# PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

*Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)*

*AnnoXXXIX • n. 1 • gennaio–giugno 2026* Rivista fondata da A. Giannelli, diretta da G. Cerveri *Semestrale*

# Johnson & Johnson

Johnson & Johnson apre la strada verso la medicina del futuro. I pazienti ispirano le nostre innovazioni scientifiche, che continuano a progredire e a salvare vite. Ascoltando la voce dei pazienti e applicando i principi della scienza, affrontiamo con fiducia alcune delle malattie più complesse del nostro tempo e sviluppiamo i potenziali farmaci del futuro.

jnj.com

Johnson&Johnson

# SOMMARIO

*AnnoXXXIX • n. 1 • gennaio–giugno*

## IN PRIMO PIANO


**4** **Editoriale**
*di Migliarese G., Dell'Osso B.*

**6** **La Psicosi a portata di click: come le nuove droghe online stanno ridisegnando la clinica psichiatrica**
*di Cerveri G.*


## SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA


**12** **Il vissuto degli operatori sanitari: un'osservazione longitudinale e trasversale (a partire dai servizi di salute mentale)**
*di Berto E., Manzone M.L., Calvo G., Di Croce E., Marchetti M., Fontò G.*

**21** **Forgotten children**
***Gli effetti della malattia mentale dei genitori sui figli osservati da Assistenti Sociali***
*di Colavito A., Clerici M.*

**30** **Quale ontologia per la malattia mentale di oggi e di domani?**
***Riflessioni sulla filosofia della psichiatria e sulla psichiatria come scienza***
*di Delvecchio G., Durbano F.*

**35** **Continuità di cura e domiciliarità: un'analisi dei progetti della sperimentazione locale sulle Cure Domiciliari in Salute Mentale di ATS Milano Città Metropolitana**
*di Ferrari R., Fornoni C., Cauli G., Tosoni F., Arcidiacono E., Salari B., Rolli F.*

**48** **Comportamenti autolesivi nei giovani con background migratorio di seconda generazione: fattori relazionali e tratti maladattivi di personalità in un campione clinico**
*di Pierotti A.P., Atria F., Malvini L., Meliante M., Percudani M.*

**55** **Politiche sanitarie, modelli di intervento e approcci farmacologici per la dipendenza da Internet nei giovani: una revisione delle evidenze nel contesto italiano**
*di Vincenti A.*

**60** **Assistenza medica al morire nelle patologie psichiatriche: autonomia, capacità decisionale e vulnerabilità**
*di Fraticelli C.*

**70** **Un caso di cronaca nera**
*di Grasso F.*

**74** **Mental Room: valutazione preliminare del loro utilizzo nella prevenzione del ricorso alla contenzione meccanica mei reparti di psichiatria e neuropsichiatria infantile**
*di Priori V., Grecchi A., Canevini M.P., Albizzati A., Capone A., Ceppi G., Ferrando E., Maresca G., Mattavelli S., Gobbi L., Panarello S., Modigliani G., D'Agostino A.*

**81** **Il suicidio assistito del paziente psichiatrico: molte domande, poche certezze**
*di Toscano M.*


## CONTRIBUTI DI ALTRE SOCIETÀ


**86** CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M. SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE
**Il paziente psichiatrico autore di reato**
***Una survey multicentrica***
*di Antini G.I., Simonetti M.L., Mielli L., Pace G., Marcelli S., Gatti C., Caucci S., D'Angelo G.*

**97** CONTRIBUTO AITeRP ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA
**Transizioni, prossimità, evidenze: il Congresso Nazionale AITeRP 2026 e le sfide aperte della riabilitazione psichiatrica italiana**
*di Carletto M.G.,Casella N, Fossati E., Perillo A., Racioppi L.*

**103** CONTRIBUTO FAMIGLIE IN RETE OdV ETS COORDINAMENTO NAZIONALE DI ASSOCIAZIONI DI UTENTI E FAMILIARI PER LA SALUTE MENTALE
**L'accoglienza del paziente psichiatrico in pronto soccorso**
*di Gorlani M., Basilici F., Pretto M., Imperatore R., Gori C.*


## PSICHIATRIA FORENSE


**115** **In materia di TSO: il paziente ha diritto alla difesa ma lo pschiatra non rappresenta l'accusa**
*di Acciavatti T., Cicolini A.*

**120** **La salute mentale e i diritti della persona come variabile indipendente: prime considerazioni**
*di Amatulli A.*

**125** **Madri autrici di figlicidio con disturbo psichiatrico: trattamento psicoterapico in REMS**
*di Giacco S., Cicolini A.*


