

Fondamenti formativi e identità culturali

Educational foundation and cultural identities

Nell'ambito della formazione si può percepire tuttora una condizione sospesa con parametri spazio-temporali coartati e dimensioni tematiche stereotipate. Le vicende pandemiche hanno stravolto le vite delle persone, stili comportamentali e di apprendimento, esasperando precedenti criticità e squilibri. Con il perdurare dell'emergenza si possono vivere talora esperienze di spaesamento rispetto a scenari confusi e risorse inadeguate.

Il mondo della scuola ha enfatizzato inizialmente le possibilità della didattica a distanza. E' di questi giorni il resoconto dei test INVALSI che documenta un crollo univoco, dalla Val D'Aosta alla Sicilia, dei livelli di preparazione degli studenti italiani. I numeri evidenziano inoltre come al Sud i dati siano peggiori che al Nord. Il 50% dei maturandi ha competenze da terza media o al massimo da prima superiore. Pertanto la DAD si è rivelata un'esperienza fallimentare.

Con le misure restrittive della pandemia anche gli eventi formativi ECM hanno subito una forte penalizzazione: eventi in presenza non hanno potuto più svolgersi dal 2020. Pur di assicurare una certa continuità si è ricorsi a sistemi di collegamento a distanza tipo Webinar, che inizialmente hanno suscitato interesse, ma anche tanti problemi di connettività e di partecipazione attiva per molti colleghi. Si è rivelata un'esperienza apprezzabile per eventi di breve durata, che hanno assicurato la "raccolta" dei crediti ECM in un contesto di banalizzazione del sistema formativo. In tale contesto sono aumentate le offerte commerciali di pacchetti preconfezionati sulle piattaforme FAD.

Si avverte ora un senso di disagio diffuso e di crescente attesa di normalizzazione formativa con la nostalgia di eventi in presenza. E' quella nostalgia degli stessi luoghi in cui abbiamo messo in discussione i nostri saperi per confrontarli con quelli degli altri, di quei luoghi in cui ci siamo appassionati a discutere nuove proposizioni normative ed organizzative dei servizi di salute mentale, senza limitarci ad autocelebrazioni ideologiche. Questi spazi li abbiamo dentro. Sono quelli che ci fanno vivere ancora slanci e passioni giovanili, progetti professionali ed esistenziali, in cui continuiamo a credere tramite gli incontri fra pari. La nostalgia che sentiamo è il vissuto di quello che ci manca delle esperienze che ci sono state

tolte, ma del cui valore simbolico non possiamo privarci perché ormai costitutivamente nostre. Esse ci fanno vivere il tempo dell'attesa, delle possibilità e della responsabilità. Queste tre condizioni sono co-essenziali in qualsiasi processo formativo poiché l'attesa svela e rafforza le motivazioni, le possibilità favoriscono l'attenzione e la responsabilità assicura i buoni risultati dell'impegno formativo. La condizione della responsabilità è però fondamentale già nella fase della individuazione dei temi formativi da parte dei Provider. Questi non possono essere condizionati da interessi commerciali, né da opportunismi vari. Non possono essere luoghi da défilé per mostri sacri ben pagati o per giovani rampanti in carriera con nomi ed ascendenti spesso già noti. Occorrerebbe rispettare almeno la categoria del pudore! Ma ciò spesso non accade nella vita pubblica di tante nostre istituzioni e la sopravvivenza di piccole e indipendenti realtà formative è più affidata alla volontà caparbia di alcuni anziché a garanzie del sistema. Con questa nostalgia e questa caparbia anche noi siamo in attesa di riprendere i nostri incontri in presenza, come quello annuale di Castel di Sangro. Stante il perdurare delle incertezze sanitarie ed autorizzative per questa tipologia di eventi ECM, siamo costretti a far slittare le date già fissate per l'anno in corso ad aprile 2022. Intendiamo riproporre le tematiche di maggiore attualità per la salute mentale, che riporteremo sul nostro sito. Desideriamo che la nostra formazione possa crescere continuamente in un dialogo aperto, interculturale e interprofessionale, in uno spazio comunitario reale ed autentico come quello di una piccola comunità scientifica attenta alle emergenze psicopatologiche della società contemporanea, capace di competenze plurime, di rapporti non utilitaristici, fatta di identità culturali e professionali diverse, ma teleologicamente convergenti in scenari progettuali condivisi. Sono gli stessi scenari che caratterizzano questa nostra rivista, che è solita raccogliere contributi e riflessioni non solo di ordine clinico, neurobiologico e psicodinamico, ma anche di tipo antropologico e filosofico, senza trascurare aspetti relativi a norme e prassi psichiatriche con implicazioni medico-legali. Lo dimostrano i lavori riportati in questo numero, che meritano l'attenzione di tutti i nostri lettori e ci incoraggiano a continuare, pur con tante difficoltà.

Contesto, comunicazione e cura nelle emergenze psicopatologiche della società contemporanea

CASTEL DI SANGRO (AQ) 4-6 APRILE 2022

EVENTO ECM (30 CREDITI)

SEGRETERIA SCIENTIFICA ORGANIZZATIVA S.I.F.I.P.

Alberto Carrara*
Emanuela Barboni**

La Neuroetica al femminile: Anneliese Alma Pontius a cent'anni dalla nascita

Pink Neuroethics: Anneliese Alma Pontius a hundred years after her birth

Riassunto: Nel panorama contemporaneo, a cavallo tra bioetica, neuroscienze, psichiatria, clinica, filosofia della mente (Mind Philosophy), emerge, sin dagli anni Settanta del secolo scorso, un ambito di riflessione e d'azione proprio, definito per la prima volta nel 1973 con il neologismo Neuro-Ethics (Neuroetica) dal medico e neuropsichiatra di origini tedesche Anneliese Alma Pontius (1921-2018). Nel centenario dalla nascita, questo contributo vuol metterne in luce la rilevanza sotto il profilo del modello medico-clinico di neuroetica che la Pontius inaugura e che per molto tempo fu misconosciuto dalla comunità accademica. Inoltre, gli autori considereranno l'attualità del metodo e del pensiero della neuropsichiatra di origini tedesche in alcuni contesti odierni: dagli pseudopotenziamenti cognitivi tramite psicofarmaci in soggetti sani, alle aspirazioni imposte alle bambine modelle. La comprensione della neuroetica secondo l'approccio originario della Pontius si confermerà un valido strumento di riflessione interdisciplinare radicato sulle neuroscienze e le loro interpretazioni che potrà porre soluzioni efficaci a concreti problemi sociali.

Parole chiave: neuroetica, neurobioetica, neuroscienze, Pontius, mente, cervello, bioetica, etica

Abstract: Since the seventies of the last century, a sphere of reflection and action has emerged: neuro-ethics. It was defined for the first time by the German-born physician and neuropsychiatrist Anneliese Alma Pontius (1921-2018) in 1973. On the centenary of her birth, this contribution aims to highlight its relevance from the point of view of the medical-clinical model of neuroethics that Pontius inaugurates and which for a long time was ignored by the academic community. Furthermore, the authors will consider the importance of the method and thought of the neuropsychiatrist in some nowadays contexts: from pseudo-cognitive enhancements through psychotropic drugs in healthy subjects, to the aspirations imposed on model baby-girls. The understanding of neuroethics according to the original approach of Pontius will prove to be a valid tool for interdisciplinary reflection rooted in neuroscience and their interpretations that will be able to put effective solutions to concrete social problems.

Keywords: neuroethics, neurobioethics, neuroscience, Pontius, mind, brain, bioethics, ethics

Il contesto neurocentrico

Oggigiorno: «centinaia di regioni lungo il genoma vengono correlate a disordini riguardanti il cervello» [1]. È questo un primo dato di fatto che emerge dall'interazione e dal dialogo proficuo tra genomica e neuroscienze, comprendenti discipline classiche quali la neurologia, ma anche la psichiatria e la psicoterapia, discipline poste sotto i riflettori e sempre più chiamate a fornire risposte terapeutiche ai numerosi pazienti, spesso deboli, emarginati o resi "anonimi" in una società individualistica che fa fatica a "scoprire" la sofferenza e il dolore psichico del prossimo.

La mole di dati forniti dalla ricerca genetica in ambito psichiatrico e neurologico costituisce un "tesoro" spesso però difficile da abbordare. Non è facile "navigare" all'interno di questi dati e, soprattutto, tradurli in innovazioni biologiche o tecnologiche a servizio della prassi clinica. È questa la sfida di oggi.

È sempre più importante sottolineare un dato emergente: «Il cervello è il convitato di qualunque umanesimo» [2, p. 11], come scrivono nella prefazione al loro intrigante volume *Neurofobia. Chi ha paura del cervello?* il neuroscienziato cognitivo Salvatore Maria Aglioti e il fisiologo Giovanni Berlucchi, libro pubblicato dalla Collana diretta da Giulio Giorello *Scienza e Idee* dalla Raffaello Cortina Editore (Milano 2013). Gli autori di *Neurofobia* precisano la loro lapidaria affermazione che potrebbe suscitare allarmanti visioni neuro-essenzialiste:

Il cervello è il convitato di qualunque umanesimo. Non ci possono essere dubbi sul fatto che i nostri comportamenti, sia consci sia inconsci, e le nostre interazioni con l'ambiente animato e inanimato dipendano dal funzionamento del cervello. Tuttavia, la tesi secondo cui l'impatto delle neuroscienze contemporanee avrebbe indotto un'esagerata "neurologizzazione" della condizione umana sta su-

scitando accese discussioni nella comunità scientifica e nel dibattito culturale contemporaneo. Il pericolo della (neuro)mania sarebbe testimoniato dall'indebito uso del prefisso "neuro" per designare qualsiasi attività umana. Per i censori dei presunti neuromaniaci tale atteggiamento rischia non solo di sottrarre lo studio della mente alla psicologia, ma anche di far sì che il cervello, supposta quintessenza del riduzionismo e del determinismo della scienza, si candidi arrogantemente a spiegare chi siamo [2, p. 11].

In effetti, senza cervello non ci sarebbe nemmeno un umanesimo, proprio perché senza sistema nervoso non c'è essere umano che tenga.

In realtà, se si escludono alcuni eccessi nella divulgazione al grande pubblico, le conquiste delle neuroscienze possono proporre una visione equilibrata, per nulla deumanizzante, della natura umana, che prenda in giusta considerazione anche le innegabili radici biologiche di carattere complesse e solo apparentemente vietate all'analisi scientifica come la spiritualità [2, p. 11].

Effettivamente, bisogna distinguere tra *spot* pubblicitario e divulgazione scientifica seria. Solo un'informazione corretta sui dati può contribuire a integrare una visione della natura umana in cui le neuroscienze costituiscano un'asse portante, direi, sostanziale. Tutte le dimensioni umane, compresa la spiritualità, il carattere, ecc. dovrebbero arricchirsi e non venir sviliate, dall'incontro con le neuroscienze.

L'apparizione di un neologismo: la *neuroetica*

Le rivoluzionarie scoperte scientifiche nell'ambito della vita e della salute dell'essere umano hanno portato alla luce il problema di come interpretare ed applicare i dati delle ricerche neuroscientifiche. Tali questioni hanno fatto sorgere una disciplina-ponte identificata con il neologismo *neuroetica*: luogo di giunzione tra neuroscienze, filosofia e riflessione bioetica; un terreno di riflessione antropologica, culturale e sociale.

Identificata sin dal 2002 quale porzione specifica di quella bioetica riguardante il sistema nervoso ed il cervello come sua parte specifica, solo recentemente la *neuroetica* è stata definita quale riflessione sistematica ed informata, cioè filosofica, sulle neuroscienze e sulle multiformi interpretazioni delle stesse con il fine di migliorare la nostra comprensione su noi stessi e poter prendere decisioni sul presente delle applicazioni all'essere umano di tecnologie e sostanze che interferiscono con il normale funzionamento neurale e sul futuro di tali impieghi per la salute e il benessere di tutto l'uomo e di ogni uomo [3, p. vi].

Nella maniera più assoluta, il grande problema contemporaneo nel dibattito neuroetico non si concentra sul tur-

bamento o sui potenziali timori che possono sorgere da una concezione, per così dire, "cerebrocentrica" del vivere e che i cosiddetti "neuro-maniaci" tendono ad enfatizzare, bensì la grande sfida è quella dell'integrazione, cioè quella di incorporare i dati e le evidenze empiriche delle neuroscienze all'interno di una cornice più vasta riguardante l'essere umano, capace di contenere, senza ridurre, assorbito o escluderle a priori, sfere dell'esistenza e del vissuto personale, culturale e sociale irriducibili al mero e spurio meccanicismo elettrochimico cerebrale.

Tale integrazione si rende quanto mai necessaria, non soltanto teoreticamente parlando, bensì soprattutto a livello di modelli di comprensione dell'essere e dell'agire della persona umana tali da fornire risposte adeguate capaci di tradursi, in ultima analisi, in soluzioni terapeutiche che beneficino realmente il paziente, l'essere umano reso vulnerabile dalla malattia, specie di quella di natura psichiatrica.

L'origine della neuroetica: una neuropsichiatria al femminile

Nel panorama contemporaneo, a cavallo tra bioetica, neuroscienze, psichiatria, clinica, filosofia della mente (*Mind Philosophy*), emerge, sin dagli anni Settanta del secolo scorso, un ambito di riflessione e d'azione proprio, definito per la prima volta con il neologismo *Neuro-Ethics* (Neuroetica) dal medico e neuropsichiatra di origini tedesche Anneliese Alma Pontius (1921-2018) nata cent'anni fa [4].

Nel 1973 la professoressa della Scuola di Medicina di *Harvard* presentò alla comunità scientifica un lavoro intitolato: *Neuro-ethics of "walking" in the newborn*, dove, in conclusione si affermava e definiva questo ambito di ricerca come: «una nuova e negletta area della riflessione etica – la neuro-etica» [4, p. 244].

Nata il 19 marzo del 1921 in Germania, negli anni Cinquanta Anneliese Alma Pontius si trasferì negli Stati Uniti ove studiò Medicina. Medico neuropsichiatra, coniuge del chimico Dieter Johann Jakob Pontius, la Pontius è stata professoressa di Psichiatria presso la *New York School of Medicine* e successivamente presso l'*Harvard Medical School* (1977-2001) dove ha insegnato Medicina clinica. Attraverso la sua lunga carriera di clinico attento alla patologia mentale e alle sue radici neurali, ha ricoperto numerosi incarichi tra i quali quello di membro del *Massachusetts General Hospital* dal 1984 al 2001 e consulente medico del Dipartimento Salute, Istruzione e Benessere degli Stati Uniti. A lei si devono importanti scoperte in diversi campi della ricerca, condensate in una vasta letteratura medico-clinica che spazia dal 1953 al 2013. Si possono ricordare i fondamentali contributi nell'ambito neuropsichiatrico, nelle convulsioni limbiche, nella classificazione delle epilessie, nel contesto della caratterizzazione delle personalità antisociali e schizoidi, delle sindromi omicide, delle neuroscienze delle emo-

zioni, del neurosviluppo nel bambino e nell'adolescente, nel contesto del ruolo delle neuroscienze nella strutturazione dei sistemi educativi, nella neuropsichiatria evolutiva ecologica. La Pontius ha offerto contributi recenti nei filoni neuroetici che oggi conosciamo quali neuroscienze in ambito forense e neurodiritto.

