

La ‘posizione del terapeuta’ e la ‘posizione di garanzia’ nella cura dei gravi disturbi di personalità.

Dr. Mario Iannucci¹
Dr.ssa Gemma Brandi²

Ci sono stati molteplici scotomi nella gestione del disagio psichico negli ultimi decenni. Uno di questi scotomi è relativo agli intrecci, senza dubbio complessi ma anche molto stretti, fra malattia mentale, dipendenze da sostanze, trasgressione patologica e pericolosità sociale. Intrecci che riguardano da vicino la gestione di una residenzialità protetta, che curi/assista ma che insieme controlli, riabilitando anche le competenze sociali del soggetto. Li conoscono bene, questi scotomi, tutti i colleghi che, lavorando nei servizi territoriali, in quelli penitenziari e nei servizi per le tossicodipendenze, tendono a tenere sgombra la loro operatività da dannosi pregiudizi ideologici, spesso addirittura funesti. Li conoscono coloro che propongono per un paziente un trattamento sanitario obbligatorio, che è inevitabilmente una misura forte di controllo del soggetto proprio nel momento in cui lo cura, di controllo sociale oltre che, spesso, di controllo fisico. Li conosce chi predispone per il suo paziente percorsi residenziali ad indice di protezione più o meno intensa e non ignora che quell'indice lo si predispone basandosi sul livello di incompetenza sociale oltre che su quello di sofferenza psichica. Li conosce chi, specie fra gli operatori dei servizi per i tossicodipendenti, non disdegna di utilizzare misure giuridiche di coazione alla cura, avendo a che fare con soggetti per i quali siamo tutti inclini, attraverso un condizionamento culturale del quale non sarebbe male stabilire l'origine e la tenuta, a giustificare la tendenza trasgressiva e antisociale con l'assoggettamento a maledetti e potentissimi fattori 'esogeni'.

Per affrontare con strumenti adeguati, che abbiano alle spalle una riflessione e una documentazione, il tema della pericolosità sociale di chi presenta un disturbo psichico, tema di cui si dibatte in maniera raffazzonata ed emotiva quasi soltanto in occasione di eclatanti fatti di cronaca, occorre astenersi da affermazioni pregiudiziali e cominciare a confrontarsi sui dati reali. Noi tendiamo a rispettare tutte le opinioni. Fino dagli anni in cui venne promossa, ad esempio, abbiamo sempre considerato con attenzione e interesse la 'proposta Vincigrossi', attraverso la quale sembrava volersi segnalare il 'diritto alla pena' per il malato di mente che si fosse reso

¹ *Psichiatra psicoanalista, Servizio di Salute Mentale Firenze 4, Responsabile della Residenza 'Le Querce' e del Rep. Penale della CC di Sollicciano, Firenze.*

² *Psichiatra psicoanalista, Responsabile del Servizio di Salute Mentale Firenze 4 e del Serv. di Sal. Mentale del Carcere di Sollicciano, Firenze. Direttore de "Il reo e il folle".*

‘responsabile’ di gesti delittuosi. E’ però sul valore da attribuire a queste espressioni -‘diritto alla pena’ e ‘responsabilità’- che noi vorremmo che ci fosse un pronunciamento preciso e dettagliato di tutti, specie di coloro che ancora oggi sostengono, talvolta in modo aperto e tal’altra solo alla zitta e in comportamenti che tendono a tenere nascosti, la validità della ‘proposta Vincigrossi’.

Lavoriamo negli istituti penitenziari da quasi trentacinque anni. Abbiamo spesso cercato di immaginare cosa ci farebbe piacere che accadesse a un nostro amico, a un nostro parente, a una persona cara che, all’interno di una fase di disagio psichico, manifestasse comportamenti che sostanziasse una situazione di pericolo, per lui e/o per la società. In quale modo ci farebbe piacere che di questi elementi di pericolosità si prendessero *cura* gli operatori della salute mentale ‘territoriale’, anche quelli ‘privati’, evitando di esporre la persona a noi cara agli effetti antisociali del suo disagio, estremamente dannosi per lui anche quando, a tutta prima, risultassero di danno ‘solo’ per gli altri? Abbiamo cercato di immaginare in quale modo ci farebbe piacere che il nostro caro venisse valutato, sotto il profilo psichiatrico-forense, nel caso egli, per via della sua ‘infermità di mente’ e comunque nel corso di questa, si rendesse protagonista di un reato. Da chi ci farebbe piacere che fossero esaminati, per il nostro soggetto, il livello di responsabilità sotto il profilo penale, il grado di competenza sociale e di pericolosità, la suscettibilità ‘riabilitativa’ che condiziona senza dubbio la pericolosità e che appare in rapporto con le effettive opzioni terapeutiche e trattamentali disponibili, in quella zona e in quel momento? Passando poi ai gradini successivi: se il grado di pericolosità della persona a noi cara fosse ritenuto tale da richiedere misure detentive, siamo davvero certi che, nelle attuali strutture di prigionia e di internamento, quella ‘pena’ alla quale egli ha ‘diritto’ verrebbe sofferta con sufficienti garanzie per la sua ‘cura’?

Lasciamo che ciascuno risponda come meglio crede a queste semplici domande. Noi, proprio per la lunghissima permanenza nei servizi psichiatrici territoriali e nei luoghi di detenzione/internamento, basandoci sulla nostra personale esperienza, su ciò che abbiamo constatato avvenire mediamente nel nostro Paese, dobbiamo onestamente riconoscere che saremmo seriamente preoccupati per la sorte del nostro caro. Lo eravamo ieri e lo siamo oggi. Per questo abbiamo cercato di approntare, per il paziente che soffre di gravi turbe psichiche, in particolare per il reo-folle, strumenti terapeutici e trattamentali che ci consentissero di intervenire in maniera ragionata, elastica, efficace e, soprattutto, *responsabile*.

Vorrei ringraziare gli organizzatori di questo Convegno, e in particolare l’amico Carlo Andrea Robotti, per un buon motivo, che è quello di averci chiamato, a parlare di questo argomento, perché ne possiamo parlare da una posizione di competenza (almeno supposta tale). Una

competenza maturata in un impegno clinico trentennale. Vi invito infatti a diffidare dalle indicazioni, pratiche e teoriche, che nascono fuori dalle pratiche cliniche. Nell'ottobre del 2008, su un quotidiano nazionale, c'era un articolo che aveva questo titolo: "*La formula matematica della mediocrità*" e questo sottotitolo: "*Perché chi ha talento perde? Un libro racconta*". Il libro è quello di Antonello Caporale: "*Mediocri – I potenti dell'Italia immobile*" edito da Baldini Castoldi Dalai. Dubito che questa tendenza alla diffusione della mediocrità possa essere invertita in tempi brevi presso di noi. Mi limito a constatare che la mortificazione dei talenti, che fa il pari con quella delle competenze, comporta inevitabilmente un azzeramento dell'entusiasmo, della curiosità e della qualità.

La competenza, dunque. A proposito della quale mi viene in mente quanto accadde pochi anni or sono, in occasione di una lezione che tenni agli specializzandi in Psichiatria della Università di Firenze.

Si trattava di una lezione su TSO e ASO, un argomento che ha una stretta attinenza con i temi dei quali ci occupiamo oggi -quello della follia reclusa, della trasgressione patologica, della coazione alla cura, della dipendenza da sostanze, dei gravi disturbi di personalità, della posizione di garanzia- poiché riguarda una forma di coazione di cui gli psichiatri si rendono talora responsabili.

