

Quanto poi all'affermazione di Fonagy secondo cui il fattore di cambiamento non sarebbe il contenuto delle interpretazioni ma il processo attraverso cui si porta il paziente a riflettere sui propri stati mentali, sorprende vedere che viene ignorato quel che già negli anni 1950 sottolineò Kris riguardo al passaggio dall'*insight* come "contenuto" all'*insight* come "funzione". E, ancor prima, Alexander aveva mostrato che l'*insight* non era la sola causa del cambiamento, ma la conseguenza di una particolare esperienza emozionale col terapeuta. Sotto questa luce, sembra quindi che l'enorme importanza oggi attribuita alla mentalizzazione nella psicoanalisi contemporanea avvenga al prezzo di un certo oblio della storia della teoria psicoanalitica. La novità rappresentata dall'introduzione di questo concetto sembra infatti limitarsi ai dati della ricerca empirica, mentre, sul piano teorico, gli aspetti da chiarire sono ancora molti, persino quelli relativi alla connessione tra attaccamento e mentalizzazione che dovrebbe garantire la solidità del costruito (vedi il contributo di Gregley e Unoka). Risulta anche comprensibile come ciascun Autore, all'interno del proprio orientamento, possa interpretare a modo suo la mentalizzazione, dal momento che la riflessione sugli stati mentali è una operazione psicologica non facilmente delimitabile dal punto di vista concettuale e operativo. È per questo che, come emerge dai contributi, la mentalizzazione assume differenti configurazioni. Essa può svilupparsi a partire dall'esplorazione delle aree più destrutturate del Sé, grazie alla presenza di un terapeuta disposto a comprendere il dolore che questo comporta, e ad accompagnare le fatiche della consapevolezza e della disillusione. Di fronte a una persona che vive discostata dal senso comune, il terapeuta adotta un atteggiamento di ascolto e di comprensione che parte dal senso personale espresso dal paziente per ricondurlo al senso comune di tutti. La mentalizzazione può essere intesa anche in questo modo, con il suo insieme di procedure collaudate da dati empirici e da criteri di validazione. I contributi qui presentati tentano di fare luce sui suoi aspetti più controversi, ricercando conferme sperimentali e riscontri adeguati alle tecniche e ai molti modi di essere psicoterapeuti con pazienti difficili quali ad esempio i borderline.

Se il primo dei due volumi estende il valore della mentalizzazione a tutti i modelli terapeutici, il secondo prende in considerazione l'utilità, i limiti, e le questioni irrisolte in relazione al suo costruito teorico. A fronte di una debole contestualizzazione del concetto di mentalizzazione dal punto di vista della storia del pensiero psicoanalitico, i dati sperimentali sembrano rafforzare l'immagine delle terapie psicodinamiche e ridar loro quel prestigio che sembravano avere perso, ma è nei prossimi anni che potremo osservare le conseguenze concrete di questo fenomeno.

*Silvia Marchesini*

Ernesto Venturini, Domenico Casagrande & Lorenzo Toresini, *Il folle reato. Il rapporto tra responsabilità dello psichiatra e imputabilità del paziente*. Postfazione di Alessandro Margara. Milano: FrancoAngeli, 2010, pp. 301, €32,00

Gli Autori sono tra i protagonisti della realizzazione della riforma psichiatrica in Italia: Ernesto Venturini, già Direttore del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) di Imola, Domenico Casagrande, collaboratore di Basaglia e poi Direttore dell'Ospedale Psichiatrico di Gorizia, e Lorenzo Toresini, prima a Trieste e oggi Direttore a Merano. Il volume pone l'attenzione sulla questione della responsabilità dello psichiatra, tema

reso attuale dalle recenti sentenze (n.10795/2008 e n. 48292/2008) della Corte di Cassazione che hanno visto condannare degli psichiatri a seguito di omicidio o suicidio commessi da loro pazienti in cura (vedi, su questa problematica, gli interventi nei numeri 2/2008, 3/2008, 4/2009 e 2/2010 di *Psicoterapia e Scienze Umane*, e sul n. 3/2009 un intervento dello stesso Venturini sul “prenderci cura della cura”).