Sul motore di ricerca specializzato nel settore medico-clinico, PubMed, si contano 54 articoli indicizzati (sei pagine A4) che spaziano dal contributo in lingua tedesca *Graphological contribution to the character structure of the asthmatic* pubblicato nel 1953 su *Psychother Med Psychol*, sino al *Differential review on firesetting* pubblicato su *J Am Acad Psychiatry Law* nel 2013. Sessant'anni di ricerca e di contributi nell'ambito delle neuroscienze e della psichiatria vissuti con intraprendenza e passione. La Pontius si spense il 2 gennaio 2018 a Friburgo all'età di 96 anni [5].

Il contesto specifico della nascita della *neuroetica*

Le ricerche neuroscientifiche della Pontius che diedero origine al neologismo *neuroetica* si dispiegano in un contesto temporale e culturale americano che corrisponde agli anni Settanta. In quel periodo erano ferventi e si moltiplicavano le sperimentazioni sull'essere umano facenti capo alla psicologia comportamentista la quale a metà del Novecento dominava incontrastata la scena della psicologia nordamericana.

In questa sede, richiamare brevemente alla memoria i tratti caratterizzanti di questo orientamento psicologico può essere utile per un duplice scopo, ovvero, in quanto costituisce il substrato da cui deriva il complesso delle problematiche portate alla luce da Anneliese Pontius, e per meglio comprendere la tipologia delle ricerche medico-cliniche e non solo cui la neuroscienziata ha dedicato l'intera sua carriera medica e l'intera vita.

La stessa ne offre una descrizione puntuale in numerosi suoi scritti, e particolarmente in un suo manoscritto inedito, redatto in forma epistolare, che porta la data dell'11 luglio 2013 [6], indirizzato ad uno degli autori di questo contributo, il Prof. Alberto Carrara dell'*Ateneo Pontificio Regina Apostolorum* e dell'*Università Europea di Roma*. Il Comportamentismo [7, pp. 59-63], in inglese *Behaviorism*, è un indirizzo della psicologia moderna che nasce ufficialmente in America ad opera di John B. Watson (1878-1958) con la pubblicazione nel 1913 su *Psychological Review* di un articolo intitolato *Psychology as the Behaviorist Views It*, in un clima culturale improntato al materialismo e al positivismo logico. Il positivismo logico, di cui Rudolf Carnap (1891-1970) è stato un celebre esponente, sosteneva che i costrutti teorici (le teorie) potessero essere giustificate e ritenute significative solo attraverso fatti osservabili. Il *Behaviorism*, pertanto, tentava di dare alla psicologia uno statuto simile a quello delle scienze naturali, focalizzando i termini della ricerca sul-

l'osservazione del comportamento "manifesto", sia animale che umano. Lontano da ogni forma di introspezione, metodo introspettivo e costrutti mentali (es. studio dell'inconscio e della coscienza) che sfuggono alla verifica "oggettiva", questa corrente di interpretazione del mentale ritiene che solo il comportamento osservabile possa essere studiato oggettivamente. Lo stesso Watson affermava che la psicologia doveva considerarsi "scienza del comportamento", dato che la "coscienza" e l'"anima" sarebbero oggetti di ricerca inconsistenti per la scienza empirica. Secondo il paradigma comportamentista il compito della psicologia consisterebbe nello studiare le relazioni scientificamente determinate tra la "situazione stimolante" (S) e la "reazione provocata" (R). Una volta individuate le connessioni e i loro meccanismi, sarebbe possibile "spiegare" ciascuna reazione (R) come il risultato di un determinato stimolo (S) e poter in tal modo "prevedere" quale reazione potrebbe seguire una specifica situazione stimolante. Il punto centrale è il fatto che la psicologia comportamentista pur ammettendo che tra stimolo e risposta sia presente l'attività cerebrale e del sistema nervoso, ritiene che tale attività sia fuori dalla portata della considerazione scientifica, essendo non percepibile dall'osservatore esterno. Motivo per cui la psicologia non dovrebbe interessarsi di quanto accade all'interno dell'organismo in termini di processi neuro-fisiologici. Si tratta della nota concezione della "scatola nera" (*black box*): alla psicologia letta sotto l'interpretazione comportamentista interesserebbe ciò che "entra" (*input*) nella scatola nera e ciò che "esce" (*output*) da essa in termini di attività comportamentale, senza doversi occupare delle complesse attività svolte dal sistema nervoso e dal cervello *ad-intra*. Lo studio del comportamento manifesto, osservabile mediante l'utilizzo di una metodologia oggettiva di verifica, avviene analizzando la "regolarità del comportamento" indipendentemente dai correlati neuro-fisiologici. Ciò che conta per il Comportamentismo non è come l'organismo sia costituito in termini di organi, strutture e funzioni, ma i dati in ingresso e le risposte in uscita. Studiando questo meccanismo si riuscirebbe ad analizzare la struttura antropologica dell'essere umano, il suo funzionamento mentale, indipendentemente dal fatto che abbia un cervello biologico oppure persino di altro tipo (cervello artificiale).

Alla luce di quest'ultima affermazione l'attenzione si posa sul dato antropologico. Alla domanda su quale sia la concezione di "uomo" che sottende la psicologia comportamentista la risposta è data: alla base domina una concezione meccanicistica (riduzionista) dell'essere umano. Lo aveva ben compreso la Pontius la quale, alla luce delle pseudo-sperimentazioni neuro-motorie e neuro-cognitive propugnate dai comportamentisti negli anni Settanta sull'essere umano in particolari stadi dell'età evolutiva (es. neonati dalla prima all'ottava settimana di vita e soggetti non ancora neuro-competenti, ecc.), av-

viava ininterrottamente e con passione medica numerose ricerche neuroscientifiche che fruttarono in dati medico-clinici ma anche come monito alla comunità scientifica, mostrando le potenziali conseguenze dal punto di vista neurologico derivanti dall'applicazione di tali pratiche massive in soggetti in fase di neurosviluppo.

In questo panorama nasce il neologismo *neuro-ethics*, coniato dalla neuropsichiatra di origini tedesche nel 1973, almeno 16 anni prima di essere nuovamente ripreso in ambito bioetico dal neurologo Ronald Eugene Cranford (1940-2006) che, in un articolo scientifico pubblicato sulla rivista nordamericana *Neurologic Clinics* del 1989 [8] aveva utilizzato per la prima volta l'accezione *neuroethicist* ("neuroeticista"), sancendo l'ingresso dei neurologi all'interno dei Comitati etici ospedalieri: il neurologo veniva considerato un "assessore etico", membro effettivo dei Comitati etici istituzionali poiché la presenza di questi esperti avrebbe facilitato la soluzione di problematiche bioetiche spinose (es. decisioni sul fine vita) [9].

La Pontius ha assunto una visione organicista, olistica, incorporata e situata del rapporto mente-corpo. La persona è essenzialmente legata al corpo, essendo la mente umana costitutivamente incorporata (*embodied*) in una materialità fisica, ma la spiritualità della persona trascende tale materialità corporea, aprendosi alle idee universali, al senso della realtà, a Dio. L'uomo non è soltanto il suo sistema nervoso. In esso sono presenti sistemi di oggettivazione basati sul pensiero astratto, sul linguaggio, sulla cultura, ove le neuroscienze non sono direttamente competenti. Motivo per cui per comprendere l'uomo occorrono le scienze "umane" oltre le neuroscienze, ed elaborare una filosofia dell'uomo (antropologia filosofica) che aiuti a comprendere il giusto ruolo del cervello nell'agire umano [10, pp. 17-38].

1973: il problema del "camminamento precoce" nel neonato

Come la stessa Pontius dichiarava in un suo articolo del 1973, gli studi sul camminamento precoce nel neonato erano stati portati avanti mentre lavorava in qualità di ricercatrice presso il *National Institute of Mental Health, Center for Studies in Child and Family Mental Health* [4]. L'*incipit* che ha dato vita alle sue ricerche in questo settore è riconducibile a certe sperimentazioni massive portate avanti verso la fine degli anni Sessanta e inizio anni Settanta, da alcuni autori facenti capo alla psicologia comportamentista, in particolare dal gruppo di Philip R. Zelazo dell'*Harvard University* la cui finalità era di accelerare lo sviluppo motorio nei soggetti allo stadio neonatale, ovverosia, far camminare i neonati prima della naturale comparsa della tendenza a muoversi in posizione eretta. A quelle pratiche di pseudo-potenziamento neuromotorio si lega la competenza professionale ed il perso-

nale coinvolgimento della neuropsichiatra di origine tedesca la quale, avvalendosi dei dati neuroscientifici frutto delle sue numerose ricerche in ambito medico-clinico, denunciava i possibili effetti negativi dal punto di vista neurologico di tali prassi di stimolazione. Tali pratiche avevano il potenziale per risultare dannose a lungo termine. Di fatto Zelazo nel 1972 raccomandava esercizi di stimolazione motoria nei neonati maschi dalla prima all'ottava settimana di vita da praticarsi giornalmente in sessioni programmate secondo un dato schema di modo che, stimolando lo sviluppo del sistema nervoso, i neonati avrebbero camminato prima ed autonomamente [4, p. 235].

In accordo con i dati riportati da Taft e Cohen nel 1967, Zelazo affermava che i movimenti di *stepping* nel neonato fossero suscitati quando veniva inclinato l'infante su un fianco e riceveva una spinta in avanti, un riflesso apparentemente localizzato al livello del segmento spinale il quale verrebbe inibito dai centri più alti dopo i 3-4 mesi di età. Mentre il posizionamento del riflesso sorge quando il dorso del piede del neonato viene stimolato da un leggero tocco mentre è tenuto in posizione eretta e gamba tesa, ciò originerebbe una flessione al livello del ginocchio e dell'anca [4, p. 235].

Zelazo e collaboratori ignoravano però tutta una serie di questioni di vitale importanza: gli studi in ambito medico-clinico mostravano come tali esercizi di iperstimolazione motoria indotta dall'esterno fossero, contrariamente a quanto si riteneva, potenzialmente dannosi dal punto di vista neuro-anatomico, neuro-fisiologico e neuropsichiatrico. È quanto sottolineò nel suo contributo del 1973 la Pontius inaugurando l'ambito della riflessione interdisciplinare della *neuroetica*. Un quadro allarmante aggravato dal fatto che il Comportamentismo ignorava in maniera consapevole l'importanza dei dati neurologici relativamente allo sviluppo, all'organizzazione e alla maturazione del sistema nervoso centrale nei neonati. Quelle pratiche massive mettevano in luce grandi *questioni neuro-etiche*, scientificamente fondate, ma sistematicamente trascurate. Nell'articolo del 1973 l'autrice presenta alcuni aspetti neuropsichiatrici formulati in tre grandi gruppi di domande cui seguono la discussione degli esperimenti sul camminamento precoce nei neonati, l'osservazione dei dati, l'analisi comparativa della letteratura esistente, le considerazioni dell'etica ed una sintesi finale. Una delle domande che la Pontius pone dal punto di vista neurologico è se un'enfasi eccessiva della reazione riflessa interferirebbe con il completo sviluppo del controllo motorio volontario per il quale la mielinizzazione dei tratti piramidali a circa undici mesi di età è la prima condizione necessaria [4, p. 236].

Studi neuroscientifici mostravano già all'ora come il neonato avesse meccanismi protettivi contro la maggior parte delle sovra stimolazioni grazie a speciali modalità sensoriali. Al contrario, è costretto a reagire con movimenti ste-

reotipati quando i riflessi come il camminare e il posizionamento dei riflessi sono suscitati attraverso esercizi specifici, praticati talvolta oltre la normale prevalenza del riflesso del camminamento, fino all'ottava settimana di età. Ciò interferisce con le normali fasi neonatali di quiescenza motoria e di inibizione riflessa probabilmente a causa della inibizione corticale [4, p. 236].

L'autrice solleva domande sulle implicazioni neurologiche a lungo termine dell'eccessiva enfasi esercitata sul livello più basso di integrazione motoria ad uno stadio dell'età evolutiva del soggetto in cui nemmeno i tratti piramidali sono sufficientemente maturi per rendere possibile la camminata volontaria. Pratiche aberranti che non soltanto non avranno l'effetto sperato ma sono potenzialmente deleterie. Chi, inoltre, può essere sicuro che tali esercizi non vengano perpetrati oltre il tempo stabilito [4, p. 237].

Una seconda domanda che la neuropsichiatra si pone dal punto di vista neuropsichiatrico riguarda gli eventuali effetti negativi: a quale costo neurologico si potrebbe dare un precoce camminamento [4, p. 237].

La neuroscienziata cita McGraw il quale nel 1943 aveva mostrato come nel neonato vi sia un normale incremento del 42% di *stepping movements* nelle prime due settimane di vita anche in assenza di esercizi di camminamento precoce. Nel medesimo articolo, nella sezione *Observational Data from the Literature*, la Pontius riporta alcuni dati frutto di osservazioni in ambito fisiologico (e neurofisiologico) condotte da Simpkins e Raikes nel 1972, i quali avevano evidenziato effetti potenzialmente dannosi nella prima infanzia anche a 3 mesi di età derivanti dall'uso troppo precoce e/o troppo frequente di dispositivi deambulatori quali *baby-walkers* e *baby-bouncers* (es. girelli, sedute su molle, ecc.) [4, p. 237]. Questi autori ritenevano che i bambini sottoposti ad un uso eccessivo di dispositivi per il camminamento precoce presentassero un quadro comune [4, p. 240]. Tale quadro, afferma la Pontius, evidenzia la presenza di danni di natura neurologica associabili ad esercizi di camminamento precoce effettuati con eccessiva enfasi sul livello più basso di integrazione motoria compatibilmente con la non raggiunta maturazione dei tratti piramidali [4, p. 240].

Una recente ricerca dell'*American Academy of Pediatrics* pubblicata sulla rivista *Pediatrics* conferma, a distanza di mezzo secolo dalle ricerche di Simpkins e Raikes, che l'uso di dispositivi deambulatori potrebbe portare ad un ritardo nell'acquisizione delle corrette capacità motorie nell'infante [11]. Questi, infatti, viene costretto ad assumere posizioni innaturali (postura eretta), a sfruttare il potenziale muscolare dei glutei anziché delle cosce, ed è indotto a camminare sulla punta dei piedi; pertanto impara un movimento non corretto e continuativo, basato sulla spinta con la punta dei piedi e sull'azione delle rotelle.

1993: scenari applicativi di prassi di potenziamento

neuro-motorio e neuro-cognitivo alla luce delle scoperte neuroscientifiche

Nell'ultimo decennio del Novecento, alla luce dei dati emergenti da importanti ricerche sull'organo cerebrale umano, specie il lobo prefrontale, la Pontius ha portato all'attenzione degli specialisti altre evidenze scientifiche riguardanti le possibili conseguenze negative dal punto di vista neurologico derivanti dall'applicazione di prassi massive di potenziamento o sovra stimolazione di ordine neuro-motorio, ma anche neuro-cognitivo.

