

3° CONGRESSO NAZIONALE
DELL'OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO
di Castiglione delle Stiviere (MN)
Direttore di Presidio OPG: Dott. Antonino Calogero

“LA DONNA DA VITTIMA AD AUTRICE DI REATO”
MANTOVA 22-24 GENNAIO 2009

CONCLUSIONI

Il 24 gennaio 2009 si è concluso il 3° congresso Nazionale che l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Castiglione delle Stiviere, Presidio dell'Azienda Ospedaliera “C. Poma “ di Mantova, organizzato, in collaborazione con la Società di Psichiatria Forense, sul tema “La donna da vittima ad autrice di reato”.

Lo sviluppo del congresso in più moduli, ha dato la possibilità ai vari relatori di affrontare il complesso problema della condizione femminile, da più angolature e sfaccettature, ma è prevalso, quasi sempre, nei casi delle donne in esame, il denominatore comune del narcisismo “ferito”, di una vita condotta all'insegna, spesso della sofferenza come “vittima silenziosa” da determinare disagio mentale ed anche reato. In questi casi le donne hanno subito privazioni, ingiustizie, iniziate nel lontano passato, ma che sono arrivate a segno, a distanza di tempo (delle vere “mine vaganti”), in reazioni incontrollate, gravi, irrazionali e senza una logica apparente.

In questo senso i reati commessi da personaggi femminili di alcune tragedie greche da “Clitemnestra a Medea”, sembrano azioni assurde e incomprensibili se, letti nell'attualità della loro consumazione. Invece, vanno interpretati in relazione agli eventi cruciali di ingiustizie subite nella loro anamnesi remota. Questi fatti apparentemente sopiti e sepolti nel lontano passato, sono, invece, ancora lì “vivi” e “brucianti” da diventare il motore di quelle azioni cruenti. Tenerne conto diventa la chiave della loro comprensione profonda.

Avverte il Prof. Rossi, nella sua lettura magistrale, che la spiegazione, di questi accadimenti, non si deve fermare alla contingenza del momento reato, ma va letta nella sua dinamicità storica. “L'argomento del crimine, delle distruttività e del trionfo della vittima nella psiche femminile, viene preso in esame ... (attraverso)... l'iter nella tragedia greca che va da Clitemnestra, ad Elettra, ad Ecuba, e Medea (ed i loro autori Eschilo, Sofocle, ed Euripide). Seguendo questo metodo si scopre la radice profonda ... in cui non vi è pietà per nessuno, seguendo un fil rouge che dalla vittima alla vendetta tremenda, tutto legato da una logica interna, emotiva e passionale, che fa luce sulle ragioni di tutti i delitti. E si scopre, con stupore, che il tragico greco è l'unico ad andare al di là delle comode soluzioni nosologiche e sociologiche, per arrivare nel nucleo profondo, propriamente psichiatrico e psicologico, che rappresenta il motore centrale, il denominatore e la via finale comune di questi comportamenti anormali altrimenti incomprensibili...” Avverte quindi che questa è la via in cui “lo psichiatra può sperare di intervenire e lo psichiatra forense poggiare la sua valutazione”. Quindi rimanda, come base profonda per la comprensione di questi casi, al narcisismo attraverso la psicologia del sé secondo le ipotesi Kohutiane.

IL Prof. G. Nivoli, tra i temi trattati, analizza una serie di comportamenti femminili in cui la donna non è vista né come autrice di reato, né come di vittima (nel senso stretto del termine) ma la definisce come "vittima per vocazione". In queste predomina un comportamento fortemente ambiguo, facilmente riscontrabile nella pratica clinica, ma anche nella vita realtà. Ha espresso in maniera magistrale situazioni che potremmo definire, parafrasando Freud, di "psicopatologia di vita quotidiana" in cui la donna in una sorta di "sado-masochismo" al negativo, è autrice della manipolazione della relazione e finisce per essere anche vittima di sé stessa e del sistema che "inconsciamente" crea. Il relatore esaltando con ironia gli accadimenti, drammatizza la difficoltà dei protagonisti in modo da sottolineare alla fine, la paradossale indistinguibilità tra il persecutante ed il perseguitato, tra chi inizia la parte attiva che inferisce e chi subisce come vittima. Non vi sono morti, ma vi è uno stillicidio continuo di aggressività mascherata (ed anche manifesta) senza esclusione di colpi. Casi clinici reali che visti in chiave ironica hanno permesso in questa lettura magistrale più incisività ed anche maggiore comprensività.

