

# IL VASO DI PANDORA

Dialoghi in psichiatria e scienze umane Vol. XXII, N.1, 2014

# **IL VASO DI PANDORA**

Dialoghi in psichiatria e scienze umane

<<Il Vaso di Pandora>>

Copyright © 1992 by REDANCIA

Iscrizione per il Tribunale di Savona N° 418/93 – ISSN 1828-3748

*Direttore Responsabile:* Giovanni Giusto

*Direttore Scientifico:* Carmelo Conforto

*Comitato Scientifico:*

M. Amore (Genova)	G. Ba (Milano)	A. Bonfanti (Cuneo)
F. Comelli (Milano)	P. De Fazio (Catanzaro)	P. Destefani (Genova)
G. Ferrigno (Genova)	A. M. Ferro (Savona)	G. Giusto (Savona)
M. Marcenaro (Genova)	P. Melo (Savona)	C. Mencacci (Milano)
A. Narracci (Roma)	D. Nicora (Savona)	A. Oelker (Genova)
B. Orsini (Genova)	G. Rebolini (Genova)	E. Robotti (Genova)
M. Vaggi (Genova)	R. Valdrè (Genova)	V. Valenti (Savona)

*La pubblicazione di ogni articolo è subordinata al parere positivo di referee esterni al Comitato Editoriale.*

*Referee:*

E. Aguglia (CT)	F. Borgogno (TO)	R. Brunacci (GE)
G. Cassullo (TO)	A. Granieri (TO)	S. Inglese (CZ)
C. Merlo (AL)	F. Scarsi (GE)	R. Speciale-Bagliacca (GE)
C. Vecchiato (CN)		

*Comitato di Redazione:* Roberta Antonello, Paola Bartolini, Giuseppe Berruti, Panfilo Ciancaglini, Giovanni Del Puente, Luigi Ferrannini, Luca Gavazza, Luigi Gia, Maurizio Marcenaro, Emilio Maura, Paolo Francesco Peloso, Pasquale Pisseri, Cristina Rambelli, Gianluigi Rocco, Pier Giorgio Semboloni

*Segretaria di Redazione:* Federica Olivieri

*Redazione:* Via Montegrappa, 43 – 17019 Varazze (SV) – P. IVA 00507810091

<http://www.grupposedancia.it>

e-mail: [vaso.pandora@redancia.it](mailto:vaso.pandora@redancia.it)

*Stampa:* Marco Sabatelli Editore – Via Servettaz, 39 – 17100 Savona (SV)

La rivista è pubblicata in quattro volumi all'anno

Per abbonamento: Banca Unicredit – Agenzia di Savona, Piazza Sisto IV

Codice IBAN: IT16 U020 0810 6000 0003 0016 623

Intestataro: La REDANCIA Coop Soc. ONLUS – Via Piave, 72 – 17019 Varazze (SV)

P. IVA 03803140106

Abbonamento annuale: Italia privati Euro 50,00	Enti Euro 55,00
Estero privati Euro 80,00	Enti Euro 100,00
Fascicolo singolo Euro 20,00	Arretrato Euro 25,00

# IL VASO DI PANDORA

Dialoghi in psichiatria e scienze umane - Vol. XXII, N. 1, 2014

## *Sommario*

### **Editoriale**

*G. Berruti*

pag. 7

### **TRA PRASSI E TEORIA**

La responsabilità colpevole tra libero arbitrio e neodeterminismo biologico.  
Profili psicologici e forensi dei nuovi strumenti delle neuroscienze

*M. Casellato, D. La Muscatella, S. Lionetti*

pag. 13

### **APPUNTI DI VIAGGIO**

4

Gli indicatori nei percorsi di salute mentale: i trattamenti sanitari obbligatori, i trattamenti sanitari obbligatori nei pazienti seguiti dai servizi di salute mentale, i trattamenti sanitari obbligatori nei pazienti seguiti dai Ser.T.

*M. Arcellaschi, F. Lorenzotti, G. Rebolini, G. Ulivi*

pag. 43

### **QUATTRO PASSI PER STRADA**

Recensione:

*“Psicopatologia e Politica”*

A cura di F. Comelli

*P. Pisseri*

pag. 69

### **OLTRE...**

Oltre il limite. Note fenomenologiche sul viaggio

*R. Morlotti*

pag. 79

# IL VASO DI PANDORA

Dialoghi in psichiatria e scienze umane - Vol. XXII, N. 1, 2014

## *Table of contents*

### **Editorial**

*G. Berruti*

pag. 7

### **TRA PRASSI E TEORIA**

The responsibility guilty between free will and biological neodeterminism.  
Forensic psychological profiles of the new tools of neuroscience

*M. Casellato, D. La Muscatella, S. Lionetti*

pag. 13

### **APPUNTI DI VIAGGIO**

Indicators in mental health ways: mental orders, mental orders in person  
followed by mental services, mental orders in person followed by addiction  
services

*M. Arcellaschi, F. Lorenzotti, G. Rebolini, G. Ulivi*

pag. 43

5

### **QUATTRO PASSI PER STRADA**

Review:

*"Psicopatologia e Politica"*

Edited by F. Comelli

*P. Pisseri*

pag. 69

### **OLTRE...**

Beyond the limit. Phenomenological notes on travelling

*R. Morlotti*

pag. 79

# *Editoriale*

*Il piacere di scrivere l'editoriale per Il Vaso di Pandora ha molte ragioni. Una di queste è senza dubbio il piacere un po' maligno di leggere, prima degli altri, lavori di solito interessanti e che mostrano qualcosa di nuovo nel nostro operare, che spesso invece rischia l'autoreferenzialità. Ma un altro è, almeno per me, la curiosità di trovare in quello che leggo un filo rosso, il coagularsi in un'idea, di un'immagine, che nella complessità del nostro pensare (almeno quando riusciamo ad essere complessi) aiuta ad accostare cose apparentemente lontane. Così, per me, preparare l'editoriale è diventato una sorta di esercizio di pensiero, e come tale ve lo propongo.*

*Iniziamo con Arcellaschi, Lorenzotti, Rebolini e Ulivi. Hanno scritto un articolo ricco di dati, ben documentato, e ricco di spunti per pensare, prima ancora che misurare, il lavoro dei servizi psichiatrici. In questa fase storica e sociale, in cui alla sempre più evidente complessità del nostro operare si contrappone una propensione alla semplificazione, il più delle volte poco interessata ad altro che non sia il risparmio sulle risorse, può essere molto utile una riflessione aperta, che suggerisce proposte ma anche paradossi e ambiguità (nel senso in cui la intendeva Racamier) nel loro scritto ci sono tanti spunti interessanti sulle direzioni che l'assistenza psichiatrica potrebbe prendere. Alcuni di loro vanno cercati tra le pieghe del testo, quindi leggete con attenzione.*

*Il gruppo di Rebolini si è avvalso del Trattamento Sanitario Obbligatorio come strumento centrale per la valutazione dei servizi del TSO come indice del lavoro dei servizi psichiatrici. Naturalmente usare il TSO come strumento di misura è molto controverso, per tante ragioni, ma è interessante come riferimento, perché il TSO è un luogo estremo e di confine della pratica psichiatrica, che interrompe, sia pure per poco, il diritto all'autodeterminazione e la libertà personale, spostando sul terapeuta, e comunque sugli psichiatri, questo diritto fondamentale. Con che diritto? Da un'altra prospettiva Casellato, La Muscatella e Lionetti affrontano la stessa questione: il tema, molto delicato, è quello dei confini, della responsabilità individuale (che è poi la versione medico legale del libero arbitrio), alla luce delle*

*nuove acquisizioni delle neuroscienze e del neuroimaging. Il tema è caldo per molte ragioni.*

*Il neuroimaging è di moda, per il progredire delle conoscenze e per il contributo che sta dando alla neurobiologia. La neurobiologia dal canto suo sta progressivamente ridisegnando l'immagine dell'uomo; in parte, in grande parte, recuperando molte intuizioni della psicoanalisi, disegnando un uomo in costante relazione implicita e corporea con l'altro e col mondo, e rendendo la responsabilità individuale meno facilmente definibile e identificabile. È il concetto stesso di Io occidentale che entra in crisi. Questo, laddove un'eventuale patologia interviene, può rendere la valutazione della responsabilità molto complicata.*

*Scendendo nella pratica quotidiana poi, il tema degli autori di reato è veramente molto attuale, tra OPG che dovrebbero chiudere e non chiudono e strutture dedicate che dovrebbero sorgere, e non sorgono, ed emergenze nei reparti psichiatrici che si accavallano.*

*Anche qui i temi e gli stimoli sono tanti, ma vorrei segnalare al lettore come in questo scritto tornano a fare capolino concetti come comprendere e spiegare, che a loro volta sono riverberi di rispettive filosofiche fondamentali, ma che qui portano alla luce una serie di temi e di questioni che mettono i giudici e la giurisprudenza davanti a difficoltà teoriche e pratiche che, peraltro, ben conosciamo.*

*Infine Pisseri ci guida all'interno di un libro che, come lui stesso fa notare, ha un nome antico, che richiama le radici stesse della psichiatria che praticiamo nella comunità, il rapporto tra psicopatologia e politica. Il tema viene affrontato in modo complesso e articolato, molto diverso dalla facilità ideologica degli anni della riforma, e dove la politica è realmente vista come la vita della polis, nei suoi diversi aspetti: il pensare come limite all'autoritarismo, il senso del limite e la responsabilità che ne deriva come elementi di una razionalità fondamentale, la tecnologia e il suo impatto sulla libertà individuale come problema, e infine la necessità dell'assunzione della responsabilità della tragicità della vita. Tutto ciò è contrapposto a un'esperienza del mondo paranoide e negatoria che ci riduce a massa e che richiede che siamo massa. Una condizione di cui abbiamo fatto e facciamo tristemente ogni giorno esperienza.*

*Leggere tutto questo mi ha condotto verso un tema fondamentale, che per me ha rappresentato la guida alla lettura, o meglio il punto di arrivo della lettura di questo numero de Il Vaso di Pandora, ed è quello dell'etica, della nostra responsabilità*

*come curanti, che è quella di tutti i medici, ma che è aumentata, e ognuno di questi lavori lo mostra a suo modo, dalla continua esperienza della necessità di definire momento per momento, caso per caso, il limite della libertà personale col e del paziente, nella consapevolezza che prendiamo continuamente decisioni fondamentali per la loro vita. Siamo attrezzati, siamo pronti per questo?*

*Buona Lettura*

*Giuseppe Berruti*

# Tra prassi e teoria

---

C'era una volta un merlo  
che si sentiva un gallo.  
Cantava tutto il giorno  
in mezzo alla campagna;  
gli altri suoi compagni  
dicevano che era tocco.  
C'era una volta un gallo  
che si sentiva un merlo...



CASATI 88

## La responsabilità colpevole tra libero arbitrio e neodeterminismo biologico. Profili psicologici e forensi dei nuovi strumenti delle neuroscienze<sup>1</sup>

### Background

Negli ultimi venticinque anni si è assistito ad un imponente sviluppo nel campo delle Neuroscienze, con l'avvento di metodologie particolarmente avanzate, che consentono l'esplorazione in vivo dell'architettura cerebrale e l'osservazione del "cervello in azione". Tali tecniche hanno consentito importanti progressi nella conoscenza del rapporto tra processi cognitivi/emotivi e meccanismi neurali sottostanti.

Oltre alle ormai note *Positron Emission Tomography* (PET), *Magnetic Resonance Imaging* (MRI) e *functional Magnetic Resonance Imaging* (fMRI), ultimamente godono di particolare successo altri due strumenti, la *Diffusion Tensor Imaging* (DTI) che, misurando la velocità di diffusione dell'acqua, evidenzia le fibre di connessione tra aree cerebrali diverse, e la *Voxel Based Morphometry* (VBM) che permette di rilevare la densità dei neuroni e degli assoni e, in tal modo, di evidenziare alterazioni anatomiche anche molto lievi.

13

---

\* Avvocato, Dottorando di ricerca in comparazione giuridica e storico-giuridica Curriculum di Diritto Penale.

\*\* Avvocato, Master di II livello in Psicopatologia e Neuropsicologia Forense.

\*\*\* Psicologo, Psicoterapeuta, Specialista in Psicoterapia Cognitiva-Neuropsicologica, Master in Psicopatologia e Neuropsicologia Forense.

<sup>1</sup> Articolo pubblicato su "BrainFactor" – Giornale critico di Neuroscienze Cognitive – Direttore Marco Mozzoni, edizione 11-10-2013.

L'evoluzione delle tecniche di *neuroimaging* ha consentito, negli anni, di sottoporre a indagine non solo processi cognitivi quali il linguaggio, la memoria, l'attenzione e la percezione, ma anche la coscienza e il libero arbitrio, temi una volta riservati alla sola speculazione filosofica (Stracciari *et al.*, 2010).

Parallelamente all'apertura di questa finestra biochimica e funzionale sul cervello si è assistito ad un importante sviluppo della genetica molecolare. Ad oggi, infatti, siamo in grado di rilevare negli individui la presenza di una vulnerabilità allo sviluppo di patologie psichiche in base alla presenza di determinati geni e delle loro varianti alleliche.

Tali metodiche hanno l'ambizione di aiutarci a rispondere a domande sul libero arbitrio che i filosofi si erano posti sin dall'antichità. In realtà, il primo tentativo d'investigare volizione e libero arbitrio attraverso il paradigma neuroscientifico è ascrivibile ai noti studi di Libet, risalenti ai primi anni '80 (Libet *et al.*, 1983). In sostanza, i risultati da lui ottenuti sembravano indicare che il processo volitivo potrebbe aver inizio preriflessivamente e il cervello, dunque, si preparerebbe all'azione prima che il soggetto sia consapevole di aver deciso di agire.

I dati sono stati sostanzialmente confermati nei successivi esperimenti (Lau *et al.*, 2004; Brass & Haggard, 2007).

Secondo parte dell'attuale neuroscienza, queste ricerche, non solo dimostrerebbero che non esiste un "centro della coscienza" nel cervello, ma metterebbero anche in crisi l'idea che l'uomo possa ancora essere ritenuto responsabile delle proprie azioni, determinando, come ovvio, preoccupanti ricadute sul processo penale.

Tuttavia, un primo interrogativo che ci poniamo è il seguente: queste ricerche ci aiutano davvero a definire la questione del libero arbitrio? La coscienza e il libero arbitrio sono un'illusione, poiché tutto avviene in automatico senza la nostra coscienza-decisione di agire? O piuttosto è stata confusa un'azione volontaria con una automatica, ritenendo implicitamente ed erroneamente che automatico significhi non-volontario?

Il **libero arbitrio** è ritenuto il fondamento della capacità d'intendere e di volere: la **capacità d'intendere** indica l'attitudine dell'individuo a comprendere il significato delle proprie azioni nel contesto in cui agisce, mentre la **capacità di volere** definisce quanto la persona sia in grado di controllare il proprio comportamento e i propri impulsi.

Già da tempo, prima ancora che potessimo avvalerci di tali tecnologie, era noto che, per varie ragioni, un sintomo o una patologia potesse sostituirsi al libero arbitrio, limitando o eliminando la capacità di controllo sul proprio comportamento. Tuttavia, tale consapevolezza derivava da un'indagine indiretta di ciò che veniva meno a seguito, ad esempio, di una lesione cerebrale. Oggi sappiamo, ad esempio, che lesioni della corteccia prefrontale, più precisamente nella sua porzione ventrale, possono determinare un comportamento disinibito con scarso controllo degli impulsi, facile irritabilità e aggressività, diminuito *insight* sociale fino a determinare un quadro clinico noto come sociopatia acquisita (Damasio, 1996).

Altri studi hanno dimostrato come specifiche regioni del cervello, in particolare quelle che hanno sede nella corteccia prefrontale, se danneggiate, possono determinare l'insorgenza di comportamento impulsivo e aggressivo e sono quindi coinvolte nell'espressione di varie forme di violenza (Wahlund & Kristiansson, 2009).

A questo punto, è del tutto evidente come la capacità delle tecniche di *neuroimaging* di documentare eventuali alterazioni traumatiche o neurodegenerative, atte a causare una perdita di controllo da parte dell'individuo sulle proprie azioni, sia estremamente rilevante per il diritto.

Ed invero, affermare la responsabilità giuridico-penale di un soggetto autore di un reato presuppone necessariamente la soluzione di un'altra fondamentale questione, che sta a monte di tutto. Occorre accertare l'imputabilità del reo, vale a dire la sua capacità, per l'appunto, d'intendere e di volere; in altri termini, bisogna decidere se chi ha commesso il fatto ha scelto di farlo in modo "libero" o se, altrimenti, non poteva farne a meno, perché non in grado di autodeterminarsi.

Le alterazioni morfologiche o funzionali della corteccia orbitofrontale di cui si è detto, sono compatibili con l'incapacità d'inibire risposte automatiche e impulsive e, pertanto, rilevanti ai fini della capacità di volere.

Orbene, se tali traguardi della Scienza, da una parte, contribuiscono a comprendere con un più alto grado di "oggettività" il quadro psicopatologico in atto nel periziando, dall'altro, essi fanno emergere nuovi interrogativi circa l'affidabilità dello strumento neuroscientifico nella valutazione della capacità d'intendere e di volere. Infatti, affermare che un soggetto con un evidente tumore cerebrale, un trauma cranico grave o un conclamato quadro clinico di demenza o psicosi abbia un vizio di mente non rappresenta un problema per il perito. Tuttavia nel processo penale sono più frequenti i casi "al confine", in cui cioè non è sempre evidenziabile una franca patologia.

Ciò porta a formulare alcuni interrogativi in ordine alla metodologia di lavoro del perito, cui si tenterà di fornire, se non delle risposte, almeno degli spunti sui quali riflettere, senza la pretesa di giungere a verità ultime e incontrovertibili.

Con quale grado di certezza possiamo porre il metodo neuroscientifico (e genetico) alla base del ragionamento psicogiuridico che ci porta ad affermare che quello specifico soggetto, in virtù di quell'assetto cerebrale, non è imputabile?

Rispetto all'oggettività richiesta dal giudice: è corretto ritenere che le tecniche di *neuroimaging* rappresentino un'indagine "oggettiva"? E lo stesso può dirsi dei *test* neuropsicologici? Si può parlare di oggettività all'interno della valutazione psicopatologico forense?

Si potrà mai mettere in relazione ciò che è vissuto soggettivamente con le attività neuronali registrate oggettivamente?

Quesiti che generano, com'è intuibile, importanti ricadute sul piano giuridico incidendo sulle problematiche afferenti, ad esempio, l'accertamento del nesso causale, le modalità con le quali può valutarsi correttamente lo stato mentale del reo e, quindi, la sua qualificazione sul piano della colpevolezza. Peraltro, una volta compiuto tale

accertamento, il dibattito si sposta sui criteri di acquisizione e valutazione dei risultati nel processo penale.