La neuroscienziata è stata esponente di diversi programmi dagli anni Novanta in poi e consulente di importanti organismi governativi negli Stati Uniti per ciò che concerne l'attenzione agli adolescenti vulnerabili, per i suoi studi sul neurosviluppo della corteccia orbito-frontale, in particolare di tutte quelle strutture che mediano funzioni cognitive superiori la cui maturità è importante per un corretto sviluppo come esseri sociali.

A vent'anni dall'articolo del 1973 la neuropsichiatra pubblica nel 1993 sul *Psychological Report* un articolo in cui sviluppa una sintesi delle tipologie di pseudo-potenziamento neuro-motorio e neuro-cognitivo (già considerati in altri suoi articoli), ampliando lo spazio di sviluppo della neuromotilità del 1973 e includendo nel discorso la maturità del sistema frontale e il legame con il disturbo dell'attenzione. Nel manoscritto si occupa degli aspetti neurofisiologici e neuropsicologici nello sviluppo ed educazione degli infanti e adolescenti, concentrando le sue ricerche sull'*Educational Neuro-Ethics*. Contrasta poi gli approcci errati allo studio delle funzioni cognitive dovuti in primo luogo alla mancata considerazione dei dati scientifici riguardanti la neuro-cognizione [12]. Il neurosviluppo è un ambito centrale delle sue riflessioni tra il 1990 e il 2000.

In rapporto al problema del potenziamento di ordine neuro-motorio la Pontius mostra, alla luce dei nuovi dati, che i soggetti a cui venivano applicate quelle prassi massive non avevano raggiunto una maturazione neuro-anatomica e del sistema periferico tale per cui fossero possibili i riflessi dell'attività motoria volontaria; a livello neuro-anatomico v'è una mancanza di mielinizzazione dei tratti piramidali della corteccia motoria (guaine mieliniche). Motivo per cui non soltanto quelle prassi massive non avrebbero funzionato, bensì avrebbero potuto avere effetti negativi a medio-lungo termine a livello neurologico, ancor più perché i dati ricavati dalle ricerche neuroscientifiche erano sistematicamente disattesi dagli sperimentatori.

Circa la maturazione delle aree corticali, in particolare del lobo prefrontale, le ricerche della neuropsichiatra di origine tedesca dimostrano come nelle fasi neonatali, infantili e adolescenziali, sia in atto un processo fondamentale di "potatura neuronale". Ciò significa che nelle prime fasi di vita del soggetto, il sistema neuronale è caratterizzato da una plasticità tale per cui molti neuroni si perdono

mentre altre connessioni neuronali si consolidano (giunzioni sinaptiche): un processo dinamico di strutturazione e ristrutturazione del tessuto cerebrale in rapporto al quale anche le esperienze vissute dal soggetto sono incisive. Ecco perché in queste prime fasi di vita l'individuo dovrebbe essere considerato "vulnerabile", come di fatto è, e dunque titolare di protezione contro quelle prassi o stimolazioni o contesti che potrebbero danneggiarlo. Nell'articolo la neuroscienziata considera anche la correlazione strutturale tra il lobo prefrontale e determinate sintomatologie che stavano emergendo nei bambini negli anni Novanta, tra le altre i disordini di iperattività o ADHD.

Altro contesto che la Pontius prende in considerazione nell'articolo del 1993 è quello del potenziamento di ordine neuro-cognitivo. Focalizza l'attenzione su quelle tecniche di sovra stimolazione in ambito educativo, ad esempio diverse metodiche di lettura, scrittura rapida e la cosiddetta "nuova matematica" che venivano implementate negli Stati Uniti negli anni Settanta e Ottanta ed applicate su soggetti non neuro competenti. Analizza, inoltre, le strategie per insegnare l'aritmetica che, alla luce dei dati neuroscientifici, non tenevano in considerazione la struttura e lo sviluppo del soggetto a cui venivano applicate.

Negli studi circa lo sviluppo cerebrale nel soggetto in neurosviluppo la neuroscienziata include oltre agli aspetti teorici anche quelli pratici, ovverosia considera quei contesti e condizioni di diversa natura (fattori genetici, familiari, sociali, economici, nutrizionali, ambientali) ritenuti concausanti malfunzionamenti dal punto di vista neurologico in quanto in grado di segnare l'architettura, il funzionamento, dell'organo cerebrale con importanti implicazioni sullo sviluppo e la maturazione della persona (certi elementi criminali in età adulta possano avere delle basi neurologiche, es. il sistema limbico e orbitofrontale, col controllo sulle aree sottocorticali del sistema limbico). Altre aree di interesse sono la neurofisiologia e neuroanatomia dell'azione, le neuroscienze delle emozioni, l'apporto delle neuroscienze nella strutturazione dei sistemi educativi (es. l'ambito della neurolinguistica, che radica nelle neuroscienze). Soprattutto riprende la riflessione neuroetica degli anni Settanta e Ottanta e costruisce il grande "principio della neuroetica" che nel 1993 integra alle precedenti ricerche nell'ambito della maturazione delle aree corticali in particolare del lobo prefrontale. La neuropsichiatra evidenzia, secondo quattro scenari di esempi, quanto specifiche evidenze neuromaturazionali, neurofisiologiche, neuropsicologiche, all'interno di un contesto ecologico di neurosviluppo, siano trascurate [12, p. 451].

Relativamente al primo scenario, la Pontius si ricollega alle sue ricerche neuroscientifiche, portate avanti sin dal 1973, in risposta alla pratica di camminamento precoce nel neonato avanzato dalla psicologia comportamentista,

denunciando apertamente come venisse violato quello che in questo articolo del 1993 definisce a tutti gli effetti: «The principle of "neuroethics"» [12, p. 451]. Ovvero, come quegli autori si rifiutassero di tenere in considerazione i dati neuro-anatomici relativamente alla insufficiente mielinizzazione dei tratti piramidali (il processo di mielinizzazione viene a completarsi normalmente intorno all'undicesimo mese di vita del bambino). Ignorare consapevolmente quei dati voleva dire non voler prestare attenzione ai potenziali effetti negativi di ordine neurologico indotti da quelle pseudo-sperimentazioni. Alla luce dei fatti riportati dalla neuroeticista di origini tedesche, tali esercizi non hanno avuto seguito: «Potential negative neurological consequences of such neglect of neurodevelopmental facts were discussed (Pontius, 1973c) and, to my knowledge, such exercises have not been continued» [12, p. 452]. Ma non così la critica degli sperimentatori, già sollevata nel 1974 [12, p. 452].

La Pontius prende in esame anche il caso di soggetti di quattro anni di età il cui stadio evolutivo è caratterizzato da una normale (non patologica) immaturità neuro-fisiologica (sistema lobo frontale). Tale immaturità, afferma, viene spesso scambiata per "stupidità" o "pigrizia mentale" allorquando non si verificano certe determinate funzionalità nel bambino in linea con ciò che si presume sia maturo ad un determinato livello di età. Questa prassi si rivela dannosa per l'infante il quale non soltanto svilupperà una scarsa stima di se stesso, afferma l'autrice, ma andrà costruendosi, aggiungiamo noi, una immagine di sé come patologica. Lo stato di frustrazione che viene ad originarsi nei soggetti ad alta vulnerabilità: «... may well further interfere precisely with abilities associated with the frontal lobe system» [12, p. 452]. Esperimenti di laboratorio portati avanti da Eleftherious e Boehlke nel 1967 evidenziavano una deplezione nelle cavie (ratti) del normale livello di ammino ossidasi (*monoamine oxidase* – MAO) nel lobo frontale tale da comportare una diminuzione delle funzionalità ad esso associate. Poiché: «Children prior to 4 or 5 years of age have normally not yet attained a first spurt of frontal lobe system maturation» [12, p. 452]. Gli sperimentatori che disattendono i dati neuro-anatomici e neuro-fisiologici hanno l'obbligo di assumersi la responsabilità nel momento in cui additano il bambino per il suo comportamento, mentre ignorano, deliberatamente, che il comportamento è estremamente influenzato dal sistema del lobo frontale che a quello stadio evolutivo si rivela in maturazione. Include inoltre i dati scientifici inerenti l'ADHD, ottenuti mediante PET [12, p. 452].

In merito al secondo scenario, la Pontius approfondisce il tema delle metodiche didattiche diffuse negli Stati Uniti (es. tecniche di lettura, scrittura e aritmetica) come possibili cause di disturbi dell'apprendimento (dislessie) in milioni di americani, con conseguenze oltre che neurologiche anche sociali ed economiche [6].

Negli Stati Uniti di quell'epoca il *Behaviorism* imponeva modelli pedagogici non congruenti con lo sviluppo cerebrale dei bambini e adolescenti. Specie nell'insegnamento in età precoce di una matematica ad alta comprensione cognitiva (chiamata "nuova matematica") allo scopo di potenziare e far sviluppare meglio alcune caratteristiche psichiche [13]. Un metodo concausante conseguenze neuropsicologiche, reso grave dal fatto che i dati relativi al neurosviluppo, ancora una volta, venivano puntualmente trascurati [12, p. 453].

La neuropsichiatria sottolinea come dal punto di vista del neurosviluppo l'operatività della nuova matematica (es. le operazioni logiche, le sequenze, ecc.) richiede la maturità del lobo prefrontale e dunque inappropriata ai bambini, giacché il sistema lobo frontale arriva normalmente a maturità soltanto allo stadio della pubertà [14, p. 157].

Relativamente al terzo scenario, la neuroetista prende in considerazione le funzioni neuro-cognitive delle popolazioni di cacciatori-raccoglitori (ai fini della sopravvivenza) operando un confronto con quelle contemporanee [12, p. 454]. Riporta il caso dei Dugum Dani (o Ndani), un gruppo etnico di cacciatori-raccoglitori (strutturati in sottogruppi) situato nella zona dello Irian Yaya relativamente alla parte occidentale dell'isola di Nuova Guinea amministrata dall'Indonesia. La Pontius si riallaccia agli studi dell'antropologo Karl Heider (portati avanti su richiesta del governo indonesiano) il quale dopo aver trascorso 26 mesi tra gli individui di questa popolazione, ne descrisse la cultura, l'alimentazione (a base di patata dolce e carne di maiale), la religione (di antiche tradizioni animiste, poi convertiti al protestantesimo in seguito alle missioni di cristiani protestanti nella Valle del Baliem agli inizi del Novecento) e la società non ancora pesantemente influenzata dall'incontro con il mondo occidentale (*The Dugum Dani: A Papuan Culture in the Highlands of West New Guinea*, 1970). K. Heider aveva assicurato al governo indonesiano che i Dani sarebbero diventati: «“de-tribalized parasites”» [12, p. 454]. Negli anni, poi, i media riportavano con sempre maggior frequenza che tali popolazioni sembravano trascurate dai loro governi. Questo fattore provocò il progressivo declino della ricca cultura indigena, visibile nei progetti di irrigazione e orticoltura portati avanti nella Valle del Baliem nel 1974 (Pontius, 1977a, 1977b) in rapporto al quadro incolto rilevato nel 1988. Relativamente ai Dani, la neuropsichiatria aveva evidenziato (contrariamente a quanto si riteneva) la loro intensa curiosità e concentrazione, messa in luce nella performance del Kohs Block Design (un test non verbale ideato per misurare il funzionamento e l'apprendimento esecutivo in contesti di bisogni speciali e ricerca multi-culturale): «The Dani's "errors" (...) were revealed as representing modifications that made sense within their ecological situation» [12, p. 454], mostrando come l'impatto del contesto ecologico sul funzionamento neuropsicologico sia profondo e influenzi l'elaborazione cognitiva

visuospatiale di base [15, p. 54].

In riferimento al quarto e ultimo scenario, la Pontius si collega agli studi del filosofo della mente John Searle che negli anni Novanta aveva scritto contro la “nuova ortodossia” secondo cui il cervello è una sorta di computer digitale o macchina connessionistica e la mente come informazione (*software*) che viaggia all'interno del sistema. Avvalendosi dei dati neuroscientifici sul sistema nervoso e organo cerebrale, Searle stigmatizzava quella visione computazionale irrispettosa delle funzioni superiori del soggetto (es. della coscienza e intenzionalità) [12, p. 455]. La visione di un cervello computazionale, di una mente che viaggia all'interno di questo sistema, porta conseguenze deumanizzanti per la Pontius [12, p. 455].

Applicazioni moderne di alcune prassi consolidate

Così come avvenne nel 1973 nel contesto della battaglia portata avanti da Anneliese Alma Pontius nei confronti delle sperimentazioni del Comportamentismo e la non considerazione dei dati neuro-anatomici e neuro-fisiologici relativamente allo sviluppo del neonato (in rapporto al quale nacque la neuro-etica) e poi nell'ambito del neurosviluppo cognitivo, allo stesso modo oggi è più che mai necessaria una *riflessione neuroetica* a fronte del perdurare di certi fenomeni di potenziamento neuro-cognitivo nel suo aspetto farmacologico (ed altre tipologie) in soggetti sani e a fronte di altri casi drammatici tra cui il problema, affatto innocuo, delle baby-miss, aspiranti lolite, bambine e adolescenti (sedici anni).

Conclusioni

Anneliese Alma Pontius, la madre della *neuroetica* contemporanea è un punto di riferimento essenziale nella riflessione tanto medico-clinica riguardante le neuroscienze, come filosofica circa le interpretazioni delle stesse scienze neurali. Il primo modello di neuroetica è quello da lei stessa inaugurato: si considerano i risvolti etici di forme di potenziamento del comportamento che implicano la rilevanza dei dati neuroscientifici per la discussione etica.

Alla luce delle ricerche di sei decenni portati avanti dalla neuropsichiatria di origini tedesche, la *neuroetica* è considerata oggi uno specifico ambito di indagine interdisciplinare che sta acquistando sempre maggiore centralità nel dibattito contemporaneo a motivo della forte naturalizzazione delle indagini sugli esseri umani, facendo ricorso a diversi saperi (specie le discipline dal prefisso “neuro”), che si tenta di integrare.

La neuroetica è: «(...) esplorazione di ciò che apprendiamo su noi stessi e sul nostro “funzionamento”, grazie principalmente (ma non esclusivamente) alle neuroscienze» [16]. Si tratta di un “nuovo genere di antropologia” che si occupa dell'intersezione di discipline

quali le neuroscienze cognitive, la psicologia, la filosofia, il diritto, ecc. [16, p. 254]. Le conoscenze sul funzionamento della mente dispiegano i loro effetti filosofici, di auto-comprensione dell'essere umano, con conseguenze sociali, politiche, giuridiche, economiche. Motivo per cui la riflessione sulla neuroetica coinvolge un interesse per le basi filosofiche delle neuroscienze, e si concentra sull'unificazione delle prospettive specifiche e sugli aspetti meta-etici che ne discendono; è una: «(meta)disciplina ponte per unire settori di iperspecializzazione» [16, p. 255].

Nell'ambito psichiatrico, la sensibilità sviluppata da Anneliese Alma Pontius è certamente anti-riduzionista, ella era ben consapevole che:

spiegare la malattia mentale esclusivamente in termini di malfunzionamento del cervello può implicare una frammentazione dell'unità della persona, inducendo a medicalizzarla, eventualmente a trattarla solo con gli psicofarmaci, rinunciando a cercare le ragioni vissute del disagio psichico [17].

