precedenti di depressione ma non, o non ancora, diagnosticato come affetto dalla malattia paterna¹³. Per Malphurs e Cohen gli omicidi-suicidi in cui il figlio adulto deve occuparsi genitore anziano e malato sarebbero piuttosto frequenti anche perché questo tipo di assistenza è particolarmente impegnativa e dolorosa e costituisce un fattore di rischio per la depressione¹⁴.

Solitamente, comunque, i nostri casi rispecchiano quanto affermato pure da altri Autori, anche più in generale in materia di omicidio pietatis causa o, per usare la terminologia anglosassone, *di mercy killing*: la Letteratura scientifica internazionale descrive questo fenomeno come tipicamente commesso da uomini anziani che uccidono con un'arma da fuoco le mogli malate. Una "variante" relativamente recente è quella dell'omicidio di persone affette da Aids da parte del partner, in questo caso talora di sesso femminile, che poi si uccide¹⁵.

Fra i casi di Milano e della Provincia milanese si sono trovate 6 vittime di genere femminile uccise da 6 uomini, in 5 episodi mariti o conviventi, in casa, anzi in camera da letto salvo un caso in cui l'omicidio avviene in ospedale. Solo nella metà di questi omicidi è stata usata un'arma da fuoco.

La sensibile differenza con gli altri omicidi-suicidi riguarda le età; coerentemente con la motivazione descritta, sia autori sia vittime sono ultrasessantenni, ed anzi l'età media dei primi è di 72 anni, quella delle seconde di 78. Gli altri casi vedono invece vittime ed autori sensibilmente più giovani.

Questi omicidi-suicidi non di rado si associano a depressione, il che non stupisce visto il contesto, al punto che più che di "depressione" come patologia, propenderemmo a definirla disperazione.

A questo proposito vale la pena di riportare quanto scritto nel Rapporto Eures sull'Omicidio volontario in Italia nel 2003, nella parte in cui, in particolare, si occupa degli omicidi in situazioni di grave disagio fisico, mentale e sociale, ed appunto anche della tipologia qui descritta: "Negli ultimi 4 anni (tra il 2000 e il 2003) sono state 54 in Italia le vittime di omicidio monitorate dalla banca dati Eures che hanno come movente una situazione di grave disagio fisico, mentale o sociale della vittima. Il fenomeno appare in forte crescita: si è infatti passati da 10 casi nel 2000, a 12 nel 2001, a 14 nel 2002, a 18 nel 2003 (+80% nell'intero periodo). Una crescita di notevoli dimensioni ha riguardato il Nord che ha visto triplicati, nel periodo considerato, i casi (passando da 5 a 13); complessivamente stabile, o in diminuzione, il dato del Centro e del Sud. Ed è proprio al Nord che si registra la maggiore incidenza del fenomeno [...]. La grave malattia fisica risulta, con 21 vittime tra il 2000 e il 2003 (pari al 38,9%), insieme all'handicap fisico (ancora con 21 vittime) la condizione più frequentemente rilevata tra le vittime di omicidio in condizioni di grave disagio; seguono le situazioni di disagio mentale (9 vittime nel quadriennio, pari al 16,7%) e l'abuso di alcool e droga (3 vittime, pari al 5,6%). Anche in questo caso sono più numerose le vittime donne, con una incidenza del 66,7% (36 in valori assoluti) a fronte del 33,3% (18 vittime) degli uomini. Tale dato sembra confermare la profonda disparità di condizione e di ruoli esistente tra uomini e donne all'interno dell'ambito familiare, evidenziando come tale diversità si acutizzi nelle situazioni di disagio: la fragilità e il disagio nella donna appaiono infatti maggiormente avvertiti e mal tollerati

¹³ Cina et al., 1996.

¹⁴ Malphurs, Cohen, 2002.

¹⁵ Marzuk et al., 1992.

perché le impediscono di esplicitare quel ruolo sociale che implica carichi di lavoro e di responsabilità specifici e, al tempo stesso, pongono una domanda di cura alla quale spesso gli uomini non sono in grado – sotto il profilo psicologico e organizzativo – di fornire risposta. In relazione alla fascia di età delle vittime in situazione di grave disagio, nei 4 anni considerati l'incidenza di quelle con almeno 65 anni si conferma particolarmente elevata [...]. Osservando infine l'età dell'autore (limitatamente al 2003), anche in questo caso prevalgono figure anziane [...]. Le indicazioni che emergono analizzando il rapporto fra la vittima e l'autore dell'omicidio evidenziano come gli omicidi commessi contro persone in situazioni di disagio avvengano nel contesto familiare e quasi esclusivamente all'interno della relazione genitore-figlio o nella coppia coniugale. Nel caso di delitti commessi dal coniuge si tratta per la maggior parte di persone anziane, non in grado psicologicamente, ma anche emotivamente, di sostenere, nel presente e nel futuro, l'onere della cura e dell'assistenza, soprattutto in assenza di prospettive di recupero e/o di guarigione della persona cara: la maggioranza degli omicidi di vittime in situazione di grave disagio (42,6%) è infatti avvenuta per mano di un coniuge (in 23 casi sui 54 complessivi) [...]. Successivamente all'omicidio la maggior parte degli autori realizzano o tentano il suicidio. Tale elevata incidenza sembra indicare l'incapacità dell'autore a sopravvivere all'atto stesso e confermare l'alto grado di sofferenza che comporta la scelta di uccidere una persona amata: tra il 2000 e il 2003, dopo l'omicidio di una persona in situazione di grave disagio, il 38,9% degli autori (21 in valori assoluti) si è suicidato, mentre il 18,5% ha tentato il suicidio¹⁶.