Sulla base di casi giudiziari che hanno avuto particolare risalto sui media, il dibattito infatti ha acquisito nuovo vigore, evidenziando ulteriori profili di complessità che hanno arricchito il campo di ricerca. Le domande più risalenti, i paradossi, le contraddizioni hanno trovato nuovamente spazio, come accade di frequente, d'altronde, nel settore forense (Marchetti, 2012).

È noto che tra le cause più problematiche di esclusione dell'imputabilità vi sia senz'altro il cosiddetto **vizio di mente, totale o parziale**, disciplinato rispettivamente dagli artt. 88 e 89 c.p.

In base a tali norme, il soggetto non è imputabile quando, al momento della commissione del fatto, si trovava, per infermità, in tale stato di mente da escludere la capacità d'intendere e di volere (c.d. vizio totale di mente). Allo stesso modo, risponde del reato commesso con una diminuzione di pena chi, sempre per infermità, si trovava in uno stato di mente tale da far scemare grandemente la sua capacità d'intendere e di volere (c.d. vizio parziale di mente).

Il quadro appena descritto riposa sulla sintonia originaria, esistente quando è stato elaborato il nostro Codice Penale, tra psichiatria e diritto (Aleo *et al.*, 2011). Il legislatore del '30 intese subordinare l'incapacità d'intendere e di volere ad un'infermità, riferendosi con tale termine ad una condizione del soggetto che avesse evidenza e "sostanziosità" patologica; una condizione, cioè, che fosse clinicamente accertabile (Aleo *et al.*, 2011).

Sul piano giuridico esistono, in letteratura, diverse linee di tendenza.

Il **paradigma medico-organicistico** (o nosografico), imperante nella psichiatria agli inizi del '900, al quale i compilatori del Codice del '30 si sono sicuramente ispirati (Bertolino *et al.*, 1998); secondo questo paradigma, l'infermità mentale si presenta come malattia fisica (a base organica) del sistema nervoso centrale, riconducibile, in base alla sintomatologia, a precise tavole nosografiche. Per siffatto orientamento, quindi, assurgono allo stato d'infermità mentale le sole

psicosi organiche, escludendosi, invece, qualsiasi rilievo ai disturbi della personalità e a tutte quelle anomalie, anche caratteriali, che, non presentando alcuna origine di tipo organico, non sono perciò inquadrabili da un punto di vista scientifico. A questo paradigma si sono ispirate diverse pronunce della Corte di Cassazione (Cass., 23.10.1978).

Senonché, la simbiosi tra psichiatria (con riferimento al suddetto paradigma) e diritto, cristallizzata nelle norme del codice, ha dovuto ben presto fare i conti con l'imponente sviluppo della prima, per via della nascita ed elaborazione di altri e diversi paradigmi, talvolta in posizione dicotomica rispetto a quello medico originario. Si è, quindi, parlato al proposito di crisi dell'imputabilità (Bertolino, 1981), a causa della perdita di certezze nella delimitazione dei suoi confini e conseguentemente nell'isolamento del concetto di malattia mentale.

Venute meno le certezze del paradigma medico, che non è stato in grado d'individuare un riscontro biologico per alcune anomalie psichiche (come le nevrosi), inizia a prendere piede in giurisprudenza il **paradigma psicologico**, sviluppatosi nel secondo dopoguerra e di chiara matrice freudiana. In base a tale indirizzo psichiatrico, l'infermità (*rectius*, disturbo) mentale sarebbe riconducibile ad una disarmonia dell'apparato psichico "in cui le fantasie inconscie raggiungono un tale potere che la realtà psicologica diventa per il soggetto più significativa della realtà esterna. Quando questa realtà inconscia prevale sul mondo reale si manifesta la **malattia mentale** (Cass., 29.10.1979 *et al.*).

Con il paradigma psicologico, recepito anche da buona parte della giurisprudenza di legittimità (Cass., 29.10.1970), si passa da una concezione statica ad una dinamica d'infermità, con progressiva perdita d'importanza del dato clinico. Avviene, in sostanza, un graduale affrancamento del concetto d'infermità da quello di malattia mentale: il primo ingloberebbe il secondo in quanto non più inteso in senso esclusivamente clinico, ma giuridico e, pertanto, comprensivo anche di quei disturbi mentali transitori che non potrebbero altrimenti definirsi malattia mentale (in particolare, le nevrosi).

Espressione di tale paradigma è la sentenza sul noto “**caso Chiatti**” (Cass., 29.10.1979).

Merita un accenno, infine, il **paradigma sociologico**, nato intorno agli anni ‘70 per rispondere alle inadeguatezze del precedente indirizzo circa la spiegazione di certe anomalie psichiche aventi origine sociale. Ed invero, secondo questo orientamento l’eziologia dell’infermità sarebbe da ricondurre ai condizionamenti di tipo sociale, piuttosto che a cause organiche o psicologiche. Si parte, dunque, dalla negazione della natura fisiologica e psicologica dell’infermità, secondo i principi della psichiatria classica, proponendo un concetto d’infermità intesa come malattia sociale (Bertolino, 1981).

A questo proposito, come si dirà, prevale oggi il paradigma del **relativo indeterminismo**.

La diatriba teorica già accennata, che alcune massime della Corte di Cassazione hanno tentato di comporre, tuttavia, non è l’unica questione che si pone dinanzi all’odierno sistema penale.

Ed invero, l’analisi dei correlati neurali di determinate tendenze comportamentali, da un punto di vista processuale, si colloca in un’area di confine tra la valutazione psichiatrica propriamente detta – operata tramite i consueti mezzi di prova – e la ricostruzione, su base biologica, della personalità del soggetto.

A tal fine, si pongono come ineludibili le seguenti questioni: l’occasione di contenere o annullare il divario esistente tra realtà ed esito giudiziario, in sede di accertamento, può giustificare la compressione, seppur consenziente, della libertà morale dell’imputato? E, se così è, come varia il ruolo del giudice in relazione al nuovo contesto di prova?

*De iure condito*, tuttavia, è bene ricordarlo, “non sono ammesse perizie per stabilire, il carattere e la personalità dell’imputato e in genere le qualità psichiche indipendenti da cause patologiche” (art. 220, comma secondo, c.p.p.).

Sull’attualità di tale preclusione si avrà modo di dire nel prosieguo, basti sin d’ora ricordare, però, che si tratta di una norma elaborata in

tempi – sul finire degli anni ‘80 – in cui lo statuto epistemologico delle scienze comportamentali era ben diverso e più ampie erano le antinomie che caratterizzavano l’interpretazione delle manifestazioni del comportamento umano da parte di studiosi di diversa estrazione.

## Discussione

Qual è dunque il rapporto tra neuroscienze e libero arbitrio?

L’interrogativo, di assoluto rilievo, trova risposte distinte su piani tematici differenti.

Secondo l’attuale modello di scienza, i fenomeni possono essere indagati solo attraverso la **misurazione** e la **quantificazione**. Possiamo conoscere solo ciò che è computabile.

L’essere umano, tuttavia, è un fenomeno troppo complesso per poter esser colto attraverso un algoritmo che annulli il contesto da cui lo stesso essere umano emerge.

Nella dimensione dualista, che permea la scienza moderna, lo studioso cerca di cogliere solo ciò che è misurabile, il soma, trascurando la circostanza che noi esseri umani ci sentiamo come un “tutt’uno”. Il fatto che alcuni fenomeni si manifestino secondo modalità più complesse, che richiedano approcci diversi da quelli della misurazione, non implica che essi non siano veri, ma piuttosto giustifica l’adozione di un metodo differente per indagarli: un metodo in prima persona, che rispetti l’unicità dell’essere umano partendo dall’analisi della sua esperienza e della sua storia. Un metodo storico, potremmo dire, perché tale è l’uomo.

L’indagine della scienza naturale non è quindi l’unica forma di conoscenza possibile né l’unica strada per giungere alla verità, perché essa non può fondare il proprio oggetto di studio, che le dev’essere dato da altre discipline (ad esempio, la filosofia): se non chiariamo preliminarmente i concetti e i fondamenti che intendiamo studiare,

possiamo costruire un disegno sperimentale perfetto, ma che si rileva, nel tempo, inconsistente.

Secondo Heidegger: «la natura, sia quella fisica sia quella psichica, risponde nell'esperimento sempre e soltanto a ciò che le si chiede. Il risultato dell'indagine positiva può soltanto confermare l'impostazione di fondo in cui essa si muove, ma non può fondare né questa impostazione stessa né il suo particolare modo di tematizzare l'ente, e neppure è in grado di scoprire il suo senso» (Heidegger, 1975).

Gli esperimenti di Libet (1983), ci dicono che la decisione del corpo di agire accade prima della decisione volontaria. Diveniamo quindi consapevoli dopo che il corpo si è attivato.

Tuttavia, ad avviso di chi scrive, questo non implica in alcun modo che il libero arbitrio non esista.

Il laboratorio di Libet e il *test* cui sono stati sottoposti i partecipanti non è certo la riproduzione di un'esperienza quotidiana complessa.

In realtà la maggior parte di processi di controllo motorio avviene a livello subpersonale, inconsapevole e automatico, ma non per questo involontario. Se stiamo camminando per recarci a un colloquio di lavoro, l'oggetto della nostra consapevolezza non sarà il controllo dei muscoli delle gambe ma, piuttosto, la strada, le persone che incrociamo e quelle che staremo per incontrare, le nostre aspettative e i nostri desideri, l'anticipazione di come si svolgerà il colloquio, ciò che dovremo o non dovremo dire; o magari penseremo a come ci siamo divertiti la sera prima. Nella situazione sperimentale ci viene chiesto invece di prestare attenzione a tutti quei processi cui normalmente non badiamo e di muovere il nostro corpo in un modo inusuale (Gallagher, 2006).

In altre parole, in situazioni normali, non siamo riflessivamente consci dell'inizio di ogni nostra azione o dei processi che ci portano a eseguire un movimento. Saremo quindi concentrati sul nostro progetto o sulla nostra storia, piuttosto che sull'azione motoria. Ciò non implica tuttavia che le nostre azioni non siano volontarie!

Il libero arbitrio, peraltro, è un fenomeno che non può essere ristretto in uno spazio temporale tra i 150 e i 300 millisecondi e troppo lento per essere studiato attraverso il controllo motorio.

Come affermò Gallagher, movimento automatico non è l'opposto di movimento volontario: movimenti veloci e automatici possono essere riflessi puri (come quando alzo di scatto la mano dopo essermi bruciato) o possono essere atti volontari, intenzionali. E il libero arbitrio per un autore di reato (capace, in termini giuridici) non riguarda i movimenti del corpo, bensì le azioni intenzionali situate in un particolare contesto, definito dalle circostanze presenti, da elementi storici e da obiettivi.

Il libero arbitrio non è quindi il non essere tacito delle nostre azioni, il deciderle consapevolmente in modo esplicito.

Gli ultimi decenni hanno visto maturare il dialogo tra neuroscienze e fenomenologia, e numerosi scienziati e filosofi si sono interrogati su come fosse possibile studiare e descrivere scientificamente l'esperienza in prima persona. Uno di questi, acutamente, suggerì di superare l'ormai arcaico dualismo mente-corpo, ponendo il corpo nel vivo dell'esperienza al centro dell'indagine empirica e proponendosi di studiarlo sia attraverso l'analisi filosofica sia attraverso lo studio dei processi neurali che ne stanno alla base (Varela, 1996).

L'analisi fenomenologica ci mette in guardia da un'acritica accettazione del metodo correlazionale, proprio delle tecniche di *neuroimaging*: esso, infatti, corre il rischio, da un lato, di studiare l'essere umano come una "cosa" e non come un "chi?" in interazione con il proprio ambiente, e, dall'altro, di produrre inferenze e convalidare tesi sul funzionamento della mente ritenute vere a priori, confermando l'atteggiamento verificazionista tipico dell'uomo che cerca quello che si aspetta di trovare.

Vittorio Gallese, autorevole neuroscienziato, ci fa notare come ciò sia particolarmente vero per quanto riguarda lo studio della cognizione sociale: le possibilità di trovare nel cervello correlati neurali di desideri, credenze e intenzioni, sono prossime allo zero (Gallese, 2009).

Se studiamo le aree cerebrali attive durante un compito che misura il controllo dell'impulsività, ad esempio, il compito si riduce alla tecnologia fMRI che, tuttavia, non corrisponde completamente al fenomeno studiato, né coglie, nella sua interezza, l'esperienza in prima persona di chi sta eseguendo il compito. Tanto meno è in grado di cogliere e comprendere un'esperienza già accaduta e relativa a un fatto trascorso.

Uno dei principali problemi con cui devono fare i conti le neuroscienze cognitive e sociali è quello della fallacia mereologica che si riferisce al tentativo di attribuire a parti di un organismo (in questo caso al cervello) caratteri che sono propri dell'intero (Bennet & Hacker, 2003). È riduttivo, infatti, spiegare il comportamento e le emozioni attraverso l'attività neurale di alcune aree cerebrali senza tener conto di un più alto livello di competenza personale: "il mentalizzare ha bisogno di una persona che potremmo definire come un sistema d'interconnessione tra cervello e corpo che interagisce in modo situato con uno specifico ambiente popolato da altri sistemi cervello-corpo" (Gallese, 2010).

Ciò è particolarmente vero se pensiamo di dover valutare come funzionava la mente di un determinato soggetto mentre si rendeva protagonista di un omicidio e quindi in interazione con un altro soggetto.

Qual è quindi l'oggetto di studio di cui si deve occupare chi è chiamato a valutare la responsabilità dell'autore di reato?

Se si può considerare errata una visione dell'essere umano che riduca i processi mentali unicamente ad un qualche correlato neurale, neppure si dovrebbe sostenere che la mente sia una cosa separata dal corpo. L'oggetto di studio della psicologia non è la mente o il cervello, ma la persona: la mente e i processi psichici non possono essere studiati senza tener conto del corpo. Naturalmente è possibile semplificare lo studio, concentrandosi solo su alcuni aspetti di esso, studiando nello specifico, ad esempio, solo le funzioni del lobo frontale ma, anche in questo caso, va tenuto presente che comunque si tratta pur sempre del

lobo frontale di una persona, soprattutto se non ci si limita all'ambito sperimentale.

Sulla base dell'approccio neuroscientifico, attraverso la RMf si dovrebbe poter ridurre il soggetto ai suoi apparati meccanici, considerandolo così (con riferimento ad una terminologia usata dal filosofo tedesco Husserl) un *Körper* (termine che si riferisce all'aspetto materiale, fisico-biologico del corpo, che può essere usato ad esempio anche per riferirsi a un corpo morto) e non un *Leib* (traducibile ugualmente con "corpo", ma inteso in senso globale, col significato di "carne" o "corpo vissuto") (Costa *et al.*, 2002). D'altra parte, anche studiando la "mente" come costruito distinto dal corpo, riduciamo nuovamente l'essere umano a una cosa. Si tratta, ancora una volta, di un retaggio della filosofia di Cartesio.

Lo psicologo, psichiatra o neuroscienziato che afferma di lavorare sulla "mente", è a tutti gli effetti figlio di una tradizione cartesiana che sottintende una differenziazione fra la *res cogitans* e la *res extensa* (fra la mente e il corpo, appunto). Il costo dell'eredità cartesiana, dell'impostazione filosofica basata sul dualismo mente/corpo, è evidente tutt'oggi nell'attività clinica e forense, dove è di prassi diagnosticare problemi di carattere organico distinguendoli da quelli psicologici. In realtà, oggi è possibile affermare che ogni forma di psicopatologia è accompagnata da una modificazione della funzionalità cerebrale e porta con sé dei correlati neurali. Di fatto è stato dimostrato che anche emozioni e pensieri passeggeri lasciano tracce nel cervello, poiché il substrato neurale è inseparabilmente connesso alla storia, all'ambiente e all'esperienza della persona: il cervello dovrebbe essere ritenuto a tutti gli effetti un organo sociale e storico (Fuchs, 2004). Questo, a nostro avviso, è uno dei pochi aspetti che accomuna la pratica clinica con quella forense.

L'essere umano è l'oggetto di studio più complesso, un soggetto che non si può manipolare liberamente, tradurre in variabili o replicare negli esperimenti. Oltretutto, è un oggetto di studio che parla, che racconta di sé e che spiega i propri atti in base alla storia di vita, agli

specifici accadimenti esistenziali che l'hanno “segnato”, e al progetto di vita che ha nel momento in cui parla. Tutti elementi che, ad oggi, la risonanza magnetica non è ancora in grado di rilevare.

Ciò non significa che il discorso sull'esperienza vissuta e quello obiettivistico delle neuroscienze non s'incontrino mai. Occorre prendere atto dei limiti di cui entrambi i saperi, filosofico e neuroscientifico, sono portatori. Se è vero che il cervello rappresenta la condizione necessaria al pensiero, è anche vero che questo non può essere ridotto alla sua “causa materiale”, bensì chiede di essere ulteriormente spiegato ad un altro livello semantico, quello che renda conto dell'esperienza vissuta in prima persona da un essere incarnato e storico che interagisce con altri (Cappuccio, 2009).

La necessità d'introdurre nel processo strumenti in grado di garantire oggettività deriva da ciò che la giurisprudenza richiede al consulente: dati oggettivi, appunto.

Tale richiesta andrebbe tuttavia interpretata come un'esigenza di scientificità e buon metodo, elementi che psicologo e psichiatra possono garantire attraverso quel tipo d'indagine che più di tutte appartiene alla loro professionalità e cioè lo studio dell'ontologia soggettiva.

Ciò che è scientifico non va confuso con ciò che è oggettivo: il punto di vista soggettivo, l'intenzionalità e la volontà possono essere scientificamente indagati senza pretese di giungere a conclusioni obiettive, perché tale non può essere il lavoro di chi primariamente si occupa di fenomeni in prima persona. Pertanto, quale metodo adottare? Se l'uomo appartiene sia al dominio causale che a quello della motivazione, e quindi della spiegazione e della comprensione, si rivela necessario “spiegare di più per comprendere meglio”. L'essere contemporaneamente inseriti nella dimensione “psichica” (intesa come storica, sociale e culturale) e in quella “fisica” suggerisce l'adozione di un metodo neuro-psicopatologico caratterizzato da un *continuum* ai cui estremi troviamo le cause eziopatogenetiche non-storiche (es. trauma cranico), indagabili dalle discipline “bio”, e i motivi eziopatogenetici

storici (es. disturbo depressivo), da comprendersi attraverso le scienze “psi”: vorremmo precisare come il concetto rimandi ad un dualismo semantico piuttosto che ontologico (Liccione, 2013). Sennonché, dal punto di vista giuridico, tralasciando l’inesauribile e risalente dicotomia tra deterministi e indeterministi, **la moderna scienza penale non può comunque rinunciare all’immagine dell’uomo come essere capace di effettuare scelte consapevoli e libere** (Mantovani, 2007). Non a caso, si è detto che è proprio il riconoscimento di siffatta capacità a determinare la distinzione tra soggetti imputabili e non imputabili.

Il paradigma del **relativo indeterminismo**, infatti, è oggi quello prevalente (Bertolino, 1990).

