Italian Journal Of Legal Medicine
Bioethics, Medical Jurisprudence, Biopolitics And Forensic Sciences
Vol. 1, number 1, Dec. 2012

DI MARTINO F. (*), CIAMPA I. (*),DE MICCO F.(*), MASULLO A.(*), RONCHI G. (*), VESTINI F. (**),CRISCI A. (**)

Farmaci anoressizzanti e patologia mentale: aspetti neuropsichiatrico-forensi e medico-legali in un caso di figlicidio

Poster alle VI Giornate di Studio G.I.S.D.I. – Sestri Levante, Italia, 27-29 Ottobre 2011

(*) Scuola di Specializzazione in Medicina Legale, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Seconda Università degli Studi di Napoli, (**) Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Salerno . Corresponding Author: francesca.dimartino@inwind.it

Riassunto:
Il figlicidio, come reato, non è contemplato dal Codice Penale Italiano, che riconosce solo l'infanticidio e l'omicidio volontario. In questo lavoro gli Autori presentano il caso di un figlicidio per mano materna, ponendo l'accento su come l'assunzione di farmaci anoressizzanti abbia slatentizzato, nella donna, una patologia psichica che, successivamente, ha condotto all'evento omicidario. Attraverso la valutazione medico-legale e neuropsichiatrico-forense, unitamente alla somministrazione di test mentali, gli Autori hanno analizzato lo stato di mente della donna, valutando se, al momento del fatto-reato, fosse presente una patologia psichica tale da configurare quella "infermità" in grado di incidere sulla sua capacità di intendere e di volere. Nel caso oggetto di questo lavoro, la donna, sotto l'azione di un delirio persecutorio e di riferimento, associato a pervasive allucinazioni uditive, decideva di uccidersi unitamente alla figlioletta, sebbene, al momento del fatto, il dolore fisico avesse fatto scattare in lei un istinto di sopravvivenza, salvandole la vita. In base a quanto evidenziato fu possibile affermare che, all'epoca dei fatti, la donna fosse affetta da un Disturbo Depressivo Maggiore Grave, con Manifestazioni Psicotiche Congrue all'Umore, in soggetto con tratti del Disturbo di Personalità di tipo Borderline. Era, dunque, possibile inquadrare l'omicidio della figlia come un delitto del tutto afinalistico ed immotivato, che era esploso in modo improvviso nel corso di una bouffée delirante persecutoria, in cui si era verificata una temporanea interruzione di contatto con la realtà, in cui i confini tra Io e Non-Io, tra immaginario e realtà, tra mondo interno e mondo esterno, erano svaniti. Pertanto, al momento del fatto delittuoso, ella si trovava, per infermità, in tale stato di mente da escludere totalmente la sua capacità di intendere e quella di volere.

Abstract
Anorexiant Drugs and Psychiatric Pathology: Medico Legal and Forensic Psychiatric Issues in a Filicide Case
The Italian Penal Law doesn't consider the son-murder among the crimes, reporting only the infanticide and the voluntary murder. In this work, the Authors report the case of a son-murder committed by the mother, noticing that the use of slimming pills has contributed to induce, in the woman, a mental disorder which conduced, then, at the homicide. By the legal-medical and forensic psychiatric evaluation, within the supply of mental tests, the Authors

analyze the woman's mental status and value if, at the moment of crime, there was such a mental disorder as to configure an "infirmity" which could fall on her capacity to understand and to want. In this report, the woman decided to kill herself with her daughter, guided by a persecutor delirium, associated with visual hallucinations, but, in that moment, the bodily pain stimulated her survival instinct. On the ground of the evidence, the Authors could state that, at the moment of the crime, the woman was affected by a Deep Depression, with humor congruous psychotic manifestations, in a Borderline Personality. The son-murder was, then, consider as an a-finalistic and no-motivated crime, exploded during a persecutor delirious bouffée, when there was an interruption of the contact with reality, when the frontiers between imagination and reality, between internal and external world, disappeared. So, at the moment of the crime, she was in such mental status as to suppress her capacity to understand and to want.