Toccante è stata la partitura orchestrale e vocale di Richard Straus, che il Prof. A Giannelli ha voluto offrirci in questa scelta della Salomè nell'opera "Donnez-moi la tete d'Jokanaan". La bella principessa ebraica incarna la passione senza speranza, del profeta Giovanni Battista. Su insistenza di Erode ebbro, le chiede di ballare la danza dei sette veli, a patto che le consegna la testa del Profeta in un vassoio d'argento, perché non ha ceduto alle sue lusinghe. "il dramma per quell'epoca scandaloso e dissacrante (siamo alla fine dell'ottocento) che Oscar Wilde scrive per la grande Sarah Bernhardt, trova un consonante riscontro nella scrittura musicale di Strass. Con questa opera si esalta l'amore dell'impossibile, quello di sedurre e possedere Giovanni Battista da parte di Salomè. Wilde-Staruss hanno composto un dramma teatrale e musicale che è un intreccio di elementi sacri, erotici, incestuosi, e delittuosi, celebra il disegno perverso e delirante di Salomé, violenta e selvaggia nella passione, tanto che, presa dallo sfrenato desiderio, afferra inebriata la testa di Giovanni e lo bacia avidamente sulla bocca.

Importante è l'angolazione che hanno offerto i relatori esperti nella patologia di genere nella comprensione della diversità del mondo femminile, dal punto di vista neuroendocrino e neurofisiologico. Infatti vengono fuori alcune peculiarità, in tal senso, trascurate da sempre nella donna, che solo da qualche decennio sono state rivalutate e poste all'attenzione della comunità scientifica. Per la loro specificità neurofisiologica, ma soprattutto per decifrare meglio i loro comportamenti, gli autori hanno fornito una nuova e reale chiave di lettura dei loro comportamenti "normali" e "patologici".

Si deduce, infatti che la donna per effetto della fluttuazione e/o disfunzione della secrezione degli ormoni steroidei (estrogeni e progestinici) è assoggettata ad una maggiore vulnerabilità a variazione del tono dell'umore, come conseguenza della ridotta plasticità funzionale di differenti popolazioni neuronali implicate nella regolazione della sfera emozionale, affettiva e dei processi cognitivi. (Prof. G. Biggio).

Della complessità del "diventar donna", più che per l'uomo, è il prof. Guazzelli, che ci ha ricordato il pensiero di Sigmund Freud agli inizi del '900. Infatti, nella sua ricostruzione, la donna, va incontro ad "un processo molto più complesso di quello maschile, in quanto deve spostarsi dal suo primo oggetto d'amore, la madre, al padre e sulla via di questo abbandono deve elaborare vissuti ed esperienze più radicali prima di arrivare ad una sua identità.

La donna condivide con l'uomo solo l'adolescenza, nota per lo sconvolgimento che produce su tutta la personalità, ma per il resto, in perfetta solitudine, la sua stabilità è minata da una serie di mutamenti ciclici e di più lungo termine come il menarca, il ciclo mestruale, la gravidanza ed infine la menopausa. L'attraversare questi punti cruciali, significa affrontare un processo profondo, a livello intrapsichico che relazionale, sia con sé stessa, con la famiglia e con la società.