Il diritto penale odierno, in altri termini, se non può più accettare l’idea di una volontà pienamente libera, nel senso di libertà assoluta del volere, scevra da qualunque condizionamento, non può allo stesso modo prescindere dall’accettazione di una libertà secondo un’accezione più realistica: una libertà del volere, appunto, relativa. Il libero arbitrio è dunque inteso come capacità di discernere e di esercitare poteri di controllo e d’inibizione atti ad operare scelte consapevoli tra motivi antagonisti (Fiandaca, 2009). Il dato antropologico della libertà di scelta, insomma, rimane l’idea centrale sulla quale si fonda il nostro diritto penale; idea che parrebbe recepita, oltre che dal codice penale del 1930, anche dalla clausola della “responsabilità personale” prevista dalla nostra Costituzione.

Se questo è senz’altro l’indiscutibile punto di partenza per un diritto penale evoluto, perenni incertezze sussistono in ordine all’accertamento – ed al conseguente giudizio processuale – d’imputabilità o inimputabilità del reo.

Ed invero, scienza e processo hanno in comune, pur con finalità diverse, la ricerca della **verità**, attuata mediante un contraddittorio continuo tra tesi contrapposte che conduce, passando per successive falsificazioni, a definire la posizione più fondata.

La dottrina più accorta, tuttavia, ha messo in guardia dalla possibilità di attribuire alla verità un significato ulteriore, riconducibile a profili ideologici che nulla hanno a che vedere con il metodo sperimentale, ricordando, poi, il diverso oggetto di studio delle due discipline (scienza e diritto) e le loro differenze epistemologiche (Nappi, 2004).

È proprio alla luce di tale diversità di fondo che dovrà essere letto il rapporto tra i due campi di ricerca.

L'apporto fornito dalle neuroscienze forensi alla dinamica del procedimento penale può prodursi su diversi piani d'interesse, tutti tesi ad aumentare la qualità del compendio probatorio e, conseguentemente, la solidità della valutazione di merito che su di esso si basa.

In particolare, risultano coinvolti in tale innovazione: la valutazione dello stato mentale dell'imputato e della sua eventuale pericolosità sociale; la verifica della capacità dell'imputato di partecipare coscientemente al processo; il tema d'indagine, con particolare riferimento alla possibile valutazione della personalità del reo; la metodologia degli accertamenti condotti dagli esperti; la ricostruzione del fatto oggetto di accertamento processuale.

27

## **Conclusioni**

Le conclusioni circa la responsabilità dell'autore di reato non possono essere derivate da un approccio in terza persona che spiega l'esperienza stessa e l'azione come prodotto del funzionamento di un meccanismo.

L'esperienza in prima persona è data dall'effetto che fa essere "quel sé" ed è accessibile solo dal punto di vista di "quel sé" attraverso la sua narrativa e il suo comportamento.

Il **colloquio clinico** pertanto, se adeguatamente condotto, rimane uno strumento insostituibile per l'indagine fenomenologica del periziando e del racconto che porta. Tuttavia, è opportuno tenere conto della

necessità, in ambito giudiziario, di minimizzare i margini di errore interpretativo e di non avvalersi del colloquio come unica fonte d'informazione.

Alcuni studi sulla precisione del colloquio clinico suggeriscono, infatti, che già in contesti privi di contraddittorio, la concordanza tra le diagnosi è solo pari al 58% (De Paulo *et al.*, 2003), dato che suggerirebbe in ambito forense l'affiancamento al colloquio di strumenti standardizzati, caratterizzati da ripetibilità e precisione, e in grado di fornire dati in forma numerica (si pensi ad esempio alla necessità di valutare in modo sistematico la presenza d'intenzioni simulatorie o dissimulatorie). Stiamo parlando dei *test* psicodiagnostici e neuropsicologici, ausilio importante per il consulente, ma comunque ben lontano dall'essere fonte d'informazioni oggettive!

Quantificazione, confronto con il campione normativo, conoscenza della percentuale di errore noto ed utilizzo di metodologie riconosciute come affidabili dalla comunità scientifica non potranno mai rendere obiettivi dei dati che, lo ribadiamo, sono relativi a fenomeni in prima persona. Ciò non esclude, tuttavia, che la professionalità del consulente tecnico possa dare garanzia di scientificità (De Paulo *et al.*, 2003).

Le spiegazioni di cui parlavamo si cercano, quindi, tentando d'individuare associazioni tra il racconto della persona, i dati ricavati dall'utilizzo di strumenti psicometrici (che appartengono all'indagine soggettiva) e le evidenze di tipo biologico, genetico e neuroscientifico (che, a buon diritto, possono essere definite oggettive). L'indagine in prima persona va quindi fatta comunicare con la valutazione in terza persona giocata dalle neuroscienze.

In una prospettiva diacronica, ci dovremmo anche aspettare un'ulteriore evoluzione degli studi sull'uomo, auspicando che il passaggio all'ontologia, consentito negli ultimi anni dal rinnovato interesse per la fenomenologia, produca nuove possibilità di comprensione, grazie anche a quanto la ricerca neuroscientifico permetterà di spiegare in futuro.

È necessario incentivare il **dialogo tra psicologia e neuroscienze**: le due prospettive, appaiono separate da un divario incolmabile, caratterizzato dallo studio “quasi” dello stesso oggetto secondo teorie, linguaggi specialistici e modelli di riferimento differenti. Si rende perciò necessaria una traduzione resa possibile dal lavoro ermeneutico che, lontano da un approccio riduzionistico, consenta di mettere in rapporto fra loro le due scienze (Cappuccio, 2009).

La prospettiva più fondata, ad avviso di chi scrive, è sintetizzata dall'opinione di chi, in tempi recenti, ha affermato che «finché non conosceremo la reale natura degli eventi mentali, e la loro relazione con le leggi della fisica della materia, non sarà possibile negare né confermare scientificamente un ruolo causale alla mente» (De Caro *et al.*, 2010).

In sostanza, dunque, la negazione del libero arbitrio, allo stato attuale, non trova fondamento scientifico.

Diretta conseguenza di tale assunto è l'impossibilità di rendere l'autore del fatto da soggetto – e parte – del processo, vero e proprio oggetto d'indagine.

Alterazione che, oltre a configgere con principi di ordine etico, peraltro, non troverebbe nemmeno un risvolto pratico utile a giustificarla.

Sarà possibile – e consigliabile – semmai, procedere nella direzione di una **sempre maggiore e consapevole individualizzazione della valutazione di responsabilità**, secondo il principio per cui la libertà è influenzata «non solamente dalle condizioni in cui vive un soggetto, ma anche dalla sua cultura, dalle sue informazioni” e proprio dal “grado di risposta di questa libertà alla società noi ricaviamo un grado diverso di responsabilità» (La Monica, 1996).

In diritto, il contrasto tra gli indirizzi dottrinali e giurisprudenziali cui prima si faceva riferimento ha trovato (provvisoria?) composizione nella famosa “sentenza Raso” delle Sezioni Unite del 2005 (Cass. SS. UU., n. 9163/2005).

Muovendo da un quadro ermeneutico-costituzionale che guarda alla responsabilità penale in chiave personalistica, cioè come responsabilità per fatto proprio colpevole, le Sezioni Unite hanno innanzitutto preso atto dell'impossibilità di ricondurre il disturbo mentale unicamente all'interno di rigide classificazioni tabellari e nosografiche, recependo, invece, il paradigma integrato o concezione multifattoriale del disturbo mentale. Quest'ultimo, in altri termini, non avrebbe più una matrice monocausale, ma sarebbe la risultante di plurimi fattori di tipo biologico, psicologico e sociale (Collica, 2011). Inoltre, sempre sulla scia delle ultime conquiste scientifiche e delle più recenti evoluzioni giurisprudenziali e dottrinali (Cass. 24255/2004), i giudici di legittimità hanno avallato definitivamente la distinzione tra **infermità e malattia di mente**, attribuendo alla prima autonoma dignità epistemologica. Anzi, ha sancito la Corte, il concetto d'infermità, oltre a non essere sovrapponibile a quello di malattia, risulta più ampio, inglobandolo.

Ne discende, dunque, che i disturbi della personalità, nosograficamente di difficile inquadramento – e quindi irrilevanti, ai fini del giudizio d'imputabilità, quantomeno secondo il tradizionale paradigma medico-nosografico – possono (e devono), invece, assumere rilievo in quanto sussumibili all'interno della categoria dell'infermità, anche transeunte. Siffatto principio di diritto è tuttavia integrato dalla Corte con la descrizione delle caratteristiche che questi disturbi della personalità debbono manifestare, per escludere la capacità d'intendere e di volere ai sensi dell'art. 85 c.p.

A tal proposito, si afferma la loro incidenza solamente “ove siano di consistenza, intensità, rilevanza e gravità tali da concretamente incidere sulla capacità d'intendere e di volere”. Deve trattarsi, in altre parole, di un “disturbo idoneo a determinare una situazione di assetto psichico incontrollabile e ingestibile (totalmente o in grave misura) che incolpevolmente rende l'agente incapace di esercitare il controllo sui propri atti”.

Orbene, tra gli innumerevoli spunti che la decisione in parola offre, ad avviso di chi scrive se ne impone uno in particolare.

Le Sezioni Unite del 2005, infatti, sembrano aver voluto riaffermare che, nell'ambito del giudizio d'imputabilità – la cui natura empirico-normativa viene ulteriormente ribadita – ad assumere rilevanza dirimente è il risultato che il “disturbo” (in senso lato) ha provocato sull'individuo, in concreto e al momento in cui ha commesso il fatto. Non è, cioè, decisiva e sufficiente l'astratta sussunzione del disturbo medesimo all'interno di schemi nosografici fossilizzati.

Con questo, ovviamente, non si vuole affatto screditare quei manuali diagnostici, quali *in primis* il DSM-IV, a cui la stessa Corte, anzi, attribuisce un ruolo fondamentale nella valutazione dell'infermità, con riferimento, cioè, alla prima fase del giudizio d'imputabilità che, come è noto, consiste nella diagnosi della malattia (*rectius*, disturbo). Si vuole affermare, però, che il predetto giudizio non si esaurisce nella sussunzione della malattia del soggetto all'interno delle classificazioni operate dalla scienza psichiatrica, ma piuttosto che esso deve tradursi soprattutto nella valutazione degli effetti che la stessa malattia ha avuto sulla capacità d'intendere e di volere dell'imputato, in concreto e rispetto a quel determinato fatto di reato. E per quanto concerne i disturbi della personalità, al fine di determinarne gli effetti, la Corte propone un criterio quantitativo, non qualitativo.

A questo punto però si apre, forse, l'unica falla nel ragionamento dei giudici di legittimità che, infatti, non indicano i criteri in base ai quali effettuare detta valutazione d'incidenza del disturbo della personalità sulla capacità d'intendere e di volere dell'imputato (Bertolino, *passim*); valutazione, peraltro, che costituisce il secondo piano del giudizio d'imputabilità. Tale problematica, peraltro, appare lasciata insoluta anche dalla giurisprudenza successiva e conforme alla sentenza “Raso” (Cass. 43953/2010).

Il quadro, pertanto, si presenta sotto quest'aspetto assai critico, difettando il giudice di una sapiente guida che lo conduca all'esito del momento più delicato del giudizio d'imputabilità. Come superare dunque l'*impasse*? Potrebbero le ultime acquisizioni scientifiche apportate dalle neuroscienze e, in particolare, dalle tecniche, sopra

descritte, di *neuroimaging* e di genetica molecolare offrire una via d'uscita in questo senso?

Dette tecniche, a prima vista, potrebbero permettere allo scienziato – e di riflesso anche al giudice – di arrivare là dove la diagnosi descrittiva non consentiva di arrivare. Ma siamo sicuri che metodiche siffatte possano portare anche ad un'oggettiva misurazione proprio di quell'intensità e gravità alle quali la rilevanza penale del disturbo è subordinata?

Quanto ai profili più strettamente processuali, è necessario sottolineare, in primo luogo, come sia necessario evitare quella sorta di “cortocircuito logico” in base al quale s'identifica il risultato della prova con ciò che poi costituisce il fatto di reato.

Le neuroscienze, così come ogni altra disciplina scientifica credibile coinvolta all'interno del processo, potranno indicare dei fattori d'incremento o di contenimento del rischio, potranno affinare la qualità dell'accertamento condotto, ma mai potranno pronunciarsi in termini deterministici.

32

Qualunque sia la valutazione dei nuovi metodi d'indagine, infatti, non si potrà mai prescindere dall'aforisma, sempre attuale (stante l'orientamento della Suprema Corte), per cui “le prove possono rendere probabile, non certo, il *factum probandum*” (Sanguineti, 1979), ed il giudice, dunque, avrà sempre l'obbligo, anche dopo l'ammissione del mezzo e la produzione del risultato probatorio, di verificare la coerenza logica dello stesso con il complesso compendio istruttorio. Egli, in sede valutativa, dovrà divenire, da arbitro del contraddittorio tecnico, fruitore consapevole del contributo di conoscenza che la prova può apportare alla formazione del proprio convincimento, evitando abilmente i rischi di un nuovo determinismo biologico (e della “delega in bianco” all'esperto designato).

In altre parole, a parere di chi scrive, l'aumento del grado di attendibilità delle metodologie di analisi del comportamento umano non deve – e non può – sottrarre al giudice l'essenza del proprio ruolo: attribuire significato normativo alle categorie concettuali, fattuali

o scientifiche, per come esse emergono dal contraddittorio processuale, applicando i principi della logica alla valutazione del caso. Quanto, poi, al tema d'indagine di tali tecniche, sembrano prive di fondamento le obiezioni al superamento del divieto di perizia psicologica statuito dall'art. 220 c.p.p., cui prima si faceva cenno.

Il fondamento principale – seppur non l'unico – di tale divieto è stato individuato nella tutela dell'accusato, ed in particolare della sua libertà morale, per evitare che attraverso accertamenti così invasivi della sua personalità e della sua riservatezza, si possa giungere a rivelare circostanze riguardanti la sua responsabilità.

In letteratura si è ritenuto che per **libertà morale** debba intendersi “l'integrità della facoltà della persona fonte di prova di determinarsi liberamente rispetto agli stimoli” (Tonini, 2008).

Alla luce di tale condivisa nozione, è possibile tentare, ad avviso di chi scrive, un'esegesi “conservativa”, in base alla quale i nuovi mezzi d'indagine, a differenza di altri cui probabilmente si riferiva il legislatore dell'epoca<sup>2</sup> non tendono in alcun modo a coartare o ad obnubilare la volontà del soggetto, né incidono sulla sua capacità di autodeterminarsi ma, anzi, cercano d'indagare il suo stato mentale contando proprio sull'analisi di elementi immodificabili (anche dallo stesso reo).

Circa l'esigenza che la relazione peritale non influenzi il convincimento del giudice in punto di responsabilità, descrivendo l'immagine del reo più che la sua condizione psichica (Eramo, 2007), va osservato come la possibilità d'indebite ingerenze non derivi tanto dal contenuto delle indagini tecniche, quanto dalla tendenza dell'interprete del dato scientifico a lasciarsi suggestionare dal fascino del determinismo, nella

---

2 Cfr. Relazioni al progetto preliminare e al testo definitivo del Codice di Procedura Penale, delle disposizioni del processo penale a carico d'imputati minorenni e delle norme per l'adeguamento dell'ordinamento giudiziario al nuovo processo penale e a quello a carico degli imputati minorenni, Supplemento ordinario n. 2 alla G.U. n. 250 del 24.10.1988, Serie Generale, 60, ove, testualmente, si afferma «L'accento cade soprattutto su narcoanalisi, *lie detector*, ipnosi, e siero della verità che si ritiene debbano essere banditi dalla sede processuale anche per la scarsa attendibilità che viene loro generalmente riconosciuta».

convinzione che l'aura di oggettività del metodo utilizzato possa estendersi all'interpretazione che l'esperto ne ricava, e quindi, a delegare al perito mansioni che non gli competerebbero<sup>3</sup>.

Il Giudicante non può certo essere ritenuto immune da automatismi logici tipici dei compiti di selezione e valutazione delle informazioni<sup>4</sup>, ma, ad avviso di chi scrive, il sistema processuale fornisce già adeguate garanzie affinché tali *deviazioni* siano prevenute e sanzionate.

La conferma che tale problematica afferisce non tanto al dato, clinico o strumentale, quanto alla sua interpretazione, viene anche dalla letteratura scientifica, che distingue, correttamente, il *fatto*, per la cui rilevazione e percezione può essere usato qualsiasi mezzo di prova, dalla sua *valenza qualificante* in relazione alla personalità dell'imputato, la cui valutazione è riservata al Giudice.

Il ragionamento giudiziale va dunque incontro, tanto più per i costanti progressi della Scienza, ad un triplice rischio di fallacia. Nell'interpretazione delle informazioni, nella scelta del criterio inferenziale o nell'applicazione logica del sillogismo che lega premesse e conclusioni.

Mentre però l'individuazione dell'opportuno parametro logico emerge, pur a seguito di un contraddittorio tecnico, dall'operato degli esperti (che propongono, su base tendenzialmente oggettiva, una legge scientifica di copertura) la prima e l'ultima fase dell'*iter* valutativo restano, di fatto, nel pieno controllo del Giudicante.

La **prova scientifica nuova**<sup>5</sup>, per essere legittimamente acquisita e valutata, dovrà presentare, così come ogni prova tecnica, requisiti di

---

3 Tendenza che, nella prassi, sembra diffusa soprattutto con riferimento ai reati sessuali, tentando di rintracciare indicatori patognomnici (spesso individuati nel c.d. disturbo post traumatico da stress) che spesso non sono univoci come si vorrebbero.

4 Tra questi assume particolare rilevanza il c.d. *confirmatory bias* in base al quale il soggetto, nell'assumere una decisione, incorpora quali informazioni originarie dati che in realtà egli stesso ha generato, con un processo cognitivo fisiologico, per risolvere il problema.

5 Categoria concettuale che comprende "le operazioni probatorie nelle quali si fa uso di strumenti tecnico-scientifici nuovi o controversi e di elevata specializzazione" (cfr. Dominioni O., *La prova penale scientifica. Gli strumenti scientifico-tecnici nuovi o controversi e di elevata specializzazione*, Milano, 2005, p. 13).

rilevanza, attendibilità, comprensibilità e ragionevolezza (Dominioni, 2001).

Tali presupposti saranno valutati dal giudice sulla scorta di criteri che egli stesso individuerà, in base alle elaborazioni teoriche e agli orientamenti giurisprudenziali, secondo un indirizzo ermeneutico che gli conferisce un ruolo attivo nel vaglio sull'idoneità della nuova prova scientifica, trasposizione nella prassi della **cultura dei criteri** imperante nelle teorie processuali moderne (Dominioni, *op.cit.*) avvalorata dalla stabile posizione della Corte di Cassazione<sup>6</sup>.