Parole chiave: figlicidio, farmaci anoressizzanti, infermità mentale
Key words: son-murder, slimming pills, mental infirmity

Introduzione

Il fenomeno dell'infanticidio rimane uno delitto che suscita nell'opinione pubblica un sempre più forte allarme sociale, soprattutto se si tiene conto del fatto che una buona percentuale di questi reati viene commessa nell'ambito del nucleo familiare, luogo dove il bambino dovrebbe invece essere maggiormente protetto. Da sempre, infatti, la famiglia rappresenta l'embrione della società, una microsocietà naturale, dai rapporti e funzioni estremamente complessi: attraverso di essa si apprende la propria cultura, i valori da condividere, le regole di vita ma nello stesso tempo si acquisiscono ruoli e si assumono funzioni che a seconda della vita sociale, al di fuori del proprio nucleo, si declinano in modi e maniere differenti. Nel momento in cui sorgono ostacoli individualmente considerati insormontabili, scatta l'aggressività che sempre più spesso è veicolata verso i componenti del proprio nucleo di origine considerati causa primaria delle frustrazioni. La condizione di "essere madre" comporta, inoltre, sempre un forte investimento affettivo, come non accade per alcuna altra condizione psicologica. Per tutto questo, l'infanticidio per mano materna, oltre ad essere umanamente inaccettabile, è anche culturalmente destabilizzante; ecco che allora, "*nel momento in cui vengono compiuti atti tanto efferati e apparentemente incomprensibili, viene chiamato in causa un deus ex machina, una presenza superiore, che impone il proprio arbitrio alle donne guidandole nel più abominevole dei delitti. Il deus ex machina è la pazzia. E' come se uno spirito maligno entrasse nel corpo della donna, che diventa solo involucro, carne, senza più volontà o capacità di comprendere e la portasse a compiere l'assassinio*" (Lombroso C., 2000)[1].

A conferma di ciò, alcuni studi sono arrivati alla conclusione che le madri che arrivano ad uccidere i propri figli sono state a loro volta "violate nel corpo e nell'anima" sia da piccole che da adolescenti. Queste donne, spesso, non ricordano né i fatti violenti che hanno subito né i violentatori. Pur avendo rimosso dalla memoria questi tragici eventi, tuttavia arrivano a ripeterne inconsapevolmente le gesta.

Il Figlicidio

Il figlicidio è una tipologia di delitto nettamente diversa dal neonaticidio: quest'ultimo, infatti, avviene prima che si stabilisca una relazione tra la madre e il figlio e di solito le cause del gesto vanno ricercate nel rifiuto della madre verso il proprio figlio, che lo vede come un oggetto estraneo da sé. Al contrario l'infanticidio avviene una volta che la relazione con il bambino si è creata. La madre in questo caso appare più spesso affetta da una psicopatologia definita. Infatti, attraverso la ricostruzione della storia personale e familiare, molto spesso si risale ad una lunga serie di maltrattamenti, ai quali queste donne che uccidono venivano sottoposte e che avevano finito col determinare una condizione di insopportabile frustrazione. Di fronte a questa specifica categoria di crimini, la società tende a considerare la donna autrice di figlicidio come non capace di intendere e di volere. È facile scorgere l'influenza di un retaggio storico e culturale che vede la donna incapace per natura di uccidere e di esprimere una tale violenza fisica se non per malattia mentale. Tale concezione diventa pregiudizio qualora continui ad essere considerata valida anche quando le stesse donne omicide si mostrano consapevoli e coscienti nella descrizione del gesto ed al momento del compimento del fatto, come accertato molto spesso attraverso il colloquio psicologico e durante gli accertamenti psichiatrici.

In un lavoro di A. Bramante, la patologia mentale funge da primum movens nell'uccisione dei figli (61% casi). Nel 14% dei casi il movente è la "sindrome di Medea", in cui l'odio verso il partner viene indirizzato verso il figlio, rappresentazione concreta del frutto dell'unione ed antagonista meno temibile del partner. In questa dimensione si apre il labirinto dei disturbi di personalità, territorio della psichiatria di confine, dove la normalità entra in contato con la follia, dove la ragione abdica all'irrazionale (*Bramante A, 2005*)[2].

In tutti i casi, comunque, il vero problema è la valutazione psichiatrico forense, metodologicamente corretta, dello stato di mente di queste madri nel momento in cui hanno commesso il figlicidio, cioè se presentavano infermità di mente tali da scemare grandemente o abolire le loro capacità di intendere e di volere.

Farmaci Anoressizzanti ed Imputabilità

La valutazione dell'imputabilità del sofferente psichico autore di reato costituisce ancora oggi uno dei temi più dibattuti dal diritto penale e dalle scienze psichiatriche, anche perché, trattandosi di una nozione di natura empirica e normativa, comporta l'esigenza di combinare una duplice dimensione esegetica, con il rischio di reciproche invasioni di campo e di frequenti distorsioni interpretative, facilmente strumentalizzabili (*Bandini T, Rocca G*, 2010)[3].