In quella circostanza feci una sorta di test (lo vogliamo chiamare un gioco?) per valutare il tipo di ricezione che il mio messaggio avrebbe potuto ricevere da parte dei miei interlocutori, i quali, come dicevo, erano studenti della Scuola Universitaria di Specializzazione in Psichiatria, anche degli anni avanzati. Il test è questo, che non farò con voi che siete tutti molto preparati sull'argomento. Proiettai alcune diapositive, che vi mostrerò. A voi, poi, ne mostrerò delle altre, cui certamente voi saprete attribuire, in relazione all'argomento che oggi trattiamo, il valore che meritano. Le diapositive che mostrai allora sono le seguenti. Chiesi agli studenti se conoscessero che tipo di farmaco è l'Amisulpride, farmaco non certo tra i più usati. Almeno un terzo degli studenti seppe rispondere alla domanda. Poi feci le altre domande. "*Sapete cosa prescrive l'art. 88 del codice penale?*" Solo un paio lo sapevano, in maniera peraltro del tutto imperfetta. L'art. 88, voi tutti lo sapete benissimo, riguarda l'*infermità totale di mente*. Alle tre domande successive nessuno degli studenti seppe rispondere: "*Cos'è S. Dorotea de' Pazzerelli e perché riguarda la psichiatria?*" "*Quando nasce e dove nasce la psichiatria moderna?*" "*Conoscete quest'uomo (e mostrai la foto di Michel Foucault)?*" Nessuno seppe allora rispondere, ma certo molti di voi sono in grado di farlo. Michel Foucault, attraverso le sue opere (si pensi soltanto a *Histoire de la folie à l'âge classique*, a *Moi, Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma sœur et mon frère...*, a *Surveiller et Punir*) ci ha

illustrato in maniera chiarissima come la psichiatria moderna affondi le sue radici nell'universo 'penitenziario', da un punto di vista storico (S. Dorotea de' Pazzereelli, a Firenze, ancora prima di Esquirol, di Pinel, di Tuke e di Chiarugi) ma anche, si badi bene, da un punto di vista ontologico. Non sarà per caso che il pensatore francese abbia puntato tanto la sua attenzione sull'universo concentrazionario. Non si tratta, qui, di condividere tutte le conclusioni cui Michel Foucault giunge. Si tratta di riconoscere il valore profondo -se si vuole sapere qualcosa di più sullo strutturarsi dell'uomo e della società- della lapalissiana contiguità tra il sistema delle pene e quello delle cure psichiatriche.

Vorrei oggi presentarvi alcuni altri 'amici', i cui insegnamenti mi piacerebbe che ci guidassero nella trattazione degli argomenti odierni. Comincerò con Jaques Lacan, che prestò servizio per molti anni presso la Prefettura di Parigi. Credo che sarebbe davvero opportuno, se non indispensabile, per coloro che intendono utilmente cimentare non solo il loro guardare, ma anche il loro riflettere mentre si accingono alla cura delle gravi turbe psichiche, leggere attentamente le riflessioni di questo Maestro prima di *decidere* qualcosa. Cominciando con la Tesi di Dottorato del 1932³, con quel caso Aimée la cui conoscenza potrebbe aiutare non poco a comprendere la tendenza seclusiva dei nostri pazienti; continuando con *Il tempo logico e l'asserzione di certezza anticipata. Un nuovo sofisma*, del 1945; proseguendo con *L'aggressività in psicoanalisi*, del 1948; per arrivare alla *Introduzione teorica alle funzioni della psicoanalisi in criminologia*, del 1950.

Andremo dunque avanti, nell'elenco sintetico dei Maestri della nostra riflessione, con Cesare Bonesana, marchese di Beccaria (1738-1794), che potremmo indicare come uno dei fondatori di quella riforma delle pene che portò allo strutturarsi di un sapere-potere penitenziario. Accanto a lui, in Inghilterra, si colloca John Howard (1726-1790), High Sheriff of Bedfordshire. Rammentiamo qui Beccaria e Howard perché entrambi, in un tempo nel quale i supplizi corporali, la tortura e la morte dominavano la scena dell'universo penale/penitenziario, cercarono di spostare l'attenzione dalla 'spada' alla 'bilancia', dal valore 'afflittivo/retributivo' a quello 'medicinale' della pena (è bene sottolineare che la bilancia è eminentemente simbolo di 'misura'). Furono, insomma, dei teorizzatori *ante litteram* del "diritto mite".

A Beccaria e Howard -per segnalare ulteriormente la vicinanza tra internamenti e carcerazioni, tra luoghi della follia e luoghi della detenzione- affiancheremo Jeremy Bentham (1748-1832), pensatore e giurista inglese vissuto all'incirca nella stessa epoca di Philippe Pinel, di

³ Lacan Jaques, *Della psicosi paranoica nei suoi rapporti con la personalità*, Einaudi, Torino.

Jean-Étienne Dominique Esquirol e di Vincenzo Chiarugi, che a Firenze fece transitare i ‘dementi’ da Santa Dorotea de’ Pazzereelli al San Bonifacio, con quell’aggiornamento delle cure che ne ha fatto uno degli studiosi e dei terapeuti più apprezzati de ‘*la folie à l’âge classique*’. Di Bentham dunque -che scrisse *The Rationale of Punishment*, teorizzando una trasformazione del sistema penale ai tempi della nascita della psichiatria moderna- parliamo oggi perché, coloro che sono interessati alla ‘osservazione’ della follia nelle sue varie forme, anche in quelle trasgressive, dovrebbero conoscere il suo modello di *panopticon*. L’idea alla base del Panopticon (“che fa vedere tutto”) era quella che -grazie alla forma radiocentrica dell’edificio e ad opportuni accorgimenti architettonici e tecnologici- un unico guardiano potesse osservare (optikon) tutti (pan) i prigionieri in ogni momento, i quali non devono essere in grado di stabilire se sono osservati o meno, portando alla percezione da parte dei detenuti di un’invisibile onniscienza da parte del guardiano, che li avrebbe condotti ad osservare sempre la disciplina come se fossero osservati sempre. Dopo anni di questo trattamento, secondo Bentham, il retto comportamento “imposto” sarebbe entrato nella mente dei prigionieri come unico modo di comportarsi possibile modificando così indelebilmente il loro carattere. Lo stesso filosofo descrisse il panopticon come “*un nuovo modo per ottenere potere mentale sulla mente, in maniera e quantità mai vista prima*”.

E’ superfluo ricordare, poiché tutti lo sanno, che l’utilitarismo di Bentham e la sua idea del Panopticon hanno influenzato non poco la filosofia della pena e, in taluni casi, anche l’architettura della pena. Diverse carceri furono costruite sul modello del Panopticon. Ne sono rimaste poche visibili, pochissime ancora attive. Decisamente rimarchevoli, da un punto di vista architettonico, sono i tre grandi Panopticon olandesi di Breda e Ahrnem (architetto Johan Frederik Metzelaar) e di Haarlem (architetto Willem Cornelis Metzelaar, figlio di Johan), costruiti fra il 1886 e il 1901. Egualmente interessante è il carcere di Stateville, nell’Illinois, che è ancora in funzione. Trasformato in un museo, invece, è il *Presidio Modelo*. Situato sull’Isola de la Juventud, davanti a Cuba, venne costruito nel 1926-28 dal dittatore Gerardo Machado sul modello di Stateville. Ospitò anche Fidel Castro e il fratello Raul (1953-55) dopo il fallito attacco alla Caserma Moncada. Anche in Italia abbiamo i nostri Panopticon. Un esempio rimarchevole è quello del carcere di Santo Stefano (isolotto contiguo a l’Isola di Ventotene) costruito dai Borbone nel 1795. Il carcere, dalla forma semicircolare, ha ospitato tra gli altri l’ex Presidente della Repubblica Sandro Pertini. La struttura carceraria fu dismessa nel 1965. Ma in Italia abbiamo anche un altro esempio di Panopticon: è il cosiddetto Padiglione Connolly o dei “clamorosi”, situato nell’ex Manicomio di Siena. Il padiglione, che sta franando, era costituito da cellette singole, alcune rivestite di materassi, su cui alcuni pazienti hanno lasciato numerosi graffiti. Di graffiti ne ha lasciati di interessantissimi

