



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia Generale

Corso di laurea Magistrale in
Psicologia Forense e Criminologia Clinica interateneo
con la Scuola IMT Altì Studi Lucca

Tesi di Laurea Magistrale

Neonaticidio in Italia: uno studio clinico-forense sui fattori di rischio e il ruolo del Denial of Pregnancy

Neonaticide in Italy: a clinical-forensic study on the risk factors and the role of Denial of Pregnancy

Relatore:

Prof. Pietro Pietrini

Correlatrice:

Dott.ssa Alessandra Bramante

Laureanda: **Anna Mazzacurati**

Matricola: **2120712**

Anno Accademico 2024-2025

INDICE

ABSTRACT	4
1. IL NEONATICIDIO	6
1.1 CONTESTO TEORICO E STORICO DEL NEONATICIDIO MATERNO.....	6
1.2 FATTORI DI RISCHIO.....	12
1.3 ASPETTI CRIMINODINAMICI E CRIMINOGENETICI	16
2. IL DENIAL OF PREGNANCY	20
2.1 DEFINIZIONE DEL FENOMENO.....	20
2.1.1 Le tipologie di <i>Denial of Pregnancy</i>	24
2.2 VERSO UN RICONOSCIMENTO DEL DOP COME ENTITÀ DIAGNOSTICA	27
3. LA RELAZIONE IN LETTERATURA TRA NEONATICIDIO E DOP	30
4. METODOLOGIA	32
4.1 MATERIALI.....	32
4.2 METODI DI ANALISI.....	33
5. RISULTATI.....	35
5.1 RISULTATI QUALITATIVI	35
5.2 RISULTATI QUANTITATIVI	47
6. DISCUSSIONE.....	50
7. CONCLUSIONE	53
BIBLIOGRAFIA.....	54
APPENDICE	62

Obiettivo: Il presente studio analizza ventitré casi di neonaticidio avvenuti in Italia tra il 1970 e il 2023, tratti da documentazione clinico-forense prodotta nell'ambito di procedimenti giudiziari, in cui le madri sono state sottoposte a valutazione psicologico-psichiatrica per finalità peritali. L'obiettivo è esplorare le caratteristiche psicopatologiche, relazionali e criminodinamiche delle autrici, con particolare attenzione al fenomeno del *Denial of Pregnancy* e ai processi cognitivi ed emotivi sottesi alla condotta.

Metodi: È stato condotto uno studio osservazionale retrospettivo basato su analisi documentale di perizie psichiatriche, consulenze tecniche e sentenze. I dati sono stati analizzati attraverso un approccio tematico di tipo comparativo, volto a individuare ricorrenze cliniche, relazionali e criminodinamiche. Dopo la valutazione qualitativa, le variabili sono state organizzate in un database strutturato e sottoposte ad analisi statistica descrittiva ed esplorativa.

Risultati: Il *Denial of Pregnancy* è stato riscontrato in 15 casi su 23 (65,3%), a sostegno della frequente associazione riportata in letteratura tra questa condizione e il comportamento neonaticida, mentre nei restanti casi erano presenti condotte di *concealment*. Le donne con *denial* presentavano più spesso età ≤ 25 anni (73,3%), erano *single* (86%) e primipare (80%). L'analisi qualitativa ha permesso di evidenziare elementi trasversali all'interno del campione, quali immaturità cognitiva o affettiva, difficoltà nell'integrazione dell'esperienza della gravidanza e un diffuso isolamento relazionale. I vissuti dissociativi sembrano più marcati nel gruppo con *denial*, mentre nel *concealment* prevalgono motivazioni legate alla paura o alle pressioni familiari e sociali. La figura della donna neonaticida appare dunque eterogenea e in evoluzione rispetto allo stereotipo clinico tradizionale, caratterizzata da profili multipli di vulnerabilità più che da specifici quadri psicopatologici strutturati. L'analisi quantitativa, seppur con i limiti intrinseci alla relativa esiguità del campione, non ha evidenziato associazioni significative tra *Denial of Pregnancy* e variabili psicopatologiche maggiori, confermando la centralità di fattori di funzionamento cognitivo e relazionale.

Conclusioni: I risultati suggeriscono che il neonaticidio, nel contesto del *Denial of Pregnancy*, debba essere interpretato come esito di un complesso intreccio di fattori cognitivi, affettivi e situazionali. L'identificazione precoce di gravidanze non percepite e di profili di immaturità cognitivo-affettiva rappresenta un obiettivo cruciale in ottica preventiva e clinico-forense. La riscontrata assenza di una adeguata omeostasi emotivo-affettiva e relazionale, inoltre, dovrebbe sollecitare anche una riflessione

su un'interpretazione più ampia delle condizioni di abbandono morale e materiale previste dall'articolo 578 del Codice Penale.

1. IL NEONATICIDIO

1.1 CONTESTO TEORICO E STORICO DEL NEONATICIDIO MATERNO

Infanticidio in condizioni di abbandono materiale e morale (art.578 c.p.):

“La madre che cagiona la morte del proprio neonato immediatamente dopo il parto, o del feto durante il parto, quando il fatto è determinato da condizioni di abbandono materiale e morale connesse al parto, è punita con la reclusione da quattro a dodici anni”

Con il termine neonaticidio nel lessico giuridico si intende “l’uccisione del neonato, da parte della madre, durante il parto o immediatamente dopo, in condizioni di abbandono materiale o morale connesse al parto” (art. 578 c.p.). Tale reato, punito con la reclusione tra i quattro e i dodici anni, costituisce dunque all’interno del nostro Codice Penale una figura autonoma di reato, e non una fattispecie attenuante del reato di omicidio volontario (art. 575 c.p.). Inoltre, il neonaticidio costituisce il cosiddetto reato in forma esclusiva, applicato esclusivamente quando ricorrono le condizioni specifiche sopra citate.

Nel linguaggio comune, tuttavia, non è raro che si parli di infanticidio per descrivere l’uccisione di bambini in genere, soprattutto per mano dei genitori. Considerata anche l’eterogeneità che la definizione giuridica assume in paesi e legislazioni differenti, nel 1970 lo psichiatra statunitense Philip J. Resnick, con lo storico articolo *Murder of the newborn: a psychiatric review of neonaticide*, introduce il termine neonaticidio per descrivere esclusivamente l’uccisione del neonato il giorno stesso della nascita. La distinzione operata da Resnick tra neonaticidio e infanticidio viene poi integrata nel linguaggio medico e scientifico.

Ad oggi la classificazione scientifica più comune distingue tra neonaticidio, vale a dire l’uccisione del neonato da parte della madre nelle prime 24 ore; infanticidio, se l’uccisione avviene nel primo anno di vita; e figlicidio, quando l’uccisione da parte di uno dei genitori avviene successivamente (Sakuta e Saito, 1981; Pitt e Bale, 1995; Ayres, 2023; Bramante e Di Florio, 2023).

La complessità racchiusa nella definizione del neonaticidio e la riflessione sull’omicidio del figlio per mano della madre stessa hanno origini antiche.

In molte civiltà antiche l’uccisione dei propri figli è accettata non solo culturalmente ma anche legalmente: nella cultura greco-romana è prassi comune disfarsi di un neonato malato, con disabilità

o che grava sulla famiglia. Nella Roma antica è la legge stessa ad ammettere questa possibilità in quanto aborto e neonaticidio “costituivano un sistema normale per sbarazzarsi non solo dei bambini deformati o malati, ma di tutti i neonati che avrebbero potuto diventare eccedenti rispetto alle risorse della famiglia individuale od a quelle della più ampia comunità” (Langer, 1979, come citato in Chiletto, 2011, p. 23).

Vige il cosiddetto *ius vitae ac necis*, il diritto di vita e di morte per ogni figlio, esercitato dal *pater familias*, che ha sì il dovere di allevare i figli, ma dispone anche della possibilità di sopprimerli se nati con deformazioni o patologie, in quanto giudicati privi di capacità giuridica. I neonati malati vengono dunque esposti, abbandonati in balia delle intemperie e della fame.

Con l'avvento del cristianesimo, l'infanticidio assume i contorni del crimine, punibile con la pena capitale. L'infanzia diventa simbolo di innocenza e di vicinanza a Dio e viene non solo tutelata ma valorizzata ed è così che il neonaticidio e in generale l'infanticidio acquisiscono i contorni di peccato molto grave nella nuova morale cristiana. Le prime leggi per contrastare l'esposizione dei neonati sono introdotte già all'epoca di Costantino.

In epoca medievale, l'uccisione del neonato non costituisce tendenzialmente un reato autonomo. È definita come omicidio o come figlicidio inteso come reato aggravato dal vincolo di sangue. Tale assenza di definizione e interesse pare derivare da una generica carenza di definizione nella prassi giudiziaria medievale, dove le pene sono relegate al diritto penale privato e a semplici multe pecuniarie (Walter, 1985, 1986, come citato in Chiletto, 2011, p. 29).

Già a partire dal XII secolo il diritto canonico affronta in maniera sistematica il tema dell'uccisione dei neonati, introducendo delle pene specifiche. Le decretali dei Papi Alessandro III e Lucio III rappresentano il primo *corpus* normativo organico a riguardo. In esso si distinguono due fattispecie principali: nel primo caso, la madre che uccide intenzionalmente il figlio, nell'altro, il neonato muore per incuria o soffocamento accidentale. Nel primo caso la sanzione prevista è particolarmente severa e generalmente consiste nella relegazione perpetua della donna in monastero, sebbene siano contemplate alcune attenuanti per le donne coniugate. L'infanticidio viene considerato non solo un omicidio, ma anche una trasgressione morale connessa alla sessualità illecita, ed assume così connotazione di doppio peccato (Flandrin, 1983; Duby, 1991; Pelaja & Scaraffia, 2008, come citato in Chiletto, 2011, p. 31).

Più lieve invece il trattamento per i genitori che, senza dolo, sono causa della morte del figlio neonato, ad esempio per soffocamento sotto le coperte. Vengono comunque imposte pene esemplari, in quanto la gravità dell'atto non riguarda solo la presenza o meno di intenzionalità, bensì il fatto che

il bambino muore prima di aver ricevuto il sacramento del battesimo. Tale elemento conferisce particolare drammaticità alla vicenda, in quanto la mancata purificazione del peccato originale comportava l'esclusione dalla salvezza eterna (Brissaud, 1972, come citato in Chiletto, 2011, p. 31).

Parallelamente, la riflessione teologica si interroga anche sullo statuto del nascituro e sul momento dell'infusione dell'anima (Prosperi, 2005). Accanto alla tesi che la presenza dell'anima razionale sia immediata al momento del concepimento, si afferma anche la dottrina dell'acquisizione ritardata, secondo la quale l'anima viene infusa solo una volta che il corpo si è pienamente formato. Indiscussa rimane la gravità della morte del neonato privo di battesimo, ritenuta fattispecie gravissima, sia dal punto di vista morale che teologico (Chollet, 1903; Lanza, 1939; Bernardino da Siena, 1941-1958, come citato in Chiletto, 2011, p. 32).

Tra la fine del medioevo e l'età moderna, l'infanticidio comincia a essere progressivamente inquadrato non soltanto come peccato religioso, ma anche come reato di interesse per i tribunali secolari (Brissaud, cit., 1972, come citato in Chiletto, 2011, p. 33). Si assiste ad una crescente sovrapposizione tra la giurisdizione ecclesiastica e quella laica, come testimoniato dal primo documento disponibile di un processo per infanticidio, risalente al 1406 e riguardante un processo presso il tribunale civile di Pistoia. Una giovane donna nubile viene condannata al rogo per l'uccisione del neonato e per la violazione dell'ordine morale e religioso (Walter, 1986, pp. 642-643, come citato in Chiletto, 2011, p. 34).

L'immaginario collettivo e la cultura giuridica legano l'uccisione dei bambini a figure femminili considerate socialmente deviate, come streghe e levatrici. L'uccisione del neonato si consolida come pratica tipica della donna in combutta con il demonio e si rafforzano così gli stereotipi che alimentano la persecuzione di partorienti e mammane, queste ultime custodi di un sapere corporeo oscuro e sospetto (Pancino, 1984; Di Simplicio, 2000, come citato in Chiletto, 2011, p. 35).

Con l'età moderna, la repressione diviene sistematica e punita con normative particolarmente severe e crudeli. Inoltre, le levatrici vengono obbligate al controllo dei corpi delle donne nubili per scoprire gravidanze nascoste e denunciarle all'autorità. Nel 1556 in Francia viene introdotta la *déclarations de grossesse*, che obbliga le donne nubili a dichiarare pubblicamente la gravidanza, pena la condanna a morte in caso di decesso del neonato privo di battesimo (*Les déclarations de grossesse*, 1975; Farr, 1995, p. 127, come citato in Chiletto, 2011, p. 36).

In questo contesto, il corpo femminile nascosto e non legittimato dal matrimonio costituisce di per sé prova di colpevolezza. Le madri sposate al contrario godono di una sorta di

presunzione di innocenza. Il crimine di infanticidio si colloca così al crocevia tra disciplina morale, controllo politico e repressione penale: diviene delitto sociale che giustifica interventi severi e invasivi e volge lo sguardo al corpo femminile come luogo di sospetto e controllo (Chiletti, 2011).

Con la fine del XVII secolo, si assiste a un progressivo ingresso, nei processi per infanticidio, del sapere medico come strumento probatorio. Per superare le versioni divergenti rilasciate da indagate e testimoni, spesso giudicate inattendibili, si inizia a ricorrere all'osservazione tecnica del corpo del neonato, affidata in un primo tempo alle levatrici e successivamente ai medici. Il crimine non è più valutato solo in base a presunzioni morali e sociali, ma anche attraverso elementi empirici. L'affermazione della medicina legale e l'introduzione della docimasia polmonare (Jackson, 1994, pp. 64-86, come citato in Chiletti, 2011, p. 42) sanciscono il passaggio a un sapere di tipo scientifico sul tema che estromette definitivamente le levatrici e delinea uno scenario in cui l'esame del corpo femminile diviene monopolio del sapere medico-giuridico maschile (Pancino, 1984, come citato in Chiletti, 2011, p. 44; Gélis, 1988, come citato in Chiletti, 2011, p. 44).

Con il tramonto dell'età moderna e l'avvento dell'Illuminismo, le pene inflitte agli autori di neonaticidio si vanno progressivamente attenuando. Emblematico il caso della Toscana di Pietro Leopoldo, che sottolinea come l'infanticidio non possa essere equiparato all'omicidio comune e non possa quindi essere applicata la pena di morte in quanto, in assenza di prove, vige il principio del *in dubio pro reo* (Da Passano, 1988, pp. 194-287, come citato in Chiletti, 2011, p. 49).

Nel XVIII secolo l'attenzione verso questo crimine si sposta progressivamente al di fuori delle aule giudiziarie, coinvolgendo il dibattito illuminista, la pedagogia e la letteratura, con una nuova centralità attribuita alla figura della donna nubile incinta. La stessa condotta che in passato costituiva indizio schiacciante di colpevolezza diviene progressivamente ragione di attenuazione della responsabilità e persino elemento di compassione (Chiletti, 2011). L'onore femminile, fulcro delle regole sociali e delle relazioni familiari, acquisisce un ruolo determinante: il corpo della donna, caricato di un valore simbolico e genealogico, diviene punto di incontro tra istanze giuridiche, morali e sociali che portano a ripensare il significato stesso del delitto di infanticidio (Cavallo & Cerutti, 1980, pp. 346-348; Fiume, 1989, come citato in Chiletti, 2011, p. 51).

Successivamente, l'illuminismo attua una profonda trasformazione del contesto sociale e sensibilizza l'opinione pubblica sul tema: epoca nota per un aumento delle nascite illegittime, l'illuminismo crea una nuova visione dell'infanticidio. Filosofi come Kant e giuristi come Beccaria si espongono in ottica garantista nei confronti delle donne autrici di questo crimine (Chessa et al., 2020).

Alberto Radicati, primo illuminista italiano, scrive: “e tu sacra Natura, che conosci lo stato pietoso del genere umano, costretto dalla violenza della tua più crudele nemica, l’educazione, a fare delle azioni interamente contrarie alla sua saggezza e alla tua giustizia, perdona coloro che, costretti ad offenderti, scelgono sempre l’offesa minore, come faccio io, uccidendo il mio caro bambino per conservare la mia vita e il mio onore” (Radicati, 2003, p. 59, come citato in Chiletto, 2011, p. 51).

Cesare Beccaria: “L’infanticidio è parimenti l’effetto di una inevitabile contraddizione, in cui è posta una persona, che per debolezza o per violenza abbia ceduto. Chi trovasi tra l’infamia e la morte di un esser incapace di sentirne i mali, come non preferirà questa alla miseria infallibile a cui sarebbero esposti ella e l’infelice frutto?” (Beccaria, 1970, p. 78, come citato in Chiletto, 2011, p. 51).

La figura dell’infanticida si configura, nel contesto culturale illuminista, come l’antitesi del modello morale dominante della donna-madre, custode della famiglia e dell’allevamento dei figli, cardini su cui si regge il modello sociale (Badinter, 1982, come citato in Chiletto, 2011, p. 53). Se la maternità viene celebrata come destino naturale e imprescindibile dell’identità femminile, la sua negazione attraverso l’infanticidio, assume inevitabilmente i tratti della tragedia, un dramma non solo individuale ma simbolico in cui la donna finisce per incarnare colpe e contraddizioni della società tutta (Chiletto, 2011).