Egli, in buona sostanza, dovrà leggere correttamente i dati e le opinioni che promanano dall'indagine scientifica e, quindi, sarà indispensabile che acquisisca una pur superficiale formazione come elementi che afferiscono, in modo più o meno diretto, alla definizione della dinamica causale dell'evento criminoso extragiuridica ma, soprattutto, che concentri la propria attenzione sulle sole informazioni rilevanti per il giudizio intese come elementi che afferiscono, in modo più o meno diretto, alla definizione della dinamica causale dell'evento criminoso.

Altrettanto importante sarà la **linearità della logica deduttiva applicata**, la quale dovrà basarsi su un approccio consapevole dello iato spesso presente tra probabilità statistica e probabilità logica, e scevro da un'impropria "attesa messianica di verità scientifica della prassi" (Bertolino, 2008).

---

6 Esempio la sentenza del 9 luglio 1993, della Sezione V, che delinea la facoltà per il giudice di estrarre i criteri di controllo dallo stato dell'arte delle ricerche universitarie ovvero dalle esperienze acquisite dai servizi della Polizia Scientifica.

## **RIASSUNTO**

I nuovi strumenti delle Neuroscienze hanno acquisito, negli ultimi anni, una posizione di sempre maggior rilievo nel campo delle Scienze Forensi, modificando entità e natura del loro contributo al Sistema Giustizia, che si trova così di fronte alla riproposizione d'interrogativi riguardanti l'oggetto, i mezzi e i criteri di conduzione dell'indagine sullo stato mentale del reo.

Gli autori, da prospettive in costante relazione, tentano di rispondere a queste domande, approfondendo il rapporto tra libero arbitrio e responsabilità colpevole, anche alla luce delle più recenti innovazioni della clinica.

La disamina è frutto di una corposa opera di ricerca multidisciplinare, alla quale ha fatto seguito un confronto teso ad evidenziare i punti di contatto della riflessioni dei singoli studiosi, conducendo, poi, a delle conclusioni condivise.

36

## **PAROLE CHIAVE**

Neuroscienze, fenomenologia, imputabilità, psicopatologia, vizio di mente, perizia, processo.

## **SUMMARY**

The new tools of Neuroscience have acquired in recent years, an increasingly important position in the field of Forensic Sciences, changing size and nature of their contribution to the Justice System, which is well in front of the repetition of questions on the subject, the means and criteria for conducting the survey on the mental state of the offender. The authors, from many perspectives in constant relationship, try to answer these questions, deepening the relationship between free will and responsibility guilty, in light of the latest innovations of the clinic. The analysis is the result of an extensive work of multidisciplinary research, which was followed by a confrontation aimed at highlighting the contact points of the reflections of individual scholars, leading, then, of shared conclusions.

37

## **KEY WORDS**

Neuroscience, phenomenology, criminal responsibility, psychopathology, law's excusing conditions, expert assessment, legal trial.

## BIBLIOGRAFIA

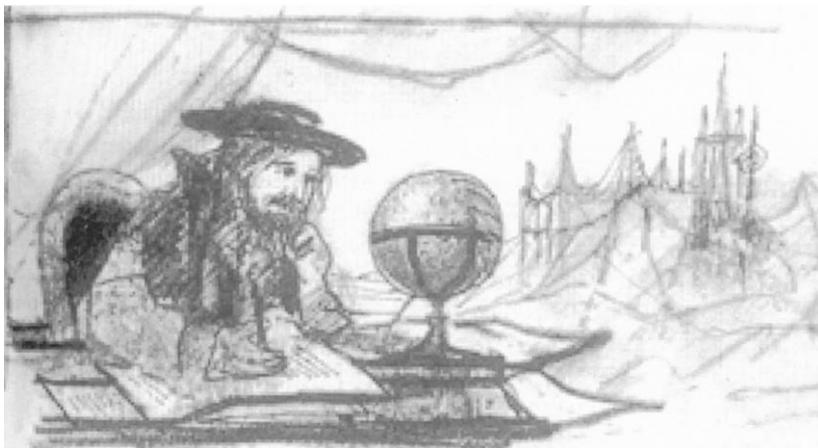
- Aleo S. & Di Nuovo S. (2011): *Responsabilità penale e complessità. Il diritto penale di fronte alle altre scienze sociali. Colpevolezza, imputabilità, pericolosità sociale*, Giuffrè, Milano.
- Bennet M.R. & Hacker P.M.S. (2003): *Philosophical foundations of neuroscience*. Malden MA: Blackwell Publishing, London.
- Bertolino M. (1981): La crisi del concetto di imputabilità. *Riv. it. diritto e procedura penale*, 191.
- Bertolino M. (1990): *L'imputabilità e il vizio di mente nel sistema penale*, Giuffrè, Milano.
- Bertolino M. (1998): Il nuovo modello di imputabilità penale. Dal modello positivistic del controllo sociale a quello funzional-garantista. In: *Ind. Pen.*
- Bertolino M. (2005): L'infermità mentale al vaglio delle Sezioni Unite. In: *Diritto penale e processo*, Ipsoa, Milano.
- Bertolino M. (2008): Il "breve" cammino del vizio di mente. Un ritorno al paradigma organicistico? In: *Criminalia*.
- Bortone G. (1998): Il caso Chiatti: semimputabilità e sistema del doppio binario. *Indice Penale*, Cedam, Padova.
- Brass M. & Haggard P. (2007): To do or not to do: the neural signature of self-control. *Journal of Neuroscience*, 27, 34: 9141-45.
- Cappuccio M., a cura di (2009): *Neurofenomenologia, le scienze della mente e la sfida dell'esperienza cosciente*, Bruno Mondadori, Milano.
- Casasole F. (2012): Neuroscienze, genetica comportamentale e processo penale. In: *Dir. pen. e proc.*, 1, 110ss.
- Changeux J.P. & Ricoeur P. (1998): *La natura e la regola, alle radici del pensiero*, Cortina Editore, Milano.
- Collica M.T. (2005): Anche i "disturbi della personalità" sono in infermità. *Riv. It. diritto e procedura penale*, 420ss.
- Collica M.T. (2011): Il riconoscimento del ruolo delle neuroscienze nel giudizio di imputabilità. In: *Diritto Penale Contemporaneo* (<http://www.penalecontemporaneo.it>).

- Costa V., et al., (2002): *La fenomenologia*, Piccola biblioteca Einaudi, Torino.
- Damasio A.R. (1996): The somatic marker hypothesis and the possible functions of the prefrontal cortex. *Philosophical transactions of the royal society of London, Biological Sciences*, 351: 1413-20.
- De Paulo B.M., et al., (2003): Cues to detection. *Psychological Bulletin*, 129, 1: 74-118.
- Dominioni O. (2001): In tema di nuova prova scientifica. In: *Diritto penale e processo*, 9: 1063.
- Eramo F. (2007): Il divieto di perizia psicologica nel processo penale: una nuova conferma dalla Cassazione. In: *Diritto Penale e Processo*.
- Fiandaca G. & Musco E. (2009): *Diritto penale. Parte generale*, Zanichelli Editore, Bologna.
- Fidelbo G. (2005): *Le Sezioni Unite riconoscono rilevanza ai disturbi della personalità*. In: *Cassazione penale*, 1873ss.
- Fioravanti L. (1988): *Le infermità psichiche nella giurisprudenza penale*, Cedam, Padova.
- Fornari U. (2006): I disturbi gravi di personalità rientrano nel concetto di infermità. In: *Cassazione penale*, 274ss.
- Forza A. (2010): Le neuroscienze nel processo penale. In: *Rivista Penale*, 70ss.
- Fuchs T. (2004): Neurobiology and psychotherapy: an emerging dialogue. Current Opinion. In: *Psychiatry*, 17: 479-85.
- Gallagher S. (2006): Where's the action? Epiphenomenalism and the problem of free will. In: Banks W., et al., *Does consciousness cause behavior? An investigation of the nature of volition*, MIT Press, Cambridge, 109-24.
- Gallese V. (2010): Neuroscienze e fenomenologia. In: *Enciclopedia Treccani*, Terzo Millennio.
- Gallese V. (2009): Corpo vivo, simulazione incarnata, intersoggettività. Una prospettiva fenomenologica. In: Cappuccio M., *Neurofenomenologia, le scienze della mente e la sfida dell'esperienza cosciente*, Bruno Mondadori, Milano, 293-326.

- Heidegger M., (1975): *Die Grundprobleme der Phänomenologie*, Vittorio Klostermann, Frankfurt a.M. (trad. it.: *I problemi fondamentali della fenomenologia*, Il Melangolo, Genova, 1999).
- La Monica M. a cura di (1996): *Dario Santamaria. Scritti di diritto penale*, Ipsoa, Milano.
- Lau H.C., et al., (2004): Attention to intention. *Science*, 303: 1208-10.
- Libet B., et al., (1983): Time of conscious intention to act in relation to onset of cerebral activity (readiness potential). The unconscious initiation of a freely voluntary act. *Brain*, 106: 623-42.
- Liccione D. (2013): Verso una neuropsicopatologia ermeneutica. *Rivista internazionale di filosofia e psicologia*, IV, 3: 305-24.
- Mantovani F. (2007): *Diritto penale. Parte generale*, Cedam, Padova, 546ss.
- Marchetti P. (2012): Il cervello a giudizio. Le lontane origini di due recenti sentenze italiane. *Psicologia e Giustizia*, XIII, 2, reperibile sul sito web della rivista (<http://www.psicologiagiuridica.com/>).
- Nappi A. (2004): *La prova scientifica nella prospettiva delle parti*, Relazione dell'Incontro di Studio del C.S.M., Roma, 14-17 marzo.
- Sanguineti L. (1979): *La valutazione della prova penale*, Giuffrè, Milano.
- Sartori G. & Sammiceli L. (2007): Neuroscienze e imputabilità. In: *De Cataldo Neuburger L., La prova scientifica nel processo penale*, Cedam, Padova.
- Stracciari A., et al., (2010): *Neuropsicologia forense*, Il Mulino, Bologna, 118-119.
- Tonini P. (2008): *Manuale di diritto processuale penale*, Giuffrè, Milano.
- Varela F.J. (1996): Neurophenomenology. A methodological remedy for the hard problem. *Journal of consciousness studies*, 3: 33-49.
- Wahlund K. & Kristiansson M. (2009): Aggression, psychopathy and brain imaging. *Int J Law Psychiatry*, 32, 4: 266-71.

# Appunti di viaggio

---



Monica Arcellaschi\*, Federico Lorenzotti\*\*, Giorgio Rebolini\*\*\*, Giannino Ulivi\*\*\*\*

---

## **Gli indicatori nei percorsi di salute mentale: i trattamenti sanitari obbligatori, i trattamenti sanitari obbligatori nei pazienti seguiti dai servizi di salute mentale, i trattamenti sanitari obbligatori nei pazienti seguiti dai Ser.T.**

*“Non c’è salute  
senza salute mentale”  
(Prince, 2007)*

43

I disturbi mentali e le dipendenze patologiche rivestono un’importanza notevole e crescente nei bilanci di salute di tutti i Paesi per l’elevata frequenza e i costi sociali ed economici conseguenti all’alto grado di disabilità delle persone affette<sup>1</sup>.

L’analisi del **percorso** di salute mentale viene anch’essa riconosciuta quale prioritaria data la riscontrata crescita del problema, evidenziata anche dall’Unione Europea. Questo percorso, inoltre, permette di approfondire le interazioni tra territorio e aziende ospedaliere,

---

\* Psichiatra, Psicoterapeuta, Ser.T., Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze ASL4 “Chiavarese”.

\*\* Psicologo, Psicoterapeuta, Ser.T., Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze ASL4 “Chiavarese”.

\*\*\* Psichiatra, Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze ASL4 “Chiavarese”.

\*\*\*\* Psichiatra, Psicoterapeuta, SPDC, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze ASL4 “Chiavarese”.

<sup>1</sup> Rapporto Osservasalute 2009. Stato di salute e qualità dell’assistenza nelle regioni italiane.

chiamate in questo campo a una stretta collaborazione ai fini dell'esito positivo dell'assistenza.

Inoltre disturbi mentali a lungo termine sono generalmente associati ai fattori di rischio per le malattie croniche (fumo, sedentarietà, alimentazione poco sana, ipertensione, obesità), ad elevati tassi di comorbilità fisica, mortalità prematura e compromissione della qualità della vita.

Secondo le stime dell'OMS, circa il 10% della popolazione mondiale adulta, almeno una volta nella vita, è afflitta da un disturbo mentale, e tale valore sale al 26% negli Stati Uniti e al 27% nella popolazione europea.

La depressione è la principale causa di disabilità nei paesi ad alto reddito, mentre la demenza e l'alcolismo sono elencate tra le prime dieci cause<sup>2</sup>.

Nell'Unione Europea i disturbi mentali più comuni sono quelli legati all'ansia e alla depressione; si prevede che entro il 2020 la depressione diventerà la causa di malattia più frequente nei paesi industrializzati<sup>3</sup>.

Nel volume *Global Burden of Disease and Risk Factors* (Lopez *et al.*, 2006), è riportato che in Italia i disturbi mentali (incluse le demenze e i disturbi da uso di sostanze) costituiscono il 21% del totale carico di malattia, stimato in termini di Disability-Adjusted Life Years (DALY), un indicatore che combina gli anni di vita persi per morte prematura e gli anni di vita vissuti con disabilità.

Il costo economico della depressione nell'UE è stato stimato a € 235 per abitante nel 2004, pari a 118 miliardi di € nell'UE. Se i costi diretti a carico dei sistemi sanitari negli Stati membri sono elevati, la quota maggiore dei costi, pari al 65%, ricade su altri settori al di fuori di quello sanitario, in particolare a causa di assenze dal lavoro, inabilità lavorativa e prepensionamenti.

---

<sup>2</sup> Organisation for Economic co-operation and development (OECD). Mental Health in OECD Countries, 2008. Disponibile su:

<http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/41686440.pdf>

<sup>3</sup> World Health Report 2001. Disponibile su:

<http://www.who.int/whr/2001>

In Italia, il costo medio di un paziente con un disturbo mentale che abbia almeno un contatto con i servizi di salute mentale è di circa € 2600 per anno, dato tratto dal registro di patologia psichiatrica di Verona Sud.

In particolare, un paziente con disturbo psicotico costa mediamente in un anno circa € 5400, mentre un paziente con un disturbo mentale non psicotico ha un costo medio annuo di circa € 1700 (Donisi *et al.*, 2011).

A partire dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) del 23 Aprile 2008 (Capo IV, art. 25, 26, 32) è auspicabile superare il modello assistenziale per i disturbi mentali basato sul concetto di prestazioni e pensare invece ad un approccio che individui una sequenza di processi o di livelli all'interno di ogni singolo progetto terapeutico e riabilitativo.

La pianificazione di percorsi assistenziali volti ad intercettare i pazienti con disturbi mentali all'esordio della malattia e che garantiscano una presa in carico e un *follow-up* strutturato è un sfida sanitaria, ancora più ardua se ci si pone come obiettivo quello di raggiungere la popolazione con svantaggio che presenta accessi alle cure inappropriati.

Una rete che valorizzi una maggior integrazione dei servizi di salute mentale (territoriali e ospedalieri) che vede coinvolti i medici di medicina generale, soprattutto nell'identificazione di nuovi casi e nel percorso di *follow-up*, può migliorare l'accesso alle cure e l'adesione ai trattamenti.

La principale priorità consiste nel fornire servizi di cura e di assistenza medica efficaci e di elevata qualità per le patologie mentali, accessibili a tutti coloro che ne soffrono. Solo il 26% degli adulti con disturbi mentali, in Europa, ha un contatto con il sistema sanitario (Alonso *et al.*, 2004).

## La continuità assistenziale

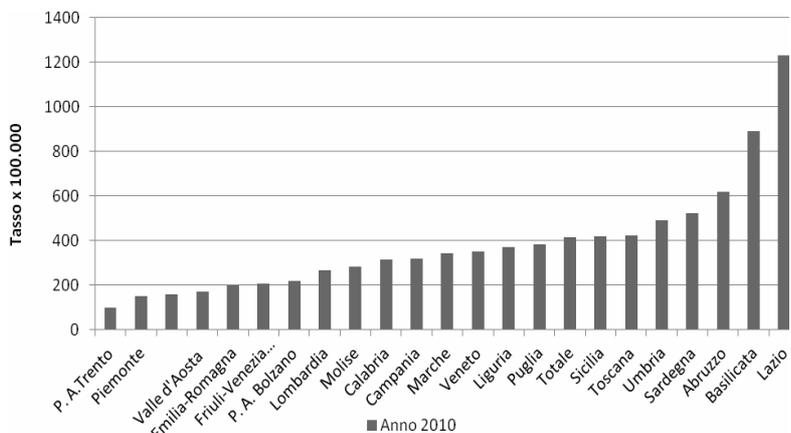
La continuità delle cure, nell'ambito della salute mentale, è la capacità di fornire una cura ininterrotta e coordinata tra programmi, professionisti, organizzazioni e livelli di assistenza per un periodo esteso di tempo (Burns *et al.*, 2009).

Nel nostro Paese, la continuità delle cure è uno dei principali obiettivi del SSN. Essa è intesa sia come continuità tra i diversi professionisti integrati in un quadro unitario (lavoro in *team*, elaborazione e implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi ecc.), sia come continuità tra i diversi livelli di assistenza, soprattutto nel delicato confine tra ospedale e territorio. Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) è deputato alla prevenzione primaria e secondaria dei disturbi mentali, con particolare riferimento a gruppi di popolazione a rischio, e alla prevenzione terziaria, cioè alla riduzione delle conseguenze disabilitanti attraverso la ricostruzione del tessuto affettivo, relazionale e sociale delle persone affette da disturbi mentali. Le priorità per i Dipartimenti di Salute Mentale sono gli interventi di cura e riabilitazione dei disturbi mentali gravi, con alto rischio di cronicità ed emarginazione sociale. Tuttavia, l'implementazione dei DSM nelle loro varie articolazioni assistenziali è avvenuta con velocità diverse nelle regioni italiane, dando luogo ad una notevole eterogeneità nella struttura dell'offerta (Munizza *et al.*, 2011).

Come conseguenza, la risposta data ai bisogni assistenziali è legata alle modalità organizzative dei DSM. Questo spiega per esempio la grande variabilità nei tassi di ricovero per patologie psichiatriche tra le diverse regioni italiane, con riferimento sia ai pazienti adulti che minorenni.

Il ricovero per patologie psichiatriche in fase acuta avviene principalmente presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), strutture con un massimo di 15 posti letto che operano in stretto contatto con i Centri di Salute Mentale (CSM), ed in parte, ma non in Liguria, presso strutture private convenzionate, cliniche universitarie e, in alcune regioni, nei CSM aperti 24 ore.

