

## UN'IPOTESI TRATTAMENTALE DELL'ASSASSINO SERIALE (\*)

ANNA BONIFAZI (\*\*) RUBEN DE LUCA (\*\*\*) BARBARA GIAMBRA (\*\*\*\*)

SOMMARIO: Parte introduttiva: - 1. - Il serial killer: chi è e perché uccide. - 2. - Caratteristiche psicologiche fondamentali. - 3. - Statistiche italiane; Diagnosi e trattamento degli assassini seriali; Cause di insuccesso nel trattamento di un omicida seriale; Verso nuove ipotesi di trattamento.

### PARTE INTRODUTTIVA

#### 1. - *Il serial killer: chi è e perché uccide*

L'omicidio seriale è un tipo particolare di omicidio multiplo. Si differenzia dall'omicidio di massa in quanto, in quest'ultimo, l'assassino uccide diverse persone in un unico episodio distruttivo e, spesso, questo tipo di omicidio si conclude con il suicidio dell'assassino stesso.

Secondo l'FBI, il *serial killer* è un soggetto che «uccide tre o più vittime in luoghi diversi e con un periodo di intervallo emotivo fra un omicidio e l'altro; in ciascun evento delittuoso, il soggetto può uccidere più di una vittima; può colpire a caso oppure scegliere accuratamente la vittima; spesso, ritiene di

---

(\*) Parte di questo contributo è stato riprodotto nel volume di DE LUCA R. (1998), *Anatomia del serial killer*, Giuffrè, Milano.

(\*\*) Laureata in Psicologia, Collaboratrice Cattedra di Psicologia Giuridica (Prof. G. De Leo) e Criminologia (Prof. C. Serra), Facoltà di Psicologia di Roma «La Sapienza».

(\*\*\*) Psicologo, Collaboratore Cattedra di Psicologia Giuridica (Prof. G. De Leo) e Criminologia (Prof. C. Serra), Facoltà di Psicologia di Roma «La Sapienza».

(\*\*\*\*) Laureata in Psicologia, Collaboratrice Cattedra di Psicologia Giuridica (Prof. G. De Leo) e Criminologia (Prof. C. Serra), Facoltà di Psicologia di Roma «La Sapienza».

essere invincibile e che non verrà mai catturato» (DOUGLAS et al., 1992, pp. 20-21). Questa è la definizione ufficiale di assassino seriale, anche se esistono altre definizioni sulle quali, però, non c'è l'accordo di tutti gli studiosi del fenomeno, oppure si tratta di definizioni che riguardano aspetti parziali dell'omicidio seriale.

Una distinzione importante soprattutto per quanto riguarda l'investigazione è quella tra comportamento organizzato e disorganizzato, introdotta da RESSLER, BURGESS e DOUGLAS (1988).

L'assassino seriale organizzato pianifica con cura i propri delitti, scegliendo un tipo particolare di vittima che, in qualche modo, ha un legame simbolico con lui. L'assassino seriale disorganizzato agisce per un impulso improvviso che lo porta ad uccidere vittime scelte casualmente, senza preoccuparsi di coprire tutte le tracce; di conseguenza, questo tipo di assassino seriale è più facile da catturare, dato che c'è una maggiore probabilità che lasci indizi sulla scena del delitto.

Recentemente, DE LUCA (1996) ha proposto una nuova definizione di assassino seriale che sembra avvicinarsi maggiormente a quella che è la complessità della realtà dei casi.

L'assassino seriale è un soggetto che mette in atto personalmente due o più azioni omicidiarie separate tra loro (nello stesso luogo o in luoghi diversi), oppure esercita un qualche tipo di influenza psicologica affinché altre persone commettano le azioni omicidiarie al suo posto. Per poter parlare di assassino seriale, è necessario che il soggetto mostri una chiara volontà di uccidere, anche se poi gli omicidi non si compiono e le vittime sopravvivono: l'elemento principale è la «ripetitività dell'azione omicidiaria». L'intervallo di tempo che separa le azioni omicidiarie può andare da qualche ora a interi anni e le vittime coinvolte in ogni singolo evento possono essere più di una. L'assassino seriale agisce preferibilmente da solo, ma può agire anche in coppia o come membro (o capo) di un gruppo. Le motivazioni che spingono all'omicidio seriale sono varie, ma c'è sempre una componente patologica interna al soggetto che lo spinge al comportamento omicidiario ripetitivo.

## 2. – *Caratteristiche psicologiche fondamentali*

Considerando che l'omicidio seriale è un fenomeno che mostra diverse caratteristiche di complessità che vanno ben al di là del riduzionismo stereotipico fornito dai mezzi di informazione, si può dire che sembra non esistere una causa specifica

dell'omicidio seriale, mentre è possibile parlare di un complesso di fattori che, se raggiunge una soglia critica, può innescare il comportamento omicidiario seriale.

DE LUCA (1996), dopo aver analizzato le biografie di più di 1000 assassini seriali, ha individuato tre fattori che sembrano essere caratteristici di tutti i serial killer:

A - *Il fascino della morte*: il naturale istinto di repulsione verso la morte, proprio dell'essere umano, è indebolito o del tutto assente. Il soggetto si sente attratto dalla morte e da tutto ciò che è in relazione con essa. Gli assassini seriali fantasticano sulla propria morte e su quella degli altri: suicidandosi, proverebbero un piacere rapido, fugace e, soprattutto, non replicabile, mentre, uccidendo altre persone, sperimentano ogni volta un piacere nuovo.