Per Kant, il bambino nato fuori dalla legge del matrimonio non gode di protezione giuridica, mentre il valore sociale dell’onore femminile appare superiore alla sua stessa esistenza (Kant, 1983, come citato in Chiletto, 2011, p. 59).

La scuola positiva di Diritto Penale sviluppatasi nella seconda metà dell’800, cresciuta anche sotto l’influenza delle teorie di Cesare Lombroso, respinge l’interpretazione morale del neonaticidio, giudicata non scientifica. Sulla base degli studi di Marcé, allievo di Esquirol, che mettono in relazione gravidanza, parto e puerperio con disturbi psichici, si sostiene che l’uccisione del neonato è espressione di uno stato mentale alterato della madre, e che dunque la riduzione di pena debba fondarsi su criteri psichiatrici e non etici (Marcé, 1858, p. 134, come citato in Chiletto, 2011, p. 365). Questa evoluzione, che trova posto già a inizio ‘900 in alcuni codici penali, porterà alla situazione attuale, in cui gran parte delle legislazioni occidentali prevede pene più lievi per le madri infanticide.

L’infanticidio costituisce un’entità differente dall’omicidio, perché veniva attuato per causa d’onore. Inoltre, si devono considerare come rilevanti la diminuita capacità psichica della puerpera e le condizioni sociali ed economiche in cui si genera l’atto criminoso. Nei decenni successivi, il

concetto di infanticidio rimane pressoché immutato, limitandosi a un richiamo delle posizioni penalistiche dell'800 (Guarnieri, 2006).

Il codice Zanardelli (1889), primo Codice del Regno d'Italia, all'art. 369 sancisce l'infanticidio come ipotesi circostanziata e attenuata dell'omicidio, stabilendo un trattamento sanzionatorio più mite in quanto delitto commesso con l'intento di proteggere il proprio onore. Onore che rappresenta, all'epoca, un valore di natura pubblica la cui perdita comporta uno stato psicofisico talmente anomalo da portare all'uccisione del neonato, da preferirsi alla pubblica rovina.

“Quando il delitto preveduto dall'art. 364 [omicidio volontario] sia commesso sopra la persona di un infante non ancora iscritto nei registri dello stato civile e nei primi 5 giorni dalla nascita, per salvare l'onore proprio, della moglie, della sorella, della discendente o della figlia adottiva, la pena è della reclusione da 3 a 10 anni”

La prospettiva giuridica di fine Ottocento insiste sul movente dell'onore come attenuante centrale, riconoscendo nell'atto della madre non un gesto di malvagità, ma un atto dettato da turbamento, paura o vergogna. Ne deriva un quadro in cui la donna infanticida è vista come normale, soggetta a passioni note e riconducibili a una debolezza intrinseca al genere femminile, contrapposta alla figura mostruosa della donna fredda e calcolatrice che uccide per convenienza o interesse (Laqueur, 1992, capitolo VI, come citato in Chiletto, 2011, p. 364). Di fatto, la mitigazione della pena interessa solo quelle donne che incarnano pienamente lo stereotipo femminile definito, oltre che dal diritto, dalle discipline che in esso confluiscono, quali la medicina, la psichiatria e la biologia (Pitch, 2002, p. 176, come citato in Chiletto, 2011, p. 357).

Nel 1930, con il Codice Rocco, l'art. 369 da omicidio comune diviene delitto autonomo, sancito all'articolo 578 c.p., il delitto di infanticidio. Per essere definito tale il delitto deve avvenire durante il parto o nel tempo immediatamente successivo, per salvare il proprio onore o quello di un congiunto. La pena è compresa tra tre e dieci anni. All'epoca, l'art. 578 non assume carattere di disposizione privilegiata, bensì rappresenta una umanizzazione del diritto penale, diffusa in Europa nella prima metà del secolo.

Nel 1981 viene soppressa in maniera definitiva la causa d'onore. Di conseguenza, l'art. 578 viene riformulato attribuendo maggior importanza ad aspetti quali il disagio sociale ed economico, l'emarginazione, l'isolamento sociale e morale, la carenza di aiuti e la clandestinità al momento del parto.

L'art. 578 presenta tutt'oggi aspetti di criticità. Le stesse “condizioni di abbandono morale e materiale”, secondo la dottrina, generano ambiguità, in quanto generiche e conducono a interpretazioni contrapposte dei giudici. Secondo un'interpretazione conservativa, infatti, la donna deve trovarsi in condizioni di isolamento tali da non consentirle di chiedere aiuto in alcun modo, circostanze pressoché impossibili al giorno d'oggi in Italia (Chessa et al., 2020).

Diverse sentenze di Cassazione hanno dunque messo l'accento sul carattere di soggettività che le condizioni di abbandono morale e materiale vanno ad assumere, come la sentenza n. 28252/2021 che recita: “L'integrazione della fattispecie criminosa di infanticidio non richiede che la situazione di abbandono materiale e morale rivesta un carattere di oggettiva assolutezza, trattandosi di un elemento oggettivo da leggere in chiave soggettiva, in quanto è sufficiente anche la percezione di totale abbandono avvertita dalla donna nell'ambito di una complessa esperienza emotiva e mentale, quale quella che accompagna la gravidanza e poi il parto” (Cassazione penale, Sez. I, sentenza n. 28252 del 22 gennaio 2021). Così recita invece la sentenza n. 40993/2010: “L'integrazione della fattispecie criminosa di infanticidio non richiede che la situazione di abbandono materiale e morale rivesta un carattere di oggettiva assolutezza, trattandosi di un elemento oggetto da leggere in chiave soggettiva, in quanto è sufficiente anche la percezione di totale abbandono avvertita dalla donna nell'ambito di una complessa esperienza emotiva e mentale quale quella che accompagna la gravidanza e poi il parto” (Cassazione penale, Sez. I, sentenza n. 40993 del 22 novembre 2010).

1.2 FATTORI DI RISCHIO

Nel 1967 Resnick realizza uno storico studio su neonaticidio e infanticidio. La valutazione dei fattori di rischio del neonaticidio ha una tradizione consolidata nella letteratura psichiatrico-forense e Resnick (1969) è considerato uno dei pionieri in questo ambito: nella sua opera *Filicide: The Murder of Children by Parents*, distingue tra neonaticidio (inteso come l'uccisione del neonato nelle prime 24 ore di vita) e infanticidio (l'uccisione del bambino nel primo anno di vita), differenziando i due fenomeni non solo in termini cronologici, ma anche sotto il profilo psicopatologico e motivazionale. Resnick evidenziava come il neonaticidio sia più frequentemente associato a madri giovani, nubili e socialmente isolate, spesso prive di una storia psichiatrica significativa, ma coinvolte in gravidanze non desiderate o vissute in modo conflittuale. Al contrario, l'infanticidio risulta più spesso correlato a disturbi psichiatrici gravi, quali depressione post-partum o psicosi puerperale.

Resnick identifica veri e propri pattern di vulnerabilità: distingue le madri neonaticide in un primo gruppo, quello delle donne con una forte spinta pulsionale e un ridotto controllo etico.

Dall'altro lato, il gruppo che include la maggioranza delle autrici di reato, ovvero le donne caratterizzate da atteggiamento passivo, immaturità, scarsa iniziativa sessuale, assenza di precedenti penali e rarissima ricerca di aborto. Secondo Resnick, in questo gruppo si verifica un'alta incidenza di *Denial of Pregnancy* e, al momento del parto, la donna non riconosce la vitalità del neonato, oppure, il pianto del neonato diventa momento di rottura in cui la madre silenzia definitivamente il figlio (Resnick, 1970; Mendlowicz, 1998).

Successivamente, numerosi studi hanno confermato e ampliato queste osservazioni, sottolineando come il neonaticidio presenti caratteristiche peculiari rispetto ad altre forme di figlicidio (Mendlowicz et al., 1998; Camperio Ciani e Fontanesi, 2012).

Uno di questi è lo studio di Mendlowicz e colleghi (1998), che ha analizzato 53 casi di neonaticidio avvenuti a Rio de Janeiro in un arco di 96 anni, confrontandoli con un gruppo di controllo ostetrico. I risultati mostrano che le madri neonaticide sono significativamente più giovani, in maggioranza nubili, meno istruite e provenienti più spesso da classi sociali svantaggiate. La maggior parte è nullipara – confermando l'associazione già descritta da Resnick (1970) e da altri successivamente (Mendlowicz et al., 1998; Camperio Ciani e Fontanesi, 2012; Klier et al., 2024) – e ha avuto rarissime interruzioni volontarie di gravidanza, il che indica verosimilmente una difficoltà ad accedere a risorse psicologiche, economiche e sociali che avrebbero potuto consentire di ricorrere a un aborto. Anche l'inserimento lavorativo risulta precario: oltre il 90% delle donne ha impieghi poco qualificati, principalmente come collaboratrici domestiche. Questi risultati supportano l'ipotesi che il neonaticidio sia più frequentemente legato a condizioni di marginalità e di indesiderabilità del neonato piuttosto che a gravi forme di malattia mentale.

La revisione di Friedman et al. (2005) prende in considerazione 39 studi sul figlicidio materno. Analizzando gli studi riguardanti il neonaticidio, i campioni di madri presi in considerazione confermavano in buona parte gli studi precedenti: le donne sono giovani, nubili, di basso livello socio-economico, spesso conviventi con i genitori, scarsamente istruite e con limitato o assente accesso a cure prenatali. Un dato particolarmente rilevante emerso nello studio riguarda la negazione o occultamento della gravidanza, presente in molti casi e accompagnato da scarso ricorso a controlli prenatali. Nei sottogruppi clinici, oltre alla negazione della gravidanza, vengono riscontrati episodi dissociativi, depersonalizzazione e amnesia intermittenti, anche in assenza di psicosi o depressione post-partum.

Una caratteristica ricorrente è la “Negazione di Gravidanza”, o meglio, *Denial of Pregnancy* (DoP)¹, una condizione clinica complessa che può condurre ad un distacco emotivo dal feto e alla mancata elaborazione consapevole dell'imminente maternità, comportando un vero e proprio disturbo di tipo psicosomatico con tratti dissociativi. Questo fenomeno psicopatologico, combinato con aspetti socio-relazionali di vulnerabilità, può aumentare notevolmente il rischio di neonaticidio. Data la rilevanza fondamentale del *Denial of Pregnancy*, ad esso sarà dedicato il secondo capitolo del presente elaborato.

Tra i fattori di rischio maggiormente riscontrati in letteratura nei casi di neonaticidio materno possiamo elencare:

- Fattori individuali: giovane età materna, mancanza di supporto sociale, basso livello di istruzione, scarsa consapevolezza o accettazione della gravidanza (Meyer & Oberman, 2001);
- Fattori psicologici: tratti di evitamento, meccanismi dissociativi e in casi meno frequenti disturbi di personalità connotati da marcata immaturità affettiva (Friedman & Resnick, 2007);
- Fattori socio-ambientali: stigma sociale verso la maternità al di fuori del matrimonio, condizioni economiche precarie, isolamento familiare e assenza di una rete di supporto (Putkonen et al., 2007).

Studi recenti tendono a considerare il neonaticidio non tanto come risultato di un impulso violento, quanto come l'esito estremo di una situazione di disperazione silenziosa e di segretezza, spesso priva di una pianificazione criminale consapevole. In questo senso, la condotta appare più vicina a un atto di negazione della realtà che a un vero e proprio comportamento antisociale (Spinelli, 2001; Putkonen et al., 2016).

¹ La traduzione italiana in “Negazione di Gravidanza” non esprime correttamente il termine inglese *denial*, in quanto pare implicare una componente di volontarietà. Termine più adeguato potrebbe essere “Gravidanza non percepita”, come proposto da alcuni Autori. Per quanto riguarda questo elaborato, si preferisce utilizzare il termine anglofono, in attesa di un'adeguata definizione nel contesto italiano.

Negli ultimi decenni, la ricerca internazionale ha mostrato una maggiore eterogeneità nel profilo delle madri autrici di neonaticidio, rispetto alle caratteristiche inizialmente delineate da Resnick. Sebbene persistano fattori come giovane età, gravidanze non desiderate e contesto socio-economico svantaggiato, numerosi studi contemporanei evidenziano come non tutte le donne neonaticide rientrino nello stereotipo di adolescenti isolate e culturalmente svantaggiate.

Una rassegna sistematica su neonaticidio, infanticidio e figlicidio mette in luce una varietà di fattori di rischio perinatali - individuali, socio-economici e psicologici - sottolineando la necessità di adottare una prospettiva multidimensionale e attenta al contesto della madre (Landoni et al., 2022).

Uno studio comparativo su casi in Austria e Finlandia ha identificato differenze tra prime autrici e casi ripetuti di neonaticidio (Klier et al., 2019). Queste ultime tendono a essere più mature, con livelli di educazione più elevati e maggior presenza di partner stabili. Al tempo stesso, le autrici recidive mostrano anche una maggiore prevalenza di disturbi di personalità e stress economico identificato durante la gravidanza. Tale evidenza svela una maggiore complessità del fenomeno, non riconducibile esclusivamente ad una fragilità socio-economica, ma che necessita di essere compreso in una dinamica di convergenza di molteplici fattori individuali e interpersonali, dove il DoP e i meccanismi dissociativi giocano un ruolo cruciale. Uno studio successivo di Brockington e colleghi (2024) ha raccolto 126 casi di neonaticidio seriale con almeno tre neonati uccisi: rispetto ai casi di neonaticidio singolo, in particolare nei casi con oltre cinque neonati uccisi, le autrici di reato erano più di frequente in relazioni coniugali stabili o altri familiari erano coinvolti. Dallo stato di ritrovamento dei corpi e dal livello di preservazione emerge in diverse madri un certo livello di attaccamento emotivo.

Uno studio condotto su donne italiane con storia di figlicidio, evidenzia come nel sottogruppo delle madri neonaticide il quadro clinico non coincida necessariamente con quello descritto in passato (Bramante e Di Florio, 2023). In particolare, tre donne avevano sperimentato un episodio dissociativo, due delle quali con anamnesi psichiatrica positiva (di cui una con episodio depressivo maggiore durante la gravidanza). In altri due casi non vi era evidenza di patologia psichiatrica in anamnesi né al momento del fatto, ma entrambe le madri mostravano un disturbo Borderline di personalità diagnosticato con SCID-2. Complessivamente, quattro delle cinque donne del gruppo neonaticidio

presentavano un disturbo di personalità, mentre nessuna riceveva trattamenti psichiatrici al momento del fatto.

Questo dato sembra indicare un parziale scostamento dai profili storici: nelle madri neonaticide contemporanee il rischio non appare necessariamente legato a psicosi acute o a condizioni di “immaturità” generica, ma piuttosto alla presenza di disturbi di personalità, vulnerabilità dissociative e fattori socio-economici svantaggiati. Il confronto con i sottogruppi di infanticidio e figlicidio mostra infatti una diversa distribuzione diagnostica: nelle madri neonaticide, i disturbi di personalità prevalgono sulle psicosi e depressioni tipiche degli altri sottogruppi (Friedman et al., 2005; Spinelli 2001; Tanaka et al., 2017).

In sintesi, quindi, i fattori di base individuati fin dagli anni Sessanta permangono, ma si manifestano oggi in configurazioni molto più diversificate e complesse. Non è più sufficiente parlare di madri “povere e sole”: occorre riconoscere come l’identità della donna, le dinamiche relazionali, lo stress finanziario e fattori psicopatologici possano convergere in modi differenti, ma sempre centrati su processi di negazione e dissociazione della gravidanza. La maggior parte delle madri non rientra in profilazioni stereotipate, bensì mostra un insieme variabile di vulnerabilità psicologiche, emotivo-affettive, relazionali e ambientali, che spesso convergono in contesti di DoP e dissociazione. L’approccio contemporaneo alla questione sollecita, dunque, una prospettiva di valutazione clinico-forense multidimensionale, capace di cogliere la complessità dell’esperienza materna nell’ambito perinatale.

1.3 ASPETTI CRIMINODINAMICI E CRIMINOGENETICI

Lo studio del neonaticidio non può prescindere dall’analisi dei suoi fattori eziologici, ovvero da ciò che, in modo diretto o indiretto, concorre alla genesi del comportamento criminale. Sulla base dell’articolo di Shelton et al. (2011), che analizza 55 casi forensi, si rileva una criminogenesi multifattoriale, articolata e non riconducibile a un unico profilo clinico, sociale o culturale,

Sebbene la maggior parte delle madri nel campione fosse di giovane età (età media 21,7 anni), emerge una significativa variabilità anagrafica (età compresa tra 13 e 42 anni), nonché eterogeneità sul piano etnico, relazionale e socioeconomico. Alcune donne erano sposate o conviventi, altre vivevano in famiglie numerose, a dimostrazione che l’isolamento sociale percepito può esistere anche in contesti apparentemente protettivi ed economicamente stabili.

Uno dei fattori più ricorrenti è nuovamente il DoP o la dissimulazione della gravidanza: nel 96% dei casi la gestazione non era nota a conviventi, familiari o partner. Questo *concealment* non è solo comportamentale, ma anche psicologico ed emotivo, e spesso si accompagna all'assenza di cure prenatali e alla minimizzazione dei sintomi fisici, fino all'evitamento sistematico di ogni contatto con strutture sanitarie. Tale meccanismo difensivo, che in alcuni casi assume caratteristiche dissociative, può portare la donna a non integrare affettivamente la gravidanza nella propria identità, contribuendo a una "invisibilità" del feto sia fisica sia psicologica.