Tale indeterminatezza interpretativa ha condotto a numerosi dibattiti all'interno della dottrina giuridica, con l'introduzione di una vera e propria "crisi" del concetto di imputabilità, tanto da far nascere in Parlamento diverse proposte di legge sull'abolizione tout court di tale categoria giuridica del sistema penale. In realtà, più che una crisi del concetto di imputabilità, ci si trova di fronte ad una crisi "relativa" del concetto di malattia mentale, in quanto le difficoltà interpretative non riguardano la capacità di intendere e di volere, concetto ben saldo nel diritto penale moderno, ma bensì i diversi possibili inquadramenti clinico-diagnostici delle patologie mentali. Con il progredire delle conoscenze e dei nuovi orizzonti operativi in ambito psichiatrico e giuridico, terminata l'era lombrosiana e quella della medicina criminologica, è risultata sempre più evidente l'insufficienza e l'inappropriatezza del modello medico-psichiatrico per rispondere ai quesiti posti dal magistrato, circa la capacità di intendere e di volere. In particolare, nell'ambito della valutazione circa l'imputabilità e la pericolosità sociale, "*il problema di fondo nasce dal fatto che, per volontà del legislatore, periti e consulenti devono procedere a un non facile, discutibile e controverso abbinamento tra categorie cliniche e categorie giuridiche, divergenti per significato, per statuto epistemologico, per obiettivi e fini perseguiti*" (*Fornari U*., 2010)[4].

Per quanto attiene il Vizio di mente (totale o parziale, come definito dagli artt. 88 e 89 c.p.), gli studiosi affermano che non esistono teorie e valutazioni scientifiche oggettive ed è un'illusione pensare che gli esperti giungano ad esse in maniera universalmente valida e secondo metodi obiettivi. La perizia è strumento di prova se e quando si traduce in un elaborato convincente, motivato, documentato, fruibile e comprensibile per chi ha l'onere di giudicare o difendere una persona. Ad essa conferisce caratteristiche di "scientificità" il *rigore metodologico* (che etimologicamente deriva da *meta-hodòs* e significa *"la strada che si percorre"*) seguito dal perito o consulente che sia e che si articola nel percorso clinico, la criteriologia e la valutazione psichiatrico-forense (*Crisci A, 2002*)[5].

Negli ultimi 30 anni molti studi hanno dimostrato che alcune sostanze d'abuso sono in grado di determinare lo sviluppo di psicosi simil-schizofreniche. In particolare, nel 2004 D'Souza et al. hanno sperimentato gli effetti di alcune droghe (come cannabis, LSD, amfetamine e PCP) che mimavano i sintomi positivi della schizofrenia (ad es, allucinazioni, illusioni, paranoia e pensiero disorganizzato) e quelli che ne ricordavano i sintomi negativi, come l'anedonia, il deficit cognitivo ed attentivo (*D'Souza DC et al, 2004*)[6].
È bene ricordare che la definizione clinica di disordine psicotico restringe il campo a quelle patologie caratterizzate da deliri e/o allucinazioni, in assenza di consapevolezza di patologia. Una sostanza ad azione psicoso-mimetica è in grado di indurre stati temporanei di percezione alterata, spesso mimando i sintomi delle Psicosi (*Encyclopedia of Science and Technology*, 1993)[7].
Ai fini della trattazione del caso oggetto di questo lavoro, vogliamo soffermarci brevemente sugli effetti psicotici prodotti dalle amfetamine.
La similarità tra la psicosi da amfetamine e la schizofrenia fu descritta chiaramente per la prima volta da Tetetsu et al. nel 1956 (*Tetetsu S et al, 1956*)[8]. Successivamente, Lieberman et al. scoprirono che le amfetamine erano capaci, in laboratorio, di produrre un quadro di psicosi simil-paranoidea nei soggetti sani ed erano in grado di esacerbare i sintomi psicotici in circa 1/3 dei pazienti schizofrenici, sebbene i farmaci neurolettici fossero in grado di bloccare questi effetti psicogenici delle amfetamine (*Lieberman JA et al, 1987*)[9]. Una ricerca condotta da Grelotti et al. nel 2010 ha evidenziato che in molti casi i sintomi psicotici scompaiono molto lentamente, dopo la sospensione dell'uso di queste sostanze. Essi, inoltre, hanno rilevato come gli utilizzatori di metamfetamine, con un disturbo di personalità preesistente, avevano un rischio più elevato di sviluppare una franca psicosi esattamente come i soggetti con grossa familiarità per tale patologia. Ancora, essi dimostrarono che una personalità tendenzialmente psicotica ed un'anamnesi familiare positiva per disturbi mentali erano associate ad episodi psicotici più duraturi a seguito dell'assunzione di amfetamine (*Grelotti et al, 2010*)[10].
Nel 2011, Paparelli et al. hanno pubblicato un interessante studio sulla psicosi indotta da sostanze. In particolare, essi hanno stabilito che, in linea generale, le amfetamine e la metamfetamina, in particolare, non producono una psicosi dopo un uso iniziale ma dopo un utilizzo ripetuto. Inoltre, essi dimostrarono che i soggetti in astinenza da amfetamine possono manifestare sintomi psicotici non solo a causa della mancanza della sostanza ma anche a seguito di episodi socialmente stressanti (*Paparelli et al, 2011*)[11].