In copertina: *Snöklockan, Per Åkesson Hasselberg, 1885*
© UFA66 - Own work, CC BY-SA 3.0


**PSICHIATRIA OGGI**
*Fatti e opinioni dalla Lombardia*
**Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)**

**Fondata da:**
Alberto Giannelli

**Diretta da:**
Giancarlo Cerveri (*Lodi*)



**Comitato di Direzione:**
Bernardo Dell'Osso (*Milano FBF Sacco*)
Giovanni Migliarese (*Vigevano*)

**Comitato Scientifico:**
Antonio Amatulli (*Vimercate*)
Luisa Aroasio (*Voghera*)
Emi Bondi (*Bergamo*)
Camilla Callegari (*Varese*)
Carlo Fraticelli (*Como*)
Massimo Clerici (*Monza*)
Federico Durbano (*Melzo*)
Alessandro Grecchi (*Milano SS Paolo Carlo*)
Alberto Giannelli (*Milano*)
Gianmarco Giobbio (*San Colombano*)
Antonio Magnani (*Mantova*)
Claudio Mencacci (*Milano FBF Sacco*)
Carla Morganti (*Milano Niguarda*)
Laura Novel (*Bergamo*)
Mauro Percudani (*Milano Niguarda*)
Massimo Rabboni (*Bergamo*)
Matteo Rocchetti (*Pavia*)
Pierluigi Politi (*Pavia*)
Virginio Salvi (*Crema*)
Gianluigi Tomaselli (*Treviglio*)
Marco Toscano (*Garbagnate*)
Caterina Viganò (*Milano FBF Sacco*)
Simone Vender (*Varese*)
Antonio Vita (*Brescia*)

**Segreteria di Direzione:**
Silvia Paletta (*ASST Lodi*)
Matteo Porcellana (*ASST GOM Niguarda*)
Davide La Tegola (*ASST Monza*)

**Art Director:**
Paperplane snc

**Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori**

**COMUNICAZIONE AI LETTORI**
In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.



**EDITORE:**
Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1 -24127 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.



Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

**PSICHIATRIA OGGI**

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it

# Madri autrici di figlicidio con disturbo psichiatrico: trattamento psicoterapico in REMS

*di Giacco S.*, Cicolini A.**

**ABSTRACT**

Il figlicidio materno, per le implicazioni sociali, clinico-psicologiche e forensi che comporta, rappresenta una delle forme più complesse di omicidio intrafamiliare. La comprensione del fenomeno richiede un'analisi integrata di fattori psicopatologici e socio-ambientali. Quando questo reato è associato alla malattia mentale della madre, possono emergere nella storia dell'interessata precedenti esperienze traumatiche e condizioni di isolamento sociale. Dal punto di vista giuridico, l'imputabilità delle madri autrici di figlicidio può risultare esclusa o ridotta ai sensi degli articoli 88 e 89 del Codice Penale, con conseguente applicazione di Misura di Sicurezza in contesti residenziali come le REMS (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza). Le REMS di Castiglione delle Stiviere (MN) possiedono una consolidata esperienza nel trattamento psicoterapico di questa tipologia di pazienti, sviluppata già prima della riforma che ha sancito il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (legge 81/2014), quando la struttura rappresentava l'unica realtà italiana ad accogliere le donne autrici di reato ritenute incapaci di intendere e di volere. Tale esperienza si è ulteriormente rafforzata con l'istituzione delle attuali REMS e con la presenza stabile della figura dello psicoterapeuta all'interno dell'équipe multiprofessionale. Il trattamento prevede diversi passaggi che si integrano tra loro in modo dinamico e riguardano: la costruzione della relazione terapeutica, la valutazione dello stato psichico, la definizione degli obiettivi di cura, l'elaborazione del fatto-reato, il lavoro con la rete esterna e l'accompagnamento alla dimissione. L'esperienza maturata a Castiglione delle Stiviere evidenzia come questo modello favorisca la riduzione della pericolosità sociale, il rafforzamento della consapevolezza di malattia, la progressiva elaborazione del reato e la promozione di percorsi di reinserimento sociale.