Il *Denial of Pregnancy* costituisce fattore causale diretto nella criminogenesi del neonaticidio, in quanto la donna si trova ad affrontare un parto inatteso, senza assistenza e, come discusso in seguito, spesso accompagnato da sintomi dissociativi. Difatti, la cosiddetta **dissociazione perinatale** è un fenomeno che, per quanto poco studiato, si rivela in studi recenti sorprendentemente diffuso anche tra i parti avvenuti in ambiente ospedaliero a seguito di gravidanze regolarmente monitorate. La dissociazione rappresenta un fenomeno complesso che comprende esperienze come depersonalizzazione, derealizzazione, alterazione dell'immagine corporea, percezione distorta del tempo e amnesie. Uno studio del 2011 condotto su 328 donne nel post-partum, ha rivelato che l'11,3% del campione presentava sintomi dissociativi clinicamente significativi entro le 72 ore dal parto (Zambaldi et al., 2011). I sintomi più frequenti erano la sensazione di rallentamento dello scorrere del tempo, la perdita di consapevolezza e il disorientamento. I fattori predittivi più consistenti emersi nello studio erano il vissuto di un parto traumatico, in particolare in presenza di complicanze ostetriche, parti operativi, prematurità o problematiche neonatali; il timore improvviso per la propria vita o per quella del neonato e la comunicazione di notizie drammatiche durante il travaglio. Un altro elemento significativo riguarda la presenza, nel 71,1% dei casi, di storia traumatica pregressa: le donne che avevano subito abusi sessuali erano sei volte più esposte a esperienza dissociativa nel *peripartum* (Zambaldi et al., 2011).

Il timore del giudizio morale, la vergogna rispetto a una gravidanza indesiderata, soprattutto in contesti religiosi o famiglie rigidamente normative, e la percezione soggettiva di non essere pronte o degne di diventare madri, rappresentano le motivazioni principali alla base dell'occultamento e, successivamente, dell'atto omicidiario.

Contrariamente a quanto si potrebbe ipotizzare, la maggior parte delle madri neonaticide non presenta una diagnosi psichiatrica strutturata. Le valutazioni post-fatto rivelano piuttosto la presenza di tratti dissociativi transitori, confusione, vuoti di memoria e alterazioni dello stato di coscienza durante o subito dopo il parto. Questi elementi non configurano necessariamente un disturbo mentale

grave, ma indicano una fragilità emotiva e una vulnerabilità psichica situazionale, attivata da condizioni di stress acuto e solitudine.

Sul piano criminodinamico, ovvero nella sequenza e nella modalità con cui si realizza il reato, il neonaticidio presenta uno schema ricorrente, seppure con variazioni individuali. Le fasi più comuni evidenziate da Shelton et colleghi (2011) e da studi precedenti (Riley, 2006) includono:

- *Concealment* della gravidanza: la donna utilizza strategie di copertura fisica (es. abiti larghi) e diminuisce progressivamente i contatti sociali, pur spesso continuando a vivere in famiglia o con il partner. Questo isolamento relazionale non è subito passivamente da parte di terzi, ma autoimposto per evitare il riconoscimento dell'evento gestazionale;
- Parto in solitudine e ambienti non medicalizzati: nel 65% dei casi il parto avviene nel bagno di casa, frequentemente nel WC, e spesso mentre altri conviventi si trovano nell'abitazione. L'evento si consuma in silenzio e nell'assenza di qualsiasi assistenza;
- Stato di shock e dissociazione: durante e subito dopo il parto, molte donne riferiscono sensazioni di estraneità corporea, depersonalizzazione e amnesia parziale. In questo stato alterato, la capacità di prendersi cura del neonato o di chiedere aiuto risulta gravemente compromessa;
- Decesso del neonato per asfissia o omissione di soccorso: nella quasi totalità dei casi (oltre l'80%), la causa di morte è l'asfissia, attuata con mezzi di fortuna come sacchetti, coperte, acqua del WC o con le mani. Lesioni da corpo contundente o da oggetti da taglio sono rare. In altri casi, l'azione è indiretta: il neonato viene lasciato morire per ipossia, emorragia, esposizione o abbandono;
- Occultamento del corpo: nel 78% dei casi il corpo del neonato viene nascosto in contenitori improvvisati (sacchetti, asciugamani, cestini dei rifiuti), spesso in luoghi domestici o negli immediati dintorni;
- Ripresa apparente della normalità: molte donne tornano immediatamente alla loro *routine* (scuola, lavoro, vita domestica), mostrando una sorprendente stabilità esteriore. Tale comportamento può essere interpretato come un tentativo difensivo di rimozione psicologica, ma anche come indicatore della dissociazione tra esperienza e significato dell'evento;
- Negazione post-fatto: nelle indagini, le madri tendono a dichiarare che il parto è avvenuto per aborto spontaneo, o che il neonato era già morto. L'ambiguità nei racconti e la resistenza all'ammissione sono elementi frequenti che complicano l'accertamento della responsabilità.

Le caratteristiche demografiche più comuni tra le autrici di neonaticidio comprendono condizioni di povertà, età adolescenziale o giovane adulta, assenza di rapporti stabili con il padre del neonato; spesso le donne vivono ancora con i propri genitori o con altri familiari, oppure, qualora indipendenti, presentano comunque una condizione abitativa fragile (Resnick, 1970; Meyer e Oberman, 2001; D'Orbán, 1979; Oberman, 1996). Rispetto alla popolazione generale delle donne partorienti, le madri autrici di neonaticidio mostrano profili differenti: in media più giovani, con un livello di istruzione inferiore, meno frequentemente spostate, con un numero ridotto di gravidanze pregresse e di interruzioni volontarie di gravidanze note (Mendlowicz et al., 1998).

Dal punto di vista psicologico ed emotivo, le autrici di neonaticidio appaiono spesso caratterizzate da immaturità cognitiva o da un livello intellettuale basso. Esse presentano generalmente limitazioni significative nelle capacità di giudizio, deficit nelle abilità di *problem-solving* e nelle strategie di *coping*, oltre a una ridotta consapevolezza della situazione contingente (Spinelli, 2001).

2. IL DENIAL OF PREGNANCY

2.1 DEFINIZIONE DEL FENOMENO

La “Negazione della Gravidanza” (*Denial of Pregnancy*, DoP) si configura come il mancato riconoscimento dello stato gestazionale da parte della donna e, in taluni casi, anche da parte dei familiari più prossimi. Il DoP può perdurare fino a una fase avanzata, o addirittura fino alla conclusione della gestazione (Spielvogel e Hohener, 1995). Il DoP comporta rischi clinici e psicosociali rilevanti sia per la madre sia per il neonato, tra cui malnutrizione fetale, parto non assistito o precipitoso, distress emotivo materno nel periodo *post-partum*, abuso neonatale e, nei casi più gravi, neonaticidio (Condon, 1986; Resnick, 1970). Inoltre, i bambini nati da gravidanza non percepite mostrano ripercussioni rilevanti anche a lungo termine, come sviluppo psicomotorio alterato, in particolare con disturbo del linguaggio (Simermann et al., 2018).

Come osservano Sablone e colleghi in una recente rassegna storica (2023), le prime osservazioni sul fenomeno risalgono al XVII secolo: nel 1681 il ginecologo François Mauriceau ipotizza che la persistenza del sanguinamento vaginale durante la gravidanza possa indurre alcune donne a ignorare il proprio stato, definendo tale condizione “*méconnaissance de la grossesse*” (Mauriceau, 1681). Successivamente, George Milbry Gould raggruppa vari casi clinici sotto il termine di “gravidanza inconsapevole”, anticipando il riconoscimento del DoP quale fenomeno autonomo (Gould, 1987). Nel 1976 Bécache e Bécache descrivono il caso di una donna affetta da schizofrenia che non ha riconosciuto la propria gravidanza, introducendo per la prima volta la denominazione di *déni de grossesse* (Bécache e Bécache, 1976).

La letteratura evidenzia un’ampia eterogeneità diagnostica relativa al DoP, la cui lunga storia testimonia la complessità del fenomeno e la varietà degli approcci interpretativi impiegati. Le prime spiegazioni adottano un orientamento psicoanalitico, focalizzato sul ruolo dei meccanismi di difesa, quali negazione e razionalizzazione, nel corso della gravidanza. Secondo tale prospettiva, processi psichici inconsci impedirebbero alla donna di prendere coscienza dello stato gestazionale, attivando difese volte a proteggerla da una sofferenza percepita come insostenibile. Tuttavia, tali meccanismi non riescono a rendere conto della complessità del DoP (Seguin, 2013).

Wessel, un ginecologo tedesco, descrive il DoP come fenomeno caratterizzato dall'assenza di consapevolezza della gravidanza (Wessel, 2007). La negazione della gravidanza è talvolta descritta in letteratura come “disconoscimento della gravidanza” (Kinzl e Biebl, 1991).

In seguito, Del Giudice introduce la definizione alternativa di “gravidanza criptica”, concetto che tiene conto dei correlati fisiologici e della possibile rilevanza evolutiva del DoP. Basandosi sulla teoria del conflitto genitori-prole, l’autore interpreta il fenomeno come un meccanismo volto a ridurre i costi energetici ed ecologici della gravidanza, con beneficio per la madre anche a discapito del feto (Del Giudice, 2007). Uno studio italiano ha messo alla prova la teoria del conflitto genitori-prole in un campione di neonaticidi, infanticidi e figlicidi. I dati relativi ai neonaticidi soddisfano tutte le predizioni evolutive relative a schemi comportamentali, emotivi e motivazionali finalizzati all’incremento del fitness riproduttivo. Le madri coinvolte sono giovani, prive di partner e in condizioni economiche sfavorevoli. L’omicidio avviene in maniera non violenta, le autrici non presentano psicopatologia e non tentano il suicidio dopo l’evento. I casi di neonaticidio si collocano in un cluster chiaramente distinto dagli altri omicidi nei confronti della prole e lo studio conferma la teoria del disinvestimento riproduttivo adattivo, che consentirebbe alla madre di aumentare il proprio fitness eliminando un neonato indesiderato e preservando risorse per la prole futura in condizioni migliori (Camperio Ciani e Fontanesi, 2021).

Friedman delinea quindi criteri circostanziali per identificare le donne affette da DoP, partendo da casi clinici di pazienti giunte in ospedale al momento del parto, o immediatamente dopo, senza alcuna storia di cure prenatali (Friedman, 2012). Parallelamente, Wessel propone un criterio temporale, definendo come DoP le gravidanze non riconosciute nelle prime venti settimane di gestazione o, nei casi estremi, fino al termine (Wessel e Buscher, 2002).

Dal punto di vista nosografico, l’attuale DSM-5-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5^a edizione, Text Revision) non contempla una categoria diagnostica specifica per il DoP, a differenza della Pseudociesi (American Psychiatric Association, 2022)². Nelle precedenti edizioni, diversi autori hanno proposto, senza successo, di includere il DoP come sottotipologia del disturbo dell’adattamento, sottolineando il ruolo della gravidanza quale fattore di stress psicosociale (Kinzl e Biebl, 1991; Strauss et al., 1990; Miller, 1991). Altri, come Beier, hanno suggerito di

² Il disturbo psicosomatico della Pseudociesi, meglio noto come gravidanza isterica, descritto già da Ippocrate, comporta assenza o alterazione del ciclo mestruale, ingrandimento del ventre, cambiamenti del seno e lattazione o altri sintomi somatici in assenza di reale gravidanza. Nel DSM-5TR è descritto come: “un’erronea convinzione di essere incinta, associata a segni obiettivi e sintomi riferiti di gravidanza” ed è classificato tra i “Disturbi da Sintomi Somatici e Disturbi Correlati con altra specificazione”.

collocare il DoP tra i disturbi della funzione riproduttiva, ipotizzandone la patogenesi nell'ambito delle dinamiche di identità sessuale e di genere e cercando di includerlo nel capitolo "Disturbi dell'identità sessuale e di genere" del DSM-5. Tale proposta non ha tuttavia ottenuto consenso né è stata recepita nelle revisioni ufficiali (Beier et al., 2006). Nonostante ciò, ad oggi il DoP è trattato in autorevoli manuali di ginecologia ed è presente all'interno di linee guida internazionali in tema di prevenzione (Gruchala e Angelotta, 2024; NICE, 2024; NHS Royal Cornwall Hospitals Trust 2024).

Tradizionalmente, il DoP è stato considerato un fenomeno raro e marginale. La letteratura forense, basata su revisioni retrospettive di atti giudiziari e referti medico-legali, lo ha a lungo interpretato come un tentativo cosciente e volontario di occultamento da parte della donna, finalizzato a nascondere rapporti sessuali ritenuti vergognosi o trasgressivi e a evitare minacce ai legami affettivi primari. In questa prospettiva, il DoP viene concepito come una strategia volontaria di difesa sociale, connessa al timore dello stigma o del ripudio familiare. Solo negli ultimi decenni, grazie a studi clinici prospettici, questa interpretazione restrittiva è stata progressivamente superata, riconoscendo la natura psicopatologica complessa del DoP, difficilmente riducibile a un mero comportamento deliberato (Sablone et al., 2023).

Lo studio prospettico di Wessel & Buscher (2002), dimostra come la prevalenza del DoP sia significativamente superiore a quanto precedentemente ipotizzato: una donna incinta su 475 presenta DoP entro la ventesima settimana di gestazione, mentre in una su 2455 la negazione perdura fino al parto. Il più recente studio di Simermann et al. (2018) mostra un tasso di prevalenza di una su 300 gravidanze prima della ventesima settimana di gestazione.

Per comprendere l'impatto del fenomeno, basti considerare che il DoP ha una frequenza più elevata rispetto, ad esempio, a quella delle gravidanze trigemine. La forma psicotica costituisce una minoranza dei casi, con solo il 5% delle donne che riceve una diagnosi di schizofrenia precedente o successiva all'evento (Wessel e Buscher, 2002).

Come evidenziato da Sablone e colleghi (2023), tra i fattori di rischio associati al DoP la letteratura riporta la giovane età (Neifert e Bourgeois, 2000; DeLong et al., 2022; Desvallées et al., 2025), l'isolamento sociale, il basso status socio-economico (Neifert, 2000), la scarsa istruzione (DeLong et al., 2022), la bassa intelligenza e l'immaturità psicologica (Neifert, 2000). Altri fattori di rischio riguardano le relazioni interpersonali, quali concepimento prematrimoniale, stato di nubilito (Neifert, 2000) e assenza di una relazione stabile (DeLong et al., 2022). Sul piano clinico, una storia di disturbi psichiatrici e l'abuso di sostanze risultano frequentemente correlati (DeLong et al., 2022;

Desvallées et al., 2025). Anche l'utilizzo di metodi contraccettivi, in particolare orali, è stato segnalato come possibile fattore di rischio (Struye et al., 2013; Delong et al., 2022). Sono inoltre descritti precedenti episodi di dichiarazione tardiva della gravidanza, casi multipli di DoP della stessa donna o storia familiare positiva per il disturbo (DeLong et al., 2022).

Il fenomeno è stato anche associato a conflitti psicologici di natura intrapsichica e relazionale, tra cui sessualità repressa, divieti religiosi, paura dell'abbandono, rischio percepito di perdere la custodia dei figli, risentimento nei confronti del padre del bambino e rapporti conflittuali con la propria madre (Spinelli, 2001; Miller, 2003). Tuttavia, lo studio prospettico condotto da Wessel a Berlino, volto ad arruolare tutte le donne con DoP nell'arco di un anno, ha evidenziato che la maggior parte di esse presenta caratteristiche cliniche che non coincidono necessariamente con i fattori di rischio tradizionalmente individuati (Wessel, 2007).

La gravidanza rappresenta un evento critico e trasformativo nella vita di una donna, caratterizzato da profondi cambiamenti fisiologici, psicologici e sociali (Jenkins, 2011). Per alcune, la percezione dei sintomi gravidici o il sospetto di una gravidanza possono risultare opprimenti e costituire il fattore scatenante del *denial* (Bonnet, 1993). Il processo di presa di coscienza può risultare complesso e sono stati identificati vari meccanismi fisiopatologici in grado di alterare l'esperienza della gestazione e della maternità. Marinopoulos (2015) ha ipotizzato che ciò che consente alla donna di vivere la gravidanza non sia la percezione somatica dei movimenti fetali, ma la loro interpretazione psichica, che rende il feto parte integrante della rappresentazione mentale della madre. Il concetto di "gravidanza impensabile" postula che la gestazione riattivi memorie traumatiche precoci, come una storia familiare segnata da incesto o violenza, l'eccessivo esibizionismo genitoriale o la trascuratezza delle necessità affettive e fisiche (Marinopoulos, 2015).