Tra i diversi profili di responsabilità, viene approfondita soprattutto la questione del “concorso colposo nel delitto doloso” con citazioni di sentenze e articoli di legge, presentati in modo leggero e comprensibile anche per il non specialista in materie giuridiche e con costante attenzione alle pratiche reali dei Servizi. La citazione del caso di Pierre Rivière dal libro di Michel Foucault (*Io, Pierre Rivière* [1973]. Torino: Einaudi, 1976) dà subito un’idea della complessità del problema e della parzialità dei punti di vista dei diversi attori coinvolti: psichiatri, pazienti, giudici, periti, avvocati, ai quali oggi si aggiungono assicurazioni, politici, mass media, *stakeholders*. Non solo, ma dice anche di quanto siano datate alcune questioni, come la natura della psichiatria e la sua epistemologia, che affondano nella profondità dell’esperienza umana, nella sua radicale originalità e nell’impossibilità di ridurla e tradurla in una diagnosi – peraltro essa stessa fragile – di disturbo mentale. E di quanto sia complesso il rapporto psichiatria-giustizia riguardo alle questioni che coinvolgono imputabilità, nesso causale, pericolosità.

Vengono riportati, con ampia documentazione di sentenze e perizie, quattro diversi “incidenti” (Imola 24 maggio 2000, Gorizia 26 settembre 1968, Trieste 10 giugno 1972 e 29 giugno 1977). In tutti e quattro si tratta di omicidi commessi da pazienti le cui conseguenze si sono tradotte in procedimenti penali a carico degli psichiatri e operatori che li avevano in cura. In particolare, ampio spazio viene dedicato da Venturini all’incidente di Imola, dove all’epoca dei fatti era Direttore del DSM; la lettura della ricca documentazione consente di comprendere come si sia arrivati alla condanna dello psichiatra e della coordinatrice della Comunità (questa vicenda è raccontata dallo stesso psichiatra coinvolto, Euro Pozzi, nel n. 2/2008 di *Psicoterapia e Scienze Umane*). Cruciali risultano le perizie psichiatriche: quelle decisive si rifanno a concezioni neopositivistiche dettate da visioni semplificate del disturbo mentale e della sua cura, in sostanza psicofarmacologica, a cui si aggiunge scarsa attenzione per la profondità e complessità della persona del paziente, per gli aspetti psicologici e relazionali. Persino la psicopatologia sembra perdere spessore e andare di pari passo con una scarsa conoscenza delle pratiche territoriali e del travagliato lavoro dello psichiatra. Non mancano le riflessioni critiche e autocritiche relative, *in primis*, al fatto di Imola ma che assumono connotazioni più generali: la crisi del gruppo, della sua costituzione, la formazione-supervisione, la fragilità-discontinuità delle relazioni fra i curanti, i limiti e l’usura del processo di deistituzionalizzazione in un contesto sociale che non solo non sa difenderlo, ma quasi lo rinnega. Venturini descrive un DSM ricco di Residenze (ben 23) e al contempo segnala una progressiva riduzione delle risorse messe a disposizione da politici e amministratori sempre più distanti, «quasi sempre esenti dalle sanzioni penali» (p. 103), intenti a razionalizzare i bilanci senza coglierne le conseguenze: «la fredda neutralità dei numeri non rappresenta quasi mai i drammi umani che si andranno a produrre» (*ibid.*). La scarsa solidarietà, l’insufficiente mobilitazione dei tecnici, la solitudine di chi è in prima linea, la debole difesa delle pratiche territoriali da parte degli psichiatri fanno molto riflettere: senza libertà, consenso, coinvolgimento del paziente e motivazione degli operatori non si può realizzare la cura.