## INTRODUZIONE

Il figlicidio materno, ossia l'uccisione di un figlio biologico o adottivo da parte della madre, rappresenta dal punto di vista clinico, psicologico e forense una delle forme più complesse di omicidio intrafamiliare. La comprensione di tale fenomeno richiede un'analisi approfondita delle condizioni psichiche, relazionali e sociali che caratterizzano la donna al momento del fatto-reato (Biancofiore & Grattagliano, 2020). La letteratura internazionale sull'argomento evidenzia una percentuale rilevante di madri autrici di figlicidio con condizioni psicopatologiche tali da compromettere la capacità di comprendere e controllare le proprie azioni al momento dell'omicidio (Mastronardi & De Vita, 2012). È importante specificare il come la sola presenza di una patologia mentale non esaurisca la spiegazione del fenomeno, di fatto tali studi restituiscono un'interazione di fattori psicopatologici, relazionali e socio-ambientali e in molti casi descrivono una condizione di fragilità psicologica della madre preesistente e una rete di sostegno familiare e sociale spesso insufficiente o assente. (Friedman SH et al., 2012; Kendall-Tackett, 2023; Giacco et al., 2023). In un nostro precedente studio, condotto su 55 casi di madri figlicide, abbiamo riscontrato la presenza di sintomi psicotici al momento dell'evento, tentativi di suicidio e trattamenti psichiatrici pregressi. Inoltre, una quota significativa di pazienti riportava esperienze di violenza domestica o

abusi subiti in età evolutiva-adolescenziale. In ambito criminologico, i motivi sottesi al figlicidio si articolano lungo un continuum che va dall'agito psicotico a quello reattivo. Le principali tipologie del reato vanno dal figlicidio altruistico, volto a risparmiare al figlio sofferenze reali o immaginarie, al figlicidio per vendetta, connesso a dinamiche di coppia distruttive (Resnick, 1969; Friedman SH et al., 2012; Mastronardi & De Vita, 2012). Nei casi in cui è comprovato che l'azione derivi da un disturbo psichiatrico che abbia compromesso il legame con la realtà esterna, la responsabilità penale della madre è generalmente esclusa. Il trattamento e la gestione forense che ne conseguono si configurano come sfide multiprofessionali. È necessario un approccio integrato, di percorsi psicoterapici, farmacologici e riabilitativi, finalizzato alla riduzione della pericolosità sociale, attraverso la ricostruzione dell'equilibrio psichico, identitario e relazionale della donna (Haapasalo & Petäjä, 2021; Giacco et al., 2023).

Nel presente lavoro esponiamo i principali passaggi del percorso psicoterapico rivolto alle madri autrici di figlicidio, sottoposte a Misura di Sicurezza detentiva in REMS. Il modello a cui facciamo riferimento è quello sviluppato a Castiglione delle Stiviere (MN), struttura che possiede una consolidata esperienza nel trattamento di questa tipologia di pazienti, sviluppata già prima della riforma che ha sancito il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (legge 81/2014), quando rappresentava l'unica realtà italiana ad accogliere le donne autrici di reato ritenute incapaci di intendere e di volere. Tale esperienza nel trattamento si è ulteriormente rafforzata con l'istituzione delle attuali REMS e con la presenza stabile della figura dello psicoterapeuta all'interno dell'équipe multiprofessionale. Il modello di Castiglione può avvalersi di un approccio multidisciplinare e integrato che combina stabilizzazione psichiatrica e psicoterapia con interventi psicoeducativi, assistenziali e sociali. L'attuale struttura accoglie pazienti provenienti dalla Regione Lombardia e, in deroga al principio di territorialità, anche da altre regioni.

## INQUADRAMENTO GIURIDICO DELL'IMPUTABILITÀ

Ai sensi dell'Articolo 85 del Codice Penale Italiano, la capacità di intendere e di volere costituisce il presupposto dell'imputabilità penale, della possibilità di rendere un soggetto punibile per un fatto qualificato come reato (Basilio, 2002). L'ordinamento italiano disciplina in modo specifico le ipotesi in cui questa capacità è esclusa o ridotta attraverso gli Articoli 88 e 89 del Codice Penale («vizio totale di mente e vizio parziale di mente»). Secondo l'art. 88 c.p., "non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da escludere la capacità d'intendere o di volere". Nel caso dell'art. 89 c.p., la norma prevede che "chi, ... era, per infermità, in tale stato di mente da scemare grandemente, senza escluderla, la capacità d'intendere o di volere, risponde del reato commesso; ma la pena è diminuita".

Nel dettaglio, l'accertamento peritale disposto dalla Magistratura deve far riferimento al momento del figlicidio, valutando se al tempo dell'evento la madre fosse in uno stato tale da escludere o ridurre significativamente la sua capacità di intendere o volere. La condizione di incapacità non può essere dedotta in astratto dalla sola presenza di una diagnosi psichiatrica, ma deve essere oggetto di una valutazione specifica e contestualizzata al fatto concreto. Se il procedimento esclude l'imputabilità ma rileva una pericolosità sociale, alla madre viene applicata una Misura di Sicurezza. Quando tale condizione giuridica non può essere gestita in contesti di cura non detentivi, si ricorre per extrema ratio al collocamento della madre nelle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza.