Sul piano clinico il DoP si manifesta frequentemente con l'assenza dei segni fisici tipici della gravidanza o con una loro interpretazione erronea (Beier et al., 2006; Delong et al., 2022). Tale fenomeno è stato definito "negazione somatica", intesa come un meccanismo attraverso cui la gravidanza viene rimossa dalla coscienza. Beier et al., (2006) hanno sorprendentemente osservato che nel 38% dei casi del loro ampio studio di popolazione, i sintomi della gravidanza non erano riconosciuti nemmeno dai medici, che li attribuivano a problematiche differenti. Una caratteristica peculiare è il cosiddetto "effetto silhouette", ossia la riduzione o assenza del gonfiore addominale, che rifletterebbe una comunicazione alterata tra cervello e corpo mediata dal sistema nervoso periferico (Sandoz, 2011). Lo stesso Autore ha proposto un modello di "omeostasi reattiva, in cui i sintomi sarebbero il risultato di una regolazione anomala ma coerente del funzionamento corporeo,

mediata da processi inconsci finalizzati a evitare realtà psichiche paradossali” (Sandoz, 2011). Nisand (2008; come citato in Sandoz, 2011) ha osservato come, nei casi di DoP, il gonfiore addominale possa risultare assente anche nelle fasi avanzate della gestazione. Invece di espandersi orizzontalmente e rendere evidente la prominente dell’addome, il feto tende a disporsi in senso verticale, comprimendo il diaframma e consentendo così alla silhouette della donna di rimanere snella. Anche la muscolatura addominale partecipa al mantenimento di questa conformazione piatta. Quando però il DoP viene meno e la gravidanza viene riconosciuta, il feto assume una posizione abituale e i muscoli si rilassano, con la conseguente comparsa improvvisa della tipica rotondità addominale.

Un caso esemplare descritto da Rozan (2008; come citato in Sandoz, 2011) descrive una giovane donna che, pur essendo al settimo mese di gestazione, non presentava alcuna trasformazione corporea evidente. Solo dopo la diagnosi ecografica e la comunicazione dello stato gravidico, la paziente, inizialmente incredula, manifestava un cambiamento corporeo repentino: assumendo una postura diversa, l’addome appariva subito prominente.

Ulteriori spiegazioni si fondano sull’assenza o sulla errata interpretazione di sintomi quali nausea e vomito. Brezinka (1994) aveva già osservato tra il 1987 e il 1990 che molte donne con DoP non sperimentano tali sintomi. Una possibile spiegazione fisiopatologica è rappresentata dai bassi livelli di gonadotropina corionica umana (hCG), data la correlazione, in condizioni fisiologiche, tra i picchi di hCG e i sintomi di nausea e vomito (Brezinka, 1994; Kenner e Nicolson, 2015). Un’ulteriore ipotesi riguarda l’insufficienza del corpo luteo (Kenner e Nicolson, 2015). Wessel & Endrikat (2005) hanno confrontato donne con DoP e controlli, misurando il livello di hCG subito dopo il parto: non sono emerse differenze significative, salvo per i livelli di prolattina, risultati più bassi nelle donne con DoP. Tali ipotesi endocrinologiche suggeriscono il coinvolgimento dell’asse ipotalamo-ipofisi-ovaio nella genesi del fenomeno, in analogia a quanto osservato nella Pseudociesi (Brown e Barglow, 1971; Spinelli, 2003).

2.1.1 Le tipologie di *Denial of Pregnancy*

Una prima classificazione del DoP si basava su criteri clinici e distingueva le donne con o senza psicosi (Spielvogel e Hohener, 1995). Una classificazione più completa del DoP proposta da Miller e colleghi (2003) ha identificato tre sottogruppi di DoP:

- *Denial* affettivo: durante la negazione affettiva, la donna è cognitivamente consapevole della gravidanza, ma si prepara poco dal punto di vista emotivo e fisico, continuando così “a pensare, sentire e comportarsi come se non fosse incinta” (Miller, 2003);

- *Pervasive Denial*: la madre non è consapevole della gravidanza; non intraprende azioni per nascondersela, ma al contempo non manifesta i sintomi tipici. Vi sono infatti assenza di nausea, amenorrea incostante, mancato incremento ponderale, silhouette invariata. Il fenomeno dell'”effetto silhouette”, ossia l'assenza di modificazioni corporee riconoscibili, rappresenta una caratteristica peculiare nella negazione persistente della gravidanza, allorché la negazione emotiva e cognitiva persiste fino al terzo trimestre. A quel punto, la donna generalmente prende consapevolezza della gravidanza, ma non cerca assistenza prenatale. Nella negazione pervasiva della gravidanza, la donna manifesta un tipo di DoP più profondo che si protrae fino al parto, che giunge del tutto inaspettato (Friedman et al., 2007). Il tipo di negazione pervasiva proposto da Miller è stato ulteriormente approfondito da Friedman, che ha suddiviso il DoP in “negazione persistente della gravidanza” e “negazione pervasiva fino al parto” (Friedman et al., 2007). In entrambi i casi, la donna non riconosce la gravidanza da un punto di vista emotivo e cognitivo (Friedman et al., 2007), il che causa una scoperta tardiva della gravidanza e la mancata ricerca di ulteriori cure prenatali (Friedman et al., 2007). Ciò che distingue le due sottocategorie di DoP sono le caratteristiche temporali della negazione;
- Infine, il *DoP psicotico* è caratterizzato dalla presenza di una patologia psicotica in comorbidità, più frequentemente con la schizofrenia (Miller, 1990). Le donne affette da DoP psicotico possono manifestare sintomi psicotici per tutta la durata della gravidanza, non fanno alcuno sforzo per mascherare la gravidanza e incorporano i sintomi tipici della gravidanza e i movimenti fetali nelle manifestazioni psicopatologiche della loro psicosi sottostante (Jenkins et al., 2001; Miller, 1990).

Navarro e collaboratori (2009) hanno proposto una classificazione più essenziale, basata unicamente sulla profondità e sulla durata della negazione, sottolineando che la donna può mantenere una silhouette non gravidica pur avendo consapevolezza parziale e intermittente della gravidanza. In alcuni casi, la negazione può persistere anche dopo il parto, fino a comprendere il rifiuto della presenza stessa del neonato.

Beier et al. (2006) hanno confrontato donne con DoP di origine clinica e forense, rilevando che *deniers* e *concealers* non differiscono in modo sostanziale: entrambe le condizioni sembrano espressione di un unico *continuum* psichico difensivo, distinto solo per grado di intensità. Allo stesso

modo, Brezinka (1994) ha introdotto il concetto di *middle knowledge*, una condizione di “sapere e non sapere”, caratterizzata da transizioni fluide tra momenti di parziale riconoscimento e fasi di totale negazione della gravidanza.

Se da un lato il *denial* può essere inteso come un meccanismo psicologico e psicosomatico di difesa, protettivo nei confronti della realtà impensabile della gravidanza, il *concealment* si configura come una strategia di *coping* disfunzionale indotta dalla paura, che si esprime in determinati schemi di comportamento. Tale sovrapposizione ha fatto sì che alcuni autori adottassero il termine gravidanza non percepita per sottolinearne il nucleo comune, ovvero l’assenza di una percezione dei sintomi della gravidanza oppure una sistematica interpretazione erronea di essi (Şar et al., 2017; Barnes, 2022).

2.2 VERSO UN RICONOSCIMENTO DEL DOP COME ENTITÀ DIAGNOSTICA

Diversi autori ritengono il DoP alla stregua di un vero e proprio disturbo dissociativo (Spinelli 2010; Amon et al., 2012; Kenner e Nicolson, 2015; Şar et al., 2017). Kenner e Nicolson (2015) propongono di collocarla nel DSM-5 come disturbo dissociativo acuto in risposta a eventi stressanti. Tale categoria compare nella sezione relativa al “Disturbo Dissociativo con altra specificazione”, i cui criteri includono "condizioni acute e transitorie caratterizzate da costrizione della coscienza; depersonalizzazione; derealizzazione; disturbi percettivi, microamnesie; stupore transitorio; e/o alterazioni del funzionamento sensomotorio" (APA, 2022). Le alterazioni della coscienza riportate da molte donne al momento del travaglio, durante il parto o immediatamente dopo, compromettono il normale flusso del pensiero razionale.

Tali aspetti dissociativi possono spiegare perché molte donne, nell'immediatezza del *peripartum*, percepiscono il neonato come nato morto (Barnes, 2022), non riuscendo a valutarne correttamente le condizioni. D'altro canto, la maggioranza delle donne che partoriscono a seguito di gravidanza caratterizzata da DoP dimostrano un'estrema resilienza fisica e tornano rapidamente alle consuete attività quotidiane (Shelton et al., 2011), in un apparente scollamento tra evento traumatico ed elaborazione soggettiva.

Nei casi in cui il neonato muore alla nascita, risulta apodittico inferire un intento omicida da parte della madre, quanto piuttosto riconoscere l'incapacità di regolare le proprie azioni come conseguenza di un episodio dissociativo. Poiché il DoP interrompe la normale manifestazione dei sintomi gravidici, esso potrebbe essere ricondotto alla categoria "Altri sintomi somatici specificati e disturbi correlati", nella quale figura anche la Pseudociesi (APA, 2022). Un'eventuale inclusione nel DSM-5 permetterebbe di riconoscere formalmente negazione e occultamento della gravidanza come disturbi clinici dotati di criteri diagnostici specifici e fornirebbe un necessario quadro nosografico, fungendo da contraltare diagnostico alla Pseudociesi.

Lo studio clinico di Spinelli (2001) ha indagato le caratteristiche psicopatologiche di un campione di donne coinvolte in episodi di neonaticidio. I risultati hanno evidenziato un profilo dissociativo marcato, connotato da tratti peculiari e ricorrenti. Tutte le donne osservate presentavano un atteggiamento infantile e una tipica *la belle indifférence* (Janet, 1907, come citato in Spinelli, 2001). Tra le caratteristiche cliniche più frequenti si annoverano la negazione, la depersonalizzazione, la presenza di allucinazione dissociative e una storia pregressa di traumi, in particolare abusi sessuali e fisici (Spinelli, 2001). Lo spettro della negazione appare analogo a quello descritto in precedenti ricerche (Miller, 1990; Brezinka et al., 1994), comprendendo sia casi di disconoscimento totale dello

stato gravidico fino al momento del parto (cinque donne), sia forme di consapevolezza intermittente successivamente ricollocata e compartimentalizzata (undici donne). In entrambi i casi, sia le donne che i loro familiari tendevano a negare o misinterpretare i cambiamenti corporei connessi alla gravidanza. Un dato clinico particolarmente rilevante è che tutte le partecipanti riferivano di aver osservato sé stesse durante il parto come in una condizione di distacco dissociativo (Spinelli, 2001). Undici donne negavano la percezione del dolore, mentre cinque lo descrivevano come “soportabile” o “non grave”. Dodici riportavano allucinazioni dissociative sotto forma di commentatori interni, caratterizzati da voci critiche e conflittuali, mentre quattordici sperimentavano amnesie transitorie. Nove di queste ultime descrivevano inoltre sintomi psicotici alla vista del neonato (Bonnet, 1993). Dopo la reintegrazione psichica, nessuna delle donne era in grado di spiegare la morte del bambino (Spinelli, 2001).

Un numero significativo di partecipanti aveva vissuto traumi infantili: nove riportavano abusi sessuali, confermati in sette casi da fonti indipendenti; sei riferivano esperienze di violenza fisica. I punteggi ottenuti alla *Dissociative Experiences Scale* (media=28,89; DS=16,99; mediana=24,45) indicavano un livello elevato di patologia dissociativa, con dieci donne che superavano la soglia clinica di 15 punti. Due soggetti con diagnosi di disturbo antisociale di personalità riportavano valori elevati sospetti di simulazione, mentre il resto del campione presentava punteggi inferiori a questa soglia.

Le condotte post-partum rivelavano elementi bizzarri e di marcata disorganizzazione comportamentale: alcune donne tornavano a letto con il corpo del neonato, o lo occultavano tra gli indumenti o all'interno di una borsa; in un caso, il cadavere in stato di putrefazione fu rinvenuto due settimane dopo il parto, chiuso in un archivio dell'ufficio della donna (Spinelli, 2001).

Dal punto di vista del funzionamento premorbo, tredici partecipanti erano considerate “brave ragazze”, prive di tratti psicopatici, provenienti da famiglie segnate da trascuratezza emotiva, diniego sistematico, segreti e violazione dei confini relazionali (Spinelli, 2001).

Il ruolo del trauma nel neonaticidio si afferma con crescente rilevanza (Klier et al., 2019; Barnes, 2022). La gravidanza non percepita può essere interpretata come un disturbo a carattere dissociativo e come un'esperienza intrinsecamente traumatica. È altamente probabile che tale esperienza sia seguita da un parto traumatico, con esiti potenzialmente gravi sia per la madre che per il neonato (Barnes, 2022). Nel recente studio di Desvallées et al. (2025) il 73% delle donne con DoP erano vittime di violenza, in particolare violenza domestica e abuso sessuale, contro il 30% delle donne senza DoP.

Secondo Chechko et al. (2023), il DoP non può ad oggi essere ricondotto a una causa univoca. Non si associa sempre a problematiche psicopatologiche o fisiologiche e di conseguenza potrebbe potenzialmente manifestarsi in ogni donna. Proprio questa considerazione rende cruciale il ruolo di Ginecologici e Medici di Medicina Generale, che dovrebbe tenere in considerazione l'esistenza del fenomeno così da poter attuare un'adeguata indagine clinica ogniqualvolta vi sia il sospetto di gravidanza, anche nei casi in cui la paziente neghi categoricamente tale possibilità.

3. LA RELAZIONE IN LETTERATURA TRA NEONATICIDIO E DOP

Come osserva Barnes (2022), alcuni dei primi studi sulla negazione della gravidanza e sul neonaticidio rilevano un profilo demografico prevedibile tra le donne che negano o nascondono la gravidanza (Resnick, 1970; D'Orbán, 1979; Mendlowicz et al., 1998). Resnick, che ha condotto alcune delle prime ricerche sul DoP ed è stato uno dei primi a identificare il termine neonaticidio come una categoria separata dall'infanticidio, ha tratto le sue conclusioni sulla connessione tra negazione della gravidanza e neonaticidio da una revisione di precedenti ricerche sull'omicidio di bambini dal 1751 al 1968 (Resnick, 1969; Resnick, 1970). Nella sua revisione di 131 casi di infanticidio, ha esaminato le somiglianze in 37 neonaticidi e ha scoperto che l'89% delle donne che avevano commesso neonaticidio avevano meno di 25 anni, l'81% di loro non erano sposate e solo il 17% aveva una diagnosi di psicosi (Resnick, 1970). Descriveva queste donne come prive di risorse, emotivamente immature e molto più inclini a essere sottomesse nelle relazioni intime. Secondo Resnick, le donne con negazione di gravidanza percepivano il feto come non vitale, un'aspettativa che è stata supportata da altre ricerche (Mendlowicz et al., 1998; Putkonen et al., 2007; Beyer et al., 2008). Nei casi di negazione della gravidanza seguita da neonaticidio, i neonati in genere soccombono per strangolamento o soffocamento, o, meno frequentemente, per trauma cranico, annegamento, esposizione al sole e, in alcuni sporadici casi, accoltellamento (Meyer e Oberman, 2001; Amon et al., 2020). Sebbene il termine neonaticidio si debba a Resnick, nei decenni successivi sono state condotte numerose ricerche che suggeriscono un profilo più eterogeneo di donne che negano la gravidanza e successivamente commettono neonaticidio (Brezinka et al., 1994; Putkonen et al., 1998; Friedman et al., 2007; Wessel et al., 2007; Jenkins et al., 2011).

Stenton e Cohen (2020) in cui i dati demografici erano noti per 14 dei 20 casi forensi, hanno rilevato che l'età materna variava dai 14 ai 39 anni con una media di 24 anni. Quando le informazioni erano disponibili, si ricavava che più della metà delle madri dello studio aveva una relazione al momento del parto. Wessel (2007) ha esaminato le caratteristiche di 65 donne che hanno negato la gravidanza, concludendo che non esiste una tipologia specifica tra esse. Infatti, solo nove delle donne studiate avevano meno di 20 anni, 52 donne avevano completato gli studi, 54 avevano un partner stabile e, di queste, 42 convivevano con il partner, sposate o comunque *more uxorio*. Analogamente, Vellut e colleghi (2012) in un campione di 22 donne accusate di neonaticidio hanno riscontrato un'età variabile dai 17 ai 44 anni; quasi due terzi erano pluripare, quasi la metà aveva un partner e 17 delle 22 madri lavoravano.

Secondo alcuni Autori, il neonaticidio non è, nella maggioranza dei casi, correlato alla presenza di una patologia psichiatrica conclamata, poiché la gran parte delle donne coinvolte non risulta affetta da disturbi mentali di lunga durata (Spinelli, 2001; Meyer e Oberman, 2001). Tuttavia, esse possono andare incontro a un funzionamento psichico alterato nel corso della gravidanza. In tale contesto il DoP rappresenta frequentemente un antecedente del neonaticidio (Spinelli, 2001).

Al termine di un DoP, nei travagli e nei parti che precedono un neonaticidio emergono caratteristiche peculiari (Meyer e Oberman, 2001). I sintomi fisici tipici, come crampi intensi o dolori addominali, vengono sovente interpretati in maniera erronea: non di rado tali manifestazioni vengono scambiate per un bisogno di defecare (Oberman, 1996). L'esperienza del parto, inoltre, può essere percepita come estraniante, al punto da essere vissuta come un evento che accade a qualcun altro (Miller, 2003). Numerose donne riportano, infine, una pressoché assenza di dolore durante il travaglio e il parto (Miller, 2003).