Ma per riprendere il concetto della gravidanza, questa rappresenta per la donna una parte della maternità (forse la più bella), per la sua carica di narcisismo, ma l'altra faccia è il post-parto, che può essere bello, ma non privo di inciampi fisiologici (che passano anche rapidamente se vi è il giusto sostegno) ma anche patologici più o meno gravi. Paul-Claude Racamier definisce la "maternalità" l'insieme dei processi psico-affettivi che si sviluppano e si integrano nella donna in occasione della maternità. Per il movimento che impone alla personalità si potrebbe paragonare all'adolescenza. Dal punto di vista di Erikson, è una crisi di identità: movimenti ormonali di grande portata; un gioco complesso di identificazioni, che subiscono una nuova messa a punto; massivi cambiamenti di direzione negli investimenti istintuali, libidici ed aggressivi; forti variazioni degli stati dell'io; ampie variazioni della rappresentazione del sé, della sua estensione, del suo contenuto e del suo centro di gravità; posizioni relazionali nuove e realizzazioni concrete socialmente importanti.

Nella maternalità, il destino di tutte le fasi di riorganizzazione della personalità dipendono da diversi fattori interni (psicodinamici, economici e genetici) ma anche da fattori esterni ed attuali (relazione con il proprio partner, famiglia d'origine ed i suoi componenti importanti). "Tutti questi cambiamenti rendono molto più vulnerabile il rapporto che la donna ha con il suo corpo e di conseguenza anche più fragile la sua identità."

È evidente che se alle peculiarità neurofisiologiche e neuroendocrine della donna (vulnerabilità legata alle fluttuazioni e/o disfunzioni della secrezione degli ormoni steroidei) si assommano i molteplici ruoli familiari e sociali, che sono marcatamente più determinanti, specialmente senza il supporto adeguato in comprensione ed aiuto, la donna diventa, suo malgrado, "vittima" di malattie più specifiche così come ci segnala l'OMS.

Dalla neuroscienza, alla clinica, al reato: la donna che uccide la propria prole è il reato che colpisce l'opinione pubblica in quanto sentito "contro natura", anche se è stato sempre presente in tutte le civiltà ed epoche storiche. Diversi relatori hanno voluto apportare elementi significativi per una maggiore comprensione del problema. Rimane elevato il rischio di non riconoscere e trattare le numerose patologie che si possono verificare nella donna, dal post parto in poi. È necessario organizzare efficaci azioni di screening, come avviene in molte altre nazioni, al fine di intervenire in modo efficace nei casi di depressione e psicosi puerperali che devono essere considerate delle vere emergenze psichiatriche. Nei casi gravi l'intervento deve avvenire in ospedale al fine di prevenire conseguenze spiacevoli sia per la donna che per il bambino. "sembra che anche in questo delicato settore prevalga una condizione di pregiudizio nell'avvicinare la puerpera ai servizi di Salute Mentale." (Dott.ssa E. Agrimi).

Dai dati in letteratura, emersi anche nel congresso, i reati commessi nell'ambito familiare, legati ad una patologia psichiatrica, sono in aumento. I dati forniti dall'Eures e Ansa del 2007, relativi all'anno 2005, testimoniano come gli omicidi in famiglia hanno superato quelli della criminalità organizzata. Se è vero che le organizzazioni criminali hanno fatto registrare una diminuzione degli omicidi, questo si è verificato per una loro convenienza interna di turbare meno possibile l'opinione pubblica (e agire più indisturbati in crimini più redditizi) ma

egualmente, gli omicidi in famiglia, in cui la causa è il disagio psichiatrico, sono realmente in aumento. La famiglia non è il luogo più sicuro per i loro componenti, anzi viene fuori un quadro meno idilliaco della famiglia che, in alcuni casi, non solo non protegge e tutela, ma diventa il luogo dove si compiono i peggiori crimini ai danni di uno o più componente che vi appartengono.

Sono stati presi in considerazione i comportamenti aggressivi delle donne affette da Disturbi di Personalità (dati preliminari di una ricerca in corso presso l'OPG di Castiglione delle Stiviere). Questi casi sono rappresentati, in particolare, da Disturbo narcisistico o borderline di Personalità ed è stato correlato il reato grave (per lo più omicidio) con l'imputabilità. La valutazione dei profili delle varie dimensioni della personalità di questi soggetti permettono di identificare la natura ed il ruolo di fattori di rischio capaci di interferire negativamente nel loro equilibrio personologico, nel passaggio all'atto. (Prof. C. Maffei). Disturbo di personalità e Psicopatia al femminile è in aumento sui reati gravi contro la persona (dati preliminari di una ricerca in corso presso l'OPG di Castiglione delle Stiviere). (Prof. A. Fossato).