anche Nannetti Oreste Fernando (NOF4), ingegnere minerario internato al Reparto Ferri (o Biffi-De Santis) di Volterra per lunghi anni: ne ha lasciati per settanta metri di lunghezza e due di altezza, in un luogo dove nel 1980 non mi dispiaceva trascorrere i miei pomeriggi di studio mentre lavoravo, come unico medico, in quel Reparto manicomiale che si sgretolava (anche metaforicamente). Fa piacere che i graffiti di Nannetti siano diventati un libro edito dal Museo dell'Art Brut di Losanna e presentato, nel luglio 2011 nel carcere di quella città. E ci ha fatto egualmente piacere l'aver rivisto un pezzo dei graffiti di Nannetti, di recente, in una Mostra della Halle Saint Pierre di Parigi; una mostra, significativamente intitolata '*I banditi dell'arte*', che non mi dispiacerebbe rivedere presso questo museo MART che oggi ci ospita.

Guardiamo, dunque, se la vicinanza ontogenetica fra detenzione e follia si riflette anche nei dati epidemiologici. La specificità quantitativa della cosiddetta *malattia trasgressiva* emerge in maniera netta in tutte le indagini effettuate in ambito penitenziario. Noi abbiamo segnalato da alcuni decenni -e torniamo a farlo tutte le volte che possiamo- l'impressionante prevalenza dei disturbi mentali all'interno delle prigioni. Diversi anni or sono persino la grande stampa americana già dedicava al problema una notevole attenzione. L'inserito centrale del New York Times del 5 Marzo 1998 così titolava: "*Il carcere prende il posto degli ospedali per i malati di mente della nazione*". E continuava: "*Il carcere, alla zitta, è l'istituzione mentale più grande della nazione. In una giornata tipo vengono imprigionate dalle 1500 alle 1700 persone con gravi problemi psichici, la maggior parte delle quali finiscono dentro per reati minori, essenzialmente per essere di pubblico disturbo*". In quell'inserito del *New York Times* era possibile rinvenire un interessante raffronto, nel corso degli anni, fra numero di ricoverati in ospedali psichiatrici civili americani e numero dei detenuti sofferenti di gravi disturbi psicotici (psicosi schizofreniche, psicosi depressive e bipolari, psicosi deliranti croniche): nel 1998 venivano stimati in circa 200.000 o detenuti affetti da gravi malattie psichiche, mentre i ricoverati in ospedali psichiatrici civili americani erano passati, dai 559.000 del 1955 ai 69.000 del 1995.

Con qualche anno di ritardo rispetto agli US, anche in Italia e in Europa ci siamo accorti del problema. Veniamo infatti ai dati europei. Una delle ricerche più estese e dettagliate compiute in Europa l'abbiamo fatta proprio a Sollicciano e a Montelupo tra il 2001 e il 2002, in collaborazione con l'Università di Firenze. I dati della ricerca comprovano il punto di vista statunitense e anticipano il divenire della clinica psicopatologica, annunciando una inclinazione autolesiva elevatissima, oggi diventata il problema più vistoso degli istituti di pena. Il carcere, come ci avvisa Gemma Brandi, con diversi anni di preavviso ci ha parlato e ci parla di quello che accadrà nella società esterna.

Sarebbe di grande interesse mostrarvi i risultati della ricerca effettuata nel carcere di Sollicciano in Firenze, ma non basterebbe un'intera giornata. Ciò che mi preme sottolineare adesso è che i risultati epidemiologici italiani, i quali confermano i dati registrati da diversi anni all'estero, mostrano:

- intanto il preoccupante elevarsi dei disturbi di Asse I del DSM all'interno dei penitenziari (notiamo la prevalenza che cresce progressivamente dai soggetti nuovi-giunti 46,7%, ai pazienti in trattamento psicologico-psichiatrico a Sollicciano 73,3%, agli osservandi di Montelupo 96,8%);
- quindi la notevolissima incidenza, fra i disturbi di Asse I, di Episodi Depressivi Maggiori (soggetti nuovi-giunti 24,8%; pazienti in trattamento psicologico-psichiatrico a Sollicciano 60,8%; osservandi di Montelupo 65,6%);
- infine la fortissima incidenza dei gravi disturbi di Asse II, e non solo del Disturbo Antisociale di Personalità (la cui prevalenza è del 1,9% nella popolazione generale; del 15,8% nei nuovi giunti a Sollicciano; del 42,5% nei pazienti seguiti a Sollicciano; del 50% negli osservandi in OPG), ma anche degli altri Disturbi di Personalità (la cui prevalenza è del 10% circa nella popolazione generale; del 75,5% nei pazienti seguiti a Sollicciano; del 50% negli osservandi in OPG). Fra i Disturbi di Personalità non di tipo antisociale, sono assolutamente prevalenti quello Borderline e, in misura minore, il Disturbo Paranoide.

I dati che abbiamo ottenuto a Sollicciano e Montelupo sono in linea con quelli ormai assodati nella letteratura internazionale. Persino i Colleghi svizzeri, noti per la loro prudenza, forniscono dati impressionanti. Secondo uno studio effettuato nel 2010 da Eytan e altri Colleghi dell'Ospedale Universitario di Ginevra (HUG) nel carcere ginevrino di Champ-Dollon, circa il 46% dei detenuti soffre di disturbi psichici e, fra le donne, il dato aumenta al 56%. Eytan fa notare che questa proporzione elevata di detenuti che soffrono di problemi psichici non è una caratteristica di Champ-Dollon, visto che nei paesi europei il tasso varia dal 27 al 78%.

D'altronde, se qualcuno dei non addetti ai lavori volesse avere una descrizione sufficientemente realistica di ciò che accade quotidianamente in una cella del carcere, è sufficiente che legga *Conversazione con l'uomo nell'armadio*, di un altro Maestro: Ian McEwan (in *Primi amori, ultimi riti* (*First Love, Last Rites*, 1976, Einaudi).

“La prigionia è proprio un buffo posto. Non che ti faccia ridere, però. Pensavo che dentro fossero tutti dei gangster, dei duri insomma. Ma ce n'erano pochissimi così. La maggior parte erano solo un po' matti, come in quell'istituto dove stavo una volta. [...]

“C'erano dei tipi strani in quella prigione. C'era uno che durante i pasti saliva in piedi su una sedia e se lo tirava fuori. La prima volta che capitò ci restai secco, ma tutti continuavano a parlare e a mangiare così io feci lo stesso. Dopo un po' non mi dava più fastidio, anche se lui lo faceva con una certa regolarità. È incredibile a cosa non ci si abitua col tempo. E poi c'era Jacko. Il secondo giorno che ero lì entrò nella mia cella e si presentò. Mi disse che era dentro per frode, e mi raccontò che suo padre era un allenatore di cavalli e che le cose gli andavano male. E poi un sacco di altre cose che non mi ricordo. Dopo di che se ne andò. La volta successiva venne da me e si presentò tutto da capo, come se non mi avesse mai visto prima in vita sua. Questa volta mi disse che era dentro per stupro continuato e che non era mai riuscito a soddisfare il suo appetito sessuale. Pensai che mi prendesse in giro, perché credevo ancora alla sua prima storia. E invece faceva davvero sul serio. Ogni volta che ci vedevamo aveva una storia diversa. Non si ricordava mai la nostra conversazione precedente, né chi mi aveva detto di essere. Credo che non sapesse bene neanche lui chi era davvero. Come se non avesse una sua propria identità. Uno degli altri mi raccontò che Jacko era stato colpito in testa durante una rapina a mano armata. Non so se fosse vero o no. Non si sa mai a cosa credere.