Tutto questo conduce il discorso al tema della prevenzione.

Per esempio, in 27 anziani autori di uxoricidio-suicidio di cui si occupano Malphurs et al. erano stati riferiti sintomi depressivi, eppure le analisi tossicologiche post mortem non hanno rivelato presenza di antidepressivi¹⁷. Problema che più ampiamente si connette a quello della sottostima dei sintomi depressivi e del conseguente fallimento delle possibilità preventive in quest'ambito: certe volte, impossibile dire quante, non vi è proprio nulla da fare per distogliere il suicida dal suo progetto; non sempre e necessariamente il suicidio è epifenomeno di malattia mentale; vi è poi la considerazione della difficoltà di previsione di un suicidio effettuato magari “a ciel sereno”¹⁸; inoltre i farmaci antidepressivi necessitano spesso di un periodo anche non breve per evidenziare il loro effetto, sicché il suicidio può ricorrere nel frattempo. Non bastasse, talora la trepidazione del medico nel prescrivere farmaci è dovuta all'utilizzo che i pazienti ne fanno proprio con intento suicidario; e, ancora, le “astuzie” del suicida stenicamente determinato a mettere in atto il suo proposito sono spesso inaggirabili o, comunque, si può suicidare anche chi è seguito in modo attento ed adeguato; infine, fra le barriere che si oppongono alla diagnosi di depressione vi può essere proprio l'atteggiamento del paziente per il ritegno ad essere etichettato come “folle”. Quelle stesse persone che letteralmente si “ingozzano” di antibiotici al primo starnuto e di antidolorifici al minimo fastidio; e/o quelle stesse persone le quali forse avvezze a far uso fin troppo disinvolto di certi ansiolitici, che oramai si ritrovano abitualmente nell'armadietto delle medicine di famiglia dimenticandone l'attitudine a procurare dipendenza, ricusano poi farmaci che viceversa sarebbero più indicati in caso di patologie depressive o di patologie con sintomi anche depressivi.

Con tutte queste riserve, e con altre ancora, sconcerata il fatto che molti studi, già dagli anni Sessanta, abbiano osservato rilevanti percentuali -fino all'80%- di suicidi i quali avevano consultato il proprio medico di base nel mese precedente all'atto di autosoppressione, senza averne appropriate indicazioni terapeutiche¹⁹. Per di più, secondo Diekstra e Van Egmond²⁰, nel corso dell'ultima visita quasi un terzo dei suicidi aveva espresso ideazione o propositi suicidari e però Murphy riscontra che pochi medici del suo campione ha fatto diagnosi di depressione o comunque,

¹⁶ Eures, 2004, pgg. 68 sgg.

¹⁷ Malphurs, Eisdorfer, Cohen, 2001.

¹⁸ Dobbiamo a De Vanna et al., 1994, l'espressione, che ci pare particolarmente azzeccata pur nel suo “humour nero”.

¹⁹ Capstick, 1960.

²⁰ In: De Vanna et al., 1994.

nei due terzi dei casi, i pazienti non hanno ricevuto alcuna terapia²¹. Williams et al. richiamano la necessità di programmi informativi e pubblicazioni che vengano incontro al bisogno insoddisfatto di conoscenza dei medici di base sulla diagnosi e sulla terapia della depressione²². Per Docherty, a fronte del fatto che il 70% dei pazienti depressi risponda ad un appropriato trattamento terapeutico, solo una percentuale dal 5 al 10% viene efficacemente trattata. Aggiunge l'Autore che la maggior parte dei pazienti affetti da depressione contatta il medico di famiglia, anche se magari allegando disturbi diversi, per lo più somatici, ed infatti le barriere che si oppongono alla diagnosi di depressione da parte del medico sono in parte correlate ai pazienti, e fra queste vi è la “vergogna” nel comunicare al medico sintomi psichici. Ciò nondimeno, continua Docherty, le difficoltà sono anche nell'altro fronte, in quanto la maggior parte dei medici di base ha scarsa conoscenza del disturbo depressivo e poca pratica riguardo al suo trattamento²³. Ed infine, dalla fonte più autorevole, l'Organizzazione Mondiale della Sanità il 60% dei casi di depressione non viene diagnosticato come tale²⁴, nonostante il fatto che, sempre secondo la stessa fonte, almeno 400.000 persone si suicidano ogni anno nel mondo, ed è possibile che tale stima sia per difetto, dal 20 fino al 100% a seconda dei paesi, per motivi culturali e per lo stigma che accompagna il fenomeno²⁵. Problemi, questi, a cui nei nostri casi si aggiungono quelli ancor più drammatici dell'isolamento e della vulnerabilità dell'anziano.