I sintomi neuropsichiatrici osservabili durante il parto o immediatamente dopo includono amnesia intermittente, fenomeni dissociativi e, talora, manifestazioni psicotiche quali allucinazioni (Miller, 2003). Può altresì instaurarsi uno stato confusionale, che compromette la capacità della donna di intraprendere comportamenti adeguati alla situazione (Meyer e Oberman, 2001). È importante sottolineare come tali sintomi abbiano un carattere temporaneo, limitato al periodo della gravidanza e del parto. Durante la gestazione e al momento del parto sono presenti, mentre, in seguito alla morte del neonato, la donna può andare incontro a un fenomeno di “rapida reintegrazione” del proprio funzionamento psichico (Spinelli, 2001).

4. METODOLOGIA

4.1 MATERIALI

4.1.1 Disegno dello studio

Il presente lavoro si configura come uno studio retrospettivo e qualitativo, con un'integrazione descrittivo-quantitativa, condotto su un campione di 23 casi di neonaticidio documentati attraverso fonti forensi psichiatriche. L'analisi si è focalizzata sulla ricostruzione delle caratteristiche personali, familiari e sociali delle madri, con l'obiettivo di delineare i fattori di rischio, i tratti ricorrenti del profilo criminogenetico e criminodinamico e il ruolo di fenomeni clinici specifici come il DoP, la presenza di dissociazione perinatale o di immaturità.

È stata condotta inoltre un'analisi quantitativa dividendo il campione nei sottogruppi con DoP e senza DoP, per indagare la possibile relazione tra *Denial of Pregnancy* e alcune variabili di interesse psichiatrico e psicologico.

Lo studio, che si colloca nel perimetro della ricerca internazionale sul neonaticidio, presenta la specificità di basarsi su documentazione clinico-forense originale, costituita da perizie psichiatriche e consulenze tecniche d'ufficio, che sono state opportunamente anonimizzate prima dell'analisi.

4.1.2 Fonti dei dati

I casi sono stati selezionati attraverso la raccolta di materiale giudiziario e clinico proveniente da archivi psichiatrici forensi. Per ciascun caso è stata esaminata in modo sistematico la seguente documentazione:

- perizie psichiatriche e psicologiche redatte in sede giudiziaria;
- consulenze tecniche di parte;
- colloqui clinici e test psicodiagnostici, laddove presenti;
- referti medico-legali e certificazioni sanitarie;
- estratti di verbali giudiziari e testimonianze rilevanti.

Questa procedura ha permesso di ottenere un *corpus* di dati omogeneo per tipologia di fonti, pur con le naturali differenze legate alla variabilità dei contesti giudiziari di provenienza.

4.1.3 Criteri di inclusione ed esclusione

Sono stati inclusi nello studio tutti i casi che soddisfacevano i seguenti criteri:

- omicidio o tentato omicidio del neonato avvenuto entro le prime 24 ore di vita;
- imputazione di omicidio volontario, tentato omicidio o neonaticidio;
- disponibilità di almeno una perizia psichiatrica forense completa sulla madre.

Sono stati esclusi i casi di infanticidio o figlicidio, i decessi accidentali o per cause naturali accertate, nonché le situazioni prive di adeguata documentazione psichiatrica.

4.2 METODI DI ANALISI

4.2.1 Variabili considerate

L'analisi dei casi ha preso in esame un ampio ventaglio di variabili, raggruppate in quattro macro-categorie:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Caratteristiche anagrafiche e socio-demografiche- Anamnesi psichiatrica e psicopatologica- Caratteristiche della gravidanza e del parto- Caratteristiche forensi e dinamica dell'evento neonaticida |
|--|

4.2.2 Strumenti e procedura di analisi

I dati estratti dai fascicoli sono stati organizzati in un database strutturato secondo uno schema di codifica che consentisse di estrarre dati di natura sia quantitativa sia qualitativa.

Sono stati adottati due approcci complementari:

- Analisi qualitativa tematica, condotta mediante tecniche di *content analysis*, volta a individuare ricorrenze e *pattern* nelle narrazioni cliniche e giudiziarie, con particolare attenzione a dissociazione e DoP;
- Analisi quantitativa esplorativa, condotta con l'obiettivo di verificare la presenza di relazioni statisticamente significative tra il DoP e alcune variabili psicopatologiche e cognitive, in particolare: è stato applicato il test del chi-quadrato (X^2) per valutare l'associazione tra DoP e presenza di diagnosi psichiatrica, presenza di psicopatologia in gravidanza. È stata inoltre

condotta una regressione logistica per analizzare la relazione tra DoP e livello di maturità cognitivo-affettiva;

Il livello di significatività statistica è stato fissato a $p < 0,05$. Le analisi statistiche sono state eseguite utilizzando il software statistico R.

L'analisi qualitativa è stata svolta manualmente, mediante la costruzione di griglie tematiche che hanno permesso il confronto trasversale tra i casi e la messa in evidenza di convergenze e differenze.

4.2.3 Aspetti etici

Tutti i dati sono stati trattati in forma anonimizzata, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali. Ogni elemento identificativo (nomi, riferimenti diretti a persone o istituzioni) è stato rimosso o sostituito con codici alfanumerici. Lo studio è stato svolto utilizzando dati estratti da materiale psichiatrico e psicopatologico forense, disponibili presso la Dott.ssa Bramante, autorizzata all'utilizzo per finalità scientifiche di studio e ricerca.

5. RISULTATI

5.1 RISULTATI QUALITATIVI

ANALISI DEI CASI

ID 1 - La donna ha inizialmente riconosciuto la gravidanza per l'assenza del ciclo mestruale e ha valutato la possibilità di interruzione volontaria, rinunciando poi per una riferita complessità e costo della procedura. Al terzo mese, il ciclo mestruale è apparentemente ripreso e pur con cambiamenti corporei evidenti tra cui addome sporgente, la donna non ha riconosciuto la gravidanza. Il perito ha definito la situazione un "aborto psicologico". Il contesto familiare era conflittuale e caratterizzato da isolamento e il parto è stato affrontato in solitudine.

ID 2 - La donna ha avuto una storia riproduttiva complessa: a 16 anni ha subito un'interruzione volontaria di gravidanza. Tra i 23 e i 26 anni ha avuto tre gravidanze consecutive, tutte inizialmente nascoste, con parti eutocici ospedalieri per le prime due e un parto domiciliare precipitoso per la terza, senza complicazioni immediate. Dopo quest'ultimo parto, la donna ha lasciato temporaneamente il neonato nel locale caldaia e successivamente lo ha abbandonato davanti alla casa dei vicini. Il marito, resosi conto dell'accaduto, ha potuto soccorrere tempestivamente il bambino e la coppia ha poi intrapreso un percorso riabilitativo.

Dopo 11 anni, durante la quarta gravidanza, la donna ha partorito da sola in casa, con parto precipitoso, mentre i famigliari erano presenti in altre stanze. La neonata è deceduta a seguito di traumi da caduta. La donna ha riferito vuoti di memoria e vissuti di depersonalizzazione, come il vedere se stessa da fuori. In seguito, le sono stati diagnosticati un disturbo narcisistico di personalità e un disturbo depressivo di personalità, associati a fenomeni di dissociazione.

ID 3 – Rimaneva incinta in seguito all'abuso sessuale subito dal cognato. La donna ha negato con fermezza la gravidanza, nonostante le domande della sorella. La perizia riporta "[...] tenace nel negare la gravidanza. Per la sua cultura, la sua formazione morale e religiosa, l'evento gravidanza fuori dal matrimonio e soprattutto avuta con il marito della sorella era un fatto spaventoso. Negarla deve essere stata l'unica possibilità di sopravvivenza [...]". È stato osservato un disturbo dissociativo con sindrome depressiva, associato a DoP e dissociazione affettiva-cognitiva, in un contesto di abbandono morale e materiale.

La donna ha riportato esperienze di osservazione distaccata di sé stessa durante il parto e ha interpretato i primi segnali del travaglio come problematiche gastrointestinali di cui soffriva. Dopo il parto, ha riposto il neonato in una scatola da scarpe, lo ha lasciato nel letto della persona assistita presso cui lavorava come badante, e si è quindi recata in ospedale dove sono stati riconosciuti gli esiti del parto.

ID 4 - La donna, che lavorava come OSS, non era consapevole della gravidanza. Di fatto, oltre a un aumento di peso non significativo, aveva intrattenuto rapporti sessuali fino a pochi giorni prima del parto, non aveva mostrato cambiamenti nel vestiario né erano stati riconosciuti segni di gravidanza da parte di familiari o colleghi. «Quella domenica sono andata a lavorare, ho fatto la notte con un forte mal di pancia. Tornata a casa ho cercato di dormire ma non ci sono riuscita per il troppo dolore. Alla sera sono andata a cena da mia madre, come tutte le sere. Sono poi tornata a casa, mi sono messa a letto e all'improvviso mi sono sentita bagnata. Allora ho capito che mi si erano rotte le acque, ho appena fatto in tempo ad andare in bagno e seduta sul water è uscita in fretta cadendo con la testa in giù. Dopo 5 minuti circa è uscita anche la placenta. Ho sentito un piccolo vagito e poi basta. L'ho tirata fuori subito e poi l'ho messa nel bidet. Ho cercato di pulirmi, mi stavo alzando per andare a prendere qualcosa per pulirla ma sono svenuta. Da lì non ricordo più niente».

ID 5 - La donna ha avuto un rapporto sessuale prima di trasferirsi dalla Sardegna. Alla comparsa di amenorrea veniva rassicurata, attribuendo a stress e cambiamenti ambientali l'assenza delle mestruazioni. Nei primi tre mesi di gravidanza ha manifestato perdite ematiche intermittenti, interpretate come ripresa del ciclo mestruale. Dopo il trasferimento nella nuova città non comunicava a nessuno della possibile gravidanza. Le coinquiline avevano offerto supporto, ma la giovane donna ha agito da sola, ritenendo inizialmente di essere in procinto di un aborto spontaneo. Ha dovuto afferrare la neonata nella bocca con della carta di giornale che aveva trovato a terra. Nessun vagito, l'ha soffocata con della carta del cavo orale e poi l'ha avvolta nel suo pigiama e l'ha buttata nel cestino della spazzatura avvolta nella carta di giornale. Successivamente ha riferito confusione e assenza di consapevolezza durante l'evento («non so, non ricordo, in quel momento non capivo niente»). Nessun membro del suo *entourage* era a conoscenza della gravidanza.

ID 6 - La donna non era consapevole della gravidanza e non aveva un compagno stabile. Durante la gestazione ha manifestato perdite ematiche mensili, interpretate come ciclo mestruale, e

un aumento delle dimensioni del ventre, che ha attribuito ai farmaci per la tiroide che assumeva. Nessun membro della sua cerchia sociale era a conoscenza della gravidanza. A posteriori, alcune colleghe riferiscono di averlo sospettato, ma la donna aveva negato con fermezza, spiegando che l'addome si era gonfiato per via dei farmaci.

ID 7 - La giovane, studentessa brillante, ha attribuito l'amenorrea allo stress legato allo studio. Ha avuto un unico rapporto sessuale in stato di ebbrezza e ha interpretato i sintomi della gravidanza come problematiche gastrointestinali. Degli istanti successivi al parto, avvenuto in bagno, non ricorda niente. È stata portata in ospedale dai genitori in presenza di una forte emorragia. Il contesto familiare era caratterizzato da un "rigido perbenismo". La donna ha mantenuto la stessa taglia di abbigliamento, senza destare alcun sospetto, e ha manifestato uno stato di dissociazione. L'ostetrica ha successivamente osservato una reazione di paura nei confronti dei genitori («non dite nulla alla mamma» le riferiva). Le dichiarazioni dei familiari e lo stato di dissociazione riscontrato hanno portato la Corte a concludere per assoluzione per infermità di mente. Dopo l'evento, la donna ha sviluppato depressione, anoressia e insonnia.

ID 8 - La donna, sposata con un uomo che si trovava in carcere e con tre figli affidati ai nonni materni, è rimasta incinta a seguito di un rapporto sessuale occasionale. La gravidanza è stata nascosta a tutti, con il fine di preservare l'onore personale. Dopo il parto, la donna ha portato la bambina in un boschetto dove l'ha abbandonata. Questo caso si caratterizza per la presenza di una florida anamnesi psichiatrica, con ricoveri per stati depressivi caratterizzati da anomalie comportamentali quali rallentamento psichico, mutacismo, inerzia, apatia e atteggiamenti di tipo catatonico. La donna era stata sottoposta a trattamento anticonvulsivante.

ID 9 - La donna ha affermato di non essersi accorta della gravidanza, attribuendo la scomparsa del ciclo mestruale e l'aumento del volume del ventre a possibili disfunzioni ormonali, convinzione rafforzata dall'attento impiego costante che faceva di metodi contraccettivi (preservativo). Ha riferito di non aver mai percepito movimenti fetali. Né i familiari né i colleghi della fabbrica dove aveva lavorato fino al giorno precedente al parto si erano accorti della gravidanza.

ID 10 - La donna ha dichiarato «non sapevo che stavo per partorire o non lo volevo ammettere!». Scacciava il pensiero del parto imminente, non aveva formulato alcun progetto, viveva

alla giornata evitando di pensare a cosa avrebbe fatto quando il suo stato sarebbe giunto alla inevitabile conclusione. Continuò a recarsi al lavoro e proprio lì fu colta dalle prime doglie. Al settimo mese di gestazione si era recata presso un ginecologo che non l'aveva visitata e si era limitato a prescriverle un farmaco.

ID 11 - La donna aveva avuto una gravidanza precedente terminata in un aborto spontaneo e una seconda gravidanza a 27 anni, da cui era nato un bambino deceduto a 4 anni in un incidente stradale. Successivamente si era trasferita dalla Bulgaria in Italia per iniziare una nuova vita. Riferisce di non aver abortito perché desiderava quel bambino, nonostante fosse stato concepito da una violenza sessuale che aveva subito, quale sostituto del figlio perduto. Al mattino presto ha manifestato vomito seguito dalla rottura delle acque, «ho fatto per alzarmi e si è spaccato qualcosa in me». Si è accorta che il bambino stava uscendo e «volevo salvare e tagliare ma non sapevo come». Riferisce che quando l'ha visto, il bambino era privo di vita, così lo ha messo su un asciugamano e ha tagliato il cordone. Lo ha collocato in un sacchetto di plastica e avrebbe detto: «adesso dormi bene piccolino ti lascio sull'asciugamano». Sottoposta a valutazione cognitiva otteneva un punteggio di 114 di QI. Le veniva diagnosticato un Disturbo di Adattamento alla gravidanza dovuto al sovraccarico materiale ed emozionale, all'isolamento sociale e agli eventi di vita stressanti (cambio di paese, violenza sessuale subita, gravidanza, lutto per la morte del padre del nuovo compagno al quale era molto legata). Presentava una deflessione del tono dell'umore, descritta anche dal proprietario della casa dove abitava nel corso della gravidanza.

ID 12 - La donna ha presentato per tutta la durata della carriera scolastica difficoltà significative che hanno necessitato di supporto. Proveniva da una famiglia molto benestante, con un padre descritto come esigente e rigoroso. La donna ha dichiarato: «ho nascosto la gravidanza perché avevo paura che papà mi sgridasse o che si potesse sentire male», in quanto cardiopatico. L'isolamento psicologico del nucleo familiare emergeva come una intensa incomunicabilità all'interno della famiglia. Si trattava di una gravidanza gemellare. La madre della giovane appare indifferente ai fatti, i fratelli tentavano di minimizzare per mantenere intatta l'immagine familiare mentre il padre riferisce: «se me ne avesse parlato avrebbe evitato di infangare il nome della famiglia».

ID 13 - La donna, da quattro anni a casa per accudire la madre che presentava frequenti crolli psicologici («quando era ragazza ha avuto dei problemi, poi con le gravidanze andava in clinica, e tornava normale»). Durante la gravidanza la condizione della donna era caratterizzata da solitudine morale e materiale. Dichiarava: «l'altra notte sono stata male e ieri mattina sono andata in bagno per l'ennesima volta e, mentre ero sul water, ho partorito». Riferisce di aver nascosto la gravidanza «perché non sono sposata e per non distruggere il matrimonio di mia sorella». Nei primi mesi non sapeva di essere incinta e presentava perdite ematiche. Quando andava alle visite era tesa, ci pensava ma, al di fuori di quelle poche occasioni «il problema non lo vivevo così direttamente, anche se ci pensavo e piangevo in continuazione [...] non mi sono mai resa conto che potesse trattarsi di un travaglio da parto. I dolori aumentavano e io pensavo di dover andare in bagno, ma non la facevo. Ho passato tutta la notte così tra letto e bagno. Poi alla mattina avevo molto dolore così ho riprovato a stare sul water e, ad un certo punto, ho visto una faccia con due occhioni. Poi sono svenuta e mi sono ritrovata in ospedale. Non ricordo che la bambina abbia pianto».