L'insorgenza di questi ed altri effetti legati all'assunzione di amfetamine risulta ancora più allarmante se si considera che, oltre all'uso voluttuario, sostanze ad azione amfetamino-simile trovano impiego per il trattamento dell'obesità, quali farmaci anoressizzanti ad azione centrale. Nel 1997 l'allora Committee for Propietary Medicinal Products (oggi nota come Committee for Medicinal Products for Human Use) dell'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA) emanò delle Linee Guida per la registrazione di nuovi farmaci per il trattamento dell'obesità (*EMA*, 2006)[12].
La Commissione delle Comunità Europee, nel 2000, cercò di escludere dal commercio le amfetamine ed altri farmaci anoressizzanti, su parere della Committee for Propietary Medicinal Products (CPMP), che sostenne una non provata efficacia terapeutica di questi farmaci, in quanto mancavano studi della durata di almeno un anno. Tale decreto venne immediatamente impugnato dalle ditte farmaceutiche e la Corte di Giustizia Europea, esaurito l'iter procedurale, diede il via libera definitivo alla vendita di questi farmaci in Europa. Successivamente, il Consiglio di Sicurezza dei Medicamenti Inglese, riferendosi a farmaci della classe della fendimetrazina, ha dichiarato che non sussistono "*particolari preoccupazioni riguardo la sicurezza*" (*Medicines Control Agency – Committee on Safety of Medicines, 7 August 2000*)[13].
I farmaci anoressizzanti sono in grado di attenuare la sensazione di fame stimolando il centro ipotalamico della sazietà o inibendo quello della fame. I più conosciuti farmaci antifame sono i derivati amfetaminici. Questi, come la fenfluramina, la fendimetrazina e il mazindolo, dovrebbero, però, essere utilizzati sotto stretto controllo medico e per periodi molto brevi, non superiori ai tre mesi. Secondo quanto riportato dal Center for Drug Evaluation and Research della FDA (Food and Drug Administration) il dosaggio usuale nell'adulto di fendimetrazina tartrato è di 35 mg due o tre volte al dì, da prendere un'ora prima dei pasti. Il dosaggio dovrebbe essere aggiustato in base alla risposta individuale e può variare dai 17,5 mg due volte al dì fino a un massimo di 70 mg tre volte al dì (Maximum Recommended Therapeutic Dose).

Il Caso

Il giorno 27.04.2010, verso le ore 9.25 gli Agenti della Questura di B. si portavamo sulla statale SS 212 Km 0-54, per un incidente stradale con autovettura in fiamme. Sul posto appuravano che un'autovettura Fiat Multipla, condotta dalla sig.ra Daniela, dopo aver preso fuoco, usciva fuori strada, appoggiandosi agli alberi sottostanti la carreggiata. All'arrivo degli agenti, la donna si trovava già fuori dall'auto ed il personale sanitario del 118 le prestava