**Figura 1 - Tasso di ricoveri per patologie psichiatriche per 100.000 residenti (>17 anni), Italia, Anno 2010 - Dati Istat data warehouse**



Tasso di ricoveri in Liguria 2010= 551,55 (Ars Liguria, 2012)

Tasso di ricoveri ASL4 2010= 461,86 (Ars Liguria, 2012)

47

### **Il progetto indicatori di valutazione per percorso assistenziale**

(Nuti, 2013) considera che, contrariamente ad altri paesi, come l'Australia, dove è stata costituita la *Australian Mental Health Outcomes and Classification Network*, per implementare la rilevazione degli esiti e del *case mix* come parte integrante delle attività cliniche di *routine* nell'ambito della salute mentale, in Italia non è mai stato avviato un processo nazionale di valutazione dei processi e della qualità dell'assistenza (Munizza *et al.*, 2011).

Inoltre, il *coverage* dei sistemi informativi regionali della salute mentale è limitato, perché rileva le prestazioni erogate legate ad una diagnosi principale, ma non consente di ricostruire il processo di cura.

Nella scelta del *set* di **18 indicatori** (complessivi e suddivisi per diagnosi e classe di età) per il percorso salute mentale, si è tentato di colmare

questo *gap* informativo attraverso il *linkage* di dati provenienti da diversi flussi informativi.

In questo studio verranno esaminati due degli indicatori di continuità assistenziale tra ospedale e territorio, previsti dal MES, che contemplino il percorso di un utente del SSN che necessita dell'assistenza del Dipartimento di Salute Mentale che comprende oggi al suo interno, perlomeno nella regione Liguria:

- il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: **SPDC**;
- il Servizio di Salute Mentale: **SSM**;
- il Servizio Tossicodipendenze: **Ser.T.**

Si fa presente che i dati del Ser.T. non sono ancora parte integrante dei risultati degli indicatori.

## I Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO)

Le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità contenute nel *World report* del 2001, dedicato ai problemi della salute mentale<sup>4</sup>, riprendono e confermano tutti i principi più qualificanti della riforma italiana del 1978: il superamento degli Ospedali Psichiatrici e della separazione fra assistenza psichiatrica e assistenza medica generale, l'integrazione dell'assistenza psichiatrica nelle strutture dei Servizi Sanitari Nazionali, la preferenza per un orientamento territoriale e comunitario dell'assistenza psichiatrica e la limitazione del Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) a determinate condizioni, rigorosamente definite. Lo stesso rapporto, tuttavia, se da un lato evidenzia i buoni risultati della peculiare esperienza italiana, soprattutto in termini di riduzione dell'incidenza dei ricoveri obbligatori sul totale

---

<sup>4</sup> ISTAT settori Sanità e Previdenza. L'ospedalizzazione di pazienti affetti da disturbi psichici, anni 1999-2000. Informazioni 11, 2006.

dei casi psichiatrici, non manca di metterne in luce alcuni limiti: tutti riconducibili, in ultima analisi, al carattere non prescrittivo della legge di riforma, la quale si limita a stabilire degli orientamenti, delegando alle Regioni il compito di tradurli in misure concrete. I principali punti di debolezza evidenziati dal rapporto sono, appunto, la mancata definizione di *standard* minimi di assistenza e la mancata previsione di un sistema di monitoraggio e di un meccanismo centrale di verifica, controllo e comparazione della qualità dei servizi.

Gli indicatori relativi al TSO intendono fornire una stima del ricorso al Trattamento Sanitario Obbligatorio nella popolazione generale e negli utenti dei servizi di salute mentale e, si aggiunge in questo studio, del Ser.T. sempre più rappresentato nella popolazione dei ricoveri coatti nei SPDC.

L'indicatore relativo al numero di ricoveri di tipo TSO è un indicatore indiretto dell'efficacia terapeutica delle strutture territoriali dedicate ai pazienti con disturbi psichici. Essendo il TSO una modalità d'intervento da ritenere straordinaria, a fronte di un sistema assistenziale efficace nella presa in carico "ordinaria" dei pazienti (anche i più gravi), il valore dei ricoveri dovrebbe risultare contenuto; per questo motivo, l'indicatore può essere considerato una misura indiretta di efficacia dei programmi riabilitativi messi a punto dai Dipartimenti di Salute Mentale<sup>5</sup>.

Il ricorso a un ricovero coatto è normato dalla legge 833/1978 secondo precisi criteri e necessitando di un'ordinanza scritta del Sindaco è facilmente tracciabile e si presta facilmente a ricerche epidemiologiche.

Accanto alla presenza di alterazioni psicopatologiche che richiedano interventi urgenti e non accettati dal paziente, però, il ricorso a un trattamento eccezionale quale il TSO, purtroppo, può anche essere giustificato quando sussiste l'inadeguatezza del sistema sanitario, che

---

<sup>5</sup> Ministero della Salute – Direzione generale della programmazione sanitaria. Rapporto Nazionale di monitoraggio dell'assistenza sanitaria – Anno 2007/2009, pag. 14-15.

dovrebbe garantire un'offerta omogenea su tutto il territorio nazionale (Fioritti, 2002).

È stato possibile evidenziare una correlazione tra gli indici di natura strutturale e la percentuale di TSO sul totale dei ricoveri: al Sud, infatti, dove i posti letto pubblici sono di meno (superfluo ricordare che i ricoveri in regime di TSO possono avvenire esclusivamente in strutture pubbliche), la percentuale di TSO è doppia (10-20%) rispetto al resto d'Italia. Si può quindi dedurre che curanti richiedano un TSO per ottenere un posto letto in una situazione di generale difficoltà e carenza.

Gli indicatori considerati a livello nazionale sono:

- 1) **Tasso Ricoveri annui in TSO per 10.000 abitanti, percentuale di ricoveri in TSO su ricoveri totali** – Progetto *Progress acuti* (Picardi *et al.*, 2007);
- 2) **S11. Tasso di ricovero per TSO sulla popolazione maggiorenne residente**: il tasso annuale di Trattamenti Sanitari Obbligatoriosi (TSO) su 100.000 nella popolazione maggiorenne (MES) (Nutri, 2013);
- 3) **C8a.6 ovvero la % di TSO sui ricoveri con patologie psichiatriche, per residenti (N. residenti > 17 anni ricoverati con TSO/N. residenti >17 anni dimessi per patologie psichiatriche X100)** schede indicatori sanitari 2008 concordati Toscana-Liguria-Umbria-Piemonte.

50

Accanto a questi indicatori, in un'ottica di percorso terapeutico il MES (Nutri, 2013) considera anche, relativamente ai TSO:

**L'indicatore S12: i TSO su utenti attivi maggiorenni presso il Dipartimento di Salute Mentale.** Questo indicatore rapporta i TSO agli utenti attivi maggiorenni presso il Dipartimento di Salute Mentale nell'anno di stima. Si basa sul presupposto che negli utenti attivi il ricorso al TSO debba avere un carattere di eccezionalità.

È ottenuto dal *linkage* dei flussi SISM e SDO, che è stato effettuato, per ora, solo in Toscana, Emilia Romagna e Campania.

## Materiali e metodi

In questo studio sono stati presi in considerazione i Trattamenti Sanitari Obbligatoriosi nel SPDC della ASL4 “Chiavarese” degli ultimi quattro anni e cioè dal 2009 al 2012.

Di questi si è evidenziato:

- il tasso annuo per 10.000 abitanti della ASL4;
- il tasso per 100.000 residenti maggiorenni della ASL4;
- percentuale annua di TSO su ricoveri totali nella ASL4;
- il tasso di giornate annue per 10.000 abitanti nella ASL4;
- la media dei giorni di ricovero annua per TSO nella ASL4;
- il tasso annuo di TSO su pazienti seguiti dal Ser.T.;
- il tasso annuo di TSO su pazienti seguiti dai Servizi di Salute Mentale.

51

## Risultati

Secondo il progetto “**Progres-acuti**”, in media, nei SPDC italiani il tasso annuo di ricoveri per il 2003 era: 2,4 x 10.000 abitanti, in Liguria tale tasso era superiore e arrivava a superare 3 x 10.000 (figura n. 1) (Bracco, 2004).

Nella ASL4 negli anni considerati il tasso medio era: 3,41 (grafico n. 1).

**S11:** con riferimento all’anno 2010, il tasso varia dall’8.7 della Toscana al 28.9 del Lazio. Per il Molise è 14.4, considerando i soli SPDC, si raggiungerebbe un valore pari a circa 14,0% (nel Lazio) (Nutti, 2013).

Nella ASL4 negli anni considerati il tasso medio era: 39,60 (grafico n. 2).

Secondo il progetto “Progres-acuti”, in media, nei SPDC italiani solo l'8,9% (2003) dei pazienti (meno di 1/10) è ricoverato in regime di TSO (Bracco, 2004).

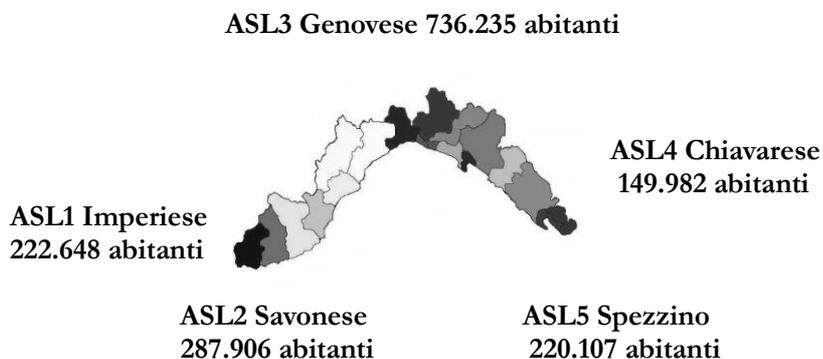
Nel 2009, rispetto al totale dei ricoveri annui, i ricoveri con le modalità del TSO sono stati 12.793, il 12,9% del totale ed hanno coinvolto 966 persone (Dell'Acqua & Bracco, 2009).

Nella ASL4 negli anni considerati la percentuale di TSO è stata del 10,28% (grafico n. 4).

Il PROGRES-A rileva differenze notevoli nella durata del ricovero in relazione alla tipologia della struttura e all'area geografica considerata. La durata varia, infatti, da circa 12,5 giorni per le regioni centrali e meridionali a 25 giorni, circa, per le regioni del Nord-Est, e a 15 giorni, circa, per le regioni del Nord-Ovest con la Liguria che oscilla tra 21 e 30 giornate per 10.000 abitanti (figura 2) (Picardi *et al.*, 2007).

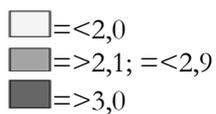
Nella ASL4 negli anni considerati la media delle giornate è stata di 25,46 (grafico n. 5.), in termini assoluti la media dei giorni di ricovero nei quattro anni è di 7,98 giorni (grafico n. 6).

**Abitanti al 01/01/2011 in Liguria: 1.616.788 (ARS 2012) (ARS Liguria, 2012).**



53

**Tasso ricoveri annui in TSO/10.000 abitanti (Bracco, 2004)**



Media: 2,4



Figura n. 1

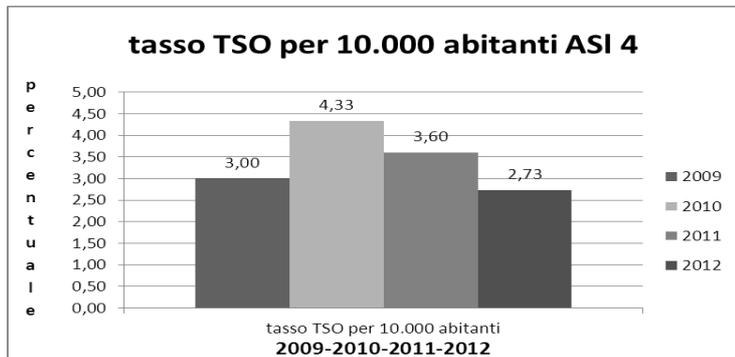


Grafico n. 1 (media = 3,41)

54

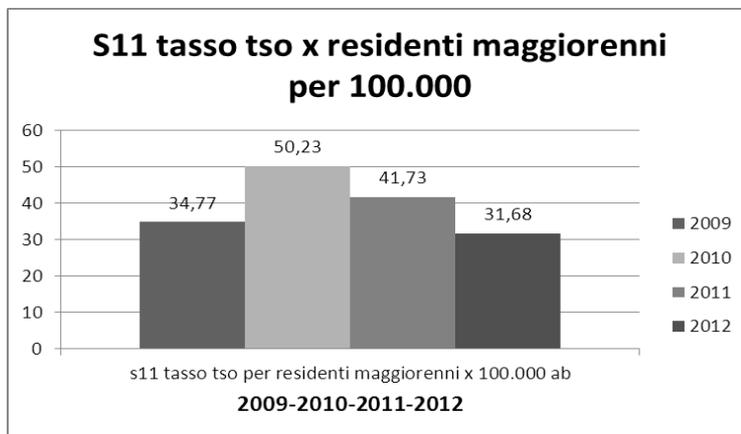


Grafico n. 2 (residenti maggiorenni tratti da: “La valutazione delle performance nel sistema sanitario ligure” Report 2011) (ARS Liguria, 2012) (media = 39,60)

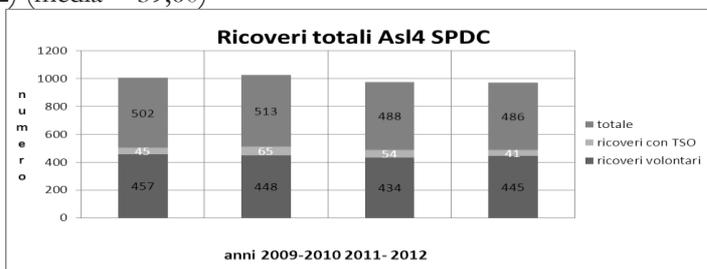
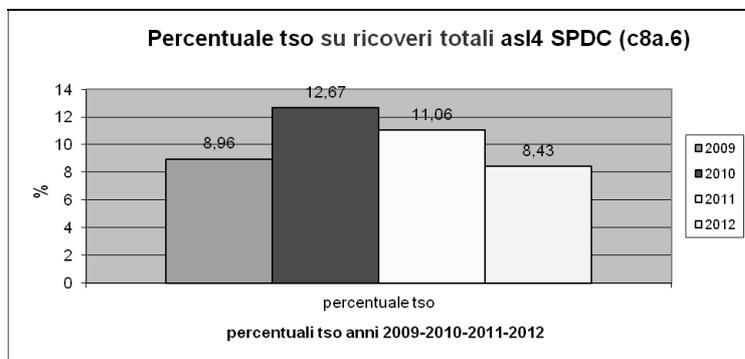


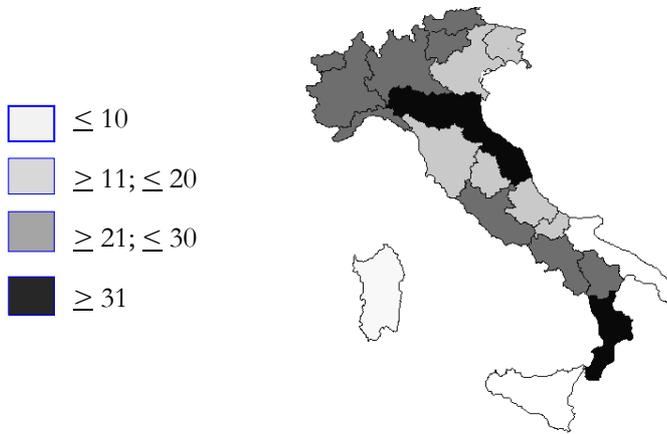
Grafico n. 3 (media = 497,25)



55

Grafico n. 4 (media = 10,28)

Tasso giornate annue in TSO/10.000 abitanti (Bracco, 2004)



56

Figura n. 2

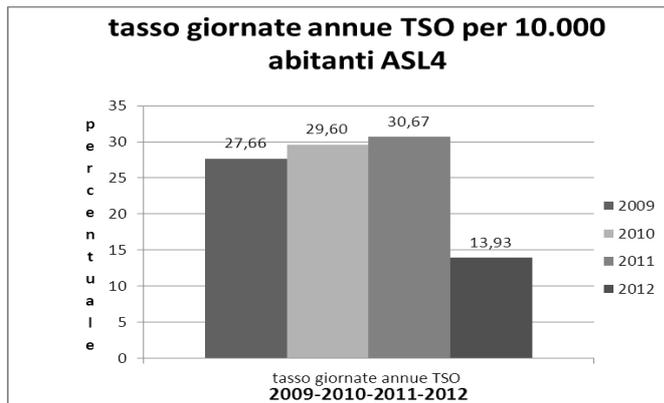


Grafico n. 5 (media = 25,46)

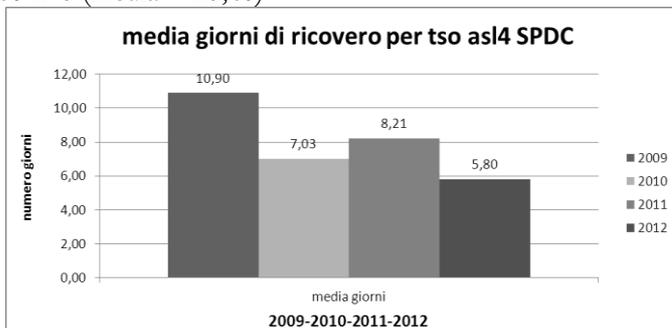


Grafico n. 6 (media = 7,98)

## S12

È importante evidenziare che vi sono ambiti in cui non vi sono *standard* di riferimento, ossia dove ancora la ricerca scientifica non è in grado di valutare l'impatto dei servizi e delle prestazioni erogate sulla qualità di vita e gli esiti dei pazienti. Questi ambiti, che includono oltre il 50% delle cure erogate registrano elevati livelli di variabilità sia nella tipologia di servizi erogati sia nelle modalità terapeutiche adottate di conseguenza nelle risorse utilizzate (Nuti *et al.*, 2012).

Ciò premesso come ribadisce la recente bibliografia, solo la Toscana, l'Emilia Romagna e la Campania stanno implementando l'uso di questo indicatore.