I temi posti dagli “incidenti” di Gorizia (trattati da Casagrande) e Trieste (esposti da Toresini), antecedenti la Legge 180/1978, sono la pericolosità del malato e la responsabilità degli psichiatri in un contesto operativo ancora manicomiale ma in forte cambiamento (il “concetto di liberalizzazione”, p. 125). Le accuse agli psichiatri sembrano sempre le stesse, ma diversa è la risposta: se forte è il timore che le prassi anti-istituzionali possano essere fermate, al contempo la loro difesa appare decisa e convinta, come emerge anche dalle perizie, fra le quali segnalo quella del prof. Visintini di Parma. Colpisce la solidarietà (accuratamente documentata nel cap. 7) espressa a Franco Basaglia e Antonio Slawich da colleghi affermati (Maxwell Jones, Georges Daumezon, Christian Müller, Giulio Maccacaro, Diego Napolitani, Carlo Lorenzo Cazzullo), da pazienti (le lettere sono molto belle!), da sindacati, enti locali, politici (Aldo Natoli) e perfino dal Ministro della Sanità di allora, Luigi Mariotti. Ancora, rispetto a Imola, ben diverso è stato l’esito dei procedimenti penali: dopo più o meno travagliati processi gli psichiatri sono stati assolti.

Il vasto ventaglio di questioni poste sul tavolo viene affrontato con chiarezza e con rigore intellettuale, in modo articolato e approfondito, cercando di evidenziare le contraddizioni, anche in quei casi in cui traspaiono dai toni una marcata partecipazione affettiva o un chiaro spirito di parte. Vengono inoltre espresse lucide critiche alle perizie e alle sentenze (in particolare a quella di Imola): sullo sfondo i valori della Legge 180 che rischiano di essere sempre minoritari, non solo in psichiatria, ma nell’intera società. Venturini analizza anche il tema dell’errore professionale in pratiche caratterizzate dall’incertezza e dalla precarietà, nonché i temi della gestione del rischio clinico, della differenza tra prevedibilità e reale prevenibilità. La visione di insieme dell’Autore permette di cogliere un complesso sistema in cui convivono possibilità evolutive, rischi, precauzioni, libertà, diritti-doveri, meccanismi di sicurezza e gli inevitabili limiti umani. Riferendosi all’incidente di Imola, Venturini scrive: «Voglio essere chiaro e diretto: chissà quante volte tutti noi (...) abbiamo commesso simili errori, accorgendocene solo in un secondo tempo o addirittura senza esserne consapevoli. Ogni situazione complessa espone a rischi e, purtroppo, ad errori. Ma quante altre volte invece abbiamo risolto situazioni, altrettanto e, forse, molto più difficili, rischiando sempre in prima persona e senza che nessuno abbia espresso nei nostri confronti la benché minima riconoscenza» (p. 44).

Le osservazioni critiche relative alla cosiddetta “posizione di garanzia” (derivante dalle citate sentenze della Corte di Cassazione) mostrano in atto tutte le difficoltà che finiscono col gravare sullo psichiatra, aprendo profonde contraddizioni fra mandato di cura e di controllo. La ricerca di un “garante-custode” del malato di mente nello psichiatra (anche dei cosiddetti servizi “forti”) non solo non pare compatibile con la legge, ma rischia di far regredire tutto il processo di riforma aprendo una fase di nuova, strisciante, non dichiarata re-istituzionalizzazione. Nonostante questo pericolo, permane lo sforzo volto a continuare il processo di cambiamento con l’affrontare i delicati temi dell’Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG), della riforma dell’imputabilità e del relativo trattamento sanzionatorio, grazie anche al qualificato contributo di Francesco Maisto, già Presidente del Tribunale di Sorveglianza di Bologna. Nella postfazione, il magistrato Alessandro Margara pone, attraverso sette sintetiche riflessioni, le principali questioni del rapporto fra «nuova assistenza psichiatrica e una oscillante giustizia» (p. 289). Molto realisticamente, Venturini nota che vi è una forte difficoltà a suscitare motivazioni volte a trattare temi di questa portata che, per di più, non riescono a «scaldare il cuore» (p. 159); aggiungono invece problemi (seguire pa-

zienti ex-OPG, fare assistenza psichiatrica nelle carceri) a servizi territoriali già provati da un forte divario fra domanda e offerta, e nei quali la gestione dei rischi, al di là di raccomandazioni e linee guida, ricade *in primis* sui singoli professionisti e non sull'organizzazione complessiva (dipartimentale e aziendale).