le prime cure, per poi condurla presso l'Ospedale di B., al quale veniva fatta formale richiesta di accertamenti sullo stato psico-fisico della donna circa l'assunzione di sostanze alcoliche o stupefacenti.
All'interno del veicolo giaceva il corpo della piccola Ilaria, nata in data 31.10.2009, che si trovava "*riversa ai piedi del sedile anteriore destro, con la testa rivolta verso l'anteriore dell'auto ed i piedi verso il lato opposto. Il corpo presentava evidenti segni di ustione con la testa praticamente avvolta da materiale plastico solidificato dopo l'incendio*". Gli agenti provvedevano ad avvisare i familiari della signora ed infatti poco dopo giungeva sul posto il marito, che, in evidente stato di alterazione, inveiva contro la moglie lamentando che la stessa era in cura presso il C.I.M. e che aveva manifestato spesso la volontà di compiere "*qualche insano gesto*".
Dal verbale di sommarie informazioni rese dal marito agli Agenti della Terza Sezione della Squadra Mobile della Questura di B. si evinceva che nella mattinata del 27 aprile, questi, unitamente alla moglie, era uscito di casa alle ore 8,50 con la macchina Fiat Multipla per portare la figlia Antonia a scuola. Giunti alla scuola materna della figlia Antonia, il marito scendeva dall'auto per accompagnare la piccola all'interno dell'istituto, lasciando in auto la moglie Daniela e la piccola Ilaria seduta nel sediolino per bambini, sul lato anteriore destro. Si tratteneva nell'istituto per pochissimo tempo e, all'uscita, non trovava più l'auto con la moglie e la bambina laddove l'aveva parcheggiata. Cercava, quindi, di rintracciare la moglie, ma invano. Dopo circa mezz'ora veniva informato dell'incidente dalla Polizia. Le indagini svolte portavano ad acclarare che, verso le ore 9.00 di quel mattino, Daniela si era recata, a bordo della Fiat Multipla con la piccola Ilaria accanto, presso una pompa di benzina, ove aveva richiesto di riempire una bottiglia d'acqua da L. 1,5 in quanto "*dei suoi conoscenti erano rimasti privi di carburante e quindi doveva portarglielo*".
Successivamente, i Sanitari del nosocomio di B. rilevavano una positività di Daniela alle analisi atte ad acclarare l'assunzione di sostanze stupefacenti (cannabinoidi) e ponevano diagnosi di "*sospetto disturbo schizo-affettivo in paziente con ustioni multiple (mano e braccio dx, coscia dx, regione dorsale, polso sx) di I e II grado*". Interrogata dal Sostituto Procuratore della Repubblica c/o il Tribunale di B., Daniela confessava di aver ucciso la figlia Ilaria, dichiarando: "*mi volevo uccidere ma poi all'ultimo momento non ce l'ho fatta"*.
La signora riferiva che tutti la odiavano per cui era odiata anche dalle figlie. Il P.M. chiedeva se ricordava il signore che l'aveva aiutata quando si era buttata dall'auto. Daniela annuiva e confermava di avergli riferito che c'era una bambina in macchina. Il P.M. le chiedeva se la macchina era andata fuori strada.

La signora annuiva e riferiva che voleva uccidersi perché la odiavano tutti. Daniela riferiva, altresì, di avere altre tre figlie di nove, dieci e cinque anni, di essere in cura presso il D.S.M. di B. e di amare le proprie figlie e che amava molto anche Ilaria. Il P.M. disponeva, quindi, consulenza psichiatrica ed il C.T. poneva diagnosi di "*Disturbo Schizoaffettivo tipo Depressivo in soggetto con Disturbo Borderline di Personalità*", ma dichiarava Daniela "*imputabile in quanto al momento del fatto la sua capacità di intendere e di volere era notevolmente e grandemente scemata ma non totalmente esclusa*" e pericolosa socialmente. Veniva, quindi, internata presso l'O.P.G. di CdS.
Pertanto il Presidente della Corte di Assise di B. disponeva di "*accertare se l'imputata al momento del fatto fosse in tale stato di mente da escludere o da scemare la sua capacità di intendere e volere e se fosse socialmente pericolosa*".