“Non fraintendermi. Non erano tutti così. C'erano molti tipi a posto, e uno dei migliori era Sordíno. Nessuno sapeva il suo vero nome, e lui non poteva dirlo perché era sordomuto. Penso che sia stato dentro quasi tutta la vita”.

L'uomo nell'armadio comunque, se descrive piuttosto bene la follia bizzarra e la tendenza seclusiva di non pochi dei pazienti detenuti, non descrive granché bene situazioni molto meno diffuse ma assai più pericolose, situazioni che, come nel caso di Anders Behring Breivik, assumono un indubbio valore paradigmatico. Anders Behring Breivik che, il 22 luglio 2011, a Oslo e Utoya, ha ucciso 77 persone e ne ha ferite molte altre. In un manoscritto di 1500 pagine ha dichiarato di “vedere sé stesso come un comandante in una guerra santa, un Salvatore della Cristianità dall'invasione dell'Islam, dal Marxismo culturale e dal femminismo [...]”. Ha sempre rivendicato una completa salute mentale. In una prima perizia psichiatrica egli venne indicato come paranoico. L'opinione pubblica insorse. E' stata eseguita una seconda perizia, che lo ha dichiarato capace di intendere e di volere anche se affetto da un “grave disturbo narcisistico di personalità”. Il 24 agosto 2012 è stato giudicato capace di intendere e di volere e condannato a 21 anni di detenzione “preventiva” (forvaring), una condanna che allo scadere può essere indefinitamente prolungata di 5 anni alla volta fino a quando il condannato non è più considerato pericoloso (sembra dunque trattarsi, nella sostanza, di una misura di sicurezza detentiva applicata a un “sano di mente”). Nils Christie, famosissimo sociologo e criminologo norvegese che si è sempre battuto contro il proibizionismo delle droghe, contro la società industriale e contro il carcere, ha scritto che “nessun'altra soluzione sarebbe stata possibile”. “Nel caso norvegese –ha aggiunto Christie- è abbastanza ovvio che la psichiatria forense ha perso molta credibilità. La cosa non mi dispiace, visto che per anni mi sono battuto per l'eliminazione degli psichiatri dai procedimenti penali”. Io dissento radicalmente da Christie, poiché trovo estremamente pericolose e ingiuste le posizioni che vengono assunte sulla base di un pregiudizio ideologico che espone a ridicole contraddizioni (‘sono contrario al carcere, ma non nel caso di Breivik’) o sulla base di forti, comprensibili ma fuorvianti stati emotivi.

A Nils Christie, ammesso che non l'abbia già fatto, io consiglierei, come ho consigliato a voi, la lettura del primo Lacan, quello si occupa della *paranoia di rivendicazione*. Ma consiglierei anche *L'uomo senza qualità*, di Robert Musil. Come insegnano senza fallo il caso Moosbrugger⁴ e la diuturna pratica clinica nei penitenziari, il valore normativo della legge, ben lungi dall'aver tout court un potere terapeutico e normalizzante, rafforza tuttavia tenacemente la pretesa *normalità* del soggetto.

D'altronde è sempre Musil a indicarcelo puntualmente: «E' fenomeno noto, che l'angelo della medicina, dopo avere ascoltato per un po' le dissertazioni dei giuristi, dimentichi molto spesso la propria missione. Egli ripiega allora le ali fruscianti, e si comporta nelle aule dei tribunali come un angelo di complemento della giurisprudenza». In Norvegia come in Italia. A Nils Christie, e ai magistrati che hanno condannato Breivik come sano di mente, vorrei peraltro rivolgere alcune raccomandazioni: non sottoponiamo mai il detenuto a una "Osservazione Psichiatrica" o a un trattamento di salute mentale, non pretendiamo di *trattarlo* anche se qualche sprovveduto ne ravvisasse la necessità e, soprattutto, non addoloriamoci in alcun modo se, da solo, il detenuto metterà fine alla sua vita o a quella di qualcun altro: nessuno tocchi Caino, ma poco ci importa se Caino si precipita da solo nell'al di là o se reitera il gesto fratricida.

Quella che ho sviluppato finora potrebbe sembrare una lunga premessa rispetto al tema della responsabilità dello psichiatra o, se preferite, di tutti coloro che si occupano della terapia di persone con disturbi mentali, comprese le dipendenze patologiche da sostanze (lascerei perdere per adesso il *Gambling o ludopatia*, poiché su tale condizione condivido in larga misura quanto Massimo Fini ha scritto pochi giorni or sono su *Il Fatto Quotidiano*⁵). E invece **questo tema -della responsabilità**

⁴ Musil Robert, *L'uomo senza qualità*, Einaudi, Torino, 1974, p. 233-4.

«Per definire giuridicamente Moosbrugger bastava una frase.

«Moosbrugger era uno di quei casi-limite che fuori della giurisprudenza e della medicina legale sono noti anche al profano come casi di diminuita capacità di intendere e di volere.

«Caratteristica di questi infelici è che essi non hanno soltanto una salute da poco, ma anche una malattia da poco. La natura ha la stana mania di produrre in abbondanza tali individui; *natura non facit saltus*, la natura non fa salti, ama le gradazioni, e anche in scala più grande ama tenere il mondo in uno stadio intermedio fra la sanità e l'idiozia. Ma la giurisprudenza non se ne dà per inteso. Essa dice: *non datur tertium sive medium inter duo contradictoria*, cioè: l'uomo è capace di agire illegalmente o non lo è, perché fra due opposti non esiste un terzo ossia un medio. [...]

«Purtroppo v'è anche il fatto che gli psichiatri legali, i quali sarebbero competenti a opporvisi, sono di solito molto più timorosi nella loro professione che i giuristi; essi dichiarano veramente malate solo le persone che non sanno guarire, il che è una modesta esagerazione visto che non sanno guarire neanche le altre. Essi fanno distinzione fra malattie mentali inguaribili, altre che con l'aiuto di Dio dopo qualche tempo migliorano da sé, e altre ancora che il medico non può guarire ma che il paziente potrebbe evitare, posto che per una sorte provvidenziale agissero su di lui al momento giusto opportuni influssi e considerazioni. Il secondo e il terzo gruppo comprendono quei malati di qualità inferiore che l'angelo della medicina tratta come infermi se si presentano a lui come clienti privati, ma che abbandona pavidamente all'angelo della giustizia se gli capitano fra i piedi nella pratica giudiziaria».