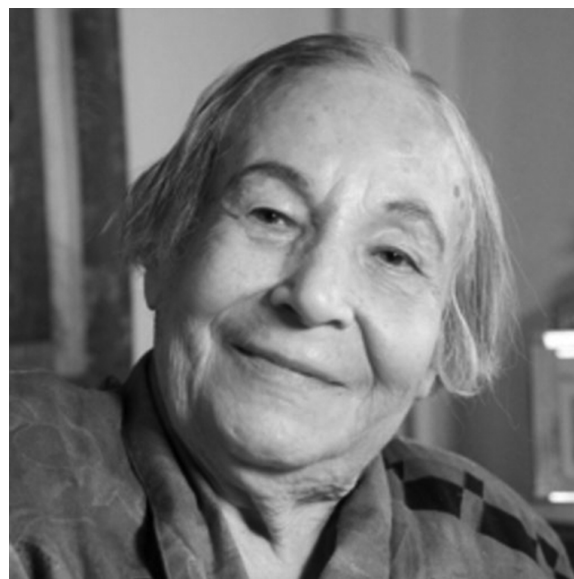
**Direttore del Gruppo di ricerca in Neurobioetica dell'Ateneo Pontificio Regina Apostolorum e Docente di Neuroetica presso la facoltà di Psicologia dell'Università Europea di Roma, Fellow dell'UNESCO Chair in Bioethics and Human Rights*
Via degli Aldobrandeschi, 190, 00163 Roma
+393299157494
alberto.carrara@unier.it

*** Licenziata in Scienze Religiose presso l'I.S.S.R. Ecclesia Mater della Pontificia Università Lateranense. Studente al Master in Scienza e Fede presso l'I.S.F. dell'Ateneo Pontificio Regina Apostolorum.*
emanuela.bar@hotmail.it

Bibliografia

1. About the Cover, *Neurogenomics*, in *Nature Neuroscience*, n.17, 2014.
2. Aglioti, S. M., Berlucchi, G., *Neurofobia. Chi ha paura del cervello?*, Prefazione, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2013.
3. Clausen, J., Levy, N. (a cura di), *Handbook of Neuroethics*, Dordrecht, Springer, 2015.
4. Pontius, A. A., *Neuro-ethics of "walking" in the newborn*, in *Perceptual and Motor Skills*, n. 37, 1973, pp. 235-245.
5. <https://www.cbs.mpg.de/Obituary-Anneliese-Pontius>
6. Carrara, A., *Neuroetica. 1973-2015, un neologismo ancora misterioso?*, 30 dicembre 2015, in: <http://albertocarrara.com/2015/12/neuroetica-1973-2015-un-neologismo/>

7. Paluzzi, S., *Manuale di Psicologia*, Città del Vaticano, UUP, 2003, pp. 59-63.
8. Cranford, R. E., *The Neurologist as Ethics Consultant and as a Member of the Institutional Ethics Committee. The Neuroethicist*, in *Neurologic Clinics*, n. 7, 1989, pp. 697-713.
9. Carrara, A., *Storia della neuroetica (8)*, 11 novembre 2013, in: <http://albertocarrara.com/2013/11/storia-della-neuroetica-8/>
10. Sanguineti, J.-J., *I compiti delle neuroscienze e l'antropologia filosofica*, in L. Renna (a cura di), *Neuroscienze e persona: interrogativi e percorsi etici*, EDB, Bologna 2010, 17-38.
11. Sims, A. et al., *Infant Walker-Related Injuries in the United States*, in *Pediatrics*, n. 142, 2018, e20174332.
12. Pontius, A. A., *Neuroethics vs Neurophysiologically and Neuropsychologically Uninformed Influences in Child-rearing, Education, Emerging Hunter-gatherers, and Artificial Intelligence Models of The Brain*, in *Psychological Reports*, n. 72, 1993, pp. 451-458.
13. Carrara, A., *2002-2017. Neuroetica: a 15 anni dalla nascita. Un po' di storia per capirne la natura* 3, 16 maggio 2017, in: http://albertocarrara.com/2017/05/2002-2017-neuroetica-15-anni-dalla_16/
14. Pontius, A. A., *Neurodevelopmental Aspects of Adolescence: Commentary on Conference on Strength and Potentials of Adolescence*, in *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, n. 72, 1995, pp. 157-161.
15. Pontius, A. A., *Color and spatial error in block design in stone-age Auca Indians: Ecological underuse of occipital-parietal system in men and of frontal lobes in women*, in *Brain and Cognition*, n. 10, 1989, pp. 54-75.
16. Lavazza, A., De Caro, M., *Neuroetica: la nascita di un nuovo tipo di antropologia?*, in *Rivista Internazionale di Filosofia e Psicologia*, n. 4, 2013, pp. 254-255.
17. Boella, L., *Neuroetica. La morale prima della morale*, Milano, Raffaello Cortina Editore 2008, p. 8.



Due casi di mal d'amore nel secolo XIX

Two cases of love sickness in the XIX Century

Riassunto

Madame Bovary e Anna Karenina sono due noti romanzi che invitano all'integrazione fra medicina e letteratura in modo da colmare quel solco che spesso affiora fra natura e cultura. In entrambi questi romanzi si illustrano dolenti vicende d'amore che, per lo più, hanno avuto esito infausto.

Parole chiave: medicina, letteratura, mal d'amore, comunicazione, spazio, tempo, tentativo di suicidio, suicidio.

Summary

Madame Bovary and Anna Karenina are two well-known novels that invite the integration of medicine and literature in order to bridge the furrow that often emerges between nature and culture. In both these novels, painful love affairs are illustrated which, for the most part, have had an unfortunate outcome.

Keywords: medicine, literature, love sickness, communication, space, time, suicide attempt, suicide.

Per parlare di mal d'amore bisogna, innanzi tutto, definire l'amore eludendo i molteplici significati che lo hanno connotato e limitarsi ad intenderlo come l'espressione di un "rapporto intersessuale ... selettivo ed elettivo" accompagnato da affetti positivi quali la sollecitudine e la tenerezza (1). Fondamentali, al proposito, le osservazioni di Platone e di Aristotele (2). Platone, attento all'amore umano, rileva come si tratti di un vissuto intonato dalla mancanza e dal desiderio di conquistare ciò di cui si è privi: annunciato dalla bellezza, l'amore altro non è che il desiderio del bene (3). Anche Aristotele, dopo aver ricordato che l'amore è stato inteso come una forza che tiene unito il mondo (4), ricorda il ruolo che compete alla vista nel suscitare e ribadisce che per poter parlare d'amore è necessario avvertire la mancanza della persona amata e desiderarne la presenza (5); si tratta, comunque, di un'affezione dell'anima sostanziata dal coinvolgimento del corpo (6). Ma l'acuta sensibilità dei Greci non solo ha permesso di definire l'amore ma ha anche proposto alcune indimenticabili figure dove questa passione diventa un male: Saffo, Fedra, Medea e Antioco, per fare qualche nome. Saffo, al di là delle proprie inclinazioni, si innamora di Faone ma, non essendo corrisposta, si getta dalla rocca di Leucade. Medea, esasperata per l'amore tradito, infrange ogni tabù e sale in cielo in un carro trascinato da un demone: "la pazzia" (7). Antioco, d'altra parte, innamorato della matrigna, guarisce dopo aver ottenuto il proprio oggetto d'amore, sia pure in un contesto relazionale non privo di asperità. E, finalmente, Fedra dove confluiscono predisposizioni ereditarie e conflitti: era innamorata del figliastro, estraneo all'incontro d'amore con ogni donna, ma Fedra, rifiutata, si suicida accusandolo di aver tentato di sedurla (8). Si tratta, per lo più, di disturbi che

convergono nella malinconia delirante ed hanno esito infausto, a parte il caso di Antioco che prima di ottenere Stratonice, la propria matrigna, si era esibito nella rappresentazione di uno stato morboso drammatico permettendo ad Erasistrato di formulare una celeberrima diagnosi di mal d'amore (9): un disturbo che diventa di competenza medica.

L'interesse per l'amore e per i suoi mali continua anche quando l'età classica è cessata (10). Andrea Cappellano, dopo il Mille, scrive un noto trattato – *De amore* – dove sottolinea la naturalità di questa passione accompagnata da angoscia, senza trascurare di stigmatizzare la lussuria (11). Tristano – il nome annuncia il male che lo affligge – è perduto innamorado di Isotta ma trova qualche sollievo quando può, finalmente, averla fra le braccia (12). Il coito, del resto, rientra, secondo Costantino l'Africano, fra i provvedimenti utili per combattere la malinconia (13). E nel '500 un famoso poema è dedicato ad Orlando: "Che per amor venne in furore e matto" (14). I saggi dedicati alle inquietudini dell'amore sono, insomma, quanto mai numerosi ma, tuttavia, non si può dimenticare, per differenti motivi, quanto hanno scritto, in Età Moderna, Vincenzo Kornaros, Jacques Ferrand e Cartesio. L'*Erotòkritos* (15) di Kornaros, magistralmente analizzato da Massimo Peri, ricorda il debito che la cultura occidentale ha nei confronti del pensiero greco ma permette anche di cogliere i forti rimandi che saldano medicina e letteratura; avverte Peri come, nel racconto, l'amore sia "insistentemente figurato come una ferita" e come gli amanti chiedano non solo di essere consolati ma anche "curati" (16). La monografia di Ferrand sintetizza, invece, le varie forme di malinconia erotica indicando la terapia più opportuna che, accanto al suggerimento del

matrimonio, non dimentica clisteri e salassi (17). Cartesio, infine, problematizza la non semplice questione della passione amorosa postulando l'incontro dell'anima con il corpo nella pineale; una ghiandola che, in verità, ha una lunga storia in medicina (18). Cartesio definisce l'amore come "un'emozione dell'anima cagionata dal movimento degli spiriti" (19) e pertanto mediata dal corpo.

Ci si può a questo punto chiedere con Riese (20), là dove illustra la teoria delle passioni in età barocca, se il mal d'amore sia da intendere come un disordine dell'anima o come il sintomo di una condizione morbosa. La questione resta a lungo aperta come dimostra la lettura delle stesse cartelle cliniche elaborate da Flaubert e da Tolstoj: si vuol dire di *Madame Bovary* (21) e di *Anna Karenina* (22). Di questi romanzi si trascurano nella presente riflessione i rimandi ai rispettivi autori, per quanto Flaubert, suggestionato da una reale ma tragica vicenda matrimoniale in cui si era imbattuto, amasse ribadire che *Madame Bovary* è lui stesso (23) e per quanto Tolstoj in *Anna Karenina* avesse descritto esperienze della propria vita: si tratta di rimandi scontati. Né si ricordano gli intrecci letterari con tanti scritti dell'Ottocento quando questi racconti sono stati editi: *Madame Bovary* fu concluso nel 1856, mentre *Anna Karenina* fu pubblicato in volume nel 1878. I romanzi in parola sono, insomma, visti come semplici ma magistrali elaborazioni anamnestiche la cui lettura è, ancor oggi, indubbiamente suggestiva ed utile.

Non mancano, del resto, in *Madame Bovary* e in *Anna Karenina* aspri confronti, in dissonanza, con le argomentazioni affiorate nel pensiero medico del primo '800; confronti particolarmente evidenti in Flaubert che era figlio di un medico. In quel tempo Esquirol aveva ben scritto che le passioni esasperate possono portare alla pazzia: è quanto capita ad Emma Bovary ma anche ad Anna Karenina che con il suicidio concludono le loro esistenze dopo un incalzante avvicinarsi di dubbi, di perplessità e di gelosie. Esquirol ricorda anche il possibile ruolo di qualche disagio familiare nel suscitare il disturbo passionale che trova palesi incentivazioni nei costumi allora correnti con l'abuso della musica, con la frequentazione dei teatri e con la stessa letteratura (24); in particolare la letteratura romantica era ritenuta pericolosa (25). Nella letteratura medica del tempo, tuttavia, piuttosto che analizzare il vissuto delle passioni si preferisce, per lo più, dare rilievo e sottolineare il ruolo degli organi e degli apparati coinvolti nella loro espressione: ne esce così una sorta di dialogo fra l'encefalo e il polmone, fra il cervello e l'apparato cardio-circolatorio. Fondamentale per Broussais è il ruolo del cervelletto, considerato l'organo dell'"amativité" (26). Più mosse sono piuttosto le riflessioni di Alibert (27) che, attento all'etica, si occupa non solo dell'amore ma anche della gelosia. Flaubert e Tolstoj, d'altra parte, con le rispettive riflessioni sul vissuto del mal d'amore vanno ben oltre le argomentazioni dei medici che, analizzando i soli strumenti – cervello, cuore, etc. –

con cui il male si manifesta, corrono il rischio di eludere il confronto con il nocciolo del disturbo. In breve, *Madame Bovary* e *Anna Karenina* allargano l'orizzonte della medicina ed offrono allo psichiatra una traccia per orientare il dialogo con chi soffre di mal d'amore: un vissuto umanamente dolente, come rivelano questi racconti.