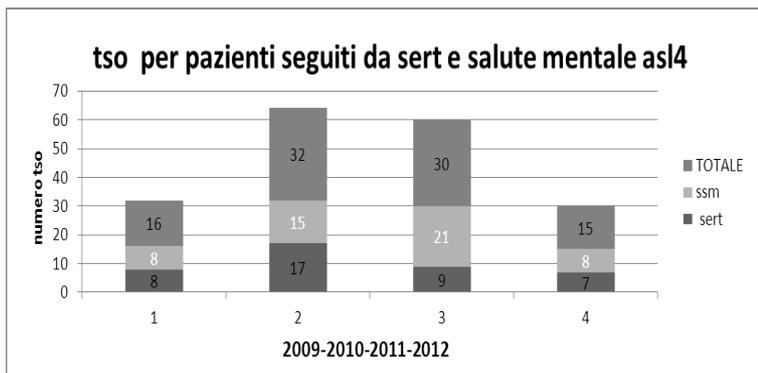


Grafico n. 7

58

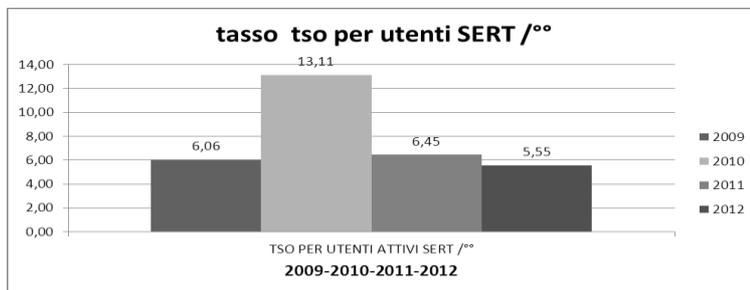


Grafico n. 8 (media = 7,79)

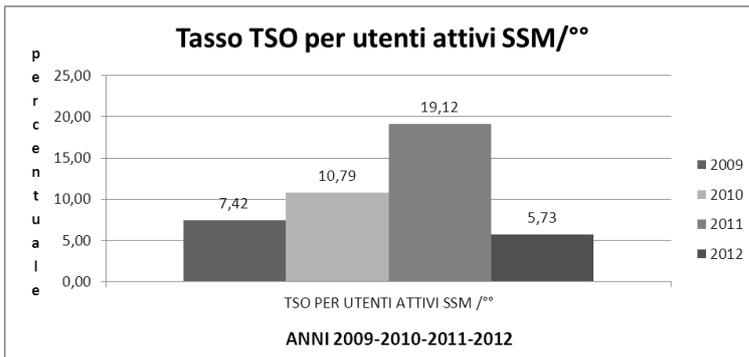


Grafico n. 9 (media = 10,76)

Questo indicatore necessita di ulteriori analisi sia nazionali che regionali dato che i dati nazionali contemplano solo i pazienti seguiti dai Servizi di Salute Mentale e non dai Ser.T., entrati a pieno titolo nei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze, come ora si chiamano e comunque titolari di diagnosi che tutte le classificazioni internazionali considerano psichiatriche (DSM IV-TR e V, ICD9 e 10). Con riferimento all'anno 2010, il tasso varia dal 2.4‰ della Toscana al 12.0‰ della Campania e dell'Emilia Romagna (Nuti, 2013).

Il tasso medio per il Ser.T. nei quattro anni considerati per 1000 utenti attivi è 7,79 (grafico n. 8).

Il tasso medio per il Servizio di Salute Mentale nei quattro anni considerati per 1000 utenti attivi è 10,76 (grafico n. 9).

Con riferimento all'anno 2010, come si è già detto, il tasso varia dal 2.4‰ della Toscana al 12.0‰ della Campania e dell'Emilia Romagna.

I dati riportati dallo studio MES (Nutti, 2013), non riportando i ricoveri dei pazienti seguiti dai Servizi per le Dipendenze, che comprendono per la ASL4, i pazienti tossicodipendenti, gli alcolisti, i disturbi del comportamento alimentare, il gioco d'azzardo patologico, sottostimano i ricoveri nei SPDC in TSO, come si vede dal grafico n. 7.

In tale grafico si evince, infatti, che almeno dal 2009 i ricoveri coatti nei pazienti seguiti dal Sert rappresentano quasi il 50% dei ricoveri nei pazienti seguiti dal dipartimento di salute mentale e dipendenze.

## Conclusioni

In questo studio si sono esaminati i Trattamenti Sanitari Obbligatoriosi nell'ambito dei ricoveri per patologie psichiatriche, tali trattamenti, come già ricordato possono essere, se in numero molto elevato, indicatori di un difettoso funzionamento del percorso di salute mentale (integrazione ospedale-territorio).

Si ricorda che i Trattamenti Sanitari Obbligatoriosi rappresentano anche costi molto più elevati rispetto all'assistenza territoriale.

Oggi questo indicatore viene espresso:

60

- attraverso il tasso dei ricoveri per 10.000 abitanti (studio Progres);
- o in valori percentuali rispetto al numero dei ricoveri totali in SPDC (C8a.6);
- o con il tasso annuale di trattamenti sanitari obbligatori (TSO) su 100.000 nella popolazione maggiorenne residente (S11).

Rispetto alla posizione ligure illustrata nello studio Progres (Bracco, 2004) la ASL4 si trova nella media di quanto descritto rientrando nella fascia alta del numero dei TSO nei quattro anni esaminati (tasso >3 per Liguria; 3,41 ASL4) e globalmente sotto la media se si considera la percentuale dei TSO sui ricoveri totali: 12,9% nel 2009 (Dell'Acqua & Bracco, 2009) come media nazionale contro il 10,28 nella ASL4 per gli anni considerati.

La percentuale dei ricoveri obbligatori resta comunque sensibilmente inferiore rispetto a quanto registrato in altri Stati europei, dove essi rappresentano sino al 30% del totale (Dell'Acqua & Bracco, 2009).

L'indicatore S11 con riferimento all'anno 2010, il tasso varia dall'8.7 della Toscana al 28.9 del Lazio. Per il Molise è 14.4, considerando i soli SPDC, si raggiungerebbe un valore pari a circa 14,0% (nel Lazio) (Nutti, 2013).

La ASL4 nei quattro anni considerati in riferimento all'indicatore S11 sembra avere un tasso più elevato rispetto allo studio MES del 39,60 anche se la variabilità di questo tasso è talmente alta da essere suscettibile di ulteriori studi (dal 8,7 al 28,9).

Il tasso di giornate annue di ricovero in TSO con 25,60 è in linea con i dati dello studio Progres che ha descritto per la Liguria un tasso tra 21 e 30.

I risultati dell'indicatore S12 sono difficilmente confrontabili e necessitano di essere implementati soprattutto per quanto concerne la registrazione dei dati sia dei Servizi di Salute Mentale (assenti in 18 regioni su 21) che dei Sert, assenti, al momento, in tutte le regioni italiane negli studi nazionali.

I dati del Servizio di Salute Mentale della ASL4 sono vicini a quelli dell'Emilia Romagna e della Campania con il tasso di 10,76.

In conclusione occorre ricordare che sul versante dei costi, emerge chiaramente che i servizi territoriali riducono i costi diretti diminuendo la durata e il numero delle ospedalizzazioni che rappresentano la componente più onerosa dell'assistenza (Amaddeo, 2003).

Da ciò si deduce l'importanza d'incrementare l'integrazione ospedale-territorio e di monitorarne gli indicatori come quelli sopra descritti, che descrivono tale integrazione.

## **RIASSUNTO**

L'analisi del percorso di salute mentale viene riconosciuta quale prioritaria data la riscontrata crescita del problema, evidenziata anche dall'Unione Europea.

Il progetto indicatori di valutazione per percorso assistenziale considera che, contrariamente ad altri paesi, in Italia non è mai stato avviato un processo nazionale di valutazione dei processi e della qualità dell'assistenza.

Gli indicatori relativi al Trattamento Sanitario Obbligatorio intendono fornire una stima del ricorso al TSO nella popolazione generale e negli utenti dei Servizi di Salute Mentale e, si aggiunge in questo studio, del Ser.T. sempre più rappresentato nella popolazione dei ricoveri coatti nei SPDC.

L'indicatore relativo al numero di ricoveri di tipo TSO è un indicatore indiretto dell'efficacia terapeutica delle strutture territoriali dedicate ai pazienti con disturbi psichici.

In questo studio vengono quindi esaminati i TSO di quattro anni (2009-2012) con le percentuali di pazienti seguiti dai Servizi di Salute Mentale e dai Ser.T. e il raffronto con le percentuali nazionali.

62

## **PAROLE CHIAVE**

Indicatori, percorsi di salute mentale, Trattamenti Sanitari Obbligatori, Servizio di Salute Mentale, Servizi per le Tossicodipendenze.

## **SUMMARY**

The mental health ways survey is an important goal standard for European Union because mental illness is an increased problem. indicator project is important for Italy where there are not many project in this matter.

Hospital order survey is an accurate method to measure efficacy of mental health services and addiction services so in this study we examine mental order of four years (2009-2012) for all population and persons followed by mental and addiction services.

## **KEY-WORDS**

Indicators, mental health ways, Hospital Order, Mental Health Services, Addiction Services.

## BIBLIOGRAFIA

- Alonso J., et al., (2004): Use of Mental Health Services in Europe: Results from the European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) in Project. *Acta Psychiatr Scand*, 109 (suppl. 420).
- Amadeo F. (2003): La valutazione dei costi e gli studi di costo efficacia in psichiatria. *NÓOG*, 3: 249-66.
- Bracco R. (2004): La restrittività nelle strutture di ricovero psichiatrico. Il Progetto “Progres-Acuti”: I Risultati Della Fase 2 – La gestione delle Acuzie e del ricovero in psichiatria, Livorno.
- Burns T., et al., (2009): Continuity of care in mental health: understanding and measuring a complex phenomenon. *Psychol Med*, Feb, 39, 2: 313-23.
- Dell’Acqua P. & Bracco R. (2009): I numeri dei servizi di salute mentale in Italia. *Italianieuropei*, 2.
- Donisi V., et al., (2011): The difficult task of predicting the costs of community-based mental health care. A comprehensive case register study. *Epidemiol Psychiatr*, 20, 3: 245-56.
- Fioritti A. (2002): *Leggi e salute mentale. Panorama europeo delle legislazioni di interesse psichiatrico*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Lopez A.D., et al., (2006): *Global burden of disease and risk factors*, World Bank, Washington.
- Munizza C, et al., (2011): CMHC adherence to National Mental Health Plan standards in Italy: a survey 30 years after national reform law. *Psychiatr Serv*, 62, 9: 1090-93.
- Nuti S. (2013): Il progetto indicatori di valutazione per percorso assistenziale (a cura del Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, In collaborazione con il Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica Alma Mater Studiorum), Università di Bologna.

- Nuti S., et al., (2012): Healthcare resources and expenditure in financial crisis: scenarios and managerial strategies. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 25, S4: 48-51.
- Picardi A., et al., (2007): La ricerca sui servizi di salute mentale: una overview dei risultati dei progetti PROGRES. *NÓOς Epidemiologia Psichiatrica: Nuove Direzioni*, 3: 157-76.
- Prince, et al., (2007): No health without mental health. *Lancet*, 370: 859-77.

## Quattro passi per strada

---



## Psicopatologia e Politica

Il titolo richiama alla mente – almeno di chi ha qualche anno sulle spalle – la grande stagione dei Goffman, dei Basaglia, dei Foucault, di Hollingshead e Redlich; stagione militante, non esente da un sospetto di riduzionismo sui *generis*, tendente a riassorbire la sofferenza mentale non già nella biologia e nelle neuroscienze ma, in opposta direzione, nella dimensione del conflitto politico. Visione certo unilaterale, ma ne siamo debitori dell'attuale più dignitoso dispositivo terapeutico; d'altra parte l'unilateralità è forse indispensabile premessa all'incisività.

Era necessario svelare alle genti “di che lagrime grondi” il sistema manicomiale.

Oggi molte cose sono cambiate, anche se i rischi di riflusso sono tuttora ben presenti e continua a costituire un problema anche politico la cura di persone la cui capacità di autodifesa è scarsa. Tuttavia si è creato lo spazio per indirizzi più articolati e riflessivi.

Ne è un esempio questo volume: una poliedrica riflessione sui rapporti fra l'intrasoggettivo, l'intersoggettivo, il sociale, il politico; fra la storia delle collettività e le storie interne personali. La formazione in terapia di gruppo di larga parte degli Autori ha consentito quest'approccio di ampio respiro, d'altronde collegabile a quello precedente appena ricordato: basti pensare alle difese collettive di tipo proiettivo-paranoideo che hanno potentemente contribuito alla creazione delle grandi istituzioni; per non parlare di problemi ben più generali, come il rifiuto del diverso o la stessa inesorabilità della guerra.

---

\* Neuropsichiatra, già Primario SPDC di Savona, Consulente Scientifico del “Gruppo Redancia”.

Il testo propone dunque un fecondo indirizzo giunzionale: la consapevolezza delle dinamiche collettive, storicamente determinate o metastoriche che siano, è un utile sfondo al lavoro clinico; e d'altra parte la riflessione psicologica – in particolare a indirizzo psicodinamico e fenomenologico – è d'aiuto nell'elaborare difese regressive e inconsapevoli che possono nefastamente orientare scelte politiche altrettanto inconsapevoli. Può aiutare a capire perché una politica contraria agli interessi delle masse può ottenere il loro appoggio.

Do un'idea di alcuni dei contenuti con una succinta carrellata che penso incoraggerà a leggere gli interi testi.

Comelli apre il volume con un'ampia e variegata trattazione delle difese di massa e dei relativi contenitori culturali, che fra l'altro aprono la via per il successo a quei politici che sanno sintonizzarvisi. Fanno parte di queste difese le dinamiche proiettive e persecutorie degli stati-nazione, tendenti a fornire al gruppo-nazione un'immagine di sé idealizzata. Esse sono attive sempre e giungono al culmine nelle guerre. Viene ricordata l'espressione di Bush dopo l'11 Settembre: "Perché noi? Siamo brava gente". Ne sappiamo qualcosa noi italiani, poiché l'espressione "Italiani brava gente" è divenuta un classico che fa parte di una nostra immagine idealizzata.

Possiamo aggiungere che le dinamiche di cui si parla si sono riattivate o quanto meno si sono riposizionate proprio con il sorgere degli stati-nazione, qualche secolo fa. Il medioevo feudale non era certo esente da scontri militari, ma si trattava di controversie non implicanti una radicale diversità dell'avversario, almeno nell'ambito della nascente Europa; le dinamiche proiettive erano invece forti nei confronti di quel mondo diverso costituito dall'Islam – non diversamente da oggi – ma basta leggere qualche poema cavalleresco per cogliere il rispetto nutrito, almeno in teoria, nei confronti del "cavaliere" avversario.

Pare specifica della nostra attualità una perdita del senso del limite, che porta con sé la non tolleranza della morte e del dolore, che verosimilmente stanno alla base delle attuali discussioni sull'eutanasia e

sulla fine vita. Temi, questi, ripresi da Valera che tratta dell'accanimento terapeutico, della solitudine dei pazienti terminali, di quella dei loro *caregivers*, dei sanitari curanti impegnati nelle cure "palliative".

Passando a un ambito clinico ma sempre in ottica gruppale, Comelli parla della tendenza di pazienti con patologia somatica a costituire gruppi omogenei ed esprimenti valori condivisi; ricorda il rilievo di Bion sui tubercolotici, uniti fra l'altro da un assunto di base di tipo dipendente; può essere interessante ricordare come quest'aspetto emerga anche nella *Montagna incantata* di Thomas Mann.

Più schiettamente politico il contributo di Bocchiola, che peraltro sottolinea giustamente come il fantasma individuale sia da sempre fantasma sociale, e viceversa. Quindi, come ricorda Riva, anche la patologia si trasmette da mente a mente, da una mente collettiva alle menti individuali. Ineccepibile la definizione del conflitto come la realtà della politica: è la gestione del conflitto la ragion d'essere di questa, il motivo per cui essa è a un tempo necessaria ma continuamente rifiutata e diffamata. Ma "conflitto" è anche termine di ambito psicologico; questa identità terminologica non è accidentale.

La *polis*, ricorda Bocchiola, ha sempre dovuto fare i conti con il dionisiaco, raffrenandolo, contenendolo, espellendolo. Può divenire questo un compito impossibile, come ci ha plasticamente insegnato Euripide 25 secoli fa: nel dionisiaco messo a confronto con l'ordine politico il conflitto si sfrena anche tragicamente e Penteo viene ucciso dalla propria stessa madre. È dalla fondamentale tragicità della vita che ci difendiamo – prosegue Bocchiola riprendendo il discorso di Comelli – con la "domanda di neutralizzazione delle dimensioni perturbanti della vita, a cominciare da quelle della malattia, della morte e della follia".

Seganti e Verde trattano di una dimensione costruttiva, e in particolare delle dinamiche del consenso, della fiducia condizionata, del credito che si dà ad altri attribuendo quindi loro un debito, cosa che si verifica dal rapporto figlio-madre fino al rapporto cittadino-*leader*, in una

prospettiva evolucionistica, tutto ciò è visto come tratto utile alla specie e alla sua capacità di organizzarsi in modo duttile.

Pinato, con forti riferimenti a Bauman, invita alla responsabilità del pensare e prendere posizione, ciò che può mettere in crisi un potere autoritario; mostra i legami fra la dimensione psicologica individuale e quella politico-sociale di questo problema.

Ciriello offre una panoramica veloce eppur corposa sui temi attinenti alla psicologia politica: le attività manipolative della pubblicità, le dinamiche di opposizione amico-nemico, parzialmente represses all'interno dello Stato e ben vive nei rapporti interstatali (e, potremmo aggiungere, inter-religiosi e interetnici); e, per contro, l'amore come forza unificante (vedi Freud); i rapporti fra morale sessuale e nevrosi, additati sempre da Freud peraltro criticato da autori quali Guattari, Deleuze, Marcuse. E poi il rapporto fra acquisizione e Potere, inteso soprattutto come controllo di beni e risorse; e il distacco tecnocratico-economicistico del politico dal sociale, favorito dalla fine degli ideali di lotta di classe con ritorno della collettività a un amalgama indifferenziato e sostanzialmente inerme, esposta – come diceva Comelli – alla seduzione del politico di successo. Ciò rimanda, credo, alla riflessione di McDougall, ripreso da Freud nella *Psicologia delle masse*, e alla sua distinzione precisamente fra massa indifferenziata e massa organizzata: caratterizzata, questa, da continuità di esistenza, da consapevolezza di fini e mezzi in ognuno dei membri, da interazione e competizione con altri gruppi, dalla presenza di una tradizione e di istituzioni, dalla sua articolazione in parti specializzate. È la descrizione di un sindacato o anche – fino ad un certo punto – della “massa” nella concezione marxista-leninista classica.

Ramella ci parla della nostra libertà solo apparentemente resa più ampia da tecnologie dell'informazione capillare che certo aumentano la possibilità di esprimerci ma chiedono un alto prezzo, restringendo la sfera del privato. Esse favoriscono uno “stare con tutti che è come stare con nessuno”; anche il piacere fine a se stesso e il sesso promiscuo sono un argine al timore dell'incontro, in una sorta di

“dittatura del godimento” in cui mancano elementi di verità o di “simulacri di verità”. Lo psicoterapeuta nella sua attività professionale ha a che fare con questa esperienza di caos; l'Autore suggerisce una linea umile e realistica, esente da pregiudizi normativi: “lasciarsi bagnare dalla pioggia insensata dei sintomi del paziente”.

Barbaro parte da un impensato paragone fra la rete di parrocchie che legava il mondo occidentale e la rete informatica che ora lo lega ma che, a differenza di quella, è priva di linee guida, di centri autorevoli di incontro, codificazione e simbolizzazione (riprende così il discorso di Ramella). Si potrebbe obiettare che tale mancanza è più apparente che reale, che le linee guida non sono assenti ma meno esplicitate, in una sorta di nuova forma di falsa coscienza. Una rinnovata ricerca di contenitori culturali può, secondo l'Autrice, consistere in un'esplorazione di antiche simbologie nell'area mediterranea.