⁵ Fini Massimo, , *Il Fatto Quotidiano*, 2 febbraio 2013,

“Anche il gioco è malato di solitudine.

del paziente con gravi disturbi mentali- è proprio il cuore del tema della responsabilità del terapeuta. Se infatti, come i pazienti stessi ‘pretendono’ (Breivik e Moosbrugger *docent*), noi consideriamo che i gravi malati di mente siano persone “responsabili”, che senso avrebbe chiamare i terapeuti ad assumere nei loro confronti una posizione di garanzia? Se non ci fosse più la *incapacità di intendere e di volere*, che senso avrebbe somministrare delle cure a qualcuno contro la sua volontà, provvedere ad aiutarlo nel gestire i suoi interessi che andrebbero altrimenti a rotoli, cercare di restaurare in modo fraterno e progressivo la sua competenza sociale? Non avrebbe alcun senso. Strane posizioni, molto contraddittorie, quelle che si muovono all’interno di un panorama psichiatrico/psicologico estremamente vario, eclettico, palesemente contraddittorio: da un lato la tendenza al gioco d’azzardo diventa la *ludopatìa*, vale a dire una malattia (non sto parlando della prodigalità patologica nella mania!), dall’altro lato tutti, indipendentemente dalla presenza di una *infermità di mente*, è bene che siano giudicati responsabili. Occorrerebbe comprendere che, così come “il divario tra una buona e una cattiva assistenza è pressoché infinito”⁶, anche il divario fra una grave *infermità di mente* e una *completa salute mentale* è assolutamente infinito.

“LA PASSIONE per il gioco d’azzardo è diventata ufficialmente una malattia degna delle cure del Servizio sanitario nazionale. Adesso si chiama ludopatìa. È tipico di questo Stato liberale che più liberale non si può bollare come aberrazioni quasi tutte le passioni umane (anche la gelosia, per esempio), salvo lucrare su alcune di esse. Non devi fumare, ma le tasse sulle sigarette impinguano le casse dello Stato. Non devi bere superalcolici, però non li abolisco, li tasso. Lo Stato è il tenutario di tutti i Casinò e ai vecchi giochi, il lotto, la schedina ne ha aggiunti altri, l’Enalotto, il Superenalotto mentre si inventa sempre nuove lotterie.

“In Italia si è sempre giocato d’azzardo. Non c’è bisogno di leggere Chiara o Fenoglio - in provincia si gioca di più - per sapere che c’è gente che al tavolo del poker ha perso fortune, case e si è giocata pure la moglie. A Milano, ai dì, nei retrobottega dei bar si giocava a poker o a ramino pokerato. Oppure lo si faceva in casa. In strada si giocava ai dadi. Mille erano le bische clandestine, spesso mascherate da austeri circoli culturali (al “Circolo Napoli” - mi pare si chiamasse così, sono passati tanti anni - in Piazza Sant’Alessandro, in pieno centro, giocavano il Procuratore generale, Carmelo Spagnuolo, e molti direttori di giornale.

“SI È SEMPRE giocato d’azzardo. Premesso che ogni individuo adulto ha diritto di fare della propria vita ciò che vuole, anche di rovinarla, quello che è cambiato è il modo di giocare. Il poker (quello vero con cinque carte coperte, non il Texas hold’em, importato come altre nefandezze dall’America, con cinque “vele”, una vera perversione) si gioca a quattro o a cinque, ci vuole abilità, conoscenza della tecnica di base, capacità psicologica, “presenza al tavolo”, coraggio. Anche lo chemin de fer, sia pur in modo più limitato e indiretto, è uno scontro di caratteri fra i nove giocatori che si avvicendano al tavolo e ci vuole tenuta nervosa per non perdersi nella serie dei “suivi” (perché essendo un gioco al raddoppio ci vuole niente per perdere cifre colossali). Persino alla roulette, che è azzardo puro, c’è un rapporto con le persone che stanno attorno al tavolo e con i croupier.

“Sono tornato qualche tempo fa al Casinò di Sanremo dove non mettevo piede da molti anni. Era diventato una distesa a perdita d’occhio di slot-machine, tipo Las Vegas, i tavoli dello chemin e delle roulette erano ridotti al minimo, marginali.

“QUELLO con le slot è un rapporto solipsistico con la macchina dove, oltretutto, non ci vuole alcuna abilità. Si infilano delle monete in una fessura: tutto qua. Che segnale danno? Quello di una enorme solitudine e di una crescente incapacità di intrecciare rapporti (anche grazie alla tecnologia che tende a separarci dagli altri e a estraniarci da noi stessi) che permeano l’intera società moderna. È questa società che è profondamente malata. Ed è essa che andrebbe curata, prima dei cosiddetti ‘ludopatici’ che ne sono solamente una proiezione.”

⁶ Sto citando Ian Mc Ewan di *Sabato*, Einaudi, 2005, p. 288.

Si può facilmente constatare che, coloro che tendono a negare l'esistenza di gravi turbe mentali, sono di conseguenza anche quelli che si oppongono più fermamente a che lo psichiatra venga chiamato ad assumere una posizione di garanzia. Sono quelli che si indignano se un terapeuta (per adesso è accaduto soltanto per gli psichiatri) viene giudicato per grave *malpractice* nei confronti di colui che cura e che, infine, attribuiscono tendenzialmente una piena capacità di agire (nel diritto penale e in quello civile) al loro paziente. Ci sono invece, sul versante opposto, coloro che vorrebbero introdurre mille varietà di patologie mentali, distribuendole in spettri nei quali diventa praticamente impossibile che qualcuno non venga ricompreso e, quindi, vorrebbero curare queste multiformi patologie con rimedi semplici, poco importa che si tratti di rimedi farmacologici, rimedi residenziali più o meno custoditi, addirittura rimedi shockanti riesumati da un armamentario antidulviviano solo apparentemente positivista.

Entrambe queste posizioni, a mio parere, non stanno certo dalla parte della "buona assistenza". Dalla parte della buona assistenza si colloca il terapeuta che, in maniera del tutto naturale, assume una posizione *responsabile*, che è l'unica posizione che fornisca effettive *garanzie*. Le fonti normative della cosiddetta posizione di garanzia le conosciamo tutti. Le rammenterò per un debito "formativo".

Per quanto riguarda la responsabilità medica in psichiatria, si potrebbe supporre, come taluni fanno, che l'operatività e l'efficacia dello psichiatra rischino di rimanere schiacciate, tra gli *interessi del paziente* e quelli che abitualmente chiamiamo gli *interessi della collettività*, riguardo ai quali il lo psichiatra spesso viene "accusato" di non svolgere adeguatamente i propri compiti di protezione verso il sistema sociale.

Se è vero che gli organi della cosiddetta società civile manifestano abitualmente una netta inclinazione a delegare alla psichiatria compiti indebiti di controllo sociale, è vero altresì che lo psichiatra inevitabilmente, quando prende in cura un paziente, assume compiti di diagnosi, di terapia e di prognosi. Anche di prognosi delle condotte potenzialmente pericolose del suo paziente.

Premesso ciò, la responsabilità penale (ma anche civile) dello psichiatra per le condotte delittuose del paziente in cura è possibile e ha il proprio presupposto giuridico nel concetto di "posizione di garanzia". Nel momento in cui il paziente è riconosciuto "non imputabile" (non responsabile), lo psichiatra diviene direttamente responsabile delle azioni del paziente, in quanto il professionista riveste nella propria funzione una "posizione di garanzia" verso terzi, ovvero verso la collettività.

Ecco perché lo psichiatra si trova tra la fondamentale tutela del diritto alla salute del paziente e i diritti della società a essere difesa, ovvero a essere garantita dai comportamenti dei malati di mente.

La “posizione di garanzia” (art. 40 cp⁷) appartiene ai reati “omissivi impropri”. In questa categoria di reati, il reato trova la sua fonte non nell’*aver fatto qualcosa*, ma nel *non avere fatto qualche cosa che si era tenuti a fare*. In sostanza, il reato consiste nel “non aver impedito un fatto che si aveva l’obbligo di impedire”, per la “posizione di garanzia” rivestita, e il “non impedire” equivale al “cagionare”.