Madame Bovary è una storia complessa che oscilla fra la parodia del positivismo in medicina e il tentativo di elaborare un'anamnesi dettagliata, ricca di sfumature e di metafore, di due figure umane soffocate da ondate depressive: Carlo Bovary ed Emma, la sua inquieta moglie. Colpiscono nell'insieme la semplicità di Carlo, che non è "un imbecille", come lo apostrofa Starobinski (28), ma un uomo dai modesti orizzonti, e colpisce anche l'incalzante instabilità emozionale di Emma che trascina nella menzogna la propria esistenza (29) che si concluderà con il suicidio. Carlo, che di Emma aveva fatto il proprio universo, non regge dopo la sua morte allo schiacciante fardello della verità e, scoperta la catena dei suoi tradimenti, non riesce ad elaborare il lutto ed abbandona la vita ma l'autopsia a cui viene sottoposto il cadavere – un'autopsia che non rivela nulla – è una sorta di battuta polemica nei confronti della medicina, nei confronti di quanti intendono il corpo come un ricettacolo di ciò che inerisce all'esistenza. Le perplessità in merito alla medicina affiorano anche in altri contesti come quando, formulata per Emma una diagnosi di "malattia nervosa" (p. 98), si consiglia, sorvolando su ogni inquietudine relazionale, un semplice cambiamento d'ambiente, forse in omaggio alla tradizione ippocratica per cui ogni cambiamento giova alla mente (30). Ed ancora, le riserve nei confronti della medicina e dei medici sono palesi osservando la liturgia dei consulti descritti che, fermi alle riflessioni sulla natura, scotomizzano l'esistenza. Ma, per una corretta comprensione della sofferenza di ogni paziente, è all'esistenza a cui si deve fare riferimento. Se a Carlo sfugge la realtà, il mondo di Emma, dall'emotività quanto mai mossa, è invece intriso di sogni e di fantasie che progressivamente la allontanano dal confronto con le opache ma cogenti asperità della vita. Singolari le modalità di comunicazione che la riguardano: quando, attraverso la mediazione del padre, ha accettato la domanda di matrimonio di Carlo l'assenso viene comunicato con un segno: aprendo una finestra; quando poi vuole disdire un appuntamento con il proprio amante scrive una lettera che non può essere spedita perché non conosce l'indirizzo; ed infine, quando incombe il disastro, per i debiti accumulati, non trova interlocutori e il suo pianto si disperde nel nulla. In Emma lo spazio e il tempo oscillano ininterrottamente: non sa se vorrebbe vivere nel passato o nel futuro, scontenta dal luogo in cui si trova aspira ed andare altrove, a Parigi. Lo spazio e il tempo si dissolvono, addirittura, nel silenzio e nel buio di un'incontro d'amore vissuto nella fissità dell'abitacolo di una carrozza con le tende abbassate, mentre la carrozza vaga senza meta da una strada all'altra. Se si vuol credere ai

giornali si dice che anche Naomi Campbell, una modella dei giorni correnti, usasse fare l'amore con un pugile mentre in taxi giravano per New York (31): sembra però trattarsi di imprese sportive senza nulla in comune con le inquietudini di Emma. Ed ancora per non trascurare quegli aspetti che hanno particolare rilevanza nello svolgimento del racconto, vanno segnalati almeno due motivi: lo specchio e il denaro. Lo specchio, dove si riflettono sia Carlo che Emma, è una esplicita allusione al narcisismo. Ma non mancano le differenze. Carlo si osserva, compiaciuto, quando brilla all'orizzonte la possibilità di quell'amore dove ha fissato il proprio sguardo: un'immagine statica che ai suoi occhi è immutabile in quanto, guardando ad Emma, non riesce "a figurarsela diversa da come l'aveva vista la prima volta" (p.48). Il rapporto di Emma con lo specchio è più complesso: alla fine del racconto, sta ormai per abbandonare la luce del sole e chiede uno specchio: si tratta di un rimando a Medusa di cui, in gioventù, aveva dipinto al carboncino una testa scrivendo sotto una strana dedica: "Al mio caro papà" (pag.40). Innegabile rilevanza compete anche alle ricorrenti allusioni al denaro e alle cambiali che lo garantiscono; dopo tante spese scriteriate proprio le cambiali diventano, infatti, un laccio al collo di Emma testimoniando la soffocante, co-gente forza della realtà. Ed infine lo spirito della musica, radicato nell'inconscio e lontano dalla parola, soffia in tutto il racconto. Si può dire che la musica scandisce la narrazione: il miagolio di un musicante, il pianoforte, il valzer, l'organetto ma anche il lontano latrare dei cani e il rumore dei passi di un cieco che canta: "Il tempo bello col suo gran cuore/invita le ragazze a fare l'amore" (p. 396). Ma la vita non può essere solo musica: Emma, infatti, si suicida ed anche Carlo muore travolto dall'evidenza inequivocabile dei suoi tradimenti documentati da un pugno di lettere.

Pure l'altro romanzo – *Anna Karenina* – che qui si ricorda ha per filo conduttore, come avverte il titolo, la vicenda umana di una figura femminile travolta dal mal d'amore. Ma la narrazione, nell'insieme, è l'intreccio di complesse questioni – religiose, economiche, filosofiche e politiche – che, con le loro radicali contraddizioni, ricordano come la follia circoli dovunque nel mondo della vita. Il mal d'amore, interessando varie coppie, mostra poi profili ed evoluzioni differenti. Agli antipodi la vicenda di Anna e quella di Kitty.

A Kitty, delusa per il fallimento di una infatuazione adolescenziale incoraggiata dalla madre, era stata fatta la diagnosi di "una brutta nevrosi" (p.134) con il consiglio di recarsi in una stazione termale dove, accanto alla sofferenza di tanti ospiti, ritrova il proprio equilibrio. Quando poi ogni male è scomparso ed accetta il corteggiamento di Levin, una vecchia conoscenza di famiglia, il reciproco sentimento viene dichiarato ricorrendo alla scrittura, con linguaggio criptico per soli iniziati: vivono ormai nella patria dell'amore. Il mondo di Kitty è ben ancorato e dopo

le nozze non accetta la proposta di un viaggio all'estero: preferisce, infatti, andare là dove, accanto al marito, dovrà abitare per sempre. La comunicazione fra i due è saldamente intonata dal 'tu' mentre la comunione degli sguardi conferma che sono "una cosa sola" (p. 500). Sia pure con qualche crisi di gelosia la loro relazione si incammina verso una quotidianità priva di scossoni.

Meno felice la vicenda di Anna che, sposata con Karenin – più vecchio di lei, assai impegnato come burocrate, quanto mai sensibile alle convenzioni sociali e agli obblighi della religione –, si innamora di Vronskij, un giovane dalla madre galante e dal padre trafficone, cresciuto piuttosto solo, senza grandi riferimenti affettivi. L'incontro fatale (32) avviene a Mosca, in stazione, mentre un lampo balena sul volto di Anna "come se le sue tante, troppe emozioni finissero per esprimersi ora nello sguardo, ora nel sorriso senza che lei nulla potesse per evitarlo" (p.69). L'incontro è però marcato da un evento funesto: un ubriaco finisce travolto dal treno. Fra i due, comunque, esplode la passione ed Anna è, quanto prima, incinta mentre Vronskij perde la nozione del tempo. Quando poi confessa al marito il proprio stato questi si dimostra opacamente 'ragionevole': nel suo studio, peraltro, vi è un ritratto della moglie: "Due occhi impene-trabili lo fissano beffardi e sfrontati" (p. 312). Anna, ormai legata a Vronskij, ha qualche crisi di gelosia ma quando sta per partorire ha accanto sia il marito che Vronskij: parla di uno sdoppiamento della propria personalità e in un clima di generale perdono chiede la morfina. Vronskij, temendo ormai di averla perduta, riscopre la pienezza del proprio sentimento e si spara ma viene soccorso e si salva. Quanto prima, consapevole di aver sposato un vecchio che non amava, Anna parte con Vronskij per un viaggio all'estero: è ancora tanto debole e bisognosa di convalescenza. Dopo aver percorso l'Europa, si fermano in Italia e qui un pittore la ritrae ed anche Vronskij, pittore dilettante, le fa il ritratto. Ma, improvvisamente, affiora la noia e desiderano tornare ma, giunti a Pietroburgo, Anna scopre l'ostilità sociale che la circonda. Raggiungono pertanto la tenuta di Vronskij. Inasprita da tante difficoltà, Anna diventa gelosa ed ha improvvisi cambiamenti d'umore. Dato che Vronskij desidera altri figli ne deduce che non abbia "alcun riguardo per la sua bellezza" (p.809): solo la morte le pare una soluzione possibile per risvegliarne l'amore e per punirlo. Continua, frattanto, ad assumere oppio. Addormentatasi si sveglia con un incubo: un vecchio traffica intorno ad un mucchio di ferraglia. Ma ormai non ha "più speranze né desideri" (p. 820). Si sente guardata. L'immagine del proprio 'tu' si va dissolvendo ed Anna è angosciata, "incapace di pro-gettarsi nel mondo" (33). Finalmente si fa accompagnare in stazione per raggiungere Vronskij che si era brevemente allontanato ma quando scende dal treno ricorda il tempo in cui si erano conosciuti, proprio in stazione, e si getta fra le rotaie. Quando Vronskij viene a sapere di

Anna e la vede morta è disperato e, in casa, si fa il possibile, dato il precedente tentativo autosoppressivo, per far sparire tutto ciò che potrebbe indurlo a togliersi la vita.

Anna Karenina è una sinfonia il cui spartito è compreso fra le tragiche battute iniziali di quando esordisce il racconto e quelle finali che ne scandiscono la conclusione: entrambi questi motivi risuonano in una stazione – un luogo da dove si parte e dove si arriva, ma dove non si soggiorna – che diventa il riferimento emblematico dell'instabilità dello spazio che accompagna la storia d'amore fra Anna e Vronskij. Del resto, l'instabilità dello spazio della vita li accompagna anche quando, per favorire la convalescenza di Anna, viaggiano attraverso l'Europa. Ma nella loro tormentata vicenda lo stesso sentimento del tempo presenta qualche incongruenza in quanto non è sempre in sintonia con il tempo di chi è loro accanto. Ed ancora, la comunicazione rivela tratti di instabilità sia oscillando fra il 'tu' e il 'voi' che saltando dal russo al francese o, addirittura, ad altre parlate.

Ma la sinfonia tolstojana non si ferma alla considerazione dei trascendentali in quanto è scandita da alcuni motivi che ricorrono insistentemente: lo specchio ma anche i ritratti di Anna. Guardarsi allo specchio – lo si è già ricordato – è una testimonianza di narcisismo mentre la moltiplicazione dei ritratti denuncia la difficoltà di fissare l'immagine di un volto tanto inquieto. Lo spartito, che non si limita ad evocare il mondo dello sguardo conosce, naturalmente, anche altre note: significativa l'allusione ricorrente al denaro, per lo più irresponsabilmente sperperato. Ma per tornare al narcisismo, al narcisismo di Anna, è da rilevare come questo tratto personologico sia alimentato sia dalla fragilità di Vronskij che dall'ottusità di Karenin: né l'uno, né l'altro riescono ad orientarla verso la complessità della vita che non si esaurisce nella sonorità dell'amore-passione. Anna risponde alle difficoltà con improvvise oscillazioni del tono dell'umore e con pensieri ed argomentazioni paranoidei. Alla fine precipita in un disagio profondo che, oscurato dalla morfina, la spinge al suicidio dopo aver fantasticato che Vronskij non la ami più e che la morte sia l'unico modo per risvegliarne l'amore e, ad un tempo, per punirlo con il rimpianto. Sono pensieri simili a quelli di Fedra. Il suicidio di Anna nasce, peraltro, da motivazioni e da sviluppi personologici differenti rispetto al tentativo di suicidio di Vronskij – una personalità fragile – travolto da un evento che lo ha schiacciato.

Per concludere, non sono poche le consonanze fra *Madame Bovary* e *Anna Karenina* la cui lettura permette di elaborare una mappa clinico-nosografica di quelle 'nevrosi' d'amore che ora guariscono ed ora invece portano al tentativo autosoppressivo o, più radicalmente, al suicidio. Kitty – una protagonista di *Anna Karenina* –, dopo un episodio di scoraggiamento giovanile, guarisce e si sposa: si è riscattata contemplando il volto della sofferenza e conosce le difficoltà della vita quotidiana: è radicata in uno

spazio ben definito e sa comunicare con il 'tu'. A guardar bene, una guarigione è illustrata anche in *Madame Bovary* quando la domestica di Emma racconta il caso di un donna che, turbata da una sorta di "nebbia del cervello" (p. 146) che né il medico né il curato riuscivano ad interpretare, è guarita con il matrimonio. D'altra parte, Vronskij, un giovane cresciuto con palesi carenze affettive, non regge al dolore della perdita di Anna e, quando fantastica di averla smarrita per sempre, tenta il suicidio. Inquietante il destino di Carlo: con la certezza di avere perso la memoria stessa del proprio oggetto d'amore si trova, infatti, senza patria e la vita se ne va. Ed infine, dolorosamente plasmata da una sofferenza morbosa sono i suicidi di Emma e di Anna, le vere protagoniste dei rispettivi romanzi, dominate da una passione la cui violenza oscura lo stesso amore materno. Annunciata da ricorrenti oscillazioni del tono dell'umore, la fine di Emma – dovuta all'arsenico – si consuma in un clima teatrale dove tanti ricordi letterari si riflettono nella superficie di uno specchio (34). Altrettanto tragica la fine di Anna Karenina che, tormentata da dubbi e da idee di riferimento, in un impulso si getta fra le rotaie di un treno. Anna, come Vronskij, attua il proprio gesto ricorrendo a procedimenti traumatici (35). Emma, invece, assume l'arsenico a cui sono dedicate tante pagine nel *Dizionario delle scienze mediche* (36) presente nell'ambulatorio di Carlo (p.53) ed a nulla è servito il consulto con un allievo di Bichat.

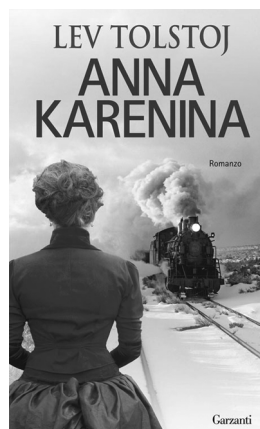
Non manca in *Anna Karenina* qualche cenno alla prevenzione ed alla possibile terapia del male. Quando si narra dell'impegno nel nascondere a Vronskij, dopo la morte di Anna, tutto ciò che potrebbe indurlo a compiere qualche gesto autosoppressivo si sa che chi ha già tentato il suicidio è particolarmente esposto al rischio di compiere nuovi tentativi (37). Per quanto riguarda la terapia non si trascura, nei romanzi esaminati, di ricordare quanto raccomanda Burton là dove suggerisce di darla vinta a chi soffre di melanconia d'amore (38): è la soluzione di cui parla la domestica di Emma Bovary, ma per quanto riguarda la guarigione di Kitty questo suggerimento deve essere accantonato in quanto, quando Kitty si sposa, è già guarita.

*Psichiatra – L. D. Storia della Medicina

Bibliografia

- ¹N. Abbagnano, *Amore*, in *Dizionario di filosofia*, Torino, UTET, 1964, pp. 22-33.
- ²G. Faggin, *Amore*, in *Enciclopedia filosofica*, Firenze, Sansoni, 1957, I, col. 173-180.
- ³Platone, *Convivio*, 200 a 5; 210 a 7 e seg.; 206 a 12.
- ⁴Aristotele, *Metafisica*, I, 4, 25-30.
- ⁵Aristotele, *Etica nicomachea*, IX, V, 3.
- ⁶Aristotele, *L'anima*, I, I, 15-25.
- ⁷G. Kerényi, *Gli Dei e gli Eroi della Grecia. II. Gli Eroi*, trad. V. Tedeschi, Milano, Il Saggiatore, 1963, p. 265.