Discussione Medico-Legale e Neuropsichiatrico-Forense

Daniela, di 33 anni, nasceva in una famiglia problematica. Il padre, deceduto all'età di 62 anni, era un alcolista; la madre vivente, dell'età di 64 anni, anch'ella alcolista, era affetta da sindrome delirante cronica. All'età di tre anni, la perizianda riferiva di aver subito molestie da parte di uno zio. A seguito del tentato suicidio della madre, Daniela veniva mandata in un collegio gestito dalle suore. A 11 anni avrebbe subito, inoltre, abusi da parte di un prete. Segue una storia di vita precaria, caratterizzata dalla malattia della madre, da legami affettivi sbagliati e violenti, da abuso di sostanze stupefacenti (cannabinoidi) e dalla ricerca di soldi nei modi più disparati, anche attraverso la prostituzione. All'età di 21 anni conosceva il marito, Paolo, un uomo più grande di lei, con un lavoro precario ed una storia di tossicodipendenza da eroina e cannabinoidi. Questa unione si rivelava difficile, con continui litigi. Nascevano 4 figlie, Cristina, Marika, Antonia e, nel 2009 Ilaria, ma Daniela riferiva diverse interruzioni di gravidanza. In questi anni, la perizianda si sentiva sempre "*abbattuta e depressa*".
Nel 2008, a seguito di una dieta dimagrante associata all'assunzione di farmaci anoressizzanti (fendimetrazina tartrato, clorazepato dipotassico ed integratori alimentari), iniziavano a manifestarsi rilevanti disturbi psichici. Si evidenziavano, in questo periodo, dispercezioni uditive, ideazione paranoide ed intensi sentimenti di attaccamento nei confronti del marito, con connesse angosce di abbandono e delirio di gelosia. Le "voci" determinavano in lei sentimenti di autosvalutazione, inquietudine, paure ed idee di morte. Per tale motivo, la perizianda si rivolgeva al CSM di B., ma si mostrava poco compliante

alla terapia psicofarmacologica che le veniva prescritta, in quanto, riferiva, i farmaci le portavano appetito e lei non voleva ingrassare.
La struttura di personalità che emergeva osservando la sig.ra Daniela, all'epoca delle operazioni peritali, era complessa, frutto probabilmente di diversi fattori convergenti, psicologici, psicopatologici, ambientali, familiari e comportamentali. Sul piano psicodinamico, Daniela esprimeva notevoli difficoltà di relazione, in quanto sembrava vivere i rapporti interpersonali con forte carica emotiva, indirizzandoli nel senso dell'aggressività. Le capacità di contatto apparivano ridotte ed i rapporti interpersonali erano caratterizzati da scarsa vitalità, poca socievolezza e limitata capacità empatica. Le problematiche affettive erano legate ad un bisogno di appoggio, di vicinanza affettiva al marito, verso il quale nutriva sentimenti contrastanti, ambivalenti, di dipendenza e di evitamento, di conforto e di rabbia, di gelosia, per un presunto disconoscimento dei suoi bisogni. La continua ricerca di gratificazione all'inappagato bisogno di approvazione portava a ricorrere a meccanismi primitivi, con conseguenze deleterie che si esplicitavano tanto in forme di autodistruzione lente e perniciose (come la dipendenza da sostanze) tanto in intensi acting out volti all'esterno.
Dall'analisi psichica della perizianda si rilevavano evidenti elementi di complessualità, legati al tema della dipendenza, dell'aggressività ed a spunti fobici e depressivi. Ella mostrava, infatti, una bassa tolleranza alle pressioni emotivo-affettive, con una notevole difficoltà di gestione di situazioni conflittuali, con evidente tendenza alla reattività emotiva. Potenzialmente aggressiva e reattiva, non appariva dotata di grande autocontrollo. Nei momenti di stress e di necessità, infatti, il soggetto poteva mettere in atto aggressività etero ed auto-diretta. Tuttavia, tale reattività aveva sempre un movente nella necessità e nei bisogni che ella non riusciva né a gestire né a dosare.
L'affettività era caratterizzata da un tono dell'umore orientato in senso depressivo, associato ad un controllo rigido della sfera emotiva e labilità della risposta emotiva. Si configuravano forti segni di stress psichico, con rilevanti risonanze emozionali, che condizionavano l'autostima e lo stesso equilibrio psichico della perizianda. Ella viveva sentimenti di disagio sociale, inferiorità, scarsa socievolezza, eccessiva sensibilità interpersonale e mancanza di fiducia.
In base a quanto evidenziato fu possibile affermare che, all'epoca dei fatti, Daniela fosse affetta da un Disturbo Depressivo Maggiore Grave, con Manifestazioni Psicotiche Congrue all'Umore, in soggetto con tratti del Disturbo di Personalità di tipo Borderline.
Il problema che può emergere in personalità così strutturate è che l'improvviso insorgere di stimolazioni emotive eccessive ed imprevedibili per l'Io e stress