ID 14 - La donna aveva una relazione con un uomo che successivamente scopriva essere sposato e con dei figli. Rilevava la scomparsa del ciclo mestruale, ma non presentava alcun sintomo fisico e attribuiva l'amenorrea allo stress legato a problemi familiari e lavorativi. Non era consapevole della gravidanza: non ha riferito movimenti fetali né ingrossamento del ventre. Ha dichiarato che, se ne fosse stata consapevole, l'avrebbe comunicato ai genitori in quanto desiderava un figlio. Dalla perizia emerge un grave shock conseguente all'emorragia *postpartum*, con reazione psicotica transitoria caratterizzata da stato oniroide con restringimento del campo di coscienza e compromissione dell'integrità delle funzioni psichiche.

ID 15 - La donna ha riferito di nascondere la gravidanza per paura della reazione del marito. All'inizio del travaglio ha manifestato vomito e diarrea, si è recata in bagno senza riconoscere il parto, probabilmente a causa dell'iniziale DoP che aveva mostrato. Ha partorito da sola in bagno con parto precipitoso. Veniva trovata e soccorsa dal marito. Non ricorda cosa sia successo al neonato, se non aver percepito la caduta nel water e averlo successivamente posto nella vasca da bagno. Ha perso conoscenza e il suocero ha trovato il neonato ancora vivo, deceduto una volta giunto in ospedale.

Dalla valutazione emergono caratteristiche di immaturità, ostinazione con tratti infantili, rigidità comportamentale, difficoltà nell'elaborazione delle frustrazioni e inadeguata aderenza alla realtà.

ID 16 - Con l'arrivo del menarca a 12 anni, la donna ha manifestato una difficoltà di adattamento, con crisi emotive associate all'accettazione del corpo e problematiche ricorrenti dovute al ciclo mestruale, all'aumento del seno e al disagio per l'essere osservata. La valutazione psichiatrica ha riscontrato una reazione psicogena acuta da panico, accompagnata da tratti di infantilismo e immaturità. Rimasta incinta a seguito di un rapporto sessuale con un ragazzo che in seguito apprendeva essere sposato, la donna ha inizialmente pensato di essere incinta e ha preso in considerazione di ricorrere all'aborto. Successivamente, a fronte di perdite ematiche mensili, si è convinta di non essere più incinta e ha ripreso le attività quotidiane senza mai considerare la possibilità di una gravidanza. Non ha effettuato test di gravidanza e non ha riferito aumento ponderale, percezione dei movimenti fetali o disagio psicologico durante la gestazione. La donna ha riferito: «Mi sono sentita sconvolta in quei momenti, non ragionavo più. Non ho avuto il coraggio di chiedere aiuto».

ID 17 - La donna, di religione cattolica, estremamente rigida e osservante, aveva pianificato con il fidanzato di tacere la gravidanza fino al parto, confidando che i parenti avrebbero accettato il bambino a fatti compiuti. Quel pomeriggio, dopo aver effettuato un controllo di routine in ospedale per monitorare la gravidanza, ha avvertito forti dolori addominali, attribuiti a problematiche intestinali, e ha chiesto di utilizzare il bagno di un fruttivendolo. Ha dichiarato: «non pensavo assolutamente di partorire, anche perché la mattina i medici mi avevano detto che mancavano sette giorni al parto. Mai più avrei pensato di andare dall'ortolano a partorire». Durante il parto la donna non percepiva il neonato come un corpo integro ma come spezzettato. In ospedale, durante l'intervento di revisione uterina, ha riferito di aver percepito i medici parlare tra di loro dicendo: «ecco qua un pezzo di gamba, ecco un pezzo di braccio, ecco l'ascella». La diagnosi psichiatrica confermata è stata psicosi reattiva breve.

ID 18 - Durante la gravidanza la donna ha manifestato grave depressione, con senso di solitudine, isolamento, angoscia e forte senso di vuoto. Ha riferito: «Non mi sono resa conto di essere incinta. Ricordo che erano le prime luci dell'alba e sono andata in bagno perché ho sentito lo stimolo come se dovessi fare la pipì. Ho sentito scendere qualche cosa ed è nato naturalmente il bambino. Ero talmente spaventata, dove avere visto scendere il bambino, che non ho chiamato nessuno [...] non ricordo come ho tagliato il cordone ombelicale [...] mio marito non si è accorto di nulla [...] temevo

che il neonato potesse avere la stessa malattia genetica che hanno mio marito e mia figlia [...] non sapevo di essere incinta pensavo solo di essere ingrassata [...] quando stamattina è nato il bambino è stato per me un evento straordinario e inaspettato». La donna non sapeva se il bambino fosse stato concepito con il coniuge o con l'amante. La valutazione psichiatrica ha portato al riconoscimento di infermità totale, dovuta alla depressione e al trauma del parto, che ha indotto una dissociazione psichica transitoria in un soggetto con disturbo di personalità a organizzazione borderline.

ID 19 - La donna ha partorito nella sua camera in circa 15 minuti. Non si aspettava nulla del genere, per lei è stato uno shock. Non capisce se il bambino sia vivo oppure morto: «Il bambino non piangeva e non so se si muoveva». Non sapeva cosa fare, si è alzata con la bambina, si è avvicinata alla finestra e l'ha gettata di sotto. Non sa neanche dove sia andata la placenta. «Ho perso totalmente la testa», riferisce in seguito, non comunica niente a nessuno e non chiede aiuto nonostante una forte emorragia. Durante la gravidanza, la donna aveva registrato un modesto aumento di peso e perdite ematiche mensili, simili a mestruazioni scarse. La valutazione psichiatrica ha rilevato un disturbo acuto da stress, con riconoscimento di infermità totale.

ID 20 - La donna si è recata autonomamente in Pronto Soccorso, riferendo di aver avuto un'emorragia a seguito di un parto avvenuto in precedenza. La valutazione medica ha evidenziato che il parto era invece molto recente. La donna, che aveva già una figlia, aveva nascosto entrambe le gravidanze. Nascondeva la seconda gravidanza per timore della reazione del compagno, in quanto concepita da un rapporto con un altro uomo, e per paura di perdere l'appoggio familiare senza il quale non avrebbe saputo come sopravvivere. Durante il parto, ha affrontato il travaglio da sola, non ha emesso suoni, ha partorito il bambino e ha reciso il cordone in modo rudimentale, abbandonando il neonato in una valigia coperta di vestiti. Successivamente, ha chiesto al compagno di accompagnarla in ospedale. In questo caso emerge la chiara presenza di *Concealment of Pregnancy*, in cui nessuno riconosce la gravidanza nonostante il compagno dormisse con lei e la signora vivesse presso degli zii. Unico caso in cui si registra una storia di dipendenza da sostanze stupefacenti iniziata in adolescenza con periodi di permanenza in comunità e disintossicazione.

ID 21 - La donna ha riportato una sensazione di buio totale e intensa paura dopo il parto, con ricordi sfocati e frammentati; alcuni dettagli sono stati ricostruiti grazie alla lettura dei verbali. Il primo ricordo risale al momento in cui ha posto la neonata nel bidet e successivamente al risveglio in

ospedale. La donna non sapeva di essere incinta. Ha effettuato dei test di gravidanza ma si è comunque convinta di non essere incinta, attribuendo la presenza di perdite ematiche a un normale ciclo mestruale.

Era molto cattolica e osservante, cresciuta in un ambiente familiare caratterizzato da rigidità, dove i genitori le avevano insegnato che i figli si potevano avere solo dopo il matrimonio, ragion per cui riteneva che non sarebbe rimasta incinta. Ha riportato sensazioni di paura intensa nei confronti dei genitori e riferiva: «La paura, la paura dei miei genitori, ho gridato [...] ho chiesto aiuto [...] mi sono trovata in un buio [...] da sola [...] tanta paura [...] ho pensato di aiutarmi da me stessa ma tanto paura». Nessuno dell'*entourage* familiare o sociale si era accorto della gravidanza, come confermato anche dalle intercettazioni telefoniche. La valutazione peritale indica un quoziente intellettivo ai limiti inferiori di norma con insufficiente capacità di critica e giudizio, immaturità, infantilismo e affettività coartata.

ID 22 - La giovane donna presenta un caso di neonaticidio ripetuto caratterizzato in entrambi i casi da DoP. Nella prima gravidanza si osserva un *denial* pervasivo, con inconsapevolezza estesa della gravidanza. Nella seconda gravidanza emerge un *denial* di tipo affettivo, caratterizzato da una dissociazione tra esperienza corporea e consapevolezza psichica. La valutazione psicologica indica immaturità affettiva e infantilismo, inseriti in un contesto familiare apparentemente accidentato ma caratterizzato da isolamento affettivo ed emotivo. Durante entrambe le gravidanze non sono stati riportati sintomi fisici significativi. La giovane ha continuato ad avere rapporti sessuali fino a pochi giorni prima del parto, senza che il fidanzato si accorgesse di alcuna alterazione corporea.

ID 23 - La donna ha partorito da sola a termine e ha nascosto la gravidanza a tutti, essendo conseguente ad un rapporto occasionale con un uomo sposato. Al quarto mese di gravidanza la donna si era recata presso un consultorio a seguito di un test di gravidanza positivo e aveva richiesto un'interruzione volontaria di gravidanza, verbalizzando intenti anticonservativi. La ginecologa riferisce che la paziente non aveva mantenuto i contatti che le venivano proposti per il monitoraggio della gravidanza. Dopo il parto, ha reciso il cordone ombelicale con una forbice per unghie e ha abbandonato il neonato sotto un'automobile parcheggiata davanti a casa. La madre della giovane aveva percepito dei lamenti al mattino presto, ma la figlia aveva inizialmente negato. Solo dopo essere stata incalzata da parte della madre, la figlia ammetteva di aver partorito e il neonato veniva soccorso e scoperto ancora vivo. Si tratta dell'unico caso che non esita un neonaticidio nonostante

l'intenzionalità della donna, alla quale verrà riconosciuto infatti il reato di tentato omicidio. Una volta in ospedale, le veniva riscontrata la presenza di dissociazione affettiva Alessitimica. La scelta di nascondere la gravidanza e abbandonare il neonato è scaturita dal concepimento avvenuto in un rapporto occasionale con un uomo sposato.

RISULTATI DELLE ANALISI QUALITATIVE

Nel campione analizzato si contano 23 casi di neonaticidio (neonati nati vivi e vitali), incluso un caso di tentato neonaticidio. Nel campione dei 23 casi analizzati, si registrano complessivamente 24 neonati deceduti, in quanto un caso (ID 12) riguarda una gravidanza gemellare, un altro caso (ID 22) coinvolge due neonati morti in momenti diversi a distanza di poco più di un anno, mentre nel caso ID 23 il neonato è sopravvissuto.

Caratteristiche delle madri

Aspetti socio-demografici: l'età delle madri al momento della gravidanza variava tra i 19 e i 38 anni. L'età mediana era di 22 anni, mentre l'età media risultava di 25,04 anni. La maggior parte delle madri era giovane, con nove su ventitré addirittura di età pari o inferiore a 20 anni. Sette madri avevano un'età compresa tra 21 e 25 anni, tre tra i 26 e 30 anni, e solo quattro madri avevano più di 30 anni.

Dai dati disponibili, la maggioranza delle donne era nubile al momento della gravidanza. Su 23 madri, sedici risultavano *single*, cinque erano sposate ed una madre era separata. Nel campione dello studio, l'occupazione risulta eterogenea: cinque donne erano studentesse, tre erano disoccupate, due lavoravano come operaie, tre come operatrici socio-sanitarie o badanti, tre erano casalinghe, una donna era parrucchiera, un'altra lavorava come bracciante agricola e un'altra lavorava nella ristorazione. Tre donne avevano lavori classificati nella categoria "Altro" e di un'ultima non vi erano informazioni a riguardo.

Aspetti psicopatologici acuti: l'analisi del campione ha evidenziato una varietà di quadri psicopatologici acuti rilevati al momento del parto o immediatamente dopo. Le diagnosi comprendono disturbi psicotici in due madri, disturbo dell'umore in una donna, disturbi di personalità in cinque casi, disabilità intellettiva o disturbi dello sviluppo in due casi, disturbi dissociativi, episodi di depersonalizzazione o dissociazione in sette madri, altri disturbi psichiatrici in due donne e mancanza di dati in due casi. Tre donne venivano valutate come prive di patologie psichiatriche o di manifestazioni psicopatologiche.

Nel campione esaminato solo in un caso emergono percorsi di presa in carico ostetrico-ginecologica regolari e continuativi. In diversi casi le donne hanno avuto contatti, anche ripetuti, con il sistema sanitario, ma tali contatti non hanno avuto alcuna efficacia preventiva rispetto all'esito neonatale. La gravidanza, infatti, non è stata diagnosticata o non è stata riconosciuta né dalle madri, né dai professionisti incontrati.

Alcuni episodi risultano particolarmente emblematici : una donna (ID10) si sottopone a visita ginecologica in gravidanza avanzata, senza che l'evento gestazionale venga sospettato dai professionisti; un'altra (ID17) è seguita in ospedale fino alla mattina stessa del parto, quando le viene riferito che mancano ancora diversi giorni, salvo poi partorire poche ore dopo senza chiedere assistenza; un ulteriore caso (ID13) entra in contatto con i servizi psicologici territoriali, ma senza che venga attivato alcun percorso di protezione. Questi episodi, oltre a testimoniare la difficoltà a comunicare e rappresentare la propria condizione, mostrano anche come anche il sistema sanitario non sia in grado di intercettare i segnali di queste gravidanze a rischio, confermando quanto già evidenziato in letteratura riguardo la vulnerabilità diagnostica dei casi di gravidanza non percepita o dissimulata.

Modalità di scoperta della gravidanza e vissuto soggettivo:

Le modalità di scoperta e di esperienza della gravidanza risultano eterogenee, ma riconducibili a tre grandi categorie fenomenologiche:

1. **Denial Pervasivo:** totale inconsapevolezza della gravidanza fino al momento del parto. In questi casi le donne riferiscono di non aver mai percepito segni o di averli sistematicamente misinterpretati e attribuiti ad altro. Ciò vale, ad esempio, per ID7, ID16, ID19 e ID21, le quali hanno scoperto la condizione soltanto al momento del travaglio o dell'espulsione;
2. **Denial affettivo e dissociativo:** consapevolezza intermittente, accompagnata da un meccanismo di rimozione o da un blocco emotivo che impedisce di mantenere la gravidanza come rappresentazione psichica stabile. Qui rientrano casi quali ID2, ID3, ID18 e ID22, caratterizzati da un oscillare tra il sospetto di essere incinte e il rifiuto mentale dello stato di gravidanza, con tendenza a scivolare in stati di distacco o estraneità;
3. **Concealment intenzionale:** la gravidanza è consapevolmente riconosciuta ma nascosta, spesso per timore di stigma sociale o per paura della reazione familiare. Ne sono esempio i casi ID8, ID12, ID20 e ID23, che hanno mantenuto il silenzio nonostante la conoscenza della propria condizione, arrivando in alcuni casi a negare attivamente l'evidenza fisica.

Il concetto di DoP, centrale nella letteratura sul neonaticidio, appare nel nostro campione in forme variegate. Non si tratta mai di un fenomeno unitario ma piuttosto di uno spettro che va dall'inconsapevolezza totale alla dissimulazione intenzionale.

Una parte di madri si colloca in una **condizione di consapevolezza parziale**, con percezione di alcuni segni (aumento di peso, dolori addominali, perdite ematiche) che tuttavia vengono attribuiti a cause diverse (problemi gastrointestinali, irregolarità mestruali, effetti collaterali di farmaci). In questa categoria rientrano, ad esempio, ID6, ID9, ID10 e ID15.

La caratteristica trasversale a tutte le tipologie è l'assenza di una piena elaborazione psichica e simbolica della gravidanza: la gestazione rimane priva di anticipazione, senza progettualità né immaginazione del futuro nascituro. È un tempo sospeso, "bloccato", che le madri hanno vissuto senza tradurre in atti concreti la consapevolezza, più o meno chiara, della loro condizione.

Comune nel campione è l'adozione di comportamenti di segretezza, il ricorso al silenzio e l'impossibilità a parlare della gravidanza. In molti casi le madri hanno esplicitamente riferito di aver avuto una sorta di "blocco" quando avrebbero potuto comunicarlo al partner o ai genitori. Tale silenzio, carico di angoscia e paura, rappresenta un filo rosso che attraversa l'intero campione.

Profili psicologici e personologici

Il campione esaminato presenta una consistente eterogeneità, che consente di distinguere due principali sottogruppi:

- **Donne molto giovani**, spesso adolescenti o poco più che ventenni (ID12, ID15, ID16, ID21, ID22). In queste emerge con chiarezza un profilo caratterizzato da immaturità affettiva, tratti di infantilismo, dipendenza dal contesto familiare e ridotta capacità critica. La scarsa esperienza di vita, unita alla rigidità dei contesti di appartenenza, limita la possibilità di chiedere aiuto e favorisce il rifugio nel silenzio;
- **Donne adulte, con background socioculturali e/o psichiatrici complessi**. In questo sottogruppo rientrano ID8 (anamnesi psichiatrica positiva per sintomi psicotici), ID11 (esperienza migratoria, lutto e abusi), ID14 e ID17 (episodi psicotici reattivi al parto), ID18 (organizzazione di personalità borderline). In queste donne la gravidanza si colloca all'interno di traiettorie biografiche segnate da vulnerabilità strutturali, fragilità identitarie e difficoltà nelle relazioni, spesso aggravate da isolamento sociale e carenza di sostegno.