- ⁸L. Bonuzzi, *Il male di Fedra*, “Medicina nei Secoli”, XXIV, 3 (2012), pp. 611-625.
- ⁹Plutarco, *Demetrio*, XXXVIII, in *Le vite parallele*, ed. A. Ribera, Roma, Casini, 1960, pp. 402-403.
- ¹⁰M. Ciavolella, *La “malattia d’amore” dall’Antichità al Medioevo*, Roma, Bulzoni, 1976.
- ¹¹A. Cappellano, *De amore*, I, III-IV, a cura di G. Ruffini, Milano, Guanda, 1980, p. 7.
- ¹²*La follia di Tristano*, in *Romanzi medioevali d’amore e d’avventura*, a cura di A. Bianchini, Roma, Casini, 1957, p. 361.
- ¹³Costantino l’Africano, *Della melancolia*, lib. II, cap. I, a cura di M. T. Malato e V. de Martini, Roma, Istituto di Storia della Medicina, 1959, p. 123.
- ¹⁴L. Ariosto, *L’Orlando furioso*, I, 2.
- ¹⁵V. Kornaros, *Erotòkritos*, a cura di C. Stevanoni, Verona, Biblioteca Civica, 1995.
- ¹⁶M. Peri, *Malato d’amore. La medicina dei poeti e la poesia dei medici*, Messina, Rubettino, 1996, p. 21.
- ¹⁷J. Ferrand, *Malinconia erotica*, a cura di M. Ciovelella, Venezia, Marsilio, 1991, pp. 95-103; M.-C. Lambrotte, *Jacques Ferrand. De la maladie d’amour ou melancholie erotique*, “L’Évolution Psychiatrique”, 4 (1994), pp. 599-623.
- ¹⁸B. Tarquini, *La pineale e la mente*, “Società Italiana di Psichiatria – Bollettino scientifico e di informazione”, V, marzo-luglio (1998), pp. 30-35.
- ¹⁹R. Descartes, *Le passioni dell’anima*. (I, art. 31-32; II, art. 79). *Lettere sulla morale*, a cura di E. Garin, Bari, Laterza, 1966, pp. 22-23, 47.
- ²⁰W. Riese, *La théorie des passions à la lumière de la pensée médicale du XVII siècle*, Supplementum, “Confinia Psychiatrica”, 8 (1965), p. 72.
- ²¹G. Flaubert, *Madame Bovary*, a cura di H. Revel, Torino, UTET, 1970.
- ²²L. Tolstoj, *Anna Karenina*, trad. C. Zonghetti, Torino, Einaudi, 2016-2017.
- ²³B. Revel, *Introduzione*, in G. Flaubert, *Madame Bovary*, cit., p. 21.
- ²⁴E. Esquirol, *Des passions*, Paris, Didot, 1805, pp. 17, 43 (Ristampa anastatica a cura di M. Gauchet e G. Swain, Paris, Librairie des Deux-Mondes, 1980).
- ²⁵*Suicidio*, in *Dizionario compendiato delle scienze mediche*, ed. it., Venezia, Antonelli, 1830, tomo XVI, parte I, p. 116.
- ²⁶F.-J.-V. Broussais, *Cours de phrénologie*, Paris, Bailliere, 1836, pp. 158-187.
- ²⁷J.-L. Alibert, *Physiologie des passions*, Paris, Béchét, 1837, II, pp. 554 e seg.
- ²⁸J. Starobinski, *La scala delle temperature*, trad. C. Gazzelli, Genova, il melangolo, 1984, p. 10.
- ²⁹A. Kraus, *Lügenmotiv und Depersonalisation in der Melancholie. (Le motif du mensonge et de la depersonnalisation dans la mélancolie*, trad. M. Géraud), “L’Évolution Psychiatrique”, 4 (1994), pp. 649-657.
- ³⁰Ippocrate, *Le arie, le acque, i luoghi*, 16.
- ³¹*L’autista di Tyson rivela la travolgente passione tra il pugile e Naomi Campbell*, “Facevano l’amore in auto mentre giravamo New York”, “L’Arena”, 25-IX (1995), p. 5.
- ³²P. Martin, *D’un préalable mélancolique à l’occurrence du coup de foudre*, “L’Évolution Psychiatrique”, 4 (1994), pp. 671-682.
- ³³B. Callieri, *Prospettive antropofenomenologiche nella melanconia: eclissi della ‘donazione di senso’*, in *Malinconia e Depressione*, a cura di C. Maggini, C. Marchesi, P. Salvatore, Pisa, Edizioni ETS, 1999, I, pp. 117-126.
- ³⁴C. Kerénji, *Gli dei e gli eroi della Grecia*, cit., pp. 56 e seg.; AA. VV., *Lo specchio e il doppio. Dallo stagno di Narciso allo schermo televisivo*, a cura di G. Macchi e M. Vitale, Milano, Fabbri Editori, 1987.
- ³⁵G. Deshaies, *Psicologia del suicidio*, trad. G. Gentili, Roma Astrolabio, 1951, p. 65.
- ³⁶*Arsenico*, in *Dizionario compendiato delle scienze mediche*, ed. it., Venezia, Antonelli, 1828, tomo II, parte I, pp. 140 e seg.
- ³⁷L. Pavan, *Suicidio, le parole non dette*, Verona, Positive Press, 2000, p. 60.
- ³⁸R. Burton, *Malinconia d’amore*, trad. A. Brilli e F. Marucci, Milano, Rizzoli, 1981, p. 377 e seg.



Elisabetta Parra*, Sara Ricciardulli*,
Stefania Palermo*, Samuele Torrigiani*,
Federico Mucci**, Donatella Marazziti***

Disturbo di dipendenza da sesso o sex addiction

On compulsive sexual behaviour or sexual addiction

Sommario

L'ipersessualità, disturbo di dipendenza da sesso o sesso compulsivo, è una condizione psicopatologica caratterizzata da un desiderio di attività sessuale ricorrente ed incontrollabile a cui seguono comportamenti compulsivi mirati a soddisfarne il desiderio. Tale disturbo presenta un'eziologia multifattoriale in cui fattori genetici ed ambientali interagiscono fra loro in una cornice di vulnerabilità soggettiva dell'individuo interessato. Dal punto di vista patogenetico, la dopamina e la noradrenalina sono i neurotrasmettitori maggiormente coinvolti controllando i circuiti del rinforzo e della ricompensa a livello del sistema limbico. I soggetti con disturbo di dipendenza da sesso presentano un costante desiderio di avere attività sessuali che vanno da rapporti completi alla sola masturbazione, al sesso orale, all'uso esagerato e ripetitivo di materiale pornografico. L'impegno è tale da spendere molto tempo nelle suddette pratiche, nonostante le conseguenze negative, portando in seguito ad una compromissione del funzionamento globale. Occasionalmente, i soggetti presentano comportamenti sessuali promiscui fino ad intraprendere attività al limite della legalità. Numerose sono le comorbidità, tra cui vengono evidenziate il gioco d'azzardo patologico, il disturbo di dipendenza da Internet e da sostanze, soprattutto alcol e cocaina. Un'anamnesi accurata è necessaria per una corretta diagnosi, valutando la copresenza di patologie psichiatriche, neurologiche, internistiche, e anche prendendo in considerazione eventuali terapie in atto o pregresse. Il test ad oggi più utilizzato per la dipendenza sessuale è il Sexual Addiction Screening Test (SAST-R), messo a punto da Carnes nel 1991 e poi più volte rivisitato. L'approccio terapeutico principale risulta essere multidimensionale, basandosi sull'integrazione di diverse metodiche sia di tipo psicoterapico che farmacologico, prediligendo i farmaci inibitori selettivi del reuptake della serotonina. Lo scopo di questo studio è stato quello di revisionare la letteratura scientifica sulla dipendenza da sesso, descrivendo così le caratteristiche cliniche, le comorbidità, la valutazione diagnostica e gli approcci terapeutici.

Parole chiave: Dipendenza comportamentale, dipendenza da sesso, disturbo sessuale compulsivo-impulsivo, sesso compulsivo, ipersessualità.

Abstract

Hypersexuality, sex addiction or compulsive sexual behavior disorder is a psychopathological disorder characterized by persistent desire of sexual activity and subsequent compulsive behaviors aimed at satisfying this desire. The multifactorial etiology is based on genetic and environmental factors interacting with each other in an underlying vulnerability state. Subjects affected by sex addiction have a constant desire to have sexual activities, from integral intercourse to partial as masturbation, oral sex, or excessive and repetitive use of pornography. They spend most of time in the aforementioned practices in spite of the negative consequences and leading to an impairment of the overall functioning. Occasionally, they exert promiscuous behaviors and sometimes the compulsive search for partners may lead to almost illegal activities. Pathological gambling, Internet and substance addiction, especially alcohol and cocaine, are the most frequent comorbidity. An anamnestic evaluation is required for a correct diagnosis, evaluating the coexistence of other psychiatric, neurological and medical conditions, but also considering current or past drug treatments. Sexual Addiction Screening Test (SAST) is the most used screening test, developed by Carnes in 1991 and revisited later. The therapeutic approach is based on a psychotherapeutic way integrated with a pharmacological one, mostly characterized by selective serotonin reuptake inhibitors. The aim of this study is to review the literature regarding sex addiction, thus describing clinical characteristics, comorbidities, diagnostic evaluation and therapeutic approaches.

Key words: Behavioral addiction, sex addiction, compulsive-impulsive sexual disorder, compulsive sexual behavior disorder, hypersexuality.

1. Introduzione

La dipendenza patologica da una sostanza genera una condizione psicofisica che necessita della continua ricerca della sostanza stessa allo scopo di acquisirne i benefici ed evitare i sintomi astinenziali (Marazziti et al., 2015); si innescano, infatti, una serie di comportamenti quali la ricerca ripetitiva, la dipendenza fisica, la perdita del controllo e la persistenza di tali impulsi nonostante le conseguenze negative (Chamberlain et al., 2016; Marazziti et al., 2014).

L'ipersessualità rappresenta una dipendenza comportamentale complessa e debilitante caratterizzata da eccessiva focalizzazione sul sesso (Inescu Cismaru et al., 2013;

Maatoug & Karila, 2019). I soggetti affetti presentano un desiderio di attività sessuale estremo, ricorrente ed incontrollabile, e mettono in atto comportamenti ossessivi e compulsivi che esitano in una compromissione del funzionamento globale (Ascher et al., 2015; Béreau, 2018; Blum et al., 2015; Castro-Calvo et al., 2018; Goodman, 1992; Gündüz et al., 2019; Kühn & Gallinat, 2016; Levine, 2010). La ricerca compulsiva del piacere mediante impulsi sessuali ricorrenti (Kafka, 2010; Petri, 2016) giustifica l'ulteriore appellativo di "disturbo sessuale compulsivo-impulsivo" (Karila et al., 2014). Inizialmente, veniva identificato quantificando la frequenza del comportamento sessuale in termini di "sbocco sessuale to-

tale”, considerando il numero di orgasmi settimanali raggiunti dall’individuo attraverso qualsiasi comportamento sessuale (Petri, 2016). I pazienti affetti da tale disturbo, infatti, svolgono le attività sessuali con una frequenza che può variare dai 5 ai 15 rapporti al giorno, effettuati per una durata di tempo superiore ai 6 mesi, a partire dal 15° anno di età (Inescu Cismaru et al., 2013). Per concettualizzare il disturbo da sesso compulsivo sono stati proposti nel corso degli anni diversi modelli: il primo era rappresentato da un modello di disregolazione del desiderio sessuale (Kafka, 2010), il secondo di dipendenza (Rosenberg et al., 2014), il terzo era basato sulla compulsività ed impulsività dei comportamenti assunti (Kuzma & Black, 2008), mentre l’ultimo era caratterizzato da una disregolazione affettiva (Stein, 2008).

Tale condizione psicopatologica è stata studiata per lungo tempo, sebbene la mancanza di dati scientifici abbia ritardato per numerosi anni la sua categorizzazione e diagnosi come disturbo psichiatrico. In origine, nel 1812 Benjamin Rush espone il caso di un suo paziente che a causa di un desiderio sessuale “eccessivo” arrivò a richiedere un trattamento per indurre uno stato di impotenza in modo da sollevarlo dal disagio psicologico indotto dal disturbo stesso (Rosenberg & Curtiss Feder, 2014). In seguito, numerosi altri ricercatori come il Dott. Von Krafft-Ebbing e lo psicologo britannico Jim Orford hanno descritto la sessualità patologica come un disturbo di interesse psichiatrico. Orford sottolineò, però, alcuni ostacoli valutativi come la difficoltà nella distinzione tra un comportamento sessuale anormale e uno fisiologico, il riconoscimento della perdita di controllo e l’influenza della cultura, che rendono complicata anche nella concezione odierna una corretta diagnosi del disturbo di dipendenza da sesso (Rosenberg & Curtiss Feder, 2014). Nel 1998 il comitato scientifico sulla classificazione internazionale delle malattie (ICD-10) ha evidenziato una nuova patologia caratterizzata da un “eccessivo impulso sessuale”, che suddivideva in “ninfomania” per i soggetti di genere femminile e “satiriasi” per quelli maschili (Vroege et al., 1998). Negli ultimi anni del secolo scorso molteplici studi hanno descritto il quadro psicopatologico dell’ipersessualità, proponendo di integrare nella categoria dei disturbi psichiatrici le cosiddette “dipendenze comportamentali”, ovvero condizioni psicopatologiche caratterizzate da comportamenti disadattativi e ripetitivi (Chamberlain et al., 2016). Il Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali III-R (DSM-III-R) (American Psychiatric Association, 1987) ha così inserito il disturbo sessuale compulsivo per la prima volta nella categoria dei “Disturbi sessuali non altrimenti specificati”, che è stato però successivamente rimosso nella quarta edizione (Grant et al., 2016). Nel DSM-V era stato inizialmente suggerito di descrivere l’ipersessualità all’interno della categoria “Disturbi correlati a sostanze e dipendenza” in cui si trovavano le dipendenze comportamentali, ma tale

proposta è stata rifiutata, ed all’interno di tale categoria è rimasto solo il gioco d’azzardo patologico (Chamberlain et al., 2016; Kühn & Gallinat, 2016; Marazziti et al., 2014; Petri, 2016; Rosenberg et al., 2014; Rosenberg & Curtiss Feder, 2014).

2. Dati epidemiologici ed eziologia

La prevalenza nella popolazione generale del disturbo di dipendenza da sesso oscilla tra il 3% ed il 6%, con percentuali maggiori tra gli adolescenti e i giovani adulti, soprattutto di sesso maschile (Karila et al., 2014; Inescu Cismaru et al., 2013; Petri, 2016; Rosenberg & Curtiss Feder, 2014). Probabilmente, alla base di tale patologia vi è una specifica vulnerabilità su cui vanno ad inserirsi una serie di fattori di rischio, come il genere, l’età e l’orientamento sessuale (Inescu Cismaru et al., 2013; Rosenberg & Curtiss Feder, 2014).

La dipendenza da sesso presenta dunque un’eziologia multifattoriale che consta di fattori genetici, neurologici, ambientali, psicologici e sociali (Béreau, 2018; Blum et al., 2015; Torrisi et al., 2017). Studi sull’ereditabilità dimostrano come alcune anomalie genetiche possano influire sul comportamento sessualmente promiscuo e sono riscontrabili analogamente nel 33% in gemelli monozygoti e dizigoti di entrambi i sessi (Zietsch et al., 2010). Un gene potenzialmente coinvolto sembra essere quello del recettore dopaminergico D4 (D4DR); nello specifico, sette o più ripetizioni dell’allele correlano con un profilo di rischio maggiore (Blum et al., 2015; Chen et al., 1999; Ding et al., 2002; Harpending & Cochran, 2002; Inescu Cismaru et al., 2013; Wang et al., 2004). Anche l’ambiente familiare sembra giocare un ruolo rilevante sull’evoluzione sintomatologica del disturbo: numerosi soggetti con comportamento sessuale compulsivo hanno descritto i propri genitori come individui rigidi, distanti ed indifferenti. Per agire su tali vissuti è, quindi, possibile suggerire un approccio terapeutico di tipo psicoterapico (Bird, 2006; Levine, 2010).