B - *Una vita fantastica negativa*: l'assassino seriale vive la maggior parte del suo tempo in un mondo fantastico con connotazioni negative e, in esso, si trova meglio che in quello reale. Prima di uccidere realmente, sperimenta l'omicidio diverse volte nella sua immaginazione: se prova soddisfazione dalla prima fantasia, ne farà delle nuove, finché, ad un certo punto, la fantasia non gli basterà più e dovrà passare all'azione vera e propria.

C - *Il bisogno di potenza*: le due massime manifestazioni di potenza, che avvicinano l'essere umano alla divinità sono «dare e togliere la vita». L'uomo non può dare la vita, prerogativa questa del sesso femminile, per cui gli rimane soltanto la seconda possibilità. Ottenendo il controllo di altre persone e, alla fine, uccidendole, l'assassino seriale realizza il potere che non è riuscito ad avere in nessun altro modo.

Alcuni fattori, che possiamo chiamare *predisponenti, facilitanti e scatenanti*, orientano alcuni individui verso l'omicidio seriale invece che verso un altro tipo di comportamento, deviante o meno. Fra i traumi psichici più frequentemente riscontrati nelle biografie degli assassini seriali ci sono i problemi di relazione con i genitori (spesso provengono da «famiglie multiproblematiche», con un genitore violento e dove

ci sono problemi di alcool e/o tossicodipendenza) e con il gruppo di pari (isolazionismo, difficoltà di comunicazione), la scarsa capacità di rielaborazione del lutto (la morte di una persona cara vissuta come qualcosa di morboso che lascia una traccia negativa nel soggetto), i vari rifiuti e abbandoni (spesso, il futuro assassino seriale cresce con un solo genitore, in un orfanotrofio oppure in situazioni precarie) (NEWTON, 1992; PONTI E FORNARI, 1995; WILSON E SEAMON, 1990).

### 3. – *Statistiche italiane*

Fino a pochi anni fa, si credeva che l'omicidio seriale fosse un tipo di crimine che riguardava l'Italia solo marginalmente, essendo peculiare soprattutto dei paesi anglosassoni. Se è vero che più del 60% degli assassini seriali agiscono negli Stati Uniti e che al secondo posto c'è l'Inghilterra, ricerche recenti dimostrano che l'Italia è al quinto posto nel mondo per numero di assassini seriali identificati (DE LUCA, 1996; AA.VV., 1997). Nel suo lavoro di ricerca, DE LUCA (1996) ha elaborato delle tabelle statistiche che, per la prima volta in assoluto, prendono in considerazione il fenomeno dell'omicidio seriale su scala mondiale. L'Autore ha raccolto tutto il materiale possibile su 1040 assassini seriali identificati, in attività dal 1895 al 1995, consultando le fonti più disparate: libri, riviste, quotidiani, fonti ufficiali dell'F.B.I., archivi informatici, Internet e comunicazioni personali. Addirittura, negli ultimi due anni, con la scoperta e la cattura di diversi assassini seriali, sembra che il nostro paese sia al terzo posto in questa macabra graduatoria (De Luca, 1997).

Per le rielaborazioni statistiche, De Luca ha inserito nuovi casi, considerando anche gli assassini seriali in attività prima del 1895 e aggiornando con i casi più recenti, per arrivare a un totale di 1170 casi.

Anche in Italia, come nella quasi totalità degli altri Paesi del mondo, gli assassini seriali agiscono soprattutto individualmente: si calcola nel 96% dei casi (AA.VV., 1997). In coppia, ci sono stati gli omicidi firmati da *Ludwig*, sigla sotto cui si nascondevano Abel e Furlan, e, recentemente, sembra che ci sia

anche il caso dei Gargiulo, padre e figlio. Anche l'omicidio seriale in gruppo è un'eventualità piuttosto rara nel nostro Paese.

Geograficamente, il fenomeno omicidiario seriale sembra essere maggiormente diffuso nel nord del Paese: a parte il Lazio, le regioni dove ci sono stati più casi accertati sono Piemonte, Veneto, Liguria e Trentino (ibidem).

Le vittime predilette degli assassini seriali (che, a parte la Cianciulli e la Angiulli, sono esclusivamente uomini) sono persone di sesso femminile e, in particolare, prostitute. Vengono uccisi anche omosessuali, minori e/o adolescenti e persone anziane; nella scelta delle vittime, i serial killer nostrani effettuano scelte simili rispetto a quelle dei loro «colleghi» di altri Paesi.

Una peculiarità che caratterizza gli assassini seriali in Italia è quella di commettere omicidi meno efferati rispetto a quelli americani e di essere scoperti relativamente presto: si calcola che il tempo medio in cui è «operativo» un serial killer italiano sia di sei anni ed un mese (ibidem).

Per un elenco dettagliato degli assassini seriali in Italia, si veda la tabella 2.

## DIAGNOSI E TRATTAMENTO DEGLI ASSASSINI SERIALI

Analizzando la recente letteratura scientifica, italiana e straniera, riguardo al trattamento dei serial killer, emergono fondamentalmente due approcci contrastanti.

Da una parte troviamo coloro che considerano possibile un trattamento ed un reinserimento degli assassini seriali nella società.

Tale posizione è sostenuta in Paesi come il Canada, la Scandinavia, la Germania e l'Inghilterra. Dall'altra parte, in particolare negli Stati Uniti, si fa strada un approccio di tipo negattivista, che considera impossibile un'eventuale risocializzazione dei serial killer «destinati ormai a continuare ad uccidere» (ANDERSON, 1994; DUBNER, 1992).

Mentre per altri tipi di crimini (es. crimini sessuali), la politica americana si sta muovendo non solo su un'ottica di riabilitazione, ma addirittura di prevenzione, la sorte dei serial killer sembra quella di rimanere isolati a scontare la propria detenzione, il più lontano possibile dalla società.