Poi è stata sviluppata una correlazione importante tra impulso e l'evoluzione nosografica di questa nozione fino all'attuale sua collocazione clinica ed i delicati meccanismi psicogenetici e psicomodinamici che accanto a quelli strettamente psicopatologici, possono caratterizzare i reati di infanticidio e filicidio. (Prof. U. Fornari). Sostiene l'autore che la donna filicida costantemente si presenta all'osservazione clinica come persona immatura, per una non riuscita relazione madre-figlia e per intense note di "dipendenze" che rimandano ad una non perfetta riuscita della fase di separazione-individuazione ed a cascata tutti gli altri processi di scarsa maturazione successiva. Precisa l'autore che questo vissuto di deprivazione affettiva non è sempre oggettiva, non coincide, necessariamente, con un comportamento di incuria della madre. A questi elementi d'immaturità nelle madri filicide, si aggiungono altri due elementi importanti: l'incapacità di far fronte ai compiti materni (identificazione con il ruolo materno non adeguato) e la forte componente di ambivalenza.

Molteplici altri interventi hanno contribuito a rendere vivo e pieno di spunti il congresso, toccando temi delle madri private della loro libertà personale e lo sforzo in ambito penitenziario di migliorare le sorti dei loro figli reclusi "innocenti", anche loro. (Prof.ssa P. Comucci). Ma anche la violenza di cui la donna è vittima da parte dei mariti, conviventi ma soprattutto dai loro ex (gli "adult-bambini") che non riescono a tollerare ed elaborare il lutto della separazione (ferita narcisistica irrimediabilmente aperta) che finiscono per diventare stalker, fino all'omicidio (Prof.ssa I. Merzagora "Meglio sole che male accompagnate". Ma anche significativa è stata la sezione dedicata alla psicofarmacologia di genere nella terapia delle donne (Prof. C. Mencacci e Dott. G. Cerveri).

Interessante ed ha riscosso un ottimo successo, è stata infine la relazione del Dott. E. Straticò (Responsabile della Struttura complessa Area Maschile dell'OPG di Castiglione), che ripercorrendo le lettere dell'alfabeto, in maniera originalissima è riuscito a rappresentare la complessa realtà odierna della nostra struttura e gli impegni programmatici che caratterizzano, in particolare, l'attività istituzionale nel 2009. Con lui ringrazio tutti gli operatori dell'OPG che con il loro entusiasmo, oltre che per la loro professionalità, permettendo alla struttura di rinnovarsi continuamente e flessibilmente, adattandosi ai continui cambiamenti esterni coniugandoli con i bisogni dei pazienti rei, che rimangono, comunque nella nostra attenzione, sempre in primo piano.

Un grandissimo ringraziamento va a tutti quegli autori che purtroppo non riesco a citare nella presente conclusione, per questioni di spazio, ma le cui relazioni sono state altrettanto importanti e significative e che spero, a breve, di potere pubblicarne gli atti. La loro presenza testimonia il legame professionale e l'amicizia che ci lega e contribuisce alla riuscita del congresso dell'OPG di Castiglione delle Stiviere, giunto, dal 2004, alla terza edizione. Questo mi dà l'incoraggiamento a continuare la tradizione di riproporre questo avvenimento con un a cadenza biennale (il prossimo tra il 2010 e il 2011). Un grazie particolare va alla Prof.ssa Liliana Loretto come presidente della Società di Psichiatria Forense ed al Prof. Giancarlo Nivoli, con i quali ho condiviso i momenti salienti dell'organizzazione di questo convegno.