Occasionalmente, un comportamento sessuale impulsivo ed eccessivo può essere correlato ad altri disturbi psichiatrici, a condizioni mediche sottostanti o all’utilizzo di agenti farmacologici (Asiff et al., 2018). Un esempio esplicativo è fornito dalla principale causa di ipersessualità nei bambini e negli adolescenti, ovvero lo sviluppo di uno stato di virilizzazione, indotto più frequentemente dalla sindrome dell’ovaio policistico o dall’assunzione di farmaci, quali la levodopa e la lamotrigina (El-Gabalawi & Johnson, 2007). Anche una terapia a base di aripiprazolo, che possiede azione di agonista parziale sui recettori dopaminergici e di agonismo/antagonismo su quelli serotoninergici, può alterare l’attività sessuale (Kozian, 2020; Vrignaud et al., 2014). È importante valutare anche il possibile coinvolgimento di altri farmaci, prevalentemente ad azione dopamino-agonista, utilizzati nel trattamento di prolattinomi o patologie neurologiche, che

possono dunque portare ad un quadro di discontrollo degli impulsi (De Sousa et al., 2017).

Tutte queste considerazioni sottolineano la necessità di un attento screening anamnestico del comportamento sessuale alterato, e di un'accurata valutazione delle eventuali patologie sottostanti e delle terapie assunte dal soggetto, così da poter programmare un corretto iter clinico-terapeutico (De Sousa et al., 2017).

3. Basi patogenetiche

Dal punto di vista patogenetico i mediatori neurochimici più frequentemente coinvolti nei comportamenti ipersessuali sono la dopamina e la noradrenalina (Asiff et al., 2018; Blum et al., 2015; Kühn & Gallinat, 2016; Inescu Cismaru et al., 2013), sebbene sia stato evidenziato anche un interessamento della serotonina (Goodman, 2008; Inescu Cismaru et al., 2013). Tali neurotrasmettitori sono presenti a livello delle connessioni neurali del sistema mesolimbico, compreso lo striato, la corteccia prefrontale mediale ed orbitofrontale, e sono implicati nei circuiti di ricompensa, in particolar modo tra l'area tegmentale ventrale ed il nucleo accumbens, in cui sono mediati gli effetti di rinforzo delle sostanze, promuovendo anche una serie di comportamenti fisiologici tra cui l'alimentazione, l'idratazione e l'impulso sessuale (Ascher et al., 2015; Asiff et al., 2018; Blum et al., 2015; Kraus et al., 2016; Rosenberg et al., 2014). Studi di neuroimaging hanno dimostrato come, nei soggetti che presentano comportamenti sessuali incontrollati, si attivino le aree frontali ed i centri di ricompensa posteriori (Georgiadis, 2012; Sescousse et al., 2010). Immagini ricavate dalla tomografia ad emissione di positroni (PET) mostrano come nell'eccitamento sessuale maschile sia primariamente attivata la corteccia visiva, mentre nelle donne si registra un'intensa attività a livello delle regioni parietali, specialmente nelle aree anteriori dorsali sinistre (Georgiadis et al., 2009). Inoltre, nei soggetti che hanno effettuato una settimana di incontri sessuali ricorrenti è stata documentata una specifica modificazione morfostrutturale cerebrale caratterizzata dall'aumento delle spine dendritiche nel nucleo accumbens (Kraus et al., 2016; Rosenberg & Curtiss Feder, 2014). Analoghe alterazioni anatomico-funzionali sono riscontrate anche in pazienti con disturbo da gioco d'azzardo patologico, da uso problematico di Internet, da furto e shopping compulsivo, suggerendo una possibile correlazione patogenetica (Grant et al., 2016). A sostegno della tesi che le disregolazioni cerebrali del disturbo compulsivo da sesso e del gioco d'azzardo patologico risulterebbero relativamente sovrapponibili, è interessante notare che alcuni pazienti con parkinsonismo idiopatico e in trattamento con agonisti dopaminergici sviluppano nel tempo entrambi i disturbi (Bostwick et al., 2009). Inoltre, sia il disturbo di dipendenza da sesso che il gioco d'azzardo patologico rispondono alle stesse terapie farmacologiche, quali gli SSRI o il naltrexone, ossia un antagonista degli

oppioidi (Bostwick et al., 2009).

4. Sintomatologia

All'inizio del secolo scorso lo psicologo Patrick Carnes (1991) ha descritto i dieci segni clinici più frequentemente riscontrabili negli individui da disturbo di dipendenza da sesso: il comportamento compulsivo, la perdita di controllo, la difficoltà nel fermarsi e, quindi, la determinazione nel proseguire nonostante le conseguenze, la perdita di tempo, la preoccupazione, l'incapacità di espletare gli obblighi professionali e ricreativi, l'escalation ed il ritiro sociale. Inoltre, ha identificato dei sottotipi comportamentali del disturbo, alcuni più frequentemente riscontrabili nei soggetti di sesso maschile, come il voyeurismo e l'esibizionismo, altri nelle donne, come il sesso fantasy ed il sesso commerciale (Carnes, 1991). In seguito, altri hanno descritto il disturbo sessuale compulsivo come una condizione psicopatologica caratterizzata dalla presenza di pensieri intensi, comportamenti ricorrenti ed impulsi sessuali incontrollabili (Coleman, Raymond e McBean, 2003).

Il processo evolutivo verso la dipendenza da sesso è caratterizzato dal susseguirsi di quattro fasi: inizialmente il soggetto viene invaso da preoccupazioni su tematiche di natura sessuale, a cui segue l'elaborazione di rituali che precedono i rapporti. In seguito, vengono messi in atto dei comportamenti compulsivi, fino al raggiungimento di uno stato di sconforto e disperazione, fino allo sviluppo di alcuni tratti depressivi, a causa del fatto che non è più possibile controllare il proprio istinto (Reed & Blaine, 1988; Inescu Cismaru et al., 2013).

L'individuo affetto da disturbo di dipendenza da sesso non riesce a limitare il costante desiderio, e ricerca incessantemente di espletare una qualunque attività sessuale. Per tale motivo, trascorre gran parte del tempo impegnandosi persistentemente nelle suddette attività, che vengono incrementate, nonostante le conseguenze negative, per ottenere l'effetto desiderato, sviluppando uno stato di irritabilità nel momento in cui non è più possibile raggiungere tale obiettivo. La ricerca compulsiva di un partner sfocia spesso in comportamenti di promiscuità e, occasionalmente, i soggetti intraprendono attività al limite della legalità come la prostituzione o il sesso commerciale (Levine, 2010). Un elemento importante è costituito dalla costante sensazione di disagio del soggetto dipendente, con conseguente alterazione del funzionamento globale, non meglio spiegato da un altro disturbo mentale o da una condizione medica sottostante (Coleman et al., 2003). Numerosi studi hanno dimostrato come pazienti con disturbo compulsivo da sesso hanno un rischio più elevato di sviluppare altre dipendenze: in particolar modo alle condotte ipersessuali segue frequentemente lo sviluppo di un vero e proprio disturbo da gioco d'azzardo patologico (Bostwick et al., 2009; Langstrom & Hanson, 2006). Un altro quadro ricorrente di dipendenza in comorbidità è

raccontando l'uso patologico di Internet, ovvero dal cybersesso (Braim et al., 2019). Tale dipendenza è caratterizzata dalla ricerca compulsiva di materiale pornografico su Internet, con spese anche onerose e scambi di materiale privato su chat dal vivo al fine di raggiungere l'orgasmo. Un'ulteriore sottocategoria dell'ipersessualità è rappresentata dalla dipendenza da pornografia, basata sull'uso eccessivo di materiale pornografico che altera il funzionamento non solo del singolo individuo ma anche del partner, aumentando il rischio di isolamento e la fine o interruzione della relazione di coppia (Duffy et al., 2016). Frequente è anche la correlazione tra il sesso compulsivo e l'abuso di sostanze, soprattutto cocaina e alcol. I vari disturbi, inoltre, possono potenziarsi vicendevolmente: infatti, i soggetti dipendenti da più sostanze presentano un rischio notevolmente maggiore di sviluppare comportamenti sessuali compulsivi rispetto ai dipendenti da una sola sostanza (Antonio et al., 2017).

In molti soggetti con dipendenza da sesso sono state anche riscontrate diverse parafilie, nonché un rischio elevato di sviluppare patologie concomitanti come il disturbo ossessivo-compulsivo, i disturbi di personalità, prevalentemente di cluster B e C, quadri di disregolazione affettiva e la sindrome di Tourette, ma anche dipendenze comportamentali, quali la dipendenza da esercizio fisico, da lavoro e da shopping (Fuss et al., 2019; Griffiths, 2016; Wéry et al., 2016). Queste condizioni rappresentano quadri psicopatologici complessi per i quali è stato coniato il termine di "Disturbo da Interazione da Dipendenza", indicando la coesistenza di diversi comportamenti che finiscono per integrarsi fra loro (Carnes et al., 2005; Griffiths, 2016). Oltre a disturbi prettamente psichiatrici, il disturbo compulsivo da sesso è stato anche associato a condizioni di estrema solitudine, bassa autostima o intimo disagio del soggetto interessato (Inescu Cismaru et al., 2013; Kaplan & Kruger, 2010; Kingston & Firestone, 2008; Miner, et al., 2009; Petri, 2016).

5. Diagnosi

All'inizio degli anni '90 Carnes sviluppò il questionario Sexual Addiction Screening Test (SAST), basato su 25 elementi, che permetteva di identificare i soggetti interessati da un quadro di ipersessualità (Carnes, 1991). In seguito Carnes decise di ampliare tale test, includendo aspetti poi divenuti fondamentali nella valutazione del disturbo, ovvero la preoccupazione per l'attività sessuale, la perdita del controllo, l'alterazione nei rapporti e la possibile evoluzione di disturbi affettivi o ansiosi. Il test rivisitato (SAST-R) è tutt'oggi uno dei test di screening più frequentemente utilizzati e include 20 elementi principali e sottogruppi di 25 elementi, presentando una maggiore affidabilità e coerenza interna rispetto alla versione precedente (Carnes et al., 2010). Tuttavia un limite del SAST-R è rappresentato dall'ampiezza del testo, pertanto la necessità di un test di minore lunghezza ha portato alla

messa a punto di un nuovo strumento di screening, costituito unicamente da sei elementi, chiamato PATHOS, che permette quindi di raggiungere più rapidamente ad una corretta diagnosi del disturbo (Carnes et al., 2011; Ewing, 1984). Altri questionari utilizzati sono quelli della scala della compulsività sessuale (SCS), della ricerca di sensazioni sessuali (SSSS) (Kalichman & Rompa, 1995) e l'inventario del comportamento sessuale compulsivo (CSBI) (Petri, 2016). Per una corretta valutazione diagnostica della dipendenza da sesso è necessario inoltre effettuare un'adeguata diagnosi differenziale con le principali patologie di interesse psichiatrico quali il disturbo bipolare, i disturbi indotti da sostanze (ad esempio cocaina o anfetamine) e sindromi neurologiche come quelle del lobo frontale. Più specificamente, studi in soggetti affetti da disturbo bipolare hanno evidenziato un'elevata incidenza di comportamenti sessuali compulsivi, specialmente durante gli episodi di espansione timica (Kopeykina et al., 2016). Anche in pazienti con disturbo da deficit di attenzione ed iperattività (ADHD) non è raro riscontrare comportamenti sessuali anomali, i quali sono prevalentemente caratterizzati dall'utilizzo eccessivo di materiale pornografico (Böthe et al., 2019). Un altro studio, invece, ha cercato di identificare una correlazione tra il disturbo post traumatico da stress con la possibile evoluzione di comportamenti ipersessuali. In particolare, tale ricerca è stata condotta su veterani militari statunitensi dopo l'attentato terroristico avvenuto l'11 Settembre 2001. Molti dei veterani hanno sviluppato, oltre al disturbo post traumatico da stress, un disturbo da uso di alcol; alcuni, in seguito, riducevano progressivamente la partecipazione ai servizi religiosi, incrementavano le pratiche masturbatorie e l'uso di materiale pornografico, fino alla messa in atto di veri e propri comportamenti sessuali eccessivi (Moisson et al., 2019). Cambiamenti dell'attività sessuale sono stati evidenziati non solo in relazione a patologie psichiatriche, ma anche in relazione a disturbi di interesse neurologico. Infatti, alcuni soggetti con quadri epilettici, che hanno subito interventi chirurgici prevalentemente a livello del lobo temporale, possono presentare comportamenti sessuali incontrollati (Gündüz et al., 2019). Anche pazienti con diagnosi di demenza o malattia di Alzheimer mostrano alterazioni delle abituali attività sessuali. Più frequentemente in tali soggetti si sviluppa un quadro di indifferenza verso le pratiche sessuali ma, occasionalmente, i pazienti assumono comportamenti considerati impropri, basati soprattutto su una disinibizione relazionale ed una maggiore ricerca di intimità (Cipriani et al., 2016; Robinson, 2003). Infine, per una completa valutazione globale è importante anche prendere in considerazione gli effetti avversi di alcuni trattamenti, come ad esempio quelli della levodopa che può modificare le abitudini sessuali del soggetto portando fino a quadri clinici di discontrollo degli impulsi (Béreau, 2018). Infatti, alcuni pazienti affetti da malattia di Parkinson e trattati con

dopamino-agonisti possono sviluppare un quadro clinico secondario caratterizzato da incremento delle condotte ipersessuali, dovuti alla disregolazione dei circuiti dopaminergici. In questi casi, è opportuno ridurre l'agonista della dopamina o assumere levodopa (Codling et al., 2015; Nakum & Cavanna, 2016; Nelis et al., 2016). Un'eccessiva attività sessuale può essere riscontrata anche in individui con diagnosi di prolattinoma e in trattamento con terapie analoghe dopaminergiche (De Sousa et al., 2017). Anche l'aripirazolo, che ha una funzione di agonista parziale sui recettori dopaminergici e di agonismo/antagonismo su quelli della serotonina può provocare sintomi simili (De Sousa et al., 2017; Wéry et al., 2016).