Perché lo psichiatra sia giudicato responsabile per fatti lesivi commessi dal proprio paziente, occorrerà che sia accertato il nesso causale, in questo caso duplice:

- bisognerà in primis accertare se il comportamento del paziente sia il prodotto diretto della malattia mentale, ovvero che il comportamento/reato sia interamente riconducibile alla malattia mentale;
- una volta affermato questo con certezza, bisognerà verificare se il medico abbia fatto quanto richiestogli dalla sua posizione di garanzia per evitarlo, ovvero se il comportamento/reato, oltre che conseguenza della malattia mentale, sia anche conseguenza della specifica e grave colpa medica.

Per stabilire il primo punto, vale a dire se il comportamento del paziente sia il prodotto diretto della malattia mentale, occorrerà rifarsi agli articoli 42, 85, 88 e 89 cp⁸. Non ci soffermeremo su questi. Tutti li conosciamo. E’ invece importante soffermarsi su un articolo, il 95

⁷ **art. 40, Codice penale .** *Rapporto di causalità*

“Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se l’evento dannoso o pericoloso, da cui dipende l’esistenza del reato, non è conseguenza della sua azione od omissione.

“Non impedire un evento, che si ha l’obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo.”

⁸ **art. 42, Codice penale .** *Responsabilità per dolo e per colpa o per delitto preterintenzionale. Responsabilità obiettiva*
“Nessuno può essere punito per un’azione od omissione preveduta dalla legge come reato, se non l’ha compiuta con coscienza e volontà.”

art. 85, Codice penale . *Capacità di intendere e di volere*

“Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato se, al momento in cui lo ha commesso, non era imputabile.

“E’ imputabile chi ha la capacità d’intendere e di volere.”

art. 88, Codice penale . *Vizio totale di mente*

“Non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da escludere la capacità d’intendere o di volere (artt. 95, 108 comma 2°, 222).”

art. 89, Codice penale . *Vizio parziale di mente*

“Chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da scemare grandemente, senza escluderla, la capacità di intendere o di volere, risponde del reato commesso, ma la pena è diminuita (artt. 65, 69 comma 4°, 70 comma 2°, 95, 108 comma 2°, 219).”

cp⁹, che ormai da molti anni viene applicato in maniera del tutto occasionale e sporadica, quasi soltanto quando è in gioco una cronica intossicazione da alcol con note di deterioramento o di demenza alcolica. L'art. 95 cp, però, negli ultimissimi anni viene applicato con maggiore frequenza unitamente al disposto della *Sentenza 9163/05 del 08/03/2005* della *Corte di cassazione penale*, con la quale si è stabilito che i gravi Disturbi di Personalità vanno considerati, per quanto concerne l'imputabilità, come le altre 'infermità di mente' per le quali si applicano le disposizioni contenute negli articoli 88 e 89 cp. Questa sentenza, molto criticata da taluni psichiatri ma poco letta, in buona sostanza cosa ha detto? Ha detto questo. Voi psichiatri stentate a ritenere che i gravi disturbi di personalità vadano considerati alla stessa stregua delle importanti forme psicotiche. Arrivate a sostenere che tali casi non siano di pertinenza psichiatrica, non siano vere malattie mentali e addirittura che non siano curabili. Eppure le statistiche dei ricoveri nei SPDC ci dicono il contrario. Ci dicono, cioè, che una notevole percentuale dei soggetti che subiscono un ricovero in psichiatria ricevono una diagnosi di grave disturbo di personalità. Ragione per la quale, ove sia appurato il nesso fra il grave disturbo di personalità e la responsabilità del soggetto, si dovrà ritenere che ci si trovi di fronte a una *infermità di mente* tale da rendere applicabili gli artt. 88 e 89 del cp.

Sempre a proposito della responsabilità dello psichiatra (o per meglio dire dell'Operatore della Salute Mentale/delle Dipendenze) nel reato commesso da un paziente, occorre poi considerare che il rapporto fra la condotta dello psichiatra e l'evento reato in questo caso non è diretto, ma è mutuato dalla condotta del paziente. Nei casi di specie la dottrina e la giurisprudenza fanno ricorso alla disciplina del "concorso colposo nel delitto (di omicidio) doloso", prevista ai sensi dell'art. 110 e 113 c.p..

Art. 110 cp. *Pena per coloro che concorrono nel reato.*

"Quando più persone concorrono nel medesimo reato, ciascuna di esse soggiace alla pena per questo stabilita, salve le disposizioni degli articoli seguenti".

Art. 113 cp. *Cooperazione nel delitto colposo.*

"Nel delitto colposo, quando l'evento è stato cagionato dalla cooperazione di più persone, ciascuna di queste soggiace alle pene stabilite per il delitto stesso. [...]"

Occorre comunque, perché sia riconosciuto un concorso colposo nel delitto (specie di omicidio) doloso, una colpa grave del terapeuta.

⁹ **art. 95, Codice penale .** *Cronica intossicazione da alcool o da sostanze stupefacenti*

"Per i fatti commessi in stato di cronica intossicazione da alcool o da sostanze stupefacenti, si applicano le disposizioni contenute negli articoli 88 e 89 (artt. 141, 206, 219, 221, 222)."

Di recente, nello scorso dicembre, ha suscitato una grande discussione, in Francia ma anche in Italia, la sentenza con la quale il Tribunale Penale di Marsiglia ha condannato a un anno di pena (con la condizionale) una psichiatra ospedaliera per omicidio involontario, dopo che uno dei suoi pazienti, malato di schizofrenia, aveva ucciso un pensionato. Lo psichiatra, secondo quanto ha riportato la stampa, avrebbe commesso «errori che hanno contribuito all'atto violento».

Io non conosco il caso francese. Ma conosco molto bene il caso italiano che fece scalpore qualche anno addietro, un caso sul quale lo psichiatra condannato e altri psichiatri coinvolti hanno anche scritto un libro¹⁰. Conosco quel caso perché, assieme a un Collega di Verona, allora Direttore dell'OPG di Castiglione delle Stiviere, fui incaricato della prima CT dalla Procura di Bologna. La quantità di malpractice che, nel caso dell'omicidio di Ateo Cardelli si impose alla nostra attenzione, fu addirittura impressionante. Gli elementi di colpa grave, nel caso dell'omicidio di Ateo Cardelli, erano riconducibili a tutta l'équipe dipartimentale di Salute Mentale che si era occupata del caso. Vennero in effetti rinviati a giudizio anche altri membri di quella équipe, ma il Dr. Pozzi fu l'unico a essere condannato. Questo, a mio parere, non è stato giusto. In Salute Mentale (così come in altri Servizi: nei Ser.T. di sicuro, ad esempio) l'intervento è sempre interprofessionale e, dunque, se vi sono responsabilità concorrenti tali responsabilità vanno riconosciute. Nel caso del Dr. Pozzi, dunque, si trattò a mio parere di una malpractice di cui non era responsabile solo il Collega psichiatra, ma di cui il Collega, considerando che la responsabilità penale è individuale, fu l'unico a fare le spese.

L'art. 2047 del cod. civ. costituisce fonte legale di una posizione di garanzia (dalla quale deriva un obbligo di sorveglianza) in capo a chi è tenuto a vigilare sull'incapace, non solo, quindi, al genitore di un figlio minore infraquattordicenne.

art. 2047, Codice Civile. *Danno cagionato dall'incapace.*

“In caso di danno cagionato da persona incapace di intendere o di volere, il risarcimento è dovuto da chi è tenuto alla sorveglianza dell'incapace, salvo che provi di non aver potuto impedire il fatto (c. 20483).

“Nel caso in cui il danneggiato non abbia potuto ottenere il risarcimento da chi è tenuto alla sorveglianza, il giudice, in considerazione delle condizioni economiche delle parti, può condannare l'autore del danno a un'equa indennità (c. 2045).”