Tale soluzione, a nostro avviso, appare un po' troppo riduzionistica. Infatti, se da un lato, il carcere costituisce inevitabilmente una sorta di «interruzione» del comportamento omicida, pertanto potremmo dire che la detenzione risulta benefica, niente lascia prevedere che nel momento in cui venga rimesso in libertà, l'assassino seriale non ricominci ad uccidere; come se questo periodo fosse stato solo una sorta di «rimozione del problema», di spostamento contestualizzato, con una volontà a tornare nella condizione precedente, che si manifesta nel momento stesso in cui esce dal carcere, senza essere stato sottoposto ad alcun tipo di trattamento.

In Italia, si tende ancora a sottostimare l'entità del fenomeno, cosicché è molto difficile che si pensi al trattamento. La preoccupazione principale degli operatori è quella di effettuare una diagnosi per «etichettare» il soggetto: già negli anni Quaranta, Aldo Franchini, medico legale che esaminò a lungo il giovane assassino seriale Giorgio Vizzardelli, si preoccupò solo di diagnosi e non di terapia (BANDINI et al., 1991).

PONTI e FORNARI (1995), hanno effettuato le perizie di ben tre assassini seriali — Giudice, Chiatti, Bergamo — delineandone le storie di vita, la personalità e il grado di responsabilità, senza prospettare, però, un'ipotesi di piano terapeutico.

I trattamenti fino ad oggi sperimentati sono stati effettuati su categorie ben definite di criminali: gli psicopatici e i criminali sessuali, in un'ottica di paragone trasversale fra tali tipologie di delinquenti ed i serial killer visto che da un lato, per questi ultimi non è mai stato messo a punto un progetto di trattamento «ad hoc», e dall'altro alla maggior parte degli assassini seriali è stata diagnosticata una personalità psicopatica, o rilevato un movente sessuale alla base dell'atto omicidiario.

Fra i tipi di trattamento sperimentati, ampio spazio è stato dato, soprattutto dagli studi americani, ai trattamenti organici (tecniche neurochirurgiche, castrazione chirurgica e chimica,

psicofarmacologia): tutti i trattamenti organici hanno alla base l'ipotesi secondo la quale i crimini sono compiuti da soggetti con anomalie fisiologiche, e pertanto, agendo su di esse, è possibile ottenere la riabilitazione dei soggetti stessi.

Numerosi studiosi sono concordi nell'affermare che quasi tutti i trattamenti organici effettuati su criminali sessuali sembrano ridurre il tasso di recidiva (MARSHALL, 1993; MARSHALL E PITNERS, 1994).

È nostra opinione, che i suddetti trattamenti, oltre ad essere estremamente invasivi, poco si adattano ad un omicida seriale, in quanto, pur riducendone l'impulso sessuale, non si riscontrano studi in grado di dimostrare la loro efficacia nel modificare i nuclei ossessivi e le distorsioni cognitive, evidenziate spesso in tali personalità disturbate; d'altro canto, l'ampio utilizzo di tecniche estremamente invasive, quali ad esempio l'elettroshock, si è dimostrato inefficace dal punto di vista trattamentale e in grado di apportare soltanto ulteriori sofferenze al soggetto.

Continuando l'analisi dei paradigmi teorici utilizzati nel trattamento degli psicopatici, si può affermare come sia opinione comune di molti terapeuti che la categoria degli psicopatici stessi in generale, sia difficilmente recuperabile se non agendo nella più tenera età (MC CORD, 1964) e ciò per svariate motivazioni tra cui l'incapacità per il soggetto psicopatico di stabilire delle relazioni, e la difficoltà di affrontare cambiamenti nonché l'angoscia che da essi deriverebbe.

Altri autori tra cui Vaillant (1975) e Thorne (1959) si sono dimostrati più ottimisti nella considerazione della possibilità di trattamento di soggetti «psicopatici», considerando rispettivamente il comportamento antisociale, o come una diretta conseguenza di difese inconsce non completate ed inadeguatamente fissate ad un periodo di dipendenza non risolto; o come una sorta di reazione egocentrica volta all'evitamento di qualsiasi tipo di responsabilità ritenuta ansiogena e quindi di difficile gestione.

Interessante, a questo proposito, il tentativo terapeutico effettuato da Mastronardi su un soggetto maschile di 48 anni che aveva chiesto spontaneamente un aiuto psicologico. Il

soggetto era un «serial killer potenziale» in quanto provava un desiderio ossessivo di uccidere le donne. Il trattamento, durato un anno e mezzo circa, e consistito prevalentemente in sedute psicoterapeutiche con intervento ipno-analitico, metodo «*Rêve Éveillé Dirigé*» di Desoille, programmazione neuro-linguistica e altri presidi diagnostico-terapeutici, ha avuto esito positivo, riuscendo a rimuovere le fantasie omicidiarie del soggetto (MASTRONARDI, 1996).

Questo caso non fa altro che confermare quanto sostenuto da NORRIS (1988), secondo cui è possibile intervenire efficacemente su un assassino seriale solo prima che inizi a uccidere, quando la pulsione omicida è agita ancora a livello di fantasia. Il problema è quando l'omicida ha già iniziato a uccidere.

Dall'analisi della letteratura non si evince alcuna documentazione scientifica su un eventuale trattamento di tipo psicoanalitico messo in atto con un serial killer, ma tale tecnica terapeutica rimane pur sempre una risorsa, a nostro avviso, utile se facente parte di un più vasto programma interattivo al tempo stesso di natura comportamentale, cognitiva e farmacologica.