Ma il congresso è stato anche teatro di presentazione delle strategie terapeutiche, riabilitative ed assistenziali offerte dalle varie equipe dell'OPG di Castiglione delle Stiviere. L'alta specializzazione raggiunta nella cura e recupero dei pazienti psichiatrici autori di reato è frutto di anni di lavori in cui si sono affinate le tecniche e si è creata una cultura di intervento specifico in psichiatria forense. Questa specifica modalità di lavoro in rete con i vari DSM di appartenenza dei pazienti e le altre agenzie che intervengono sul disagio, l'attenzione rivolta verso i familiari e le varie Associazioni di volontariato presente nel territorio italiano, fanno dell'OPG una struttura di avanguardia in campo nazionale. La struttura di Castiglione delle Stiviere si distingue inoltre per essere completamente sanitaria, quindi senza agenti di polizia penitenziaria, ma solo personale sanitario afferente al Ministero della Salute e con l'unica sezione femminile d'Italia presente al suo interno. L'OPG di Castiglione ha anticipato il DPCM del 1 aprile 2008 nell'essere completamente a carico del Ministero della Salute e nell'erogare parità di servizio ai pazienti giudiziari rispetto a quanto viene fatto in ambito civile.

Sono stati presentati molti dei progetti obiettivi in atto presso questa struttura e, senza elencarli tutti, ricordiamo: il Progetto "Arcadia" in partnership con il Solco di Mantova (Luca Ruberti, La casa Circondariale di Mantova (Dott. E. Baraniello), La valle dei Fiori (U. e A. Orlandelli), ma soprattutto la Facoltà di Architettura Polo di Mantova del Politecnico di Milano (Prof. C. Stevan e Prof. M. Biancone), per il recupero del parco verde della Ghisiola in cui è immerso l'OPG. Progetto pilota e sperimentale che vede l'impegno di tutti ed è partito con il contributo FSE della Regione Lombardia.

L'atelier di Pittura con la sua importante conduttrice Prof.ssa S. Crescini che ha illustrato le opere dei pazienti, in particolare quelle delle madri figlicide. Spesso è un canale di sottile comunicazione tra paziente e conduttrice che, quando possibile, si fa portatrice, con l'avvallo dell'autore o dell'autrice, delle istanze conflittuali emerse durante il lavoro creativo, alle varie équipes curanti.

È stato presentato un altro progetto pilota di film-terapia in partnership tra il prof. Mastronardi e la sua equipe e l'OPG di Castiglione (Dott. Rivellini e gli altri componenti dell'equipe interna). Alla Dott.ssa Rasio (Educatore Professionale dell'OPG di Castiglione, è stato affidato il compito di illustrare le numerose attività e progetti esterni all'OPG specifiche della sezione femminile: Progetto Equatore, Partecipazione al premio letterario "G. Acerbi", progetto Biblioteca ecc.

I pazienti OPG si trovano inseriti, in uno o più progetti a seconda delle loro attitudini e bisogni, o in altre attività presenti all'interno della struttura OPG: quella motoria con le sue varie diramazioni (tennis; bocce, pallavolo, trekking, idroginnastica all'aperto dentro l'OPG stesso (piscina interna) ed al chiuso in una piscina coperta in una delle cittadine vicine. Inoltre vi sono: Atelier di Pittura, Polo Psico-pedagogico (redazione giornalistica, teatro, corso di

musica, thai chi chi, biblioteca ecc.), Formazione con i suoi corsi professionali nella struttura interna (Microcomunità) destinata a pazienti per ambo-sesssi) denominata Servizio di Continuità Riabilitativa. A questa accedono i pazienti prossimi alla dimissione che hanno raggiunto buone capacità di aderire ai programmi formativi mantenendo la costanza dell'impegno e buona capacità di apprendimento. In questo modo acquisiscono importanti strumenti di formazione lavoro da potere spendere in una valida dimissione dall'Istituto.