Dal *duty to care*, almeno negli Stati Uniti, si è passati al *duty to warn*. Nel 1974 la Corte Suprema della California emise, a proposito dell'omicidio di Tatiana Tarasoff da parte Prosenjit

¹⁰ Venturini Ernesto et al., *Il folle reato. Il rapporto tra la responsabilità dello psichiatra e la imputabilità del paziente*. 2010, Franco Angeli.

Poddar , uno studente di origine indiana della Berkeley School, una sentenza che stabilì il “duty to warn”. Si tratta in questo caso del dovere, da parte del terapeuta, di avvertire la vittima potenziale, oltre che la polizia, delle minacce espresse da un paziente in terapia. Questa sentenza sollevò un grande clamore, anche perché i terapeuti psichiatri che avevano in cura il paziente, a cui era stata diagnosticata una schizofrenia paranoide, avevano cercato di verificare le reali intenzioni del paziente rivolgendosi per una ulteriore valutazione anche alla “campus police”, che dopo aver interrogato il ragazzo, escluse un serio pericolo. La Suprema Corte della California riesaminò comunque il caso e la seconda sentenza stabilì più genericamente il “dovere di proteggere piuttosto che di avvertire, la vittima predestinata”. Nel 1985, infine, fu emanata la prima legge di stato in California che riguardava specificamente il dovere del terapeuta “to warn and protect third parties”. Negli Stati Uniti, dopo il 1985, ci sono state diverse altre sentenze di questo tipo. Nella strage al cinema Aurora di Denver, nel luglio 2012, si è verificato qualcosa di analogo a quanto accaduto nel caso Tarassoff. La psichiatra aveva cioè avvisato l’università, indicando che Holmes, l’autore della strage, era pericoloso. L’allarme era però caduto nel vuoto perché il giovane stava lasciando gli studi.

Dopo la *sentenza Pozzi* (lo psichiatra condannato per concorso colposo nell’omicidio del paziente che aveva in cura) è capitato, seppure con una frequenza non così temibile, che in Italia i magistrati abbiano richiamato gli psichiatri alla posizione di garanzia.

A Firenze ad esempio la Dr.ssa Giuditta Merli, magistrato di sorveglianza che si occupa precipuamente di internamento e di misure di sicurezza per i pazienti autori di reato, ha più volte richiamato gli operatori della Salute Mentale, nelle sue ordinanze, ad assumere una posizione di garanzia. Lo ha fatto considerando la necessità che ella ravvisa, per coloro che hanno in terapia pazienti psichiatrici gravi, di provvedere alla loro cura e al loro controllo anche laddove la misura di sicurezza non abbia più ragione di essere mantenuta. La Dr.ssa Merli, cioè, ritiene che non debba essere necessariamente la misura ‘costrittiva’ giuridica, per quanto blanda, a controllare i residui elementi di pericolosità sociale di un paziente che, avendo compiuto un reato in passato per infermità di mente, sia stato sottoposto a misura di sicurezza perché giudicato allora pericoloso socialmente. La Dr.ssa Merli è cioè dell’avviso che non si debba mantenere (o, con ogni evidenza, applicare ex novo) una misura di sicurezza a un soggetto, per quanto affetto da una grave patologia mentale, che non mostri da tempo significativi elementi attuali di pericolosità.

I magistrati d'altronde, come sappiamo, hanno taluni altri strumenti per chiamare gli operatori di Salute Mentale all'assunzione di una responsabilità terapeutica e di controllo nei confronti dei pazienti autori di reato. E' sufficiente pensare agli art. 73 e 286 cpp.

Art 73 cpp. Provvedimenti cautelari

1. "In ogni caso in cui lo stato di mente dell'imputato [60] appare tale da renderne necessaria la cura nell'ambito del servizio psichiatrico, il giudice informa con il mezzo più rapido l'autorità competente per l'adozione delle misure previste dalle leggi sul trattamento sanitario per malattie mentali.
2. "Qualora vi sia pericolo nel ritardo, il giudice dispone anche di ufficio il ricovero provvisorio dell'imputato in idonea struttura del servizio psichiatrico ospedaliero. L'ordinanza perde in ogni caso efficacia nel momento in cui viene data esecuzione al provvedimento dell'autorità indicata nel comma 1.
3. "Quando è stata o deve essere disposta la custodia cautelare [284-286] dell'imputato, il giudice ordina che la misura sia eseguita nelle forme previste dall'art. 286.
4. "[...]"

Art 286 cpp. Custodia cautelare in luogo di cura

1. "Se la persona da sottoporre a custodia cautelare si trova in stato di infermità di mente che ne esclude o ne diminuisce grandemente la capacità di intendere e di volere [85 c.p.], il giudice, in luogo della custodia in carcere, può disporre il ricovero provvisorio in idonea struttura del servizio psichiatrico ospedaliero [73], adottando i provvedimenti necessari per prevenire il pericolo di fuga. Il ricovero non può essere mantenuto quando risulta che l'imputato non è più infermo di mente. [...]"

I magistrati, dunque, possono e debbono chiedere alla Salute Mentale, ove sia opportuno, di provvedere alla cura e al controllo dei pazienti autori di reato. La Salute Mentale, da parte sua, come si comporta? Assumendo le due posizioni quasi diametralmente opposte di cui parlavo prima. Da un lato, infatti, ci sono coloro che "rifiutano di comprendere nella cura il mandato di controllo sociale", dall'altro lato ci sono coloro che ripropongono, per un problema complesso come la cura della malattia mentale ai giorni nostri, soluzioni semplificate, inefficaci e anacronistiche di vago sentore manicomiale. In mezzo troviamo qualcosa? Troviamo molte cose e molte diverse fra di loro. Noi non pensiamo che le soluzioni trovate da qualcuno, magari soluzioni efficaci, possano andare bene a tutti. Certo è che quelle soluzioni sarebbe conveniente che venissero osservate con attenzione e, se replicabili utilmente, sarebbe conveniente che fossero replicate. Una cosa la nostra esperienza ce l'ha insegnata: le soluzioni duttili, elastiche, pronte e non pregiudiziali sono quelle decisamente più efficaci. Le soluzioni discusse, concertate, multiprofessionali e multidisciplinari, sono le uniche che producono dei risultati. Confrontandoci da anni con la necessità di dare una cura ai pazienti affetti da gravi patologie mentali, specie a quelli che hanno compiuto dei reati, ci siamo sempre ispirati a quei principi che Gemma Brandi ha definito di **coazione benigna**. Poiché i nostri pazienti più gravi mostrano una chiara diminuzione della competenza sociale, una frequente reazione negativa alla terapia, talora una scarsa compliance e una tendenza alla trasgressione patologica, Gemma Brandi, auspicando

forme di terapia, di controllo e di indirizzo morbide e amichevoli, ne ha elencato i principi ispiratori. La *coazione benigna*, così come noi la concepiamo e la applichiamo, è individualizzata e non generica; è necessaria e non è gratuita; è umana, fraterna e non è crudele; si fonda, infine, su di un agire interdisciplinare. Si ispira ai principi della coazione benigna l'amministrazione di sostegno, mentre se ne discosta l'interdizione. Si ispira ai principi della coazione benigna il trattamento residenziale che cerchiamo di fornire a 'Le Querce', la prima Struttura per pazienti psichiatrici autori di reato. Si discostano certo dai principi della coazione benigna le attuali strutture di internamento giudiziario. Si ispirano alla coazione benigna, che ha senz'altro una relazione col *diritto mite*, provvedimenti legislativi come le Sentenze 253/2003 e 367/2004 della Corte Costituzionale, che consentono di adottare forme di controllo più 'leggere' e terapeutiche rispetto all'OPG.