## IL TRATTAMENTO PSICOTERAPICO DELLA MADRE AUTRICE DI FIGLICIDIO IN REMS

Sul tema del trattamento psicoterapico della paziente autrice di figlicidio, con incapacità di intendere e di volere al momento del fatto-reato e ritenuta pericolosa socialmente dalla Magistratura competente, nel 2021

abbiamo condotto uno studio qualitativo che ha favorito l'individuazione dei principali passaggi che contraddistinguono il trattamento di questa categoria di pazienti. Nel presente elaborato riprenderemo tali passaggi, che integreremo con ulteriori informazioni ricavate da nostri ulteriori approfondimenti sul tema, incentrati sulle caratteristiche di queste pazienti e agli esiti clinici del loro trattamento in REMS (Giacco et al. 2023; 2025). La base del percorso psicoterapico in REMS è data dalla presa in carico multidisciplinare, orientata non solo alla stabilizzazione clinica, ma anche alla ricostruzione di una soggettività integrata, capace di attribuire senso alla malattia e al reato commesso (Spadaro, 2018). Il nostro trattamento integrato si fonda su un modello bio-psico-sociale, in cui gli interventi psicoterapici, farmacologici, riabilitativi e psicoeducativi concorrono alla ricostruzione del Sé e alla riduzione della pericolosità sociale (Boaron et al., 2019; Mandarelli et al., 2019; Giacco et al., 2025).

All'interno di tale cornice, l'offerta psicoterapica si distingue per un setting strutturato su incontri settimanali, con possibilità di colloqui aggiuntivi nei momenti di maggiore vulnerabilità per la paziente, dove lo stesso psicologo può assumere l'iniziativa di contattare l'interessata. Tra le circostanze che richiedono tali adattamenti rientrano le ricorrenze legate agli omicidi e ai compleanni dei figli, le difficoltà di inserimento nella struttura, eventi emotivamente rilevanti come incontri con i familiari, visite al cimitero, prospettive di dimissione, e l'emergere di ideazione suicidaria.

Il contesto residenziale forense rappresenta un ambiente complesso in cui coesistono fattori che possono sia favorire che ostacolare il percorso terapeutico. Il tempo, in particolare, assume una duplice valenza: da un lato consente lo sviluppo di un percorso di cura continuativo e profondo; dall'altro, la prolungata separazione dal mondo esterno limita le occasioni di confronto con altri contesti relazionali, riducendo le possibilità per la paziente di poter sperimentare le acquisizioni raggiunte nei colloqui. Le attività riabilitative e i permessi di uscita svolgono una funzione compensativa, offrendo alla paziente la possibilità di sperimentare gradualmente situazioni relazionali esterne.

Durante la degenza spesso tale tipologia di pazienti beneficia dell'incontro e della condivisione della permanenza in struttura con altre madri autrici del medesimo reato, in cui poter trovare supporto e possibilità di condivisione. La cornice del trattamento in REMS garantisce alla paziente una condizione di sicurezza e contenimento, tale da prevenire la possibile messa in atto di condotte autolesive, attraverso una costante vigilanza e la presenza di supporto. Inoltre la struttura fornisce una cornice regolativa che filtra i contatti con l'esterno, consentendo alla paziente di sentirsi tutelata finché non è pronta ad affrontare tale realtà. Questa condizione di tutela permette allo psicologo di condurre un lavoro terapeutico continuativo e strutturato, che in un contesto libero potrebbe interrompersi a causa di crisi o comportamenti autolesivi dell'interessata.

Come anticipato l'esperienza maturata, con tale tipologia di pazienti, nelle strutture psichiatrico forensi che si sono succedute a Castiglione delle Stiviere (ex OPG, REMS), ha permesso di delineare un modello psicoterapico di trattamento, centrato sulla persona e attento alla specificità del reato commesso. La complessità del caso comporta la necessità di affrontare simultaneamente il trauma del gesto, la rielaborazione della colpa e del reato, la presenza di gravi psicopatologie e la ridefinizione identitaria dell'interessata. Il percorso si muove lungo un continuum supportivo-espressivo (Gabbard, 2015), adattandosi alle fasi di consapevolezza della paziente. Inizialmente prevalgono interventi supportivi, successivamente, l'intervento si apre alla rielaborazione del fatto-reato. I passaggi del trattamento non seguono un ordine cronologico e/o gerarchico, ma a livello sistemico avanzano e si intrecciano all'interno del percorso della paziente.