Per quanto riguarda gli assassini seriali che stuprano le loro vittime, si nota come le tecniche solitamente utilizzate siano state prevalentemente di impostazione cognitivo-comportamentale. In questi casi, la terapia e il *counseling* si concentrano spesso sui problemi di tipo sessuale e vengono applicati dei metodi di condizionamento delle risposte sessuali dei soggetti: mentre il criminale osserva scene raffiguranti atti sessuali devianti, viene registrata la sua erezione da un apparecchio collegato all'organo genitale; appena il soggetto in questione viene eccitato dalla scena che sta osservando, viene introdotto uno stimolo avversivo (che può essere di varia natura, ad esempio uno shock, un rumore molto forte o un odore disgustoso) e, di conseguenza, anche solo il pensiero di un atto sessuale deviante diventa uno stimolo negativo (SAMENOW, 1984). Scopo del trattamento è anche quello di ridurre parallelamente l'incidenza dei fattori precipitanti, come il senso di vuoto che attanaglia l'assassino seriale o la difficoltà ad instaurare delle relazioni con i partner, mediante l'apprendimento di abilità sociali (GREIST et al., 1982). Purtroppo però, si è visto che anche se si

riesce a condizionare a tal punto un assassino seriale in modo tale che il comportamento sessuale deviante venga annullato, questo non gli impedirà di uccidere le persone e di provare eccitamento da questa attività. Secondo LIEBERT (1985), l'assassino con movente sessuale, mostra dei problemi di personalità molto gravi che lo rendono incapace di costruire dei legami relazionali normali; in questo modo è incapace di tollerare il legame intensivo richiesto dalla psicoterapia.

Largamente utilizzata nel trattamento delle devianze sessuali è stata anche la «shame therapy» nella quale il soggetto è addirittura costretto a mettere in atto le sue perversioni sessuali in presenza di un pubblico che le videoregistra con l'intento di riproporre all'autore i suoi stessi atti devianti, puntando sulla costruzione di una coscienza in «terza persona» della patologia del comportamento.

#### CAUSE DI INSUCCESSO NEL TRATTAMENTO DI UN OMICIDA SERIALE

Gli unici esperimenti in materia di trattamento di cui si è avuta notizia sono avvenuti negli Stati Uniti, ma hanno avuto tutti invariabilmente esito negativo. Il problema principale del trattamento con gli assassini seriali è stato quello di non aver mai fatto seguire una qualche forma di terapia e di controllo a questi soggetti una volta usciti dal carcere o dall'ospedale psichiatrico.

Le altre cause di insuccesso sono indicate da NEWTON (1993).

1) Le prigioni americane sono sovraffollate (ma la considerazione di ciò si può estendere ad altri Paesi, tra i quali l'Italia) e ciò fa sì che il prigioniero si trovi in una situazione di stress continuo. Ciò è ancora più vero per l'assassino seriale che ha al suo interno un coacervo di pulsioni che lo spingono ad agire aggressivamente.

Un assassino seriale inserito in un carcere sovraffollato è come se si trovasse in una pentola a pressione: gli effetti positivi di un'eventuale terapia sono annullati dalle pressioni che il serial killer riceve dall'ambiente esterno.

2) Il sistema legale sembra essere più a favore dei criminali che a favore delle vittime e dei loro familiari. Quando un individuo entra in carcere, anche se deve scontare condanne lunghe (come ad esempio l'ergastolo) può ragionevolmente sperare di uscire «sulla parola» dopo alcuni anni: sono numerosi i casi di assassini seriali imprigionati per un primo omicidio e rilasciati dopo un certo periodo di tempo per buona condotta e perché giudicati «non più pericolosi socialmente» e tutti hanno ricominciato a uccidere.

3) Gli ospedali psichiatrici e gli istituti preposti alla cura delle malattie mentali non hanno abbastanza fondi per impostare un trattamento terapeutico adeguato e personalizzato per ogni paziente. Questa situazione diventa particolarmente pericolosa quando un assassino seriale viene giudicato incapace di intendere e di volere, in grado parziale o totale, e quindi viene inviato in un istituto per essere sottoposto a un trattamento psichiatrico.

Gli assassini seriali sono degli eccellenti manipolatori, in grado di mettere in difficoltà psichiatri e gli psicologi più esperti; sono capaci di mantenere un'aria mite e inoffensiva anche per lunghissimi periodi di tempo, salvo poi ricominciare a uccidere alla prima occasione che viene loro concessa. L'operatore che sottopone a un trattamento un serial killer può commettere l'errore di giudicarlo «guarito», e di conseguenza, esprimere parere favorevole alla commissione che esamina le istanze di liberazione anticipata.

4) Strettamente collegata alla precedente, è la presenza di operatori con una scarsa esperienza all'interno delle prigioni e degli ospedali psichiatrici. Per scarsa esperienza, intendiamo in particolare nel campo della psicologia criminale: se uno psichiatra o uno psicologo cerca di adoperare lo stesso trattamento utilizzato per un paziente normale con un assassino seriale, è destinato a fallire. Il serial killer è un abile manipolatore di menti umane e se capisce che l'operatore che gli sta di fronte è manovrabile, farà in modo di mostrarsi come un «agnellino» per volgere l'atteggiamento dell'operatore a suo favore.

## VERSO NUOVE IPOTESI DI TRATTAMENTO

Dopo aver analizzato gli scarsi, nonché criticabili, tentativi messi in atto allo scopo di modificare determinate condotte devianti che potrebbero sfociare in una serie omicidiaria, ci sembra opportuno far riferimento a tal proposito ad un modello sistemico-relazionale in cui il soggetto viene considerato prendendo spunto dal più vasto sistema in cui è inserito e di conseguenza dalle relazioni che ha instaurato nel sistema stesso (DE LUCA, 1996). Più in particolare si intende il sistema così come lo hanno definito Hall e Fagen nel 1956, «un insieme di oggetti e di relazioni tra gli oggetti e tra i loro attributi» (WATZLAWICK, 1967, pp. 114).