Anche Campione prende spunto dal Mediterraneo, classico crocevia e luogo d'incontro o scontro di diverse culture, che attualmente prende la forma dell'intensa, spesso disperata, spinta migratoria. Essa ci propone l'alternativa fra la posizione paranoide, l'Altro è il nemico che distrugge la mia identità e il mio benessere, e quella depressiva, l'Altro mi pone di fronte ai limiti miei e del mio mondo, limiti la cui elaborazione mi porta a un arricchimento. L'attuale situazione di crisi può quindi essere un problema ma anche un'opportunità.

Crialesi segnala il cambiamento cui sembra andare incontro la popolazione dei pazienti: “sarebbero cambiati, valori e costumi avrebbero introdotto nuove configurazioni del disagio”. Ciò è certamente vero, ma c'è da chiedersi quanto rifletta una reale nuova configurazione della patologia mentale e quanto invece un mutamento nella composizione della clientela dell'analista. Infatti, per le condizioni psicopatologiche “classiche” si tende oggi a ricorrere a trattamenti farmacologici, ritenuti a torto o ragione abbastanza efficaci e certamente meno costosi o più facilmente praticabili in un Servizio pubblico: all'analista tendono a ricorrere pazienti la cui sofferenza non

si esprime in “sintomi bersaglio” che possano porre l’indicazione per una farmacoterapia ma piuttosto in un più generale disagio esistenziale. Colavero trae spunto dalla storia dell’Autore francese noto come Celine per un parallelo fra la risposta proiettiva di tipo paranoideo che ha ispirato i libelli antisemiti dell’Autore e la risposta espulsiva, peraltro tardiva, della nazione francese nei confronti dello stesso. La collettività francese, di fatto, solo posta di fronte all’orrore della *shoah* ha dovuto rifiutare radicalmente l’antisemitismo e chi lo aveva apertamente sostenuto. Si è così confermato – rileva l’Autore ispirandosi a Kaes – come le istituzioni si fondino su un patto di diniego che permette, lasciando da parte in appositi contenitori mentali i contenuti impensabili ed angosciosi, disturbanti, di apportare invece investimenti e risorse al compito, alla struttura dell’istituzione.

La Francia quindi – prosegue Colavero – divenne un gruppo massa, “senza spazio disponibile all’opinione disuguale, un gruppo tirannico, del pensiero unico, del pensiero forte e inattaccabile perché saldo, paranoide, serrato e impenetrabile alla critica e alla comprensione”. Può essere interessante ricordare come, prima di Freud e di Le Bon, Alessandro Manzoni avesse delineato questo stato di cose in grandi pagine sulla psicologia di massa: «chi forma poi la massa... è un miscuglio quasi accidentale di uomini... chi è riuscito a persuaderli che un tale non meriti d’esser squartato, non ha bisogno di spender più parole per convincerli che sia degno d’esser portato in trionfo». Emergono qui limpidamente meccanismi scissionali analoghi a quelli propri della psicopatologia individuale del *borderline*.

E, prosegue il Manzoni, è questo il terreno fertile per gruppi minori ma fortemente orientati e coesi, che vogliono «entrare in quel corpaccio e farlo muovere»: questo richiama alla mente quei politici di successo di cui parla Comelli e del resto raffigurati dal Manzoni stesso nell’opportunistico cancelliere Ferrer. Credo che questo richiamo abbia un senso perché aiuta a chiederci fino a che punto le dinamiche psicosociali lumeggiate in questo volume siano particolarmente attive

nella nostra epoca e fino a che punto invece siano una realtà metastorica.

Quel che è certo è che esse costituiscono una sfida decisiva.

Altro ci sarebbe da dire: ma è meglio andare a leggersi il libro.

OLTRÈ

## Oltre il limite. Note fenomenologiche sul viaggio<sup>1</sup>

Svilupperò il tema a partire da una semplice considerazione, apparentemente banale: il viaggiare, e il sentir raccontare di viaggi – microviaggi o macroviaggi, reali o immaginari che siano – è perlopiù cosa affascinante, comunque interessante e piacevole.

Ci si può chiedere perché piaccia e una risposta potrebbe essere: perché abbiamo le gambe, gli occhi, e l'immaginazione. Il che si accorda, a prima vista, con la concezione aristotelica del piacere, inteso come effetto di un agire conforme a natura.

La storia dell'umanità è strutturata in un fitto e sconfinato reticolo di percorsi di viaggio, ovviamente non tutti apportatori di piacere, i cui moventi, da quelli per necessità di sopravvivenza a quelli per conoscenza o puro svago, sono, com'è chiaro, molteplici e intrecciati. Intendo, in questo mio lavoro, focalizzare un movente alquanto sfuggente, perlopiù inconsapevole, ma sottilmente potente, e probabilmente attivo in qualche misura nelle varie motivazioni che inducono al viaggio: il desiderio di un **altrove**, essenzialmente indeterminabile in quanto luogo, anche se geo-topograficamente localizzato come meta. In relazione a tale movente esaminerò la nozione di **curiosità**, pulsione che spinge all'esplorazione conoscitiva delle cose, degli ambienti, dell'altro umano; e il confronto con un **limite** (barriera, confine o soglia) che, a parte l'eventuale sua

---

\* Saggista, già Ricercatore chimico-fisico in laboratori internazionali, in campo filosofico si occupa di fenomenologia della conoscenza e dei linguaggi artistici.

<sup>1</sup> Lavoro presentato all' "VIII Incontro tra filosofia e psichiatria. Il viaggio: realtà, immaginario, terapia?", Genova 24 Ottobre 2011.

concretezza materiale è, come l'altrove, essenzialmente interiore, soggettivo, esistenziale.

Esporrò inoltre qualche considerazione riguardo al sentimento del **sublime** – stato emotivo e nozione non solo riferibili all'atteggiamento romantico e all'ambito artistico – che pure implica il confronto soggettivo con un limite e la suggestione di un altrove.

Nella prospettiva in cui sviluppo le mie riflessioni, il viaggio rimanda, oltre e più che a una topografia, a una topologia del senso.

Un famoso quadro di Caspar David Friedrich, dal titolo “Viandante sul mare di nebbia”, mostra un uomo di spalle che, da un'altura rocciosa, contempla i monti vicini, dai quali lo separa un territorio percorso da folate di nebbia.

Ho scelto questa immagine, qui evocata dalle sole parole, come controparte visiva del senso che alimenta le argomentazioni riportate nei paragrafi che seguono.

80

Inizio con una riflessione, per così dire “a monte”: già Democrito aveva immaginato alla base dell'esistenza e concretezza materiale di ogni cosa un movimento universale ed eterno, manifestazione di un'energia e di una dinamica cosmiche che la sempre più attrezzata fisica moderna appassionatamente cerca di comprendere, spiegare.

La vita, *bios*, è una modalità di questo movimento, espressione di un rapporto di reciprocità, secondo movimenti opposti tra istanze contrarie ma articolate: permanenza e mutamento, ovvero stabilità e instabilità, ordine e disordine, associazione e dissociazione.

L'umano andar per via, il viaggiare, trova una corrispondenza con questo vitale rapporto circolare, in una sorta di pulsazione ciclica di andata e ritorno.

Naturalmente anche altre specie animali, per così dire, viaggiano, spostandosi per la ricerca del cibo, del *partner* riproduttivo, o sospinti da ostilità ambientali. Il “viaggiare” è tuttavia un agire peculiare dell'animale umano, perché implica una coscienza, anche storica, di sé

quale essere singolo e sociale e dei motivi, reali o presunti, per i quali si muove, s'intraprende un percorso<sup>2</sup>.

Va da sé, è cosa ovvia, che l'intraprendere e il procedere lungo una via costituiscano una figura retorica potente nell'uso linguistico, metafora e paradigma che s'impongono nel riferimento spazio-temporale a qualsiasi avvenimento, processo, reale o solo immaginario che sia. Così si dice, per esempio, che gruppi umani **migrano**, indotti da una mancanza in ciò che loro necessita per vivere; ma anche, analogamente, per esempio in un contesto chimico-fisico, si dice che in un reticolo cristallino determinati atomi **migrano** da una regione reticolare in un'altra regione in cui difettano, ristabilendo così un equilibrio termodinamico e spaziale nella loro distribuzione.

In entrambi gli esempi appena riportati, sul filo dell'analogia, ma in accordo con la tendenza universale al movimento, uno squilibrio, di fatto una **mancanza ad avere**, se non **ad essere**, come recita un noto luogo retorico, induce entità al movimento lungo una qualche via e direzione.

81

Accennavo all'inizio al piacere insito nel raccontare di viaggi, nell'ascoltare racconti di viaggi, oltre che dal compierli effettivamente. Un piacere, in questo raccontare-ascoltare-leggere-vedere (come ad esempio, in un film), in questo immaginare insomma, che è magari anche maggiore di quello provato nel viaggiare concreto stesso.

Di fatto nell'elaborazione e fruizione dei racconti di viaggi, trovano espressione un bisogno primordiale, una necessità biologica, di ripetizione e di rimemorazione, di mantenimento di un'identità personale e collettiva. Il viaggio ha quindi chiaramente per noi umani una **valenza mitica**, corrisponde a un senso profondo della nostra **esistenza**. Non per nulla al significato della parola "esistenza" già

---

<sup>2</sup> Forse una presunzione antropocentrica. In effetti non mi sento di escludere che per altre specie animali possa darsi un'esperienza - di coscienza e di motivazioni - del muoversi nel territorio, in qualche aspetto simile alla nostra.

allude la sua etimologia, dal termine latino *ex-sistere*, dove *ex*, sta per fuori, e *sistere*, significa “levarsi” mirando a un “verso”. Chiaramente il **levarsi mirando a un verso** è azione che richiede un movente, un’energia di attivazione, una forza motrice che spinga lungo una via. Naturalmente – ammiccando al mito – con l’assistenza di Hermes, il dio dei viaggiatori, dei viandanti, dei vagabondi, oltre che dei mercanti e dei ladri, il dio degli **spazi esterni**.

Come ho premesso, intendo focalizzare un movente a cui normalmente non si presta attenzione, perché coperto dall’ordinarietà quotidiana, o confuso con altri moventi: il desiderio di un materiale o immaginario **altrove**, luogo essenzialmente indefinibile, ma che ci attrae, e da cui sembra provenire, magari da dietro la maschera del turisticamente attraente, come una chiamata.

Ma è chiaro che questo altrove, è qui e ora, situato all’interno del nostro sentire, nella vicina lontananza del nostro inconscio. Corrisponde a qualcosa che ci è **vicina**, ci accompagna, ma in quanto assenza, **mancanza**, e perciò implica una **lontananza**, e dà una nostalgia, una sofferenza sottile, una *Sehnsucht*, come dicevano i romantici, alludendo – come l’etimologia tedesca indica – ad uno struggimento, una sorta di **malattia collegata al vedere**, o con altre parole, a ciò che otticamente non si può vedere perché è lontano, ma ci attira, per cui ne soffriamo.

L’altrove è dentro di noi, e gli corrisponde una specie di polarità, di bifocalità, o di eccentricità, insite nel nostro essere. Una malattia del vedere, causata da qualcosa che è lontano, come dicevo, ma che tuttavia, in quanto tale, induce a pensare che possa darsi anche una **cura** del vedere. Ritornerò più avanti su tale questione, a proposito del sentimento e dell’atteggiamento di **curiosità**.

C’è da notare che non si può avvertire la mancanza di qualcosa, provarne nostalgia, se in qualche modo non c’è stata l’esperienza di quella cosa, per quanto indefinibile, forse una situazione di unità o totalità, uno stato indifferenziato, privo di conflitti, e una corrispondente beatitudine, latenti in qualche angolo del nostro essere.

Questione antica, che può essere interpretata come un sentire, per così dire, “religioso” nell’uomo. E certo, per cercare di comprenderla “scientificamente”, oggi si può scomodare il pensiero psicoanalitico, magari nella versione di Lacan, che suggeriva esplicitamente come moventi inconsci dell’agire umano una “mancanza ad essere” e un correlato “desiderio di essere”, in base alle nozioni e figure interpretative freudiane, sul postulato di un’energia libidica intesa come sostrato delle trasformazioni della pulsione sessuale. C’è da ricordare che Jung, diversamente, la concepiva come “energia psichica” in generale, attiva in tutto ciò che è “tendenza verso”. Ma, naturalmente, come spesso accade, per chiarire posizioni concettuali vale sempre il rimando al mito, qui in particolare alla figura dell’androgino, come raccontato da Aristofane nel Simposio platonico. Lo ricordo succintamente: originariamente l’umanità era costituita da tre generi sessuali il maschile, il femminile e il neutro, l’androgino. Questo era di forma sferica, configurato nell’unione della parte maschile e di quella femminile, con due volti, quattro braccia, quattro gambe. Poiché gli androgini erano potenti e arroganti verso gli dei, Zeus decide di tagliarli in due metà, per indebolirli e ammansirli, ed ordina ad Apollo di rovesciarne il volto e la metà del collo verso il lato del taglio, in modo che l’umano dimezzato possa moderarsi nella visione della propria scissione. D’altra parte le opposte metà si cercano, desiderose della perduta unità; i genitali, che Zeus ha situati davanti, permettono loro di accoppiarsi rivolgendosi gli sguardi. È Eros, figlio di Poro (risorsa, espediente) e di Penia (povertà), messaggero tra gli dei e gli uomini, dotato di risorse, avido di sapienza, che li sospinge a riunirsi, secondo un movimento opposto, di avvicinamento, rispetto a quello di allontanamento causato dal taglio, atto d’altronde, questo, e limite, che inaugura la coscienza, la capacità di giudicare e di porre dei limiti, che risulta così coniugata al **vedere**.

Nel viaggio è implicita la spinta all’**andare a vedere**, all’**incontro** con qualcosa, una situazione, che attrae, come se fosse un qualcosa da cui siamo stati originariamente divisi, evento che almeno in prima istanza

si configura visivamente. Il termine tedesco che sta per “giudizio”, *Urteil*, rimanda esplicitamente ad una divisione originaria. Divisione che instaura nel vivente umano una differenza, o meglio una *differance*, per dirlo alla Derrida, un’alterità incolmabile, un altrove irraggiungibile, e con ciò la capacità di pensare, il che implica il costituirsi nel soggetto umano di una logica della separazione e dell’unione e quindi una capacità cognitiva.

Sta dunque, secondo il mito dell’androgino – nell’articolazione di momenti di scissione e unione, lontananza e vicinanza, estraneità e familiarità, e dei corrispondenti sentimenti di sofferenza e appagamento, in un equilibrio dinamico di coesistenza sostenuto da un’energia erotica, libidica **tendenza verso** – una modalità fondamentale dell’essere umano.

La tendenza all’**allontanamento** da un qui noto e magari scontato, verso un là altro, estraneo, ma che si vorrebbe conoscere, o riconoscere (movimento dissociativo), si articola con un’opposta tendenza (movimento associativo) di **ritorno** a casa, a ciò che è sentito come familiare, rassicurante (si pensi all’immagine potente del ritorno, *nostos*, di Ulisse a Itaca). Il che non significa, a livello esistenziale, una ciclicità dell’identico, qualcosa cambia, non vi è vera reversibilità, il circolo non è necessariamente vizioso. Per esempio, una situazione di familiarità con le cose si può pensare eventualmente ricostituita in base a differenti stati di cose rispetto a prima, oppure può implicare una diversa configurazione esistenziale delle cose alle quali ci si rapporta. Hermes, il dio-uomo dei viaggiatori, dei girovaghi, dei vagabondi, dio degli **spazi aperti** si coniuga così a Hestia, la dea-donna del focolare domestico, dea dello **spazio interno e protetto**.

Va peraltro notato che in Platone a desiderio e nostalgia viene a corrispondere una spinta alla ricostituzione di uno stato perduto. Per quanto la presenza originaria di tre specie umane, possa far pensare che tra la forma androgenica (associazione) e le forme maschile e femminile (dissociazione) possa sussistere un’articolazione di reversibilità, rapporto dinamico che fa sì che il desiderio permanga, non si estingua

nel raggiungimento di una meta. Diversamente, in Aristotele, il desiderio consente il passaggio dalla potenza all'atto, da uno stato di mancanza ad uno di completezza, ottenuto in seguito al conseguimento di ciò che è desiderato e all'estinzione del desiderio.

Ora, per concludere il paragrafo, evitando divagazioni sulla natura del desiderio faccio notare che la figura semantica del termine rimanda a "cessare di contemplare le stelle", e di "agire"; di muoversi insomma, di viaggiare, andando, anche solo metaforicamente, a vedere là dove qualcosa ci chiama badando però, per l'Odisseo che è in noi, che non siano le sirene a chiamarci.

È chiaro che il viaggiare può essere appagante per ciò che comporta di novità, soddisfacendo delle curiosità. E normalmente ci si aspetta che un viaggio sia così, in particolare se non imposto da necessità, e per quanto magari possa comportare fatiche e rischi, e l'incontro incombente con il caso che scompiglia le attese.

Consideriamo allora la **curiosità**, pulsione soprattutto scopica, cioè del vedere, e carattere per così dire allotropo rispetto al desiderio, ma spesso con questo cooperativo; e comunque in accordo con una **tendenza verso** di natura libidica. C'è da dire che il comportamento di curiosità è una delle più importanti prestazioni funzionali per la conservazione delle specie animali, ma nell'animale umano, rileva Konrad Lorenz, è come se agisse una **tensione** tra il dominio dei valori consacrati dalla tradizione, delle nozioni sclerotizzate, e la curiosità ribelle che spinge a superarle, verso un altrove di esperienza e conoscenza.

Un'occhiata al significato della parola "curiosità" può servire a meglio comprendere la sua funzione esistenziale, oltre che contingente, di tale atteggiamento. L'etimologia latina rimanda a **cura**. Il vocabolario etimologico ci rende un ventaglio di significati, come "essere saggio", "assennato" e "aver sollecitudine", "vigilanza" e inoltre "guardare", "osservare". Curioso è colui che si prende cura di sé, nel senso che si

pre-occupa ed occupa dell'acquistare e del mantenere uno sguardo perspicuo su di sé, sugli altri e sulle cose, il che significa comprendere. Interessante è che la parola tedesca che sta per curiosità, *neugier*, significa letteralmente “avidità, appetenza, per il nuovo”. Carattere che non esclude i significati, per così dire positivi, emergenti dal termine latino, ma ne arricchisce lo spettro semantico, inserendovi tuttavia una nota discordante. È però la modalità ordinaria, normale e per così dire, inibita, inautentica, del sentimento di curiosità, per cui per lo più non ci si prende cura di vedere per comprendere ciò che si vede, soffermandosi in una sorta di apertura percettiva sulle cose, siano oggetti, esseri umani, usanze, opere d'arte, ecc., ma solamente di vedere, afferrando ciò che si presenta a prima vista, magari cercando compulsivamente il nuovo solo in vista di un altro nuovo e così via soddisfacendosi. Anzi in realtà insoddisfacendosi, saltando da una cosa all'altra “pel piacer di porle in lista”, come dice Leporello a proposito delle conquiste muliebri di Don Giovanni. Un'inibizione nell'aprirsi allo sguardo, forse una distrazione dovuta all'abitudine, alla pigrizia, alla quotidiana mistificazione dei media e delle chiacchiere a cui ognuno di noi è soggetto – detto senza intenti moralistici o pedagogici – ovvero un **limite** che impedisce che possa essere colta, quell'**alterità** sempre presente in ciò con cui, esseri umani o cose, ci rapportiamo, affettivamente o utilitaristicamente. È però un'inibizione del vedere che si confronta con la tendenza alla cura autentica, la quale implica sempre un procedere oltre il limite.