Trasversalmente, emergono alcune caratteristiche comuni: l'assenza di comunicazione autentica nei rapporti familiari e di coppia, la paura della reazione degli altri (in particolare del partner o della madre), la percezione di solitudine anche all'interno di nuclei apparentemente coesi.

Sintomi dissociativi e vissuti psicopatologici

Un elemento di grande rilievo nel campione è la frequenza di sintomi dissociativi, documentati in più di un terzo dei casi. Anche in assenza di diagnosi psichiatriche strutturate, numerose donne hanno riportato vissuti di depersonalizzazione, stati di derealizzazione, percezioni frammentarie del corpo del neonato, nonché episodi di amnesia circoscritta al momento del parto e subito dopo:

- Amnesie: riportate da ID4, ID11, ID13, ID15 e ID21, che non ricordano fasi del parto o i momenti immediatamente successivi;
- Depersonalizzazione: descritta da ID2, ID3 e ID18, con sensazione di estraneità rispetto a sé stesse e al proprio corpo;
- Percezioni frammentarie del neonato: ID17, che riferisce di aver percepito “solo pezzi” del corpo del bambino e di aver sentito anche i medici mentre le facevano il *curettaggio* uterino fare riferimento a pezzi del bambino “ecco una gamba”;
- Reazione psicotiche transitorie: documentate in ID14 e ID17, con rottura acuta del contatto con la realtà.

Questi vissuti indicano come, di fronte all'angoscia estrema generata dal parto imprevisto e non elaborato, la dissociazione rappresenti il principale meccanismo difensivo: una modalità estrema di separare l'esperienza dall'Io, consentendo alla donna di sopravvivere psichicamente a una condizione altrimenti intollerabile (Van der Kolk et al., 1996).

Outcome neonatali

L'esito della gravidanza è stato nella quasi totalità dei casi la morte del neonato, spesso per abbandono, soffocamento o mancata assistenza. Un solo caso (ID23) si è concluso con la sopravvivenza del bambino, grazie al ritrovamento da parte della madre della giovane, dopo che questa, incalzata, aveva ammesso l'accaduto.

Gli esiti più drammatici si associano tipicamente a situazioni di *denial* pervasivo con amnesie e shock dissociativo (come ID7 e ID19) o a *concealment* intenzionale in assenza di reti di supporto (ID20).

5.2 RISULTATI QUANTITATIVI

A valle della valutazione qualitativa, pur con la limitazione legata all'esiguità numerica del campione esaminato, è stata condotta un'analisi quantitativa esplorativa volta a verificare la presenza di eventuali relazioni statisticamente significative tra il DoP e variabili cliniche e psicologiche. I casi sono stati suddivisi in un campione di donne con DoP e un campione di donne che presentavano *concealment* della gravidanza.

5.2.1 Presenza di diagnosi psichiatrica psicotica o dissociativa

L'analisi mediante test del chi-quadrato non ha evidenziato differenze significative nella probabilità di presentare una diagnosi psichiatrica maggiore tra le donne con DoP o quelle che non hanno riportato episodi di *denial* ($X^2 = 0.000$; $p = 1.00$). Di conseguenza, nel campione analizzato la presenza di disturbi psicotici o dissociativi non risulta associata alla condizione di *Denial of Pregnancy*.

5.2.2 Psicopatologia in gravidanza

Analogamente, la probabilità di manifestare una psicopatologia durante la gravidanza non è risultata significativamente superiore nel gruppo delle donne con DoP rispetto al gruppo di controllo ($X^2 = 0.3$; $p = 0.55$). Questo dato suggerisce che la comparsa di sintomi psicopatologici acuti nel corso della gestazione non costituisce un elemento discriminante tra i due gruppi considerati.

5.2.3 Maturità cognitivo-affettiva

La regressione logistica effettuata per valutare l'associazione tra DoP e presenza di immaturità cognitiva, immaturità affettiva, infantilismo o basso quoziente intellettivo subclinico non ha mostrato una relazione statisticamente significativa ($\beta = -17.69$; $p = 0.90$).

Tale risultato indica che la presenza di immaturità cognitivo-affettiva, infantilismo o basso QI subclinico non rappresenta un fattore predittivo della condizione di DoP all'interno del campione esaminato.

5.2.4 Risultati

Complessivamente, l'analisi non ha evidenziato correlazioni statisticamente significative tra DoP e la presenza di disturbi psichiatrici maggiori, psicopatologia in gravidanza o ridotta maturità cognitivo-affettiva. Nel campione considerato, dunque, il *Denial of Pregnancy* sembra essere associato in modo sistematico a forme di psicopatologia maggiore o a deficit maturativi di natura cognitivo-affettiva. Va ribadito, tuttavia, che l'esiguità numerica del campione preso in considerazione non consente altro se non un'analisi esplorativa.

5.2.5 Sintesi delle caratteristiche descrittive del campione

Il campione complessivo era costituito da 23 donne, distinguibili in due gruppi: 15 con DoP e 8 che hanno mostrato *concealment* della gravidanza. L'età media generale era di 25,04 anni ($\pm 5,93$ SD), mentre l'età media del gruppo con DoP era di 23,4 anni ($\pm 5,47$ SD) e quella del gruppo con *concealment* era di 28,13 anni ($\pm 5,82$ SD); nel gruppo DoP la maggioranza delle donne (73,3%, n=11) aveva ≤ 25 anni, rispetto al 37,5% (n=3) del gruppo *concealment*. La condizione di *single* risultava più frequente nel gruppo *denial* (86,7%, n=13) rispetto al *concealment* (62,5%, n=5). L'80% (n=12) delle donne con *denial* era primipara, contro il 50% (n=4) nel gruppo *concealment*. Le donne di origine straniera (n=4) rientravano tutte nel gruppo *denial*. L'assenza di sintomi gravidici è stata riportata nel 53,3% (n=8) delle donne con DoP; tra le restanti 7 con DoP vi era una sistematica misinterpretazione dei sintomi (46,7%). I tassi di parto precipitoso erano elevati in entrambi i gruppi, con una maggiore incidenza di parti nel bagno di casa nel gruppo *denial* (73,3%, n=11) rispetto al *concealment* (50%, n=4).

Sul piano criminologico, le modalità più ricorrenti di neonaticidio erano abbandono/neglect o trauma. Il riconoscimento della non imputabilità per infermità di mente da parte del Giudice è stata riconosciuta a quattro donne nel gruppo *denial* e a una donna nel gruppo *concealment*. Sul piano psicopatologico, disturbi dissociativi erano presenti nel 40% (n=6), immaturità cognitiva nel 40% (n=6), immaturità emotivo-affettiva nel 66,7% (n=10) e infantilismo nel 40% (n=6). Nel gruppo *concealment*, disturbi di personalità erano presenti nel 37,5% (n=3), immaturità cognitiva nel 62,5% (n=5), immaturità emotivo-affettiva nel 50% (n=4) e tratti di infantilismo nel 25% (n=2).

Ulteriori dettagli sulle caratteristiche sociodemografiche, anamnestiche, ostetriche, criminologico-forensi e psicopatologiche sono riportate nelle tabelle riassuntive in Appendice (Tabella 1-5).

6. DISCUSSIONE

“Ogni caso genera lo stesso logoro dialogo riguardo alla colpevolezza dell'imputata e al merito e all'utilità della pena. La società rimane intrappolata in questo dialogo senza fine e, di conseguenza, non arriva mai a confrontarsi con il ruolo svolto dalle famiglie e dalle comunità nel contribuire alla morte di questi neonati” (M. Oberman, 1996)

L'osservazione di Oberman appare particolarmente attuale se si considerano i risultati del presente lavoro. L'analisi di 23 casi di neonaticidio documentati in Italia tra il 1970 e il 2023 mostra, infatti, una netta convergenza con quanto già evidenziato in letteratura internazionale: in oltre la metà dei casi, il neonaticidio è preceduto ed è associato ad un *Denial of Pregnancy*. Tale percentuale conferma la stretta correlazione tra il fenomeno del DoP e l'uccisione del neonato nelle ore immediatamente successive alla nascita, come già descritto da Spinelli (2010) e riportato in molteplici contributi clinici e forensi (Amon et al., 2012; Barnes, 2022).

Dal punto di vista anagrafico, il nostro campione presenta un'età media inferiore a quella delle primipare italiane. Questo dato è coerente con il quadro tradizionale delineato dal Resnick (1970), che collocava il neonaticidio soprattutto tra adolescenti e giovani adulte nubili, prive di supporto familiare e in condizioni di marginalità socio-culturale. Tuttavia, analizzando la distribuzione temporale (dal 1970 al 2023), emerge una progressiva eterogeneità del profilo materno: accanto a giovanissime compaiono anche donne adulte, fino ai 37 anni di età, talvolta inserite in contesti medio borghesi e con livelli di istruzione medio alti. Ciò dimostra come il fenomeno, lungi dall'essere confinato a un sottogruppo sociale marginale, attraversi oggi diversi strati della società.

Dal punto di vista clinico, i dati emersi rafforzano l'interpretazione del DoP come fenomeno di natura dissociativa, considerata appunto la modalità del parto, privo di manifestazioni dolorose, di urla o di richieste di aiuto, che è stata descritta in più studi come indicativa di un funzionamento dissociativo (Riley, 2006; Shelton et al., 2011). Nel nostro campione, numerose donne hanno partorito in abitazioni condivise con altri famigliari senza che nessuno si accorgesse dell'evento, a testimonianza di un isolamento relazionale e psicoaffettivo così marcato da rendere irrilevante la presenza fisica di altre persone. In pratica, il parto è avvenuto come se fossero state sole.

Le evidenze cliniche già documentate in letteratura confermano questo aspetto: i parti che seguono a gravidanze non percepite si caratterizzano per amnesie intermittenti, depersonalizzazione, derealizzazione, distorsione della percezione temporale e, nei casi più gravi, allucinazioni e

manifestazioni dissociative (Amon et al., 2012). Spinelli (2010), nella sua indagine su diciassette donne accusate di neonaticidio in contesto di DoP, ha riscontrato la presenza di dissociazione in tutte le partecipanti, spesso accompagnata da un atteggiamento di *belle indifférence* rispetto alla gravità dell'evento. Klier (2006) ha inoltre evidenziato una significativa prevalenza di esperienze traumatiche pregresse come abusi, trascuratezza, attaccamenti disorganizzati, nelle madri autrici di neonaticidio, confermando il legame tra precoce e assetti dissociativi dell'io.

Storicamente, la letteratura ha interpretato il neonaticidio come il prodotto di contesti segnati da povertà, isolamento e ignoranza (Resnick, 1970). I nostri dati, così come casi di cronaca recenti analizzati anche nel presente studio, mostrano invece che oggi il fenomeno si manifesta anche in contesti apparentemente normali, talvolta protetti, nei quali non si riscontrano gravi carenze materiali. Ciò che accomuna queste vicende non è più soltanto la deprivazione socioeconomica, ma una condizione di abbandono psicologico e di sterilità relazionale, caratterizzato da un assordante silenzio emotivo e affettivo.

È proprio questo elemento a costituire il *quid novis et pluris* della presente ricerca. Il neonaticidio contemporaneo non può più essere letto esclusivamente come conseguenza della miseria materiale, ma deve essere compreso come l'esito di un vuoto relazionale e di un isolamento interiore che impediscono alla madre di integrare l'esperienza della gravidanza e del parto nella propria coscienza. Il silenzio, tanto del corpo durante gravidanza e travaglio quanto della psiche nell'elaborazione dell'evento, diventa l'elemento cardinale nella clinica e nella criminodinamica di questi casi.

Questa prospettiva ha implicazioni rilevanti anche sul piano giuridico. L'articolo 578 del Codice Penale, storicamente concepito per punire l'infanticidio in condizioni di abbandono materiale e morale, va reinterpretato alla luce della trasformazione sociale e clinica del fenomeno. Se è vero che oggi le condizioni di vero e proprio abbandono materiale e morale possono essere diventate più rare, essendo presenti, perlomeno in molte realtà anche del nostro paese, strumenti di aiuto e assistenza per donne sole e in difficoltà, è altrettanto vero che il concetto di abbandono abbraccia una definizione più ampia. A nostro avviso, l'abbandono arriva a configurarsi anche in quelle situazioni, non rarissime, in cui sussistono condizioni di significativa disfunzionalità nelle relazioni all'interno del nucleo familiare, con vero e proprio isolamento psicologico e assenza di interazione emotivo-affettiva. Ci chiediamo dunque se, anche laddove non vi siano concrete carenze economiche e sociali, ma si riscontri comunque un assetto psichico compromesso dall'assenza di quella che potremo

definire l'omeostasi emotivo-affettiva necessaria per l'armonica crescita e maturazione della persona, non si pongano anche sul piano giuridico le basi per una nuova e più ampia riflessione.

I casi riportati nel presente studio sono in linea a rafforzano i dati presenti in letteratura che indicano come queste condizioni possano associarsi, se non di per se stesse favorire, l'insorgenza di condizioni di dissociazione nella donna, soprattutto quando molto giovane e con preesistenti criticità o soggiacenti vulnerabilità psichiche.

In questo senso, il riconoscimento del DoP come vero e proprio disturbo dissociativo non solo consente un più preciso inquadramento clinico, ma apre anche la strada a una rilettura in chiave funzionale del concetto di infermità di mente, in linea con l'ormai consolidata giurisprudenza (Cass. Pen., Sez. Unite, n 9163/2005), che ribadisce la necessità di considerare non solo le etichette nosografiche, ma anche l'effettiva compromissione della capacità di autodeterminazione dovuta a *condizioni* di mente alterate.

7. CONCLUSIONE

I risultati dell'analisi condotta nel presente lavoro evidenziano come il *Denial of Pregnancy* emerga come fattore centrale in oltre la metà dei casi di neonaticidio analizzati e consolidano la rilevanza clinica e forense già emersa dalla letteratura internazionale. I nostri dati su questo campione italiano, inoltre, estendono le attuali conoscenze in quanto mostrano come, nel corso degli ultimi decenni, il fenomeno abbia assunto forme più eterogenee, che si vanno ben oltre gli stereotipi tradizionali di marginalità sociale e culturale.

Il contributo originale di questo studio consiste nell'aver messo in luce l'importanza dell'abbandono psicologico inteso come silenzio emotivo-affettivo e relazionale, che accomuna contesti anche molto diversi tra loro, incluse condizioni di relativo benessere socio-economico. È in questa prospettiva che il neonaticidio deve essere oggi valutato: non soltanto come esito di carenze materiali, ma come espressione di una vulnerabilità profonda, spesso invisibile ad una prima analisi.

È necessario rilevare come la presente ricerca presenti limiti legati alla dimensione del campione e alla natura prevalentemente documentale delle fonti, che non consentono generalizzazioni definitive. Tuttavia, si auspica che i risultati offrano spunti significativi per il dibattito scientifico e giuridico.

In termini pratici, le misure più urgenti non riguardano nuove disposizioni legislative, essendo già previsto in Italia l'istituto del parto anonimo, bensì il rafforzamento delle reti di prevenzione e sostegno, capaci di intercettare precocemente situazioni di rischio. In tal senso, appare cruciale la costruzione di un sistema di presa in carico integrato, che unisca prospettive mediche, psicologiche e sociali.

Studi futuri potrebbero essere indirizzati all'analisi dei casi di DoP (spesso identificato in questi casi come gravidanza criptica o misconosciuta), che non hanno come esito finale il neonaticidio ma piuttosto parti non assistiti con sopravvivenza neonatale. Tali ricerche consentirebbero di esplorare i fattori contestuali protettivi, relazionali e di sostegno che possono modulare l'esito del fenomeno.