Trasponendo questa definizione in un'ottica di spiegazione dell'omicidio seriale, si può attribuire agli oggetti o alle parti del sistema su menzionate la configurazione dell'autore di un omicidio seriale, agli attributi o proprietà degli oggetti le caratteristiche peculiari psico-fisiche dell'omicida nonché i suoi comportamenti, ed alle relazioni le interazioni messe in atto dal soggetto stesso (DE LUCA, 1996).

Riferendoci al caso degli assassini seriali quindi, si può affermare che, al momento del compimento del gesto omicidiario, il soggetto manifesta una disgregazione tale, del suo già debole sistema di relazioni, da rendere necessaria l'azione omicidiaria stessa, allo scopo di ricomporre sebbene temporaneamente, il sistema corretto (DE LUCA, 1996).

Fino ad oggi, i tentativi di trattamento sugli assassini seriali sono stati generalizzati, considerando l'omicidio seriale come un tipo di reato con delle caratteristiche univoche, concentrando l'attenzione, come già evidenziato, soprattutto sulla componente sessuale. In realtà l'omicidio seriale è un fenomeno molto più complesso e, in molti casi, le motivazioni possono non avere niente a che fare con la sfera sessuale.

È opportuno riflettere sul significato e le intenzioni a livello comunicativo dell'azione deviante.

Essa è infatti il prodotto di: «un soggetto sistemico differenziato che elabora e organizza al proprio interno sia gli effetti

anticipati, sia la dimensione dei significati sociali e normativi» (DE LEO, PATRIZI, 1992, pp. 134).

In tal senso, proponiamo un tipo di trattamento articolato su diversi piani, di matrice sistemico-relazionale, i cui fattori di riferimento sono evidenziabili nel recente modello messo a punto da DE LUCA (1996).

In quest'ottica, il comportamento omicidiario seriale può essere visto come la risultante di tre fattori (F) che si intrecciano fra loro, con importanza diversa da soggetto a soggetto, e della diversa intensità dei rispettivi sottofattori (SF):

1) *Fattore socio-ambientale F(S):*

- ambiente familiare
- livello di inserimento nel tessuto sociale
- eventi predisponenti facilitanti e scatenanti

2) *Fattore individuale F(I):*

- tratti psicologici e psicopatologici
- sessualità
- vita immaginativa
- bisogni soggettivi (motivazioni)

3) *Fattore relazionale F(R):*

- interazione individuo-ambiente
- rapporti comunicativi
- comunicazioni nella vita di coppia

Questi tre fattori sono in rapporto circolare fra loro e ognuno di essi influenza il comportamento dell'assassino seriale.

Esistono, quindi, varie tipologie di serial killer che dipendono dal peso specifico dei singoli fattori e sottofattori del modello e dal loro modo di intrecciarsi reciprocamente (tab. 1).

Le cause che spiegano i diversi tipi di omicidio seriale sono interpretabili secondo il modello S.I.R.: il fattore primario (F1) è quello principalmente responsabile del comportamento omicidiario seriale, mentre il fattore secondario (F2) ha un ruolo causativo di minore importanza. Il terzo fattore, quello cioè che non viene indicato, è il meno importante nel generare il comportamento.

Alla luce di quanto precedentemente esposto, è opportuno riflettere su un possibile trattamento, che prenda il via all'interno delle istituzioni (carcere, ospedale psichiatrico), e prosegua all'esterno una volta rimesso in libertà il soggetto, costituito da molteplici tecniche procedurali di intervento che comprendono:

– *psicoterapia individuale analitica e cognitivo-comportamentale*

– *terapia familiare*

– *terapia di gruppo*

– *terapia farmacologica*

– *follow-up.*

Il trattamento dovrà essere personalizzato e flessibile a seconda delle caratteristiche peculiari dell'assassino seriale non cadendo nell'errore di volere a tutti i costi settorializzare le sue problematiche, ma tenendo sempre in primo piano la multifattorialità che sta alla base di tali comportamenti.

Pertanto, anche se ogni fattore primario ha la sua tecnica di trattamento predominante, questa deve essere supportata parallelamente dalle altre tecniche.

Seguendo la classificazione operata nel modello S.I.R., nel caso in cui il fattore primario nel comportamento omicidiario fosse quello individuale — F1 I — (tabella 1), la tecnica elettiva sarà costituita dalla terapia individuale, allo scopo di neutralizzare le fantasie negative distruttive e di morte, tipiche degli autori dei suddetti reati.

Presupposto fondamentale per l'applicazione di tale metodica, come in qualsiasi altro tipo di psicoterapia, è costituito dal raggiungimento da parte del soggetto di un livello di pensiero astratto.

Nel caso in cui il fattore primario fosse o quello socio-ambientale o quello relazionale — F1 S o R — (tab.1), le tecniche predilette saranno la terapia familiare o di gruppo. A proposito della terapia familiare, risulta riduttivo, secondo il nostro punto di vista, concentrare l'attenzione limitatamente alle disfunzioni relazionali familiari dell'età evolutiva; è necessario invece, considerare anche gli eventi (fattori scatenanti), immediatamente antecedenti l'inizio della serie omicidiaria.