I passaggi fondamentali comprendono:

- la costruzione della relazione terapeutica;
- la valutazione dello stato psichico;
- la condivisione degli obiettivi di trattamento;
- l'elaborazione del fatto-reato;

– il lavoro con la rete esterna;
– l'accompagnamento alla dimissione.

La *costruzione della relazione terapeutica* si basa su una co-costruzione continua con la paziente, che può protrarsi per l'intero svolgimento della terapia. È importante far percepire alla figlicida un cambiamento rispetto agli incontri avuti con altri professionisti prima dell'ingresso in struttura (forze dell'ordine, periti, giudice), il cui lavoro è orientato al raggiungimento di obiettivi differenti rispetto a quelli dell'équipe della REMS. Il lavoro iniziale è finalizzato al far comprendere tale cambiamento relazionale alla madre, portandola alla percezione di un rapporto con il professionista orientato all'aiuto. L'inizio del lavoro si concentra in maniera prevalente su colloqui di sostegno.

La fase dedicata alla *valutazione dello stato psichico*, si sofferma sull'analisi dell'organizzazione di personalità della paziente, sui meccanismi di difesa prevalenti, la capacità di mentalizzazione e il livello di consapevolezza della malattia mentale. I colloqui vertono sulla storia personale, sulle relazioni significative e sui vissuti ad esse connessi. Particolare attenzione viene riservata ai pensieri distaccati dalla realtà, correlati all'esecuzione del reato. Lo psicoterapeuta inserisce delicatamente scenari alternativi rispetto a quelli riportati dalla figlicida, con l'obiettivo di stimolare una visione differente degli eventi. Se necessario vengono forniti feedback alla paziente sui progressi in termini di consapevolezza sia rispetto alla condizione psicopatologica, sia sul come questa si colleghi al reato commesso. Tale condizione si pone come base per il proseguo di un lavoro terapeutico più strutturato e riflessivo. In questa fase un punto di forza del contesto forense è rappresentato dall'integrazione tra il lavoro psicoterapeutico e quello delle altre figure professionali dell'équipe, che consente di raccogliere informazioni cliniche e comportamentali di grande rilievo, spesso non facilmente accessibili in un setting ambulatoriale tradizionale.

L'esperienza clinica ci porta a dover riscontrare una minoranza di madri in cui i contenuti distaccati del pensiero legati al reato rimangono rigidamente consolidati. Lo studio osservazionale-retrospettivo che abbiamo condotto nel 2023 ha rilevato un 4% di figlicide che non riescono all'interno del trattamento ad integrare punti di vista alternativi ai propri rimanendo ancorate ad una ideazione legata al reato non aderente al piano di realtà. In queste situazioni si privilegia la prosecuzione di un percorso ad orientamento supportivo, che esula dalla rielaborazione del fatto reato, indirizzato a favorire l'accettazione della Misura di Sicurezza e la comprensione del proprio funzionamento al fine di favorire l'adesione al trattamento integrato.

Il trattamento prevede anche la *condivisione di obiettivi*, passaggio fondamentale per promuovere la responsabilizzazione della paziente. Gli obiettivi dipendono dall'evoluzione del percorso terapeutico e dalle caratteristiche personologiche della paziente; possono dunque variare da caso a caso. Solitamente vertono sulla strutturazione di colloqui psicoterapici congiunti con i familiari al fine di poter affrontare una tematica particolare (es. descrivere i pensieri alla base del reato commesso), oppure possono riguardare un approfondimento sui traumi della persona o la preparazione della madre alla visita al cimitero dove è sepolto il figlio. L'articolazione degli obiettivi favorisce un senso di progressione e motivazione interna, riducendo la percezione di passività o coercizione tipica dei contesti forensi. La preparazione, il monitoraggio e la verifica degli obiettivi diventa parte integrante del processo terapeutico e può integrarsi con il lavoro delle altre figure professionali.

Un ruolo centrale nel trattamento della figlicida è assunto dall'*elaborazione del fatto-reato*. Il percorso psicoterapico si concentra sulla creazione di collegamenti tra la storia di vita della paziente, comprese perdite, traumi e relazioni significative, e la manifestazione psicopatologica. Si analizza come la condizione clinica sia collegata all'omicidio, esplorando pensieri e emozioni precedenti e successivi all'evento. I temi principali del percorso mirano a rileggere i vissuti della paziente da punti di vista alternativi, aumentando le capacità di mentalizzazione e