Bibliografia

- Capstick A., Recognition of emotional disturbance and the prevention of suicide, *British Medical Journal*, 1, pgg. 1179-1182, 1960.
- Cina S.J., Smith M.T., Kollins K.A., Conradi S.E., Dyadic Death Involving Huntington's Disease, *The American Journal of Forensic Medicine*, 17, 1, pgg. 49-52, 1996.
- Cohen J., A study of suicide pacts, *Medico-Legal Journal*, 29, pgg. 144-151, 1971.
- Cohen J., Death pacts, *Medikon Nederland*, 5/10, pgg. 24-30, 1976.
- De Vanna M., Schenardi C., Filipuzzi L., Aguglia E., Ruolo della medicina di base nella prevenzione del comportamento suicidario, *Giornale Italiano di Suicidologia*, 4, 1, pgg. 39-44, 1994.
- Docherty J.P., Barriers to the diagnosis of depression in primary care, *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, pgg. 5-10, 1997.
- Eures, *L'omicidio volontario in Italia. Rapporto 2004*, Roma, settembre 2004.
- Eurispes, *Osservatorio sui delitti di coppia e familiari*, Roma, maggio 2003.
- Ferri E., *L'Omicidio-Suicidio*, Fratelli Bocca Editori, Torino, III° edizione con aggiunte polemiche ed una tavola grafica, 1892.
- Ferrio C., *Trattato di psichiatria clinica e forense*, UTET, Torino, 1959.
- Fishbain D.A., D'Achille L., Barsky S., Aldrich T.E., A Controlled Study of Suicide Pacts, *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, pgg. 154-157, 1984.
- Fornari U., *Trattato di Psichiatria Forense*, Terza edizione, UTET, Torino, 2004.

²¹ Murphy, 1975.

²² Williams et al., 1998.

²³ Docherty, 1997.

²⁴ Zoli, Cassano, 1994.

²⁵ Scooco, De Leo, 1995.

- Malphurs J.E., Cohen D., A Newspaper Surveillance Study of Homicide-Suicide in the United States, *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 32, 2, pgg. 142-148, 2002.
- Malphurs J.E., Eisdorfer C., Cohen D., A comparison of antecedents of homicide-suicide and suicide in older married man, *American Journal Geriatr. Psychiatry*, 9, 1, pgg. 49-57, 2001.
- Marchetti M., *Appunti per una criminologia darwiniana*, Cedam, Padova, 2004.
- Marzuk P.M., Tardiff K., Hirsch C.S., The Epidemiology of Murder Suicide, *Journal of the American Medical Association*, 26, 23, pgg. 3179-3183, 1992.
- Merzagora Betsos I., Pleuteri L., Mi voglio uccidere e ti porto con me; ti devo uccidere ma vengo con te, *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 3-4, maggio-agosto 2004, pgg. 603-639
- Merzagora Betsos I., Pleuteri L., *Odia il prossimo tuo come te stesso – L'omicidio-suicidio a Milano e Provincia*, Franco Angeli, Milano, 2005.
- Murphy G.E., The physician's responsibility for suicide. II: An error of omission, *Annals of Internal Medicine*, 82, pgg. 305-309, 1975.
- Noyes R., Frye S.J., Hartford C.E., Single case study: conjugal suicide pact, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 165, pgg. 72-75, 1977.
- Scocco P., De Leo D., Patologia psichiatrica e comportamenti suicidari, *Giornale Italiano di Suicidologia*, 5,2, pgg. 107-126, 1995.
- Strassmann F., *Medizin und Strafrecht*, Langenscheidt, Berlin, 1911.
- Williams J.W. Jr., Bhogte M., Flinn J.F., Meeting the needs of primary care physicians: a guide to content for programs on depression, *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 28 (1), pgg.123-36, 1998.
- Zoli S., Cassano G.B., *E liberaci dal male oscuro*, Longanesi, Milano, 1994.
- Merzagora Betsos I., Pleuteri L., Mi voglio uccidere e ti porto con me; ti devo uccidere ma vengo con te, *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 3-4, maggio-agosto 2004, pgg. 603-639
- Merzagora Betsos I., Pleuteri L., *Odia il prossimo tuo come te stesso – L'omicidio-suicidio a Milano e Provincia*, Franco Angeli, Milano, 2005.