Per quanto riguarda la terapia di gruppo applicata agli assassini seriali, essendo questi ultimi inseriti nella maggior parte dei casi nella categoria dei sociopatici, il primo obiettivo di tale terapia, deve essere quello di insegnare a questi individui a considerare gli altri come esseri umani con dei propri bisogni e non come degli oggetti utili soltanto al soddisfacimento delle loro fantasie di morte. In secondo luogo, la terapia di gruppo deve mirare a sviluppare nell'assassino seriale, la capacità di instaurare delle relazioni sociali positive e paritarie col prossimo che gli permettano di passare da una quotidianità basata sull'isolamento — che porta alle fantasie di morte — ad una quotidianità vissuta concretamente.

Occorre specificare che per alcuni tipi particolari di assassini seriali, si ritiene indispensabile ricorrere anche ad un intervento farmacologico che soprattutto nel caso di soggetti schizofrenici/paranoidi, deve addirittura precedere le altre terapie, per riuscire a far entrare in relazione il soggetto con gli operatori, affinché si possa introdurre successivamente o parallelamente la psicoterapia.

L'intervento farmacologico è richiesto anche nel caso in cui un assassino seriale incarcerato, inizi ad entrare in uno stato depressivo tale, da far sospettare all'operatore che ci sia un rischio di suicidio.

L'ultima tecnica analizzata nel trattamento degli assassini seriali che riteniamo di fondamentale importanza è la cognitivo-comportamentale, che permette al soggetto di prendere coscienza e modificare le distorsioni cognitive, alla base del comportamento deviante.

Passando in rassegna le principali strategie trattamentali, emerge come costante la carenza di uno specifico *follow-up* in grado di testare a breve e a lungo termine la validità del trattamento effettuato all'interno delle istituzioni, affinché possa perpetuarsi anche all'esterno di queste, una volta reinserito l'omicida seriale nella società, per ridurre il rischio di recidiva.

Il *follow-up* consiste nel monitoraggio periodico dell'assassino seriale da parte di un gruppo di operatori appositamente preparati per tale compito ed è un elemento fondamentale del trattamento.

TABELLA 1 – CATEGORIE DI SERIAL KILLER CON I RELATIVI FATTORI  
*Modello S.I.R. (DE LUCA, 1996)*

| CATEGORIA                               | DESCRIZIONE   | FATTORE PRIMARIO | FATTORE SECONDARIO |
|---|---|------------------|--------------------|
| Omicida seriale per guadagno personale  | Il movente di tali omicidi è quello di entrare in possesso di una somma ingente di denaro (solitamente un'eredità).                               | F1 I             | F2 R               |
| Omicida seriale situazionale            | Non c'è premeditazione, e i delitti vengono compiuti nell'atto di compiere altri reati (ad esempio una rapina)                                    | F1 S             | F2 I               |
| Omicida seriale erotomane               | La causa è ritrovabile nella fissazione da parte dell'assassino ad uno stato di eccitazione sessuale, localizzata soprattutto a livello psichico. | F1 I             | F2 R               |
| Omicida seriale per conflitto           | Provocato da un conflitto o da una lite fra due persone, una delle quali perde il controllo (assassino) e uccide l'altra (vittima).               | F1 R             | F2 I               |
| Omicida seriale per vendetta simbolica  | L'assassino uccide delle vittime che non conosce ma che rappresentano un'autorità responsabile di un grave torto nei suoi confronti.              | F1 R             | F2 I               |
| Omicida seriale per movente irrazionale | Si tratta dell'omicidio seriale tipico dei soggetti schizofrenici paranoidi.  | F1 I             | F2 S               |

segue: **TABELLA 1 – CATEGORIE DI SERIAL KILLER  
CON I RELATIVI FATTORI  
Modello S.I.R. (DE LUCA, 1996)**

| CATEGORIA                                   | DESCRIZIONE  | FATTORE PRIMARIO | FATTORE SECONDARIO |
|---|--|------------------|--------------------|
| Omicida seriale per estremismo              | L'omicidio è motivato da una fede estremista del colpevole, di natura religiosa, politica, sociale etc.  | F1 S             | F2 I               |
| Omicida seriale per eutanasia               | Tale assassino sceglie le sue vittime tra le persone che, secondo il suo parere, stanno soffrendo, soprattutto quando non c'è più alcuna speranza di guarigione. | F1 I             | F2 S               |
| Omicida seriale per il controllo del potere | L'omicidio serve in quest'ottica ad appagare il bisogno di onnipotenza dell'assassino.   | F1 I             | F2 S               |
| Omicida seriale sessuale                    | Vi è qui l'implicazione dell'elemento sessuale che sta alla base delle azioni con conducono alla morte della vittima.  | F1 I             | F2 S               |
| Omicida seriale a movente misto             | In questo caso il movente varia da un omicidio all'altro.  | F1 I             | F2 S               |