favorendo l'integrazione di quegli aspetti della personalità e della percezione della realtà che tendono a essere scissi. Particolare attenzione è rivolta al rapporto della figlicida con i propri genitori, alla relazione di coppia e al significato attribuito alla maternità. Si indagano, ad esempio, il desiderio di maternità, i pensieri e i sentimenti esperiti durante la gravidanza e dopo il parto (figlio immaginato, figlio reale) e il ruolo assunto dal partner nella crescita del figlio. In questa fase può avvenire l'accompagnamento della paziente presso il luogo di sepoltura della vittima o altri siti significativi, passo che favorisce il contatto diretto con la realtà. Questa esperienza non viene mai imposta, ma attuata solo su richiesta della paziente, sempre in condizioni di protezione e con la presenza dello psicologo, figura con la quale sono stati costruiti i presupposti per affrontare un momento così delicato. Questo tipo di esperienza diventa materiale su cui lavorare nel prosieguo del trattamento, e spesso le madri la percepiscono come un passaggio necessario. Ulteriori strumenti che possono essere utilizzati al fine della rielaborazione del fatto possono essere gli articoli di giornale riguardanti il reato commesso dalla paziente. Per sostenere la paziente nell'accettazione del dolore possono essere utilizzate anche fotografie del figlio, che diventano oggetto e argomento di colloquio. Questi passaggi, come sottolineano Barbieri & Luzzago (2010), permettono di collocare la sofferenza nel contesto della propria storia, organizzando gli eventi in un ordine temporale significativo, integrandoli nella propria identità.

Il *lavoro con la rete esterna* rappresenta un elemento fondamentale nel percorso di elaborazione della paziente. Nello studio che abbiamo condotto nel 2023 abbiamo di fatto riscontrato una condizione di isolamento relazionale della madre, precedente al reato, nel 50% dei casi esaminati e nel 65% la presenza di separazione/divorzio dal partner. La persona viene preparata e accompagnata nel confrontarsi con una realtà profondamente mutata. Il terapeuta partecipa ai colloqui con familiari o altre persone significative, sostenendo la paziente nella comunicazione e aiutandola a esprimere in modo comprensibile i pensieri e le emozioni che l'hanno condotta al reato. Parallelamente, si accompagna la rete esterna nella comprensione della malattia e del nesso tra questa e il comportamento omicida della persona cara. Questo processo può favorire un riavvicinamento relazionale; quando ciò non avviene, contribuisce comunque a offrire una lettura più autentica dei fatti da parte dei familiari, che spesso giungono agli incontri con percezioni e opinioni inesatte o parziali. L'obiettivo è quello di preparare la rete esterna a sostenere la paziente, attraverso la circolazione delle informazioni acquisite nei colloqui, facilitando la sua integrazione e il supporto sociale.

La fase conclusiva del percorso terapeutico, *accompagnamento alla dimissione*, prevede un sostegno mirato al passaggio verso contesti meno protetti. La paziente viene guidata nell'acquisizione di autonomia, gestione delle emozioni e capacità relazionali, consolidando le competenze acquisite durante la degenza. Si condividono i vissuti delle licenze e dei periodi di prova, effettuate durante il percorso in REMS, tra cui quelle nella comunità dove la paziente proseguirà il trattamento. In questa fase l'obiettivo prevalente è quello di incrementare nella paziente la consapevolezza della necessità di proseguire il percorso di cura e di collaborare con i servizi territoriali di riferimento. Nei colloqui si riflette sul ruolo del trattamento integrato nel prevenire dissociazioni del pensiero o ricadute emotive, coinvolgendo anche persone significative e fidate, eventualmente collegate alla rete territoriale di riferimento. A livello sistemico, la collaborazione con i servizi territoriali di salute mentale e con le reti sociali risulta fondamentale per garantire la continuità terapeutica e favorire un reinserimento graduale nella comunità.

Su questo punto, possiamo evidenziare gli esiti di trattamento emersi dallo studio da noi condotto nel 2023: nell'82% dei casi di figlicidio si è osservata la revoca della misura di sicurezza detentiva, con contestuale trasformazione in libertà vigilata presso comunità terapeutiche.

La durata media del trattamento per questa tipologia di pazienti nelle REMS di Castiglione si attesta intorno ai cinque anni di misura di sicurezza, a fronte di un'assegnazione da parte della magistratura competente che, di norma, prevede una durata di dieci anni. Un nostro recente case report del 2025, relativo a una paziente figlicida trattata in REMS, ha evidenziato, al termine del percorso, significativi miglioramenti nella consapevolezza di malattia, nella gestione del senso di colpa e nella capacità di mentalizzazione, con una conseguente riduzione della pericolosità sociale. Sul piano clinico, le valutazioni psicodiagnostiche effettuate in modo longitudinale durante il trattamento hanno rilevato progressi nella gestione dell'impulsività, nella regolazione dell'umore e nei contenuti ideativi.