Così un'esperienza di viaggio, poniamo un viaggio turistico, sulla linea delle precedenti riflessioni, può essere vissuta nel suo senso più profondo, oppure come semplice e banale corrispondenza a ciò che i *dépliant* turistici e le anticipazioni televisive promettono, a ciò che ci si aspetta e che ci limita. E in effetti, oggi – nell'epoca di *Internet* e di *Earth Google* – in cui tutto il mondo tende ad uniformarsi, come scrive Italo Calvino, può sembrare che l'altrove non esista più. Non è così. Anche se l'altrove materiale raggiunto, in quanto tale non è più qualcosa di altro, di speciale, è addomesticato, come agita da una

tensione che attiva un moto continuo, la forza sospingente al pensare l'altrove permane. L'essere umano "altrovizza" per sua natura. All'addomesticamento si oppone la tendenza all'estraniamento, sempre attiva in noi.

Personalmente amo molto camminare, e in particolare "scarpinare" negli ambienti naturali, soprattutto montani. Mi piace perciò ora accennare in particolare a questo genere di viaggio.

Cito in proposito un brano da *Le confessioni* di Jean Jacques Rousseau (riprendo da una vecchia traduzione):

«La vita ambulante è quella che mi piace. Camminare a piedi col bel tempo, in un bel paese, senza aver fretta». Il filosofo ginevrino, a parte il suo girovagare in carrozza per l'Europa, era un gran camminatore, un escursionista, e prediligeva i percorsi naturalistici. Nota: «Mi abbisognano torrenti, rocce, pini, abeti; boschi cupi, montagne, sentieri difficili da salire e scendere, e precipizi ai miei fianchi che mi facciano molta paura». E rammentando un certo percorso nella Savoia, riferisce: «Hanno munito il sentiero d'un parapetto per impedir disgrazie; ciò faceva sì ch'io potevo contemplare il fondo e prendermi le vertigini a tutto mio agio; perché ciò che vi è di singolare nella mia simpatia per i luoghi scoscesi, è che essi mi fanno girar la testa; ed io amo molto quel giramento», e aggiunge «purché sia in sicurezza».

Ciò che turba Rousseau – e noi in simili circostanze – è qualcosa di fronte a cui non riusciamo a rassicurarci, ovvero la percezione **subliminale** della nostra fragilità, precarietà, di fronte alla minacciosa strapotenza della natura, dell'inquietante ed affascinante, al tempo stesso, evocazione dell'intimità, che ci si rivela, tra la vita e l'altrove assoluto, oltre il limite della vita, segnato dalla morte.

Certo, in queste notazioni rousseauiane, a parte l'effetto un po' comico per il contrasto tra l'enfasi sull'esigenza di sentirsi in sicurezza e il piacere per il turbamento causato dalla visione dell'orrido, si può cogliere l'eco del dibattito sul sentimento del cosiddetto **sublime** che si

svolgeva in quell'epoca precedente di poco il romanticismo, in cui trovò più ampia enfasi.

Poche osservazioni sul sublime, che – al di là delle concezioni settecentesche in campo estetico-artistico del bello in quanto piacente e del sublime in quanto inquietante, e qui vale in particolare il rimando al Kant della *Critica del Giudizio* – tocca un po' il nucleo delle mie riflessioni.

Guardando all'etimologia latina della parola, si coglie il rimando, per il termine “sublime” al risalire da sotto, obliquamente (da *limus*, obliquo), e per i termini “subliminale” e “sublimità” al risalire superando una soglia, un limite (da *limes*). C'è l'allusione quindi al muoversi da un qui ordinario, noto, oltre un limite, verso un altrove definito o indefinito, secondo un percorso non lineare, indiretto, obliquo. Un altrove che può essere inteso, in contesto metaforico, come l'infinito, contrapposto alla finitezza, l'informe contrapposto alla forma, il nondicibile contrapposto al dicibile, l'invisibile al visibile, il nonsenso al senso. Interessante è anche la parola “sublimazione”, impiegata, com'è noto da Freud per spiegare la deviazione dell'energia pulsionale verso una nuova meta, non sessuale. Nell'ambito chimico il termine “sublimazione” designa il passaggio diretto, attivato termicamente, dallo stato solido a quello di vapore, caratteristico di certe sostanze; queste si ricostituiscono tali e quali, eventualmente purificate, su superfici raffreddate. Dalla chimica moderna, cogliendo la metafora, all'alchimia medioevale, la parola rimanda ad un altro processo di natura mentale, a una trasformazione spirituale; tematica alla quale fanno riferimento, com'è noto, aspetti considerati da Jung nella sua psicologia del profondo, sui quali non sto qui a dilungarmi.

Ora, menzionando figure radicate nel nostro immaginario, l'altrove può situarsi geo-topograficamente nella Cina per Marco Polo, o sulla vetta inviolata dell'Everest per Hillary e Norgay, gli alpinisti che si preparavano ad affrontarla, o su di una qualsiasi cima di montagna per l'escursionista domenicale; o negli “interminati spazi” che Giacomo

Leopardi contemplava dalla sommità dell' "ermo colle" prossimo alla casa paterna. Oppure, fenomenologicamente, in aspetti inconsueti degli oggetti comuni della propria stanza, come accadeva a Xavier De Maistre, obbligato a restarci rinchiuso per ragioni politiche, e che indagava ambulando tramite il dondolio della sua sedia a sdraio.

Esempio questo, che suggerisce come l'altrove possa essere incontrato, e il sublime sottilmente esperito, anche in luoghi familiari, emergendo dall'ovvio, dal banale, dal consueto delle situazioni e degli oggetti dell'ambiente quotidiano, emergendo come novità, magari sorprendente e sconcertante. Ciò naturalmente comporta un cambiamento di punto di vista, ovvero uno sguardo per così dire laterale, che giri attorno all'aspetto delle cose che normalmente ci si offre. Non certo per pervenire filosoficamente ad un'astratta "cosa in sé", ma per cogliere con uno sguardo fenomenologico la cosa nel suo darsi concreto alla nostra percezione come **articolazione** tra di essa: entità esterna percepita e noi (interiorità percepiente). Articolazione che può essere colta come **soglia**, come **limite non-limitante**, per cui ogni passo verso quell'altrove che in ogni cosa balugina è anche un passo verso noi stessi, quell'indefinibile che noi siamo. Anche questo è un viaggio, e del resto ogni viaggio concreto, geografico, ha la possibilità di poter essere anche questo. In ogni caso c'è l'attesa di un incontro altrove, il cui prodursi può magari sorprendere; è un'attesa che pone comunque un'inquietudine e un sottile godimento (il godimento è labile, ma permangono, con le sue tracce, una nostalgia e un desiderio).

## Caro Lettore,

lo spirito con cui è nata la rivista "Il Vaso di Pandora" è stato quello di favorire ed agevolare il dialogo tra i professionisti delle scienze umane, con particolare riguardo all'area della Psichiatria.

A tale proposito, la Segreteria Scientifica e di Redazione invita i Lettori ad inviare elaborati, loro o dei loro collaboratori, dai quali poter trarre nuovi spunti di dialogo e riflessione e che possano contribuire ad un arricchimento dei temi trattati.

*La pubblicazione di un articolo sulla rivista è, in ogni caso, rigorosamente subordinata al parere positivo di **referee esterni** al Comitato Editoriale.*

### Note per gli Autori

1. Nel proporre il proprio scritto alla Segreteria Scientifica e di Redazione, l'Autore dovrà specificare che si tratta di un lavoro inedito e che intende pubblicarlo esclusivamente sulla rivista "Il Vaso di Pandora".

2. Preferibilmente, l'elaborato proposto dovrà essere inviato tramite mail come file di WORD allegato agli indirizzi di posta elettronica: [vaso.pandora@redancia.it](mailto:vaso.pandora@redancia.it) e [olivierifederica@alice.it](mailto:olivierifederica@alice.it). Qualora ciò non fosse possibile, l'Autore potrà inviare il file WORD, salvato su CD, al seguente recapito: Segreteria de "Il Vaso di Pandora", Via Montegrappa 43 – 17019 Varazze (SV), all'attenzione della Dott.ssa Federica Olivieri

3. **Ogni testo** dovrà essere accompagnato da:

- **Nome e Cognome** per esteso degli Autori;
- una breve **nota biografica** relativa ad ognuno (la Segreteria si fa carico di omettere questi dati dalle copie che invia ai referee per la valutazione);
- almeno un **indirizzo postale** a cui i lettori possano inviare eventuali loro comunicazioni agli autori, un **indirizzo di posta elettronica** e un numero di telefono per eventuali comunicazioni della Segreteria;
- **titolo** in italiano ed inglese;
- alcune **parole chiave** in Italiano ed Inglese;
- un **breve riassunto** in Italiano ed Inglese;

4. Qualora l'elaborato si sia ispirato ad una relazione presentata ad un Convegno (è questo il caso degli "estratti"), dovrà comunque essere accompagnato da un breve riassunto, sia in Italiano che in Inglese e dalle parole chiave.

5. Le note dovranno essere ridotte al minimo e numerate progressivamente.

6. Le citazioni, accuratamente controllate, dovranno apparire tra virgolette doppie (anche le virgolette usate per fini diversi dalla citazione dovranno essere doppie). I corsivi originali dovranno essere sottolineati (o meglio riportati in corsivo); i corsivi aggiunti dovranno essere indicati tra parentesi con: (corsivo aggiunto), oppure (sottolineatura mia). Ogni aggiunta dell'Autore dell'articolo dovrà essere posta in parentesi quadra; per esempio: "egli [S. Freud] intendeva". Le omissioni nel testo verranno segnalate nel seguente modo: (...). Parole o frasi in lingua diversa dall'italiano saranno senza virgolette, ma sottolineate (o scritte in corsivo) e seguite, nel caso, dalla traduzione tra parentesi o in nota.

7. I riferimenti bibliografici nel testo saranno indicati tra parentesi semplicemente con il cognome dell'Autore, seguito dalla data ed eventualmente dal numero delle pagine: (Freud 1921, p. 315), ma (Freud A. 1936, p. 58). Nel caso di opere coeve: (Hartmann 1939a, p.46), (Hartmann 1939b, p. 161). Se gli Autori sono due, appariranno entrambi: (Breuer e Freud 1893-1895, p.345). Se sono più di due: (Racamier et al. 1981, p.184).

8. I titoli di libri riportati nel testo saranno sottolineati (o scritti in corsivo). I titoli di articoli apparsi in riviste o libri saranno citati tra virgolette doppie. Ad ogni riferimento bibliografico nel testo dovrà corrispondere una voce nella bibliografia finale.

9. La bibliografia consiste in una lista, non numerata, in ordine alfabetico, e deve contenere unicamente gli Autori citati nello scritto.

La voce bibliografica relativa ad un libro seguirà questo modello:

- **Wing J.K. (1978): Reasoning about Madness. Oxford University Press, Oxford.**

Di seguito, tra parentesi, può essere indicata l'eventuale traduzione italiana con titolo sottolineato, editore, città, anno; il tutto chiuso da un punto fermo. E' accettata anche la citazione del titolo della traduzione italiana, purché tra parentesi, dopo il nome dell'Autore, figuri la data di uscita del lavoro in originale. La data della traduzione va in fondo. Es.:

- **Wing J.K. (1978): Normalità e dissenso, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1983.**

Le opere di uno stesso Autore appariranno secondo ordine cronologico, con ripetizione del nome dell'Autore ed eventuale differenziazione con lettera alfabetica delle opere:

- **Freud S. (1923a): Remarks on the Theory and Practic of Dream-Interpretation. S.E., 19.**

- **Freud S. (1923b): The Infantile Genital Organization. S.E., 19.**

Due coautori appariranno entrambi; se gli Autori sono più di due, può essere citato il primo seguito da: et al. Un Autore citato come Autore singolo e anche come coautore apparirà in primo luogo come Autore singolo.

La voce bibliografica relativa ad un articolo pubblicato in volume apparirà secondo questo modello:

- **Wittember I. (1975): "Depressione primaria dell'autismo. John". In D. Meltzer et al., Esplorazioni sull'autismo, Boringhieri, Torino, 1977.**

Oppure, quando l'Autore è lo stesso:

- **Ferenczi S. (1913): "Stages in the Development of the Sense of Reality". In First Contributions to Psycho-Analysis, Hogarth Press, Londra, 1952**

La voce bibliografica relativa ad un articolo pubblicato su rivista seguirà questo modello:

- **Servadio E. (1976): Il movimento psicoanalitico in Italia. Riv. Psicoanal. 22, pp. 162-168.**

10. Il materiale iconografico, sia fotografie, sia disegni, dovrà essere presentato su singolo foglio e numerato progressivamente in numeri arabi. Le tavole, anch'esse in fogli singoli, dovranno essere numerate in cifre romane. Sia le tavole, sia l'iconografia dovranno essere richiamate nel testo ed essere accompagnate da una legenda esplicativa.

*La Segreteria Scientifica e di Redazione si riserva di apportare ai testi degli Autori piccole correzioni, qualora ritenute indispensabili o comunque utili ad uniformare i testi stessi allo stile della rivista. Ogni qual volta ciò accada, l'Autore ne riceverà immediata comunicazione.*

## **Centro Terapeutico Riabilitativo La Tolda**

Via Piave 72 – 17019 Varazze (SV)

Tel. 019.95937 Fax. 019.2070788

e-mail: info@tolda.eu

### **Direttore Sanitario Medico Specialista in Psichiatria:**

Dott.ssa Marcella Senini

### **Direttore Centro Riabilitativo:**

Dott.ssa Monica Carnovale

### **Psichiatra Specialista in Psicologia Clinica:**

Dott. Piero Gianotti

### **Coordinatrice Psicologa e Psicoterapeuta:**

Dott.ssa Simona Magliani

### **Medico Specialista in Psichiatria:**

Prof. Emilio Maura

### **Medico Consulente per i Disturbi Alimentari Specialista in Psichiatria:**

Prof. Antonio Maria Ferro

92

Il Centro Terapeutico Riabilitativo la Tolda, sito in Varazze (SV), è la struttura residenziale del Gruppo Redancia aperta nel Novembre 2013.

La Tolda è finalizzata alla cura e alla riabilitazione intensiva dei disturbi di personalità, disturbi dello spettro schizofrenico, disturbi del comportamento alimentare, dipendenze patologiche da sostanze.

La struttura offre altresì la possibilità di ospitare quei pazienti, soprattutto anziani, che presentano una patologia di confine neurologica-psichiatrica e che possono trarre anch'essi notevoli benefici da un trattamento terapeutico riabilitativo.

La progettazione della cura e della riabilitazione dei disturbi del comportamento alimentare si sviluppa attraverso un lavoro di rete con i Centri Specialistici Pubblici presenti e la struttura del Gruppo Redancia "Villa del Principe": il fine è fornire finalmente una risposta

ampia, mirata, articolata nei tempi e negli spazi di cura diversificati per disturbi così complessi.

Il Centro Terapeutico è situato nel centro del paese, in una posizione servita da mezzi pubblici ed è facilmente raggiungibile dalle principali città del nord.

Il contesto tranquillo e la cura degli ambienti risultano particolarmente idonei ad un adeguato sviluppo del processo terapeutico riabilitativo.

La struttura accoglie 25 pazienti in regime residenziale.

Gli spazi comuni sono ampi, un grande giardino attrezzato circonda la struttura.

Alla Tolda, come nelle altre strutture del raggruppamento, il contratto terapeutico si stipula tra il paziente, l'*équipe* curante, i familiari e i referenti esterni, dopo un periodo di approfondimento clinico, relazionale e psicodiagnostico di circa un mese. Le informazioni così raccolte, il diario clinico, gli incontri di verifica, il progetto terapeutico riabilitativo, le consulenze esterne, la terapia psicofarmacologica eventualmente prescritta, vengono raccolte in maniera informatizzata attraverso il Redancia System, programma utilizzato in maniera consolidata in tutte le altre strutture del Gruppo.

È garantita l'organizzazione di regolari incontri con i familiari, i parenti degli ospiti, i Medici di famiglia, gli Specialisti invianti, poiché è fondamentale nello stile di lavoro del Gruppo Redancia la condivisione dei progetti terapeutici.



94



*Centro Terapeutico Riabilitativo La Tolda*

# PERSONE OLTRE LE COSE.

I supermercati sono tutti uguali se il loro compito si esaurisce nel mero assemblamento di merci, ordinate per categoria e proposte al pubblico a un dato prezzo. E un pomodoro, anche quando espone il proprio profilo qualitativo e racconta il proprio itinerario produttivo, rimane assai simile agli altri pomodori. La differenza la fa chi esercita sulle cose competenza e responsabilità, la differenza la fanno le persone. E persona significa maschera, come ci ha insegnato il teatro antico; maschera, però, non indica il nascondersi ma, al contrario, il mostrarsi interpretando un ruolo. Parola comune e preziosa allo stesso tempo, persona significa anche umanità che ha coscienza di sé. Scavando dunque all'interno di un termine ricco come un frutto generoso e raro, il socio-imprenditore ritrova per intero la propria essenza che unisce la persona al professionista, la coscienza alla missione verso gli altri. La contrapposizione classica e sterile

tra chi vende e chi compra è superata: in Conad, chi vende e chi compra sono due persone che camminano serenamente fianco a fianco e vanno avanti insieme. Domanda e offerta sono due facce della stessa moneta, una moneta che ha un grande valore nel contrastare la crescente erosione del potere d'acquisto. Quando i clienti di Conad vanno al supermercato per comprare "delle cose", è proprio dalle persone di Conad che si aspettano di più: un frammento di discorso non convenzionale, una rassicurazione vera, un sorriso non di circostanza, una presa di posizione rispetto a come gira il mondo. Oltre la soglia di ogni Conad c'è tutto un mondo da scoprire, dove la qualità e la garanzia dei controlli più accurati hanno un nome e un cognome. Chi varca la soglia trova ad attenderlo persone autentiche e disponibili, persone capaci di dare un senso a ciò che si vende e a ciò che non ha prezzo.

[www.conad.it](http://www.conad.it)

 **CONAD**  
Persone oltre le cose