TABELLA 2 – GLI ASSASSINI SERIALI IN ITALIA  
A - INDIVIDUALI

|                            | LUOGO            | VITTIME          | DATA       |
|----------------------------|------------------|------------------|------------|
| A. Boggia (?-1862)         | Milano           | uomini e donne   | 1849-1859  |
| V. Verzeni (1849-?)        | Bottanuco        | ragazze          | 1870-1872  |
| C. Grandi (1849-1911)      | Incisa Valdarno  | bambini          | 1873-1875  |
| R. Brydges (1856-?)        | Roma             | bambine          | 1927-1927  |
|                            | Inghilterra      |                  |            |
| C. Serviatti (1879-?)      | Roma, La Spezia  | donne            | 1928-1932  |
| G: Vizzardelli (1922-1973) | Sarzana          | uomini           | 1937-1939  |
| L. Cianciulli (1892-1970)  | Correggio        | donne            | 1939- 1940 |
| E. Picchioni               | Nerola           | uomini           | 1946-1947  |
| L. Egidi                   | Roma             | bambini          | 1950-1961  |
| V. Morandini (?-1960)      | Pontoglio        | miste            | 1955-1956  |
| B. Zangrilli (1920-?)      | Milano, Roma     | donne            | 1972-1996  |
| A. Cianci (1959-?)         | Segrate, Liscate | carabinieri      | 1974-1979  |
| «Mostro di Firenze»        | Firenze          | coppie           | 1974-1985  |
| U. Zadnich (?-1995)        | Trieste          | donne, uomo      | 1974-1990  |
| V. Pesenti (1963-?)        | Genova           | donne, uomo      | 1976-1991  |
| M. Minghella (1958-?)      | Genova           | prostitute       | 1978       |
| G. Collalto                | ?                | bambini          | anni '80   |
| A. Matteucci (1962-?)      | Aosta e altri    | prostitute       | 1980-1995  |
| R. Succo (1962-1988)       | Italia, Francia  | genitori, uomini | 1981-1987  |
| S. Curreli                 | Arbus            | uomini, donna    | 1982-1990  |
| M. Giugliano (1962-?)      | Roma, Venezia    | donne            | 1983-1992  |
| G. Giudice (1954-?)        | Torino           | prostitute       | 1984-1986  |
| M. Bergamo (1966-?)        | Bolzano          | prostitute       | 1985-1992  |
| P. Corio (1959-?)          | Lefte, Pavia     | ragazzi/e        | 1987-1989  |
| A. Angiulli (1952-?)       | Ostia            | bambini (figli)  | 1988-1991  |
| E. Campanella (1974-?)     | Palermo          | bambini          | 1990-1992  |
| A. De Martino (1942-?)     | Albano           | pazienti         | 1990-1993  |
| A. Candela (1956-?)        | Baldissero       | uomini, donna    | 1991-1992  |
| R. Frasson (1964-?)        | Vicenza          | ragazze          | 1991-1992  |
| P: Savini (1952-1992)      | Sanremo          | prostitute       | 1991-1992  |
| R. De Stefano (1973-?)     | Aversa           | uomo, ragazza    | 1991-1993  |
| L. Chiatti (1969-?)        | Foligno          | bambini          | 1992-1993  |
| A. Busnelli                | Milano           | pazienti         | 1993       |
| E. Schrott                 | Bolzano          | prostitute       | 1993-1995  |
| G. Stevanin (1960-?)       | Terrazzo         | prostitute       | 1994       |
| S. Cassandra (1974-?)      | Norma            | uomo, bambini    | 1995       |
| A. Motta (1971-?)          | Concorezzo       | donne            | 1995       |
| G. Traverso                | Sestri Ponente   | pazienti anziani | 1996       |
| F. Gamper (1956-1996)      | Merano           | miste, coppie    | 1996       |
| G. Zinnanti (1962-?)       | Milano           | uomini, donne    | 1997       |

TABELLA 2 – GLI ASSASSINI SERIALI IN ITALIA  
B - IN COPPIA

|  | LUOGO                   | VITTIME                            | DATA      |
|--|-------------------------|------------------------------------|-----------|
| W. Abel (1959-?)                             | Nord Italia<br>Germania | omosessuali, vagabondi, prostitute | 1977-1984 |
| A. Furlan (1960-?)                           | Italia                  |                                    |           |
| M. Gargiulo (1970-?)<br>E. Gargiulo (1927-?) | Roma                    | donne, bambini                     | 1991-1994 |

TABELLA 2 – GLI ASSASSINI SERIALI IN ITALIA  
C - IN GRUPPO

|   | LUOGO                                  | VITTIME          | DATA      |
|---|--|------------------|-----------|
| P. De Blasio<br>A. De Tos<br>A. De Tos  | Alleghe                                | donne, uomo      | 1933-1946 |
| La «Banda della<br>Uno bianca»<br>A. Savi (1965-?)<br>R. Savi (1954-?)<br>F. Savi (1960-?)<br>P. Gugliotta (1961-?)<br>M. Occhipinti (1966-?)<br>L. Vallicelli (1964-?) | Emilia Romagna                         | uomini, donna    | 1987-1994 |
| L. Urbanovic<br>M. Urbanovic<br>J. Kabairich  | Lombardia<br>Piemonte<br>Ex Jugoslavia | miste            | 1988-1990 |
| R. Cerutti (1967-?)<br>M. Cerutti (1977-?)<br>G. Cristiano (1975-?)<br>R. Malusa (1945-?)<br>A. Crepaldi (1933-?)<br>E. Mantano (1947-?)                                | Rivoli (Torino)                        | pazienti anziane | ?-1994    |