Il punto di vista della paziente risulta coerente con le misurazioni effettuate dagli specialisti: la stessa ha infatti riferito una diminuzione dei conflitti percepiti sia in ambito familiare sia nei contesti sociali, nonché una minore tendenza all'esternalizzazione delle responsabilità relative ai propri comportamenti. Riconosce la presenza di vissuti di tristezza, considerati come una reazione comprensibile alla perdita dei figli, e si dichiara consapevole di aver commesso il reato sotto la spinta di ideazione delirante e in relazione alle proprie vulnerabilità personologiche. La paziente è inoltre giunta a identificare i principali fattori di protezione per il proprio benessere psichico: il mantenimento del rapporto con la madre, la costruzione di una rete relazionale esterna, una comunicazione più chiara e autentica dei propri vissuti e pensieri, nonché la prosecuzione del percorso terapeutico.

## CONCLUSIONI

Il modello di trattamento descritto evidenzia come un approccio integrato multidisciplinare, fondato sull'alleanza terapeutica e su un continuum supportivo-espressivo, rappresenti un elemento imprescindibile per la presa in carico delle pazienti autrici di figlicidio, incapaci di intendere e di volere al momento del fatto-reato. In particolare, il lavoro psicoterapico orientato alla ricostruzione del Sé, all'incremento delle capacità di mentalizzazione e alla progressiva integrazione del fatto-reato nella storia personale, appare centrale nel favorire un'evoluzione clinica significativa e una riduzione della pericolosità sociale. L'articolazione del percorso terapeutico in fasi flessibili e interconnesse, consente di adattare l'intervento alle caratteristiche e ai tempi della singola paziente. Il contesto strutturato della REMS si configura come ambiente facilitante per un lavoro psicoterapico continuativo, difficilmente realizzabile in contesti meno protetti.

Gli esiti clinici da noi osservati, sia a livello di studi osservazionali sia di case report, evidenziano come la maggior parte delle figlicide possa raggiungere miglioramenti significativi in termini di consapevolezza di malattia, regolazione emotiva, gestione del senso di colpa e capacità relazionali. Tali progressi si associano a una concreta riduzione della pericolosità sociale, come dimostrato dall'elevata percentuale di revoche delle Misure di Sicurezza detentive e dal passaggio a contesti di cura meno restrittivi.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Sistema polimodulare REMS Castiglione delle Stiviere, ASST Mantova*