Un testo molto interessante per il metodo, perché suscita domande e al tempo stesso sollecita prese di posizione attraverso l'esercizio critico. Ne emerge un quadro non coerente quando non palesemente contraddittorio anche all'interno di ciascun ambito disciplinare, psichiatrico, giuridico e sociale. A questo punto si impongono degli interrogativi che rimandano a questioni di carattere teorico, quali ad esempio: come avviene la ricostruzione dei fatti? Come l'errore diviene reato? Come emergono le tante "verità" dalle memorie di storie che si intrecciano? Come le "prove" divengono sentenze attraverso perizie tecniche di cui si riconosce la parzialità, la scarsa scientificità, la falsificabilità? E ancora: come assicurare le condizioni per la cura? Forse attraverso pratiche che, intrinsecamente, contengono incertezze, dubbi, limiti, fragilità umane, anche da parte di chi cura? Anziché (pseudo)certezze neopositivistiche, serve una cultura dell'umiltà che permetta di incontrare l'"altro" con attenzione e rispetto della sua diversità e unicità, avvalendosi di conoscenze realmente scientifiche e di solidi principi etici. Da qui, l'attenzione alla complessità della persona e del suo contesto e, come ricorda Venturini citando Basaglia, «la pericolosità non risiede nella specificità della diagnosi, dipende dalla mancanza di risposte ai bisogni delle persone» (p. 21).

«Ciascuno deve mantenere la responsabilità dei propri gesti» (p. 21), sottolinea Venturini, e ciò costituisce la premessa ad ogni relazione (anche di cura). A tal proposito particolare interesse suscitano i concetti di "pseudo-dolo" e "pseudo-colpa" riferiti agli stati psicologici dei soggetti "incapaci di intendere e volere", dei quali non viene esclusa l'eventualità che possano commettere atti intenzionalmente (p. 205). Di fronte all'incidente, negli autori di reato, nelle vittime, nei familiari e negli psichiatri si attivano vissuti molto intensi, come accade ogni volta che le persone si confrontano con la morte, le esperienze estreme, il dolore irreparabile, le inaccettabili accuse; tuttavia, forse anche grazie al tempo trascorso e alla maggiore distanza emotiva, i diversi fatti, coi loro protagonisti, finiscono con l'essere accomunati da una sorta di umana *pietas*. All'autore del reato, al di là della diagnosi, viene restituita dignità, storia, spessore, e lo stesso sembra accadere agli psichiatri, legati ai pazienti da un inestricabile, comune destino. Venturini, per ragioni di discrezione, chiama l'operatore ucciso ad Imola "Aldo", anche se poi nello stesso testo a un certo punto si parla di Ateo (p. 60), e anche a lui è dedicato il libro. Credo vada ricordato con il proprio nome una persona deceduta in un incidente sul lavoro e penso suoni meglio la bella ricostruzione di p. 45: «Il nonno era stato un socialista anarchico che aveva chiamato Ateo suo figlio maggiore. E quando Ateo era morto da partigiano alla battaglia di Purocele, la sorella aveva promesso a se stessa che avrebbe chiamato con lo stesso nome anche il proprio figlio, e ciò è avvenuto: Ateo aveva il nome dello zio, l'eroe, lo stesso voluto dal nonno». Socialismo, anarchia, lotta partigiana...lavoro, libertà, diritti, uguaglianza, solidarietà, giustizia: valori essenziali per ogni pratica psichiatrica moderna e che nessun "incidente" dovrebbe cancellare. Un libro utile a psichiatri, periti, pazienti, familiari, giudici, avvocati e *mass media*, che non si limita a cercare di rispondere solo alla domanda già posta da Basaglia – *che cos'è la psichiatria?* – ma va oltre, cercando risposte a quesiti del tipo: quale giustizia? Quale patto sociale? Quale bene comune?

Pietro Pellegrini