interni o esterni, allenti e renda disfunzionali i meccanismi di difesa, come abbiamo visto già di per sé relativamente carenti, innescando stati di estraniamento da se stesso, in cui possono presentarsi azioni di tipo "meccanico", incluse condizioni tipo "*trance*" con consapevolezza del proprio agire molto ridotta e limitata. In queste situazioni possono emergere condizioni di alterazione dello stato di coscienza con allentamento dei nessi associativi.
In altri termini, Daniela, la cui personalità era stata sempre caratterizzata da senso di inadeguatezza, che aveva subito sin dall'infanzia diversi episodi di abuso e violenza sessuale, che viveva una situazione socio-familiare estremamente disagiata, che assumeva sostanze stupefacenti (cannabinoidi), con un disturbo di personalità di tipo borderline di base, a seguito del recente utilizzo di amfetamine a scopo dimagrante (sostanze psicotrope + dieta), aveva visto sviluppare un sempre più crescente disturbo depressivo che, nella sua gravità, aveva provocato quelle distorsioni delle sensopercezioni (allucinazioni) e quei deliri che avevano, infine, condotto al comportamento causa del decesso della piccola Ilaria.
Al momento della commissione del fatto delittuoso gli elementi psicopatologici, prima delineati, avevano dunque preso il sopravvento sulle funzioni cognitive e volitive del soggetto, annullandole. Si era trattato di un delitto del tutto afinalistico ed immotivato che era esploso in modo improvviso nel corso di una bouffée delirante persecutoria, che è una delle classiche manifestazioni patologiche acute del Disturbo Depressivo Maggiore Grave con Manifestazioni Psicotiche congrue all'Umore in soggetto con tratti del Disturbo di Personalità di tipo Borderline, in cui si verificava una temporanea interruzione di contatto con la realtà, in cui i confini tra Io e Non-Io, tra immaginario e realtà, tra mondo interno e mondo esterno, svanivano.
Pertanto, al momento del fatto delittuoso, Daniela si trovava, per infermità, in tale stato di mente da escludere totalmente la sua capacità di intendere e quella di volere.

Conclusioni

Il DSM IV-TR prevede un'intera classe diagnostica dedicata ai Disturbi Correlati a Sostanze. Questi comprendono disturbi secondari all'assunzione di una sostanza di abuso (incluso l'alcool), agli effetti collaterali di un farmaco e all'esposizione a tossine. Le sostanze discusse in questa sezione sono raggruppate in 11 classi: alcool; amfetamine o simpaticomimetici ad azione simile; caffeina; cannabis; allucinogeni; inalanti; nicotina; oppiacei; fenciclidina (PCP) o arilcicloexilaminici ad azione simile e sedativi, ipnotici o ansiolitici.

Queste 11 classi condividono manifestazioni simili: l'alcool condivide manifestazioni con sedativi, ipnotici ed ansiolitici; la cocaina condivide manifestazioni con amfetamine o simpaticomimetici ad azione simile, etc (*DSM IV-TR, 2001*)[14].
Le amfetamine, sottoforma di farmaci anoressizzanti, dovrebbero essere riservate solo al trattamento di quei pazienti obesi (IMC > 30) in cui gli interventi dietetico-comportamentali non hanno prodotto i risultati sperati. Infatti, se per un obeso il rischio di effetti collaterali legati all'uso di tali farmaci è considerato inferiore rispetto alle gravi complicanze dell'obesità, lo stesso discorso non vale per un individuo in leggero sovrappeso. La fendimetrazina, in particolare, è entrata in commercio nel 1959 e non è più presente, in Italia, come specialità industriale, da quasi dieci anni. Attualmente, nel nostro Paese, si trova solo come prodotto galenico preparato magistralmente nelle farmacie. Agisce, come detto, riducendo il senso di fame, agendo a livello del Sistema Nervoso Centrale attraverso l'inibizione del re-uptake di noradrenalina e dopamina (*Bray GA*, *Greenway FL*, 2007)[15].
Va detto, però, che l'uso di sostanze è spesso una componente del quadro sintomatologico di disturbi mentali; quando si ritiene che i sintomi siano una conseguenza fisiologica diretta di una sostanza, viene fatta diagnosi di Disturbo Indotto da Sostanze. I Disturbi Correlati a Sostanze, invece, presentano comunemente anche comorbidità con molti disturbi mentali (per es., Disturbo della Condotta negli Adolescenti; Disturbi Antisociale e Borderline di Personalità, Schizofrenia, Disturbi dell'Umore) come nel caso in esame, e ne complicano il decorso ed il trattamento.
Il figlicidio, come reato, non è contemplato dal Codice Penale, che riconosce solo l'infanticidio e l'omicidio volontario. Comunque lo si voglia definire, la morte di un figlio è sempre la negazione di una vita breve, è un atto di violenza finale sempre più spesso agito dalle madri. E per la nostra cultura tutto ciò è veramente insopportabile, psicologicamente impossibile, umanamente incredibile. Ecco che allora, nel momento in cui vengono compiuti atti tanto efferati e apparentemente incomprensibili, viene chiamato in causa il "vizio di mente", la "pazzia," che si impossessa della donna, che diventa solo involucro, carne, senza più volontà o capacità di comprendere e la porta a compiere l'assassinio.
Ma c'è sempre correlazione tra patologia mentale e figlicidio? Nel caso oggetto di questo lavoro, Daniela, sotto l'azione di un delirio persecutorio e di riferimento, associato a pervasive allucinazioni uditive, che scatenavano in lei un immotivato timore nei confronti del prossimo da cui si sentiva fortemente