## BIBLIOGRAFIA

- AA.VV., (1997); *Vivere per uccidere*, Calusca; Padova.
- ANDERSON J., (1994), *Genesis of a Serial Killer: Fantas-v's Integral Role in the Creation of a Monster*, Senior Paper, May 1994, Psychology Department, Luther College, Decorah, IA52101.
- BANDINI T. et al., (1991), *Criminologia*, Giuffrè, Milano.
- DE LEO G. e PATRIZI P., (1992), *La spiegazione del crimine*, Il Mulino, Bologna.
- DE LUCA R., (1996), *Anatomia del serial killer*, Tesi di Laurea non pubblicata, A.A. 1994/95, Facoltà di Psicologia, Università di Roma «La Sapienza».
- DE LUCA R., (1997), *Serial Killer* (titolo provvisorio), pubblicazione prevista per il 1998.
- DOUGLAS J. et al., (1992), *Crime Classification Manual*, Lexington Books, New York.
- DUBNER S.J., (1992), *Portrait of a Serial Killer*, New York, 25.
- GREIST J.A. et al. (1982), *Treatment of Mental Disorders*, Oxford University Press, N.J.
- LIEBERT LA. (1985), *Contributions of Psychiatric Consultation in the Investigation of Serial Murder*, Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, Vol. 29 (3), pp. 189-200.
- MARSHALL W.L. (1993), *The Treatment of Sex Offenders*, Journal of Interpersonal Violence, 8 (4), pp. 524-530.
- MASHALI W.L. e PITHERS W.D. (1994), *A Reconsideration of Treatment Outcome with Sex Offenders*, Criminal Justice and Behavior, 21 (1), pp. 10-27.
- MASTRONARDI V., (1996), *Manuale per operatori criminologici e psicopatologici forensi*, Giuffrè, Milano
- MC CORD W. e MC CORD J., (1964), *The Psychopath* (tr. it. *Lo Psicopatico*), Astrolabio, Roma.
- NEWTON M. (1992), *Serial Slaughter*, Loompanics, Washington.
- NORRIS J. (1988), *Serial Killers*, Anchor Books, New York.
- PONTI G. e FORNARI U., (1995), *Il fascino del male*, Cortina, Milano.
- RESSLER R. et al., (1988), *Sexual Homicide*, Simon & Schuster, London.
- SAMENOW S., (1984), *Inside the Criminal Mind*, Times Books, New York.
- THORNE F.C. (1959), *The Etiology of Sociopathic Reaction*, American Journal of Psychotherapy, 13, pp. 319-330.
- VAILLANT G.E., (1975), *Sociopathy as a Human Process: a Viewpoint*, Archives of General Psychiatry, 32, pp. 178-183.
- WATZLAWICK P., (1967), *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma
- Wilson C. e Seaman D., (1990), «The Serial Killers», True Crime, London.

## RIASSUNTO

Fino ad oggi nell'omicidio seriale è stata considerata prevalente la componente sessuale e i trattamenti tentati sui soggetti hanno sempre fallito.

Partendo dal *modello S.I.R.* di De Luca, che mette in luce la varietà delle motivazioni che spingono all'omicidio seriale, gli Autori affermano la necessità di un trattamento flessibile che miri a modificare la struttura cognitiva-motivazionale del singolo assassino seriale, composto da tecniche che vanno dalla psicoterapia individuale a quella familiare e di gruppo, passando per l'assunzione di farmaci laddove si renda necessario e una dieta alimentare adeguata per colmare eventuali carenze nutrizionali.

Le tecniche vanno utilizzate in maniera integrata e con importanza variabile dell'una o dell'altra a seconda del tipo di assassino in esame. Essendo lo scopo principale di ogni trattamento, quello di riabilitare l'individuo per farlo reinserire positivamente nella società, è di fondamentale importanza il momento del *follow-up* che permette di seguire costantemente il soggetto una volta uscito dell'istituzione totale. Questa fase dev'essere seguita da operatori particolarmente esperti in grado di riconoscere i tentativi di manipolazione effettuati dall'assassino.

Gli Autori, comunque, fanno notare che si tratta solo di un'ipotesi di trattamento che avrebbe bisogno di una sperimentazione sul campo e che comporta numerosi problemi per la realizzazione concreta con esito positivo, dato che fino ad oggi l'assassino seriale si è sempre dimostrato irrecuperabile.

## RÉSUMÉ

Jusqu'à ce jour, la composante sexuelle a été jugée prédominante pour l'homicide sériel et les traitements appliqués aux sujets qui ont commis un tel délit n'ont pas réussi. En partant du modèle *SIR* élaboré par De Luca, qui met en relief la diversité des motivations qui poussent à l'homicide sériel, les Auteurs affirment la nécessité d'un traitement flexible, qui devrait tendre à modifier la structure cognitive-motivationale de chaque assassin sériel.

Le traitement devrait être composé de plusieurs techniques: psychothérapie individuelle, familiale ou de groupe, et, s'il y a lieu, des médicaments et même une diète alimentaire adéquate pour combler des lacunes nutritionnelles.

Telles techniques doivent être utilisées en intégrant et en donnant à chacune d'entre elles son importance, selon les différents assassins à l'examen.

Le but de chaque traitement est réhabiliter l'individu pour le réinsérer activement dans la société; pour cette raison est très important le «*follow up*», qui permet de suivre costamment le sujet lorsqu'il sera sorti de l'établissement pénitentiaire.

Cette phase doit être suivie par des opérateurs professionnels qui peuvent reconnaître les manoeuvres de l'assassin.

Les Auteurs font remarquer qu'il s'agit seulement d'une hypothèse de traitement, qui nécessite une expérimentation et qui peut comporter plusieurs problèmes dans sa réalisation pratique; en effet on doit rappeler que, jusqu'à ce jour, l'assassin sériel n'a jamais été récupérable.

## SUMMARY

Up to now, sex has been considered the prevailing component in serial murders and the treatment of the relevant offenders has always failed.

Starting from the *model S. I. R.* by De Luca, which highlights the several reasons driving to serial murders, the Authors consider a flexible treatment necessary, aimed at changing the cognitive - motivational attitude of every single serial killer. Such a treatment should include an individual, family and group psychotherapy as well as the taking of medicines, where necessary, and an adequate diet in order to fill a possible nutritional deficiency.

These techniques should be combined and selected depending on the importance of the one or the other, in accordance with the kind of murderer being considered. The main aim of each treatment being the rehabilitation of offenders in order they may be positively reinserted into society, the *follow-up* is of primary importance, as it enables to follow the offender constantly once he leaves the institution. This phase should be followed by expert operators who are able to recognize the murderer's attempt at manipulation. The Authors, on the other hand, underline that such an hypothesis about treatment should be tested and that its real, definite realization involves many problems as, up to now, serial killers have always proved to be irretrievable.