Ha chiuso il congresso la tavola rotonda sul decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM del 1 aprile 2008) che ha sancito il passaggio della Medicina Penitenziaria dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute e quindi alle Regioni e DSM competenti per territorio. I relatori presenti hanno dato tutti un valido contributo sullo stato dell'arte della realizzazione di questo decreto. È ormai riconosciuto da tutti che lo spirito del decreto è stato di una importanza tale da paragonarlo ad altri movimenti di trasformazione (come la legge 180). Purtroppo all'enunciato non ha seguito così automaticamente la realizzazione, che anzi ha registrato un passaggio indietro: la presenza dei direttori amministrativi nei quattro OPG di Aversa, Napoli, Montelupo e Reggio Emilia. Ad eccezione di Barcellona Pozzo di Gotto che gravita sulla Sicilia che è una Regione a Statuto speciale che non ha aderito al DPCM e di quello di Castiglione delle Stiviere (OPG Sanitario) che all'opposto ha realizzato in pieno, perché già così strutturato e gestito, tutti i principi del DPCM. Infatti, se fosse superabile il problema dei costi, tutti gli altri potrebbero diventare "OPG" a modello di Castiglione. Lo stato dell'arte comunque vede un ritorno indietro, con aumento del numero dei pazienti nei 6 OPG, la direzione di quattro OPG gestiti da un direttore Amministrativo (che seppure professionalmente validi) sono delle figure inadatte a gestire una struttura che dovrebbe muoversi verso l'ambito sanitario. Vede anche una spaccatura tra nord e sud sul recepimento del DPCM che, a parte Barcellona che non l'ha proprio recepito, nelle altre due strutture il DAP non ha tutelato gli ex-direttori, rimasti in balia di se stessi. Un po' diversamente è avvenuto in Toscana e meglio ancora nell'Emilia Romagna. Il DAP, non sostenendoli, di fatto non ha permesso di fare pesare sulle ASL la loro professionalità e l'alta esperienza svolta in tutti questi anni in quegli Istituti, pur con la scarsità di mezzi che avevano a disposizione.

Infine diverse velocità si sono verificate nelle diverse Regioni, a parte quelle virtuose della Lombardia, Emilia Romagna e Toscana, le altre si stanno muovendo a macchia di leopardo e qualcuna non si sta muovendo affatto. Entrando nel merito dell'allegato C e nelle tre fasi da attuare il loro superamento: la prima avrebbe dovuto concludersi nel 2008 con lo sgonfiamento degli OPG perché i detenuti in 148 C.P. (sopraggiunta infermità mentale nel condannato) e le osservazioni psichiatriche art. 112 DPR 230/2000 O.P. sarebbero dovuti transitare presso le cliniche speciali, appositamente costruite in alcuni carceri. (inattuato). Le misure di sicurezza art. 222 C.P. e i pazienti in Casa di cura e Custodia, avrebbero dovuto passare alle regioni di loro competenza alla scadenza naturale della Misura di Sicurezza (inattuato). La seconda fase: regionalizzazione ed aggregazione per macroaree, è ben lontana dall'attuazione, così le Regioni non si sono mosse per finanziare progetti specifici per prendersi in carico i pazienti degli OPG extra-regionali. Queste sono alcune, le più salienti, delle difficoltà di attuazione del DPCM. Si spera che si possa ricostruire il tavolo nazionale stato-regione a Roma, questa volta con la partecipazione attiva del DAP, ma anche, e soprattutto, con la rappresentanza della Magistratura, trascurata nella prima fase di avvio. Certamente oggi si parla di dilatazione dei tempi, sperando che questo non comporti anche il fallimento (che non si augura più nessuno). Il DPCM purtroppo porta nella sua stesura un

errore di base che, in nessun punto di esso, è stato previsto quale avrebbe dovuto essere l'equipe adeguata per affrontare i casi complessi della psichiatria giudiziaria, con competenza in ambito psichiatrico forense ed i relativi costi. Tutto questo per garantire, almeno per i 5 OPG ex-ministeriali, il principio fondamentale di dare parità di cura al paziente giudiziario come si fa con quello civile.

*Infine l'OPG di Castiglione rimane un "**Osservatorio nazionale**" per l'esecuzioni delle misure di sicurezza per le donne autrice di reato, ritenute non imputabilità per vizio totale o parziale di mente, in grado di monitorare l'andamento nazionale dei reati al femminile in considerazione della specifica patologia di genere emersa nel Congresso.*

*Il Direttore del Presidio OPG di Castiglione delle Stiviere
Dott. Antonino Calogero*

Castiglione delle Stiviere, 04 febbraio 2009