minacciata, decide di uccidersi unitamente alla figlioletta, che sembrava consigliarle quel gesto definitivo e tale, comunque, da liberarla da quelle angosce ormai insopportabili ed insopprimibili. Tutto viene compiuto in uno stato di profonda deformazione delirante del significato della realtà e del mondo e, verosimilmente, la donna riesce a salvarsi solo perché il dolore fisico infertole dalle fiamme sulle carni la fa catapultare fuori dall'autovettura, che continua la sua corsa con il corpicino della piccola all'interno, fino ad uscire di strada appoggiandosi agli alberi sottostanti la carreggiata. Sulla scena, però, non c'è solo "Daniela", con le sue problematiche personali e sociali, ci sono anche altri attori: i familiari dell'omicida e le sostanze stupefacenti, o psicotrope. Quando avvengono fatti delittuosi, come quello oggetto del presente lavoro, appare arduo stabilire il ruolo giocato dalla patologia mentale e dall'abuso di sostanze ed il grado di influenza che entrambi hanno avuto sulla capacità di intendere e di volere della madre, che ha poi condotto alla messa in atto di un fatto criminoso assurdo come il figlicidio.

BIBLIOGRAFIA

1. Lombroso C. *Delitto, genio, follia.* Ed. Bollati Boringhieri, 2000.
2. Bramante A. *Fare e disfare ... dall'amore alla distruttività. Il figlicidio materno*. Ed. Aracnè, Roma, 2005.
3. Bandini T, Rocca G. *La psichiatrica forense e il vizio di mente: criticità attuali e prospettive metodologiche.* Riv. It. Med. Leg., 3/2010.
4. Fornari U. *Nuove prospettive in tema di infermità di mente e di pericolosità sociale.* In Cendon P (a cura di). "Persona e Danno", maggio 2010.
5. Crisci A. *Il vizio totale ed il vizio parziale di mente: problematiche e criticità.* In Abbazia L, Sapia C, Chef MG (a cura di): "La perizia psicologica", Ed. Liguori, I Edizione, Napoli, 2002.
6. D'Souza DC, Perry E, MacDougall L, Ammerman Y, Cooper T, Yu-Te W, Braley G, Gueorguieva R, Harrison KJ. *The psychotomimetic effects of intravenous delta-9-tetrahydrocannabinol in healthy individuals: implications for psychosis.* Neuropsychopharmacology, 2004.
7. *Encyclopedia of Science and Technology*, 5th Ed. New York: The McGraw-Hill Companies Inc, 1993.
8. Tatetsu S, Goto A, Fujiwara T. *Psychostimulant Toxicosis*. Tokyo: Igakushoin, 1956.
9. Lieberman JA, Kane JM, Alvir J. *Provocative tests with psychostimulant drugs in schizophrenia*. Psychopharmacology, 1987.
10. Grelotti DG, Kanayama G, Pope HG. *Remission of persistent methamphetamine-induced psychosis after electroconvulsive therapy*. Am. J. Psychiatry, 2010.
11. Paparelli A, Di Forti M, Morrison PD, Murray RM. *Drug-induced psychosis: how to avoid star gazing in schizophrenia research by looking at more obvious sources of light*. Frontiers in Behavioral Neuroscience, Vol 5, Art. 1, Jan 2011.

12. EMA. *Guideline on Clinical Investigation of Medicinal Products Used in Weight Control*, aggiornate nel 2006.
13. Medicines Control Agency – Committee on Safety of Medicines. *MCA reinstates licences for phentermine slimming pills*. 7 August 2000.
14. Manuale Statistico dei Disturbi Mentali – IV TR. Ed. Masson, 2001.
15. Bray GA, Greenway FL. *Pharmacological treatment of the overweight patient*. Pharmacol Rev. Jun, 2007.