CORRISPONDENZA

*simone.giacco@asst-mantova.it*

*alessia.cicolini@asst-mantova.it*

## BIBLIOGRAFIA


1. Barbieri, C., & Luzzago, A. (2010). *Restrizione della libertà ed espiazione della colpa: La riabilitazione anche come presa in carico del reato*. Rassegna Italiana di Criminologia, 2, 311-325.
2. Biancofiore, M., & Grattagliano, I. (2020). *Il figlicidio: aspetti criminologico-clinici e psichiatrico-forensi*. Rivista di Scienze Forensi, 144(1), 44–54.
3. Boaron, F., et al. (2019). *Dal trauma al reato*. Rassegna Italiana di Criminologia, 85-92.
4. Bourget, D., & Gagné, P. (2002). *Maternal filicide in Québec*. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 30(3), 345–351.
5. Catanesi, R., et al. (2019). *Indagine sulle REMS italiane*. Rassegna Italiana di Criminologia, 7-23.
6. Codice Penale Italiano. (1930). *Codice penale, aggiornato a novembre 2025*. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. www.normattiva.it
7. Contini, M., & Vianello, R. (2018). *Risk factors for maternal filicide: Socioeconomic and psychosocial dimensions*. Social Sciences, 7(9), 168. https://doi.org/10.3390/socsci7090168
8. Flynn SM, Shaw JJ, Abel KM (2013) *Filicide: mental illness in those who kill their children*. PLoS One 8(4):e58981. https://doi.org/10. 1371/journal.pone.0058981
9. Friedman SH, Horwitz SM, Resnick PJ (2005a) *Child murder by mothers: a critical analysis of the current state of knowledge and a research agenda*. Am J Psychiatry 162(9):1578–1587. https:// doi.org/10.1176/appi.ajp.162.9.1578
10. Friedman SH, Hrouda DR, Holden CE, Noffsinger SG, Resnick PJ (2005b) *Child murder committed by severely mentally III mothers: an examination of mothers found not guilty by reason of insanity*. 2005 *Honorable Mention/ Richard Rosner Award for the best paper by a fellow in forensic psychiatry or forensic psychology*. J Forensic Sci 50(6):1466–1471
11. Friedman SH, Cavney J, Resnick PJ (2012) *Child murder by parents and evolutionary psychology*. Psychiatr Clin N Am 35(4):781– 795. https://doi.org/10.1016/j.psc.2012.08.002
12. Gabbard, G. O. (2015). *Psichiatria psicodinamic*a (5ª ed.). Milano: Raffaello Cortina.
13. Giacco, S., Racchelli, M., Nocini, F., et al. (2021). *Il percorso psicoterapico della madre figlicida in ambito forense*. Rassegna Italiana di Criminologia, XV (2), 103-111.
14. Giacco, S., Tarter, I., Lucchini, G., & Cicolini, A. (2023). *Filicide by mentally ill maternal perpetrators: a longitudinal, retrospective study over 30 years in a single Northern Italy psychiatric-forensic facility*. Archives of women's mental health, 26(2), 153–165. https://doi.org/10.1007/s00737-023-01303-6
15. Giacco, S., Cristofaletti, E., Lucchini, G., & Cicolini, A. (2025). *Psychotherapeutic treatment outcome of a female filicide patient*. Journal of forensic sciences, 10.1111/1556-4029.70125. Advance online publication. https://doi.org/10.1111/1556-4029.70125
16. Giordano, F., Barlati, S., & Clerici, M. (2023). *Mental health services and prevention of maternal filicide: Evidence from forensic settings*. Frontiers in Psychiatry, 14, 1123. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.01123
17. Haapasalo, J., & Petäjä, S. (2021). *Treatment and rehabilitation of filicidal mothers: A forensic-psychiatric perspective*. International Journal of Law and Psychiatry, 77, 101717. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2021.101717
18. Mandarelli, G., et al. (2019). *Questioni attuali e prospettive del trattamento penitenziario dopo la legge 81/2014*. Rassegna Italiana di Criminologia, 4, 316-326.
19. Mastronardi, V., & De Vita, L. (2012). *Alcune ricerche italiane sul fenomeno del figlicidio*. Supplemento alla Rivista di Psichiatria, 47(4), 11–14.
20. Mukamana, J., Habarugira, J., & Uwizeye, G. (2022). *Understanding the lived experiences of mothers who committed filicide in Rwanda*. BMC Psychiatry, 22(1), 588. https://doi.org/10.1186/s12888-022-04081-0
21. Resnick, P. J. (1969). *Child murder by parents: A psychiatric review of filicide*. American Journal of Psychiatry, 126(3), 325–334.
22. Resnick PJ (1970) *Murder of the newborn: a psychiatric review of neonaticide*. Am J Psychiatr 126(10):1414–1420. https://doi.org/ 10.1176/ajp.126.10.1414
23. Resnick PJ (2016) *Filicide in the United States*. Indian J Psychiatry 58(Suppl 2):S203–S209

24. Spadaro, F. (2018). *La psicoterapia forense: una nuova disciplina nella tradizione psicoterapica italiana*. Rassegna Italiana di Criminologia, 3, 190-195.
25. Straticò, E., Forconi, S., Vernizzi, E., Benazzi, C., & Nocini, F. (2012). *Il trattamento delle madri infanticide in OPG*. Rivista Sperimentale di Freniatria, 3, 125-134.

## COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.
Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo *redazione@psichiatriaoggi.it*

### NORME EDITORIALI

**Lunghezza articoli:** da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.
**Cartella:** Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.
**Ogni articolo deve contenere nell'ordine:**

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:

  1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features*. J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

  Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail *redazione@psichiatriaoggi.it* in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.


**SIP-Lo**
Sezione Regionale Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria

**Presidenti:**
Bernardo Dell'Osso
Giovanni Migliarese

**Segretario**:
Virginio Salvi
Vice-Segretario:
Lara Malvini

**Tesoriere**:
Gianluigi Tomaselli
Consiglieri eletti:
Antonio Amatulli
Stefano Barlati
Giorgio Bianconi
Debora Bussolotti
Paolo Cacciani
Camilla Callegari
Annabella Di Giorgio
Federico Durbano
Gianmarco Giobbio
Alessandro Grecchi
Carla Morganti
Giovanna Molinari
Silvia Paletta
Gianpaolo Perna
Paolo Risaro
Caterina Viganò

**Rappresentanti**
**Sezione "Giovani Psichiatri":**
Laura Fusar Poli
Federico Grasso

**Membri di diritto:**
Emi Bondi
Massimo Clerici
Carlo Fraticelli
Giancarlo Cerveri
Claudio Mencacci
Mauro Percudani
Antonio Vita

**Consiglieri Permanenti:**
Giuseppe Biffi
Alberto Giannelli
Antonio Magnani
Massimo Rabboni
Simone Vender