Per attuare davvero forme di coazione benigna in quell'ambito di confine che è rappresentato dalla terapia delle forme 'resistenti' e trasgressive di patologia mentale grave, occorre -lo abbiamo detto- un agire interdisciplinare. Un agire interdisciplinare che parta dall'assunzione di puntuali responsabilità da parte di tutti gli attori in gioco. Ecco perché reputiamo utile, alle nostre funzioni terapeutiche, che i magistrati ci chiamino all'assunzione di precisi compiti terapeutici, che ci sollecitino ad assumere una posizione di garanzia, che è in sostanza una posizione di responsabilità. Ma proprio per questa reciproca collaborazione noi stimiamo altrettanto utile chiamare i magistrati ad assumere una posizione di autentica **responsabilità**. Il termine 'responsabilità' viene dal latino *respondere*, rispondere cioè degli errori commessi: se gli operatori di salute mentale, così come tutti gli altri operatori della salute, è bene che rispondano dei loro errori, è bene che lo facciano anche i magistrati, poiché è senz'altro altissimo il prezzo di una detenzione o di internamento ingiusti.

Per quanto concerne i terapeuti, noi contrasteremo sempre con forza la loro tendenza a rifuggire dall'assunzione di una vera responsabilità della cura. L'irresponsabilità dei terapeuti produce effetti dannosissimi. Per segnalare in quale direzione vorremmo che si strutturasse l'assunzione di atteggiamenti responsabili, da parte di tutti coloro che sono implicati nel trattamento delle gravi patologie mentali, specie di quelle 'trasgressive', indicherò il mio punto di vista attraverso un aneddoto. Lo prenderò in prestito da David Feinsilver, psichiatra psicoanalista della Clinica Chestnat Lodge.

Si tratta di un antico racconto chassidico¹¹, che così narra:

“C’era una volta un re che era diventato molto triste e si disperava perché il suo unico figlio, ed erede al trono, aveva improvvisamente cominciato a nascondersi nella propria stanza e a chiocciare come una gallina, andando nudo a quattro zampe e cibandosi soltanto di chicchi di avena. Il re promulgò un editto nel quale chiedeva aiuto per salvare il suo unico figlio e i più grandi guaritori e maghi del regno giunsero e si cimentarono con l’impresa. Nessuno, però, ottenne vittoria, tutti furono incapaci di raggiungere un qualche risultato con il principe. Comparve alla fine un vecchio rabbino, che con grande ardimento affermò di saper curare il principe. Chiese di essere lasciato solo con lui per quaranta giorni e quaranta notti, assicurando che tutto sarebbe finito bene. Per non essere raggirato da un altro ciarlatano, il re, ormai deluso, pose al rabbino la seguente condizione: nel caso in cui avesse fallito, gli sarebbe stata tagliata la testa. Il rabbino accettò, si rinchiuse con il principe per quaranta giorni e quaranta notti e in effetti, al quarantesimo giorno, il principe riemerse dalla propria stanza così come era un tempo; abbracciò il padre e dichiarò di essere pronto ad assumersi le sue responsabilità di principe.

“«Quale speciale incantesimo ha compiuto il rabbino?», chiese il re. Il rabbino lo rassicurò: non vi era stato alcun incantesimo; la cura, anzi, si basava sulla semplice logica. Raccontò quindi che, una volta entrato nella stanza dove il principe chiocciava come una gallina, si era tolto gli abiti da rabbino e aveva gattonato nudo, chiocciando e mangiando avena proprio come il principe. Dopo avere chiocciato e camminato insieme a quattro zampe per alcuni giorni, quando una mattina i servitori entrarono a portare la razione quotidiana di avena, il rabbino chiese se, per favore, potevano dargli anche un po’ di pane. Il principe, curioso, domandò al rabbino perché volesse del pane insieme all’avena, e il rabbino rispose: «Beh, ho notato che la gente lo mangia e sembra gradirlo. Provalo dunque. Ti piacerà». Il principe lo assaggiò e in effetti gli piacque. Adesso andava sì gattoni e chiocciava insieme al rabbino, ma aveva aggiunto il pane alla solita avena. In questa maniera, con il passare dei giorni, il rabbino indusse gradualmente il principe ad aggiungere alla dieta tutti i buoni cibi degli uomini di mondo: pesce, carne, formaggi raffinati, dolci elaborati, ottimi vini, champagne. Il tutto, ovviamente, accompagnato dalla solita avena come piatto base. Ben presto anche il principe cominciò a prendere delle iniziative, a ricevere donne ad esempio. Infine, al quarantesimo giorno, il rabbino si rivolse al principe e disse: «Ebbene, ragazzo mio, è giunto il momento che tu ritorni nel mondo per assumere gli incarichi del tuo rango». Il principe rispose: «Ma non posso farlo, in verità sono soltanto una gallina». Il rabbino replicò: «Non essere sciocco. Vedi, il fatto che tu sia una gallina non significa che tu non possa agire come un *mentsh*¹ »”.

¹¹ Pubblicato su: *Transitional play with regressed schizophrenics*, in *The Facilitating Environment: Clinical Applications of Winnicott’s Theories*, a cura di Fromm G. e Smith B., I.U.P., 1989.

Fu il Rabbino, A. Nathan (“Buddy”) Abramowitz della Sinagoga Tiffereth Israele, Washington D.C., a raccontare per la prima volta a Feinsilver questa vecchia storia, durante un ritiro, nell’Ottobre del 1981.

¹ Riporto qui di seguito la definizione che dà lo stesso Feinsilver del termine *Mentsh*. In *Il Reo e il Folle*, n° 2, 1997.

Eccola, in buona sostanza, la formula che ci consente (consente a tutti noi, terapeuti, magistrati o altri) di ottenere risultati utili per il singolo e la società, per il singolo sofferente e trasgressivo e la società che voglia davvero dirsi *civile*: fare la cosa giusta in maniera competente, anche quando le condizioni esterne comportano per noi evidenti rischi. Comportarsi, insomma, come si comporta un *mentsh*.

“Mentsh: dall’Yiddish; anche “*mensh*”, “*mensche*”, “*mensh*”. Secondo la migliore definizione che ho potuto trovare nel dizionario: “A decent upright, mature and responsible person” (“Una persona convenientemente onesta, matura e responsabile” [N. d. T.]), *Random House Unabridged Dictionary*, Seconda Edizione, Random House, New York, 1993. Da un’antologia delle parole e frasi Yiddish-Inglesi: “A man with character, rectitude, dignity and a sense of what is right or ethically imperative. Many a poor man, even an ignoramus, conducts himself in the luminous manner of a mensh” (“ Un uomo che abbia carattere, rettitudine, dignità e senso di ciò che è giusto o eticamente imperativo. Molte volte un povero, magari del tutto incolto, ha il portamento luminoso di un mensh” [N.d.T.]), *The Joys of Yinglish*, Leo Rosten, McGraw-Hill Publishing Company, New York, 1989.

“Tuttavia, poiché trovo carenti queste definizioni, vorrei qui darne una mia: ***Una persona che, avvertendo pienamente il senso di responsabilità morale, 'fa la cosa giusta'; e che, senza cedere soprattutto alla minaccia di conseguenze spiacevoli, si mostra all'altezza della situazione in circostanze difficili.*** Fra i Presidenti ad esempio, secondo la mia definizione, Harry Truman è un *mentsh*, Nixon non lo è. Fra le persone importanti della cultura popolare, Abbie Hoffman lo è, Michael Jackson no”.