In conclusione, il neonaticidio rimane un fenomeno complesso e sfaccettato. Questo studio intende offrire un contributo al suo inquadramento, sottolineando come una lettura attenta delle dinamiche di vulnerabilità possa orientare non solo la comprensione clinica e forense, ma anche l'elaborazione di politiche pubbliche più efficaci nel prevenire il ripetersi di quella che è, fin dall'antichità, la tragedia più grande per una madre.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Amon, S., Klier, C. M., Putkonen, H., Weizmann-Henelius, G., & Fernandez Arias, P. (2020). Neonaticide in the Courtroom – Room for Improvement? Conclusions Drawn from Austria and Finland’s Register Review. *Child Abuse Review*, 29(1), 61–72. <https://doi.org/10.1002/car.2589>
- Amon, S., Putkonen, H., Weizmann-Henelius, G., Almiron, M. P., Formann, A. K., Voracek, M., Eronen, M., Yourstone, J., Friedrich, M., & Klier, C. M. (2012). Potential predictors in neonaticide: The impact of the circumstances of pregnancy. *Archives of Women’s Mental Health*, 15(3), 167–174. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0268-0>
- Ayres, S. (2023). *A Crazy Quilt: Infanticide in the United States. 100 Years of the Infanticide Act: Legacy, Impact and Future Directions*, Brennan, K. and Milne, E, (eds.), Bloomsbury Publishing
- Barnes, D. L. (2022). Towards a new understanding of pregnancy denial: The misunderstood dissociative disorder. *Archives of Women’s Mental Health*, 25(1), 51–59. <https://doi.org/10.1007/s00737-021-01176-7>
- Bécache A, Bécache S. Un déni de grossesse: aperçus psychodynamiques. *Lyon Médical*. 1976.
- Beier, K. M., Wille, R., & Wessel, J. (2006). Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction: A proposal for international classification systems. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(5), 723–730. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.11.002>
- Beyer, K., McAuliffe Mack, S., & Shelton, J. L. (2008). Investigative Analysis of Neonaticide: An Exploratory Study. *Criminal Justice and Behavior*, 35(4), 522-535. <https://doi.org/10.1177/0093854807313410>
- Bonnet, C. (1993). Adoption at birth: Prevention against abandonment or neonaticide. *Child Abuse & Neglect*, 17(4), 501–513. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(93\)90025-Z](https://doi.org/10.1016/0145-2134(93)90025-Z)

- Bramante, A., & Di Florio, A. (2023). A case-control study of filicide/infanticide in 90 mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 28(3), 415–421. <https://doi.org/10.1007/s00737-023-01401-5>
- Brezinka, C., Brezinka, C., Biebl, W., & Kinzl, J. (1994). Denial of pregnancy: Obstetrical aspects. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 15(1), 1–8. <https://doi.org/10.3109/01674829409025623>
- Brockington, I., Simmat-Durand, L., Bramante, A., & Klier, C. (2024). Serial neonaticide: Analysis of 126 cases. *Medicine, Science, and the Law*, 65(2), 139–148. <https://doi.org/10.1177/00258024241298149>
- Brown, E., & Barglow, P. (1971). Pseudocyesis. A paradigm for psychophysiological interactions. *Archives of general psychiatry*, 24(3), 221–229. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1971.01750090027004>
- Camperio Ciani, A. S., & Fontanesi, L. (2012). Mothers who kill their offspring: Testing evolutionary hypothesis in a 110-case Italian sample. *Child Abuse & Neglect*, 36(6), 519–527. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.05.001>
- Chechko, N., Losse, E., & Nehls, S. (2023). Pregnancy Denial: Toward a New Understanding of the Underlying Mechanisms. *Current Psychiatry Reports*, 25(10), 493–500. <https://doi.org/10.1007/s11920-023-01448-2>
- Chessa, F., Nivoli, G., Depalmas, C., Milia, P., Nivoli, A., & Loretto, L. (2020.). Evoluzione normativa del delitto di infanticidio, *Riv Psichiatr.*;55(6 Suppl. 1):S20-S22.
- Chiletti, S. (2011). *Far vivere o lasciar morire. L'infanticidio, la legge e le scienze tra Otto e Novecento*, Tesi di dottorato, disponibile all'url: <https://etd.adm.unipi.it/t/etd-12022011-161655/>
- Condon, J. T. (1986). The Spectrum of Fetal Abuse in Pregnant Women. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(9), 509.

- Del Giudice, M. (2007). The evolutionary biology of cryptic pregnancy: A re-appraisal of the “denied pregnancy” phenomenon. *Medical Hypotheses*, 68(2), 250–258. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2006.05.066>
- Delong, H., Eutrope, J., Thierry, A., Sutter-Dallay, A., Vulliez, L., Gubler, V., Saad Saint-Gilles, S., Tessier, E., Le Foll, J., Viaux, S., Apter, G., Danion, A., Auer, J., Rolland, A., & the Pregnancy Denial Study Group. (2022). Pregnancy denial: A complex symptom with life context as a trigger? A prospective case–control study*. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 129(3), 485–492. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16853>
- Desvallées, L. M., Cerasuolo, D., Andro, G., Dreyfus, M., & Eslier, M. (2025). Maternal and perinatal morbidity of pregnancy denial: Twenty-year case-control study at the Caen University Hospital. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 54(6), 102943. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2025.102943>
- D’Orbán, P. T. (1979). Women who Kill their Children. *British Journal of Psychiatry*, 134(6), 560–571. <https://doi.org/10.1192/bjp.134.6.560>
- Friedman, S. H., Cavney, J., & Resnick, P. J. (2012). Mothers who kill: Evolutionary underpinnings and infanticide law. *Behavioral Sciences & the Law*, 30(5), 585–597. <https://doi.org/10.1002/bsl.2034>
- Friedman, S. H., Heneghan, A., & Rosenthal, M. (2007). Characteristics of Women Who Deny or Conceal Pregnancy. *Psychosomatics*, 48(2), 117–122. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.48.2.117>
- Friedman, S. H., Horwitz, S. M., & Resnick, P. J. (2005). Child Murder by Mothers: A Critical Analysis of the Current State of Knowledge and a Research Agenda. *American Journal of Psychiatry*, 162(9), 1578–1587. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.9.1578>
- Gould, G. M. *Anomalies and curiosities of medicine*. Philadelphia, PA: W.B. Saunders; 1897.

- Gruchala, T., Angelotta, C. (2024). Neonaticide and Pregnancy Denial. In A. Wenzel (Ed.), *The Routledge International Handbook of Perinatal Mental Health Disorders*. Routledge.
- Guarnieri, P. (2006). *L'ammazzabambini. Legge e scienza di un processo di fine Ottocento*. Laterza.
- Jenkins, A., Millar, S., & Robins, J. (2011). Denial of pregnancy – a literature review and discussion of ethical and legal issues. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 104(7), 286–291. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2011.100376>
- Kenner, W. D., & Nicolson, S. E. (2015). Psychosomatic Disorders of Gravida Status: False and Denied Pregnancies. *Psychosomatics*, 56(2), 119–128. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2014.09.004>
- Klier, C. M., Amon, S., Putkonen, H., Fernandez Arias, P., & Weizmann-Henelius, G. (2019). Repeated neonaticide: Differences and similarities to single neonaticide events. *Archives of Women's Mental Health*, 22(1), 159–164. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0850-1>
- Klier, C. M., Grylli, C., Amon, S., Fiala, C., Weizmann-Henelius, G., Pruitt, S. L., & Putkonen, H. (2013). Is the introduction of anonymous delivery associated with a reduction of high neonaticide rates in Austria? A retrospective study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 120(4), 428–434. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12099>
- Klier, C. M., Ina, B., Kuipers, Y., & Amon, S. (2025). Denial of reproductive potential: A predictor of unperceived pregnancy in an Austrian neonaticide sample. *Archives of Women's Mental Health*, 28(3), 463–469. <https://doi.org/10.1007/s00737-024-01481-x>
- Kolk, B. A. van der, D. Pelcovitz, S. Roth, F. S. Mandel, A. McFarlane, e J. L. Herman. «Dissociation, Somatization, and Affect Dysregulation: The Complexity of Adaptation of Trauma». *The American Journal of Psychiatry* 153, fasc. 7 Suppl (1996): 83–93. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.7.83>
- Landoni, M., Silverio, S. A., Ionio, C., Ciuffo, G., Toscano, C., Lega, L., Gelabert, E., Kalcev, G., Roca-Lecumberri, A., Plaza Estrade, A., Brenna, V., Garcia- Esteve, L., Subirà Alvarez, S., Torres Giménez, A., & Bramante, A. (2022). Mothers who kill their children: A systematic review of

- perinatal risk factors. *Maltrattamento e Abuso all'Infanzia: Rivista Interdisciplinare*, 24(2), 33–61. <https://doi.org/10.3280/MAL2022-002004>
- Marinopoulos S, Nisand I. (2015). *Pregnancy denial: they give birth without being pregnant*. Paris, France: Eska Publishing.
- Mauriceau F. (1681). *Traité des maladies de femmes grosses et de celles qui font accoucher*. Paris, France: Ed chez l'auteur.
- Mendlowicz, M. V., Rapaport, M. H., Mecler, K., Golshan, S., & Moraes, T. M. (1998). A Case-Control Study on the Socio-Demographic Characteristics of 53 Neonaticidal Mothers. *International Journal of Law and Psychiatry*, 21(2), 209–219. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(98\)00003-X](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(98)00003-X)
- Meyer, C. L., & Oberman, M. (2001). *Mothers who kill their children: Understanding the acts of moms from Susan Smith to the Prom mom*. New York University Press.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2024). *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*. [Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance](#).
- Navarro, F. (2009). *Qui vous dit qu'elle l'a tué? actes du premier colloque français sur le déni de grossesse*. Sous la direction de F. Navarro. Toulouse: Éditions universitaires du Sud, 137-146.
- Neifert, P. L., & Bourgeois, J. A. (2000). Denial of pregnancy: a case study and literature review. *Military medicine*, 165(7), 566–568.
- NHS Royal Cornwall Hospitals Trust. (2024). *Concealed or Denied Pregnancy and Late Pregnancy Booking for Maternity Care – Clinical Guideline V2.1*. [Concealed or Denied Pregnancy and Late Pregnancy Booking for Maternity Care Clinical Guideline](#)
- Oberman, M. (1996). Mothers Who Kill: Coming to Terms With Modern American Infanticide. *American Criminal Law Review*, 26(5), 493–514. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(03\)00083-9](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(03)00083-9)

- Olza, I., Alfaro, V. C., & Klier, C. M. (2025). Restorative justice in a case of traumatic birth following an unperceived pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 28(3), 471–474. <https://doi.org/10.1007/s00737-023-01416-y>
- Pitt S. E., Bale E. M. (1995) Neonaticide, infanticide, and filicide: a review of the literature. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 23(3):375–386
- Putkonen, H., Weizmann-Henelius, G., Collander, J., Santtila, P., & Eronen, M. (2007). Neonaticides may be more preventable and heterogeneous than previously thought – neonaticides in Finland 1980–2000. *Archives of Women's Mental Health*, 10(1), 15–23. <https://doi.org/10.1007/s00737-006-0161-9>
- Prosperi, A. (2005). *Dare l'anima. Storia di un infanticidio*, Torino, Einaudi, 2005
- Resnick, P. J. (1969). Child murder by parents: A psychiatric review of filicide. *The American Journal of Psychiatry*, 126(3), 325–334. <https://doi.org/10.1176/ajp.126.3.325>
- Resnick, P. J. (1970). Murder of the newborn: A psychiatric review of neonaticide. *The American Journal of Psychiatry*, 126(10), 1414–1420. <https://doi.org/10.1176/ajp.126.10.1414>
- Riley, L. (2006). Neonaticide: A Grounded Theory Study. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 12(4), 1–42. https://doi.org/10.1300/J137v12n04_01
- Sablone, S., Margari, A., Introna, F., Catanesi, R., & Mandarelli, G. (2023). Denial of pregnancy and neonaticide: A historical overview and case report. *Journal of Forensic Sciences*, 68(2), 688–695. <https://doi.org/10.1111/1556-4029.15202>
- Sakuta, T., & Saito, S. (1981). A socio-medical study on 71 cases of infanticide in Japan. *The Keio journal of medicine*, 30(4), 155–168. <https://doi.org/10.2302/kjm.30.155>

- Sandoz, P. (2011). Reactive-homeostasis as a cybernetic model of the silhouette effect of denial of pregnancy. *Medical Hypotheses*, 77(5), 782–785. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2011.07.036>
- Şar, V., Aydın, N., van der Hart, O., Steven Frankel, A., Şar, M., & Omay, O. (2017). Acute dissociative reaction to spontaneous delivery in a case of total denial of pregnancy: Diagnostic and forensic aspects. *Journal of Trauma & Dissociation: The Official Journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, 18(5), 710–719. <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1267685>
- Shelton, J. L., Corey, T., Donaldson, W. H., & Dennison, E. H. (2011). Neonaticide: A Comprehensive Review of Investigative and Pathologic Aspects of 55 Cases. *Journal of Family Violence*, 26(4), 263–276. <https://doi.org/10.1007/s10896-011-9362-8>
- Simermann, M., Rothenburger, S., Auburtin, B., & Hascoët, J.-M. (2018). Outcome of children born after pregnancy denial. *Archives de Pédiatrie*, 25(3), 219–222. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2018.01.004>
- Spain, J. (2013.). Changing the Narrative of Neonaticide, *Indiana Journal of Law and Social Equality*: Vol. 2: Iss. 1, Article 8. <https://www.repository.law.indiana.edu/ijlse/vol2/iss1/8/>
- Spielvogel, A. M., & Hohener, H. C. (1995). Denial of Pregnancy: A Review and Case Reports. *Birth*, 22(4), 220–226. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1995.tb00262.x>
- Spinelli, M. G. (2001). A Systematic Investigation of 16 Cases of Neonaticide. *American Journal of Psychiatry*, 158(5), 811–813. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.5.811>
- Spinelli, M. G. (Ed.). (2003). *Infanticide: Psychosocial and legal perspectives on mothers who kill*. American Psychiatric Publishing.
- Spinelli M. G. (2010). Denial of pregnancy: a psychodynamic paradigm. *The journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 38(1), 117–131. <https://doi.org/10.1521/jaap.2010.38.1.117>

- Strauss, D. H., Spitzer, R. L., & Muskin, P. R. (1990). Maladaptive denial of physical illness: A proposal for DSM-IV. *The American Journal of Psychiatry*, *147*(9), 1168–1172. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.9.1168>
- Struye, A., Zdanowicz, N., Ibrahim, C., & Reynaert, C. (2013). Can denial of pregnancy be a denial of fertility? A case discussion. *Psychiatria Danubina*, *25 Suppl 2*, S113-117.
- Tanaka, C. T., Berger, W., Valença, A. M., Coutinho, E. S. F., Jean-Louis, G., Fontenelle, L. F., & Mendlowicz, M. V. (2017). The worldwide incidence of neonaticide: A systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, *20*(2), 249–256. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0703-8>
- Vellut, N., Cook, J. M., & Tursz, A. (2012). Analysis of the relationship between neonaticide and denial of pregnancy using data from judicial files. *Child Abuse & Neglect*, *36*(7), 553–563. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.05.003>
- Wessel, J., & Endrikat, J. (2005). Cyclic menstruation-like bleeding during denied pregnancy. Is there a particular hormonal cause? *Gynecological Endocrinology*, *21*(6), 353–359. <https://doi.org/10.1080/09513590500463832>
- Wessel, J., Endrikat, J., & Buscher, U. (2002). Frequency of denial of pregnancy: Results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, *81*(11), 1021–1027. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2002.811105.x>
- Wessel, J., Gauruder-Burmester, A., & Gerlinger, C. (2007). Denial of pregnancy—Characteristics of women at risk. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *86*(5), 542–546. <https://doi.org/10.1080/00016340601159199>
- Zambaldi, C., Cantilino, A., Farias, J., Moraes, G., & Sougey, E. (2011). Dissociative experience during childbirth. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynecology*, *32*, 204–209. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2011.626092>

Tabella 1 – *Statistiche descrittive sociodemografiche del campione*

	Pregnancy denial (n = 15)		Pregnancy concealment (n = 8)	
	N	%	N	%
Età ≤ 25	11	73,3	3	37,5
<i>Single</i>	13	86,7	5	62,5
Diploma di scuola superiore o oltre	6	40	2	25
Storia clinica	6	40	5	62,5
Abusi in infanzia	1	6,67	2	25
Abusi in età adulta	2	13,33	0	0
Origine straniera	4	26,67	0	0

Tabella 2 – *Statistiche descrittive ostetriche del campione*

	Pregnancy denial (n = 15)		Pregnancy concealment (n = 8)	
	N	%	N	%
Primipare	12	80	4	50
Multipare ≥ 3	0	0	2	25
Parto precipitoso	13	86,67	6	75
Parto in bagno	11	73,33	4	50
No sintomi di gravidanza	8	53,33	1	12,5
Misinterpretazione dei sintomi	7	46,67	2	25
Parto pretermine	5	33,33	1	12,5

Tabella 3 – *Statistiche descrittive criminologiche e forensi del campione*

	Pregnancy denial (n = 15)		Pregnancy concealment (n = 8)	
	N	%	N	%
Neonaticidio per neglect/abbandono	5	33,3	2	25
Neonaticidio per trauma/ferite	6	40	2	25
Neonaticide per caduta accidentale/annegamento	1	6,67	2	25
Neonaticidio per asfissia/soffocamento	3	20	2	25
Infermità di mente	4	26,67	1	12,5
Seminfermità di mente	1	6,67	1	12,5
Art. 578 infanticidio	3	26,67	2	25
Scoperta immediata del corpo	9	60	5	62,5
Motivazione dichiarata “non a conoscenza della gravidanza”	14	93,33	1	12,5
Motivazione dichiarata “paura”	1	6,67	4	50
Motivazione dichiarata “pressione familiare/sociale”	1	6,67	4	50

Tabella 4 – *Statistiche descrittive psicopatologia acuta nel campione*

	Pregnancy denial (n = 15)		Pregnancy concealment (n = 8)	
	N	%	N	%
Disturbi psicotici	1	6,67	1	12,5
Disturbi dell'umore	2	13,33	0	0
Disturbi ansia/stress correlati	0	0	0	0
Disturbi di personalità	2	13,33	3	37,5
Disturbo del neurosviluppo	2	13,33	3	37,5
Disturbi da abuso di sostanze stupefacenti	0	0	1	12,5
Disturbi dissociativi	6	40	1	12,5
Nessuno	3	20	0	0

Tabella 5 – *Statistiche descrittive psicopatologia nel campione*

	Pregnancy denial (n = 15)		Pregnancy concealment (n = 8)	
	N	%	N	%
Immaturità cognitiva	6	40	5	62,5
Immaturità emotive/affettiva	10	66,67	4	50
Infantilismo	6	40	2	25
Disabilità intellettiva lieve/moderata	5	33,33	2	25