6. Approcci terapeutici

Il trattamento più efficace dell'ipersessualità è rappresentato dalla combinazione di strategie diverse (Ascher et al., 2015; Karila et al., 2014). Innanzitutto è fondamentale il ripristino del fisiologico ritmo sonno-veglia, della corretta alimentazione e di un regolare esercizio fisico che promuovono il benessere basale dell'organismo. Un ruolo importante è poi svolto dalla psicoterapia, prevalentemente di tipo cognitivo-comportamentale, necessaria per l'elaborazione di strategie preventive delle ricadute e per il raggiungimento di un maggiore insight di malattia. Occasionalmente, possono anche essere utilizzate terapie di gruppo, familiari, approcci di tipo interpersonale e psicodinamico che permettono un miglioramento dell'autocontrollo e delle relazioni sociali (Bird, 2006; Inescu Cismaru et al., 2013; Karila et al., 2014; Levine, 2010). Nel 2005 è stato sviluppato un programma terapeutico per soggetti affetti da disturbo di dipendenza da sesso, incentrato prevalentemente sullo svolgimento quotidiano di compiti indicati in specifiche cartelle (Carnes et al., 2005), per arrivare ad una vera e propria terapia sessuale di cui spesso i pazienti necessitano, data la frequente correlazione dell'ipersessualità con comportamenti sessuali disfunzionali (Carnes et al., 2005). Inoltre, benefici clinici significativi sono stati raggiunti mediante l'utilizzo della terapia di accettazione ed impegno (ACT) che cerca di ridurre l'intensità della sintomatologia ansiosa, depressiva e di dipendenza, migliorando la flessibilità psicologica (Lantheaume, 2018). Oltre alla regolarizzazione della routine quotidiana e all'approccio di tipo psicoterapico sembra utile intraprendere un trattamento di tipo psicofarmacologico, soprattutto quando siano copresenti disturbi di interesse psichiatrico, che abbia come beneficio anche quello di ridurre la sintomatologia astinenziale e di craving (Ascher et al., 2015). Per la scelta del farmaco è necessaria una riflessione attenta sui possibili effetti collaterali dello stesso (Muench et al., 2007; Tosto et al., 2008). I composti maggiormente utilizzati nel trattamento del disturbo compulsivo da sesso sono gli inibitori selettivi del reuptake della serotonina (SSRI), che risultano efficaci nella riduzione della libido, soprattutto

in soggetti con comorbidità depressiva, ansiosa ed ossessivo-compulsiva (Ascher et al., 2015; Bala et al., 2018; Goodman, 1992; Inescu Cismaru et al., 2013). Nonostante l'evoluzione di nuovi trattamenti necessiti di maggiori prove scientifiche, la direzione terapeutica futura prevede la ricerca di nuove ed inesplorate vie per il trattamento del disturbo di dipendenza da sesso (Petri, 2016). Ad esempio, il topiramato è stato recentemente preso in considerazione ed è, tutt'oggi, in fase di studio come potenziale farmacoterapia dei disturbi da dipendenza, in particolare modo in soggetti con comportamenti sessuali compulsivi-impulsivi (Marazziti & Dell'Osso, 2006; Rass et al., 2015).

7. Conclusioni

La dipendenza da sesso, definita anche ipersessualità o disturbo sessuale compulsivo-impulsivo, è una patologia che interessa una percentuale sempre crescente di individui, verosimilmente anche a causa delle facilitazioni derivanti dall'accessibilità di materiale online, fenomeno che permette anche di introdurre nuovi capitoli sulla pornodipendenza e sul cybersesso. Questo dato sottolinea, tra le altre cose, il rischio di un incremento dell'incidenza soprattutto nelle generazioni future. L'ipersessualità è una patologia debilitante sia quando isolata che in comorbidità con altre dipendenze o disturbi. Per tale motivo, la valutazione diagnostica richiede lo sviluppo di strumenti di maggiore uniformità e precisione per poter inquadrare nel modo migliore tale dipendenza comportamentale. Un'informazione capillare sul territorio potrebbe porre l'accento sulla necessità di studi approfonditi e prove scientifiche mirate alla messa a punto di nuovi test di screening che consentano di identificare in maniera affidabile il quadro sintomatologico che caratterizza la dipendenza da sesso. Inoltre, ricerche future sulle alterazioni e sui meccanismi neurobiologici alla base del disturbo aprirebbero importanti strade ad approcci terapeutici innovativi necessari per il trattamento dei soggetti affetti da ipersessualità.

**Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Sezione di Psichiatria, Università di Pisa*

***Dipartimento di Neuroscienze, Università di Siena*

****Unicamillus Università di Roma,*

Corresponding author:

Dr. Elisabetta Parra

Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Sezione di Psichiatria,

Università di Pisa,

Via Roma, 67

56100 Pisa, Italy

telefono: +39 327 0969288

e-mail: elisabettaparra@virgilio.it

Teresa Jole Carratelli*

Lucia Viviana Massaro**

Oana Ruxandra Pavel***

Approccio psicodinamico alle incongruenze di genere “egodistoniche” in età evolutiva: Essere un corpo, Avere un corpo

The Psychodynamic Approach to “Egodystonic” Gender Incongruences in Developmental Age: To Be a Body, to Have a Body

Riassunto:

Pur riconoscendo la dimensione relazionale dell'identità di genere, vale a dire il senso psicologico di appartenenza al maschile e al femminile che si sviluppa attraverso i molteplici percorsi identificativi e da cui molte incongruenze del genere derivano, le autrici attraverso l'esperienza di bambini e adolescenti con incongruenza di genere “egodistoniche”, riflettono se e come la componente altrettanto importante di questo tipo di incongruenza sia prevalentemente legato all'insulto al Sé da parte delle cosiddette fantasie inconscie originarie emergenti e dominanti nella relazione bambino-genitori. Questi giovani pazienti di fronte a livelli pervasivi di angoscia si difendono in modo più o meno soddisfacente per loro attraverso la dissociazione mente-corpo e il rigetto del corpo sessuale assegnato. Il contributo delle autrici si offre quindi come una visione complementare a quella attualmente vigente e documentata dalle linee guida internazionali.

Parole chiave: Incongruenza di genere nel bambino, Incongruenza di genere nell'adolescente, Psicoterapia psicoanalitica in età evolutiva, Seduzione narcisistica

Abstract: While acknowledging the relational dimension of gender identity in the meaning of a psychological sense of belonging to the masculine and to the feminine, which develops through multiple identification paths and from which many gender incongruences derive, the authors think through the experience with “egodystonic” gender incongruent children and adolescents whether and how an important component of this type of incongruence should be mainly linked to the insult to the self by so-called originary unconscious phantasies that emerge and dominate in the child-parent relationship. These young patients are facing with pervasive levels of distress and defend themselves more or less satisfactorily through a body-mind dissociation and through the rejection of the assigned sexual body. The contribution of the authors is therefore proposed as a complementary vision to the one currently in force and documented by international guidelines.

Keywords: Gender Incongruence in Early and Middle Childhood, Gender Incongruence in Adolescence, Psychoanalytic Psychotherapy in developmental age, Narcissistic Seduction

L'identità di genere e le sue alterazioni di sviluppo chiedono allo psicoterapeuta a orientamento psicodinamico di misurarsi con rinnovati livelli di complessità dettati dall'attualità di forme sempre più indeterminate, ambigue, fluide, precarie, frammentate. Egli non può non accettare questa sfida e non sconsigliare il rischio e la tentazione di adagiarsi troppo facilmente su un pensiero e su procedure politicamente corrette, che gli permetterebbero di eludere il disorientamento provocato da una *molteplicità eccedente*. Ci si riferisce con questo termine al confronto attivo con il diffondersi delle idee postmoderne sul genere e il sostenere l'inedita interazione fra biologia, cultura, funzionamento psichico e relazioni precoci. Lo psicoterapeuta psicodinamico si propone di intraprendere un'esplorazione dei processi psichici consci e inconsci dello sviluppo normale e patologico del Sé; e non può non mettere in conto che dietro le etichette diagnostiche, sia pure aggiornate e soft¹, spesso non sa chi si trova davanti e come evolverà la sofferenza di cui quella persona è portatrice. Non può non rilevare che la raccomandazione “osserva e aspetta” fornita da alcune linee guida internazionali sulla varianza e disforia di genere si basa su

un concetto di osservazione che ha pretese oggettivanti, mentre a partire dalla nostra esperienza di *baby observation* è quanto mai evidente che l'osservatore modifica il soggetto osservato e ne è modificato.

La più recente versione del PDM-2 (2020) identifica tre differenti approcci terapeutici praticati nelle cliniche che trattano problemi di genere:

L'approccio tradizionale, chiamato “live in your own skin model”, mira a contenere la disforia associata all'incongruenza di genere e a ridurre i comportamenti di identificazione cross-gender. Alla base vi è l'ipotesi che un approccio di questo tipo riduca le probabilità del “transessualismo” adulto, considerato un esito indesiderabile sia per lo stigma sociale sia per i rischi e i costi degli interventi ormonali e chirurgici.

L'approccio alternativo, stimolato dal lavoro dei clinici olandesi (de Vries, Cohen-Kattenis, 2012), sostiene il “watchful waiting model” e non prevede sforzi diretti a ridurre l'incongruenza e i comportamenti atipici di genere. Viene dunque consentito lo sviluppo spontaneo della traiettoria evolutiva dell'identità di genere, senza perseguire o incoraggiare outcome specifici.

Il terzo approccio, chiamato “gender affirmative model”, esclude la diagnosi e fa riferimento alle caratteristiche di incongruenza semplicemente come “varianti rispetto al genere” (*gender variant*). Sostiene dunque l’identificazione cross-gender nel bambino attraverso una transizione sociale al ruolo cross-gender, ritenendo che egli possa comunque tornare al proprio genere assegnato alla nascita qualora il vissuto di incongruenza venisse meno.

Quello che si può osservare sul piano dell’inquadramento nosografico orientato a una derubricazione del disturbo non può non avere implicazioni sui modelli operativi terapeutici. Le psicoterapie “politicamente corrette” corrono il rischio di lavorare al servizio delle difese psicopatologiche e non dei bisogni, dei desideri e della vita affettiva che scorrono al di sotto della coscienza.

Ci sembra molto interessante individuare nella prassi oggi dominante la funzione dello psicoterapeuta come “guardiano-lanterna verde” dell’evoluzione naturale della sintomatologia disforica di genere sessuale. Nel film di fantascienza “Lanterna verde” (2011) un gruppo di antichi guardiani dell’universo, per mantenere l’ordine e la pace nel cosmo, crea l’esercito delle “lanterne verdi”. Supereroi senza paura sono dotati di un anello magico alimentato dalla “Volontà” che dà potere all’immaginazione e produce all’istante oggetti atti a combattere il mostro della “Paura”. La usiamo come metafora del lavoro richiesto agli psicologi dalle linee guida internazionali, un ruolo come di guardiani, testimoni dell’importanza di difese psichiche all’insegna di un immaginario, che sostengono l’onnipotenza per combattere il “mostro”. Lo psicoterapeuta che dà sostegno psicologico a questi soggetti con problemi identitari e che li segue nel loro percorso come un bravo guardiano, suo malgrado può trovarsi a svolgere un lavoro che mantiene floride le loro difese onnipotenti alla guisa di “psicoterapie ansiolitiche”, inclusa la difesa psichica della dissociazione mente-corpo, che li protegge dall’inquietudine profonda da loro connessa al corpo sessuato, percepito come mostruoso.

Va comunque riconosciuto che il “terapeuta guardiano”, ha come obiettivo rilevante la valutazione in un periodo sufficiente della persistenza o desistenza della disforia di genere² in quel dato soggetto e la capacità di costui fisica, psichica e mentale di appropriarsi di questa esperienza di trasformazione corporea e del ruolo sociale. C’è inoltre da includere il lavoro di sostegno esteso ai familiari a cui lo psicoterapeuta di sostegno all’Io è convocato, tenendo sempre in primo piano l’equilibrio psico-fisico del figlio-paziente, specie nella fase delicata di decisione relativa all’intraprendere o no le procedure previste dalla riassegnazione del sesso e nel lungo tempo che per i minori trascorre fino al raggiungimento della maggiore età.

Nel nostro lavoro clinico di psicoterapia a orientamento psicodinamico in età evolutiva ci troviamo a trattare un’area di piccole proporzioni rispetto al grande arcipelago frastagliato, che caratterizza il polimorfismo psichico e

fisico di questo disturbo identitario nella vita adulta. Naturalmente ci si prende cura anche dei genitori che ci chiedono aiuto, preoccupati del malessere del figlio/a e della profonda angoscia che spesso limita la sua vita scolastica e sociale.

In queste situazioni ciò che è dominante nel corso della consultazione diagnostica sia nei bambini sia negli adolescenti è il rigetto cosciente del corpo fisico e sessuato, alimentato da un conflitto di tipo egodistonico, anziché egosintonico e questo porta i genitori altrettanto confusi a richiedere aiuto psicologico per i loro figli sofferenti. Tale rigetto del corpo sessuato viene dichiarato apertamente da molti di questi ragazzi nel corso dell’adolescenza ed è fonte di forte inquietudine per loro, oscillando tra sentimenti di inadeguatezza e di dolore depressivo a modalità opposte di esibire la loro ambiguità sessuale, nonostante spesso siano oggetto di bullismo nei vari contesti che si trovano a transitare. La loro complessità identitaria carica di elementi enigmatici e perturbanti come lo struggente sentimento del “sentirsi stranieri nel proprio corpo” (Di Ceglie, 2003) e quello insidioso di solitudine comporta spesso l’aggravarsi del ritiro sociale in modo strisciante e talvolta come una forma di negativismo e di ostilità rabbiosa. Risulta altrettanto marcato il gap che si genera anche in loro tra il “Sé a base corporea”, sempre più incommunicabile, rimosso e/o rinnegato sul piano inconscio e il “Sé di facciata” che rincorre forme identitarie di iperadattamento e di identificazioni adesive e fluide ai vari modelli idoleggiati tra artisti, cantanti, personaggi letterari transgender emergenti e molto popolari a cui provano ad ancorarsi.

Con questo contributo che privilegia la singolarità del processo terapeutico e rifugge dalle generalizzazioni, si vuole segnalare tra le numerose cause di trauma psichico precoce descritto in letteratura nei disturbi identitari di genere e sessuali (Greenson, 1966, 1968; Stoller, 1968; Di Ceglie, 2003; Argentieri, 2006; Carratelli, 2018; Carratelli, Costis, Massaro, Brando, Ciampa, Scalise, 2020; Pavel, 2020) la presenza in alcuni casi del ruolo che ha la “seduzione narcisistica” (Racamier, 1992) della madre già nel primo anno di vita di questi bambini e “l’ingranamento relazionale” (Racamier, 1992) che ne consegue tra di loro, patologico per intensità e per durata, si consolida per la carenza della figura paterna che, come elemento terzo, non contribuisce ai processi di individuazione-separazione del figlio/a dalla madre. Si crea per un eccesso di vicinanza con un genitore e un eccesso di distanza dell’altro un trauma cumulativo per la psiche del figlio nei confronti dell’alterità sentita come alienante, con cui si configura la comunicazione con l’inconscio proprio e della coppia genitoriale e con il proprio corpo sessuato a cui sono attribuiti un plus o un minus di sensazioni e di affetti non rappresentabili.

Mentre i transgender egosintonici si affidano agli psicoterapeuti-guardiani, per questi ragazzi egodistonici, che

operano una dissociazione mente-corpo parziale e che mantengono la connessione con il proprio Soggetto inconscio, essi sembrano ricercare un altro tipo di aiuto, quello degli psicoterapeuti a orientamento analitico, che non contemplati nelle linee guida si trovano - come i guardiani di colore non definito! -, come interfacciati a rappresentare al giovane nel corso della terapia le funzioni e le regole trasformative dell'inconscio. È infatti nel lavorare sul piano psichico anche con questa terza dimensione, che si riesce ad aiutare questi giovani pazienti a dare un senso profondo storico e intergenerazionale ai processi creativi emergenti dell'identità nucleare, di genere e sessuale. Come è noto la teoria classica freudiana ha dato importanza al ruolo sia del fantasma sia dell'ambiente esterno come fonte di eccitazione indebita che investe la mente del bambino senza la funzione para-eccitatoria e rappresentativa che, invece, la madre sufficientemente buona (Winnicott, 1965) è in grado di offrire e vicariare al fragile Io del figlio; oggi nella psicoanalisi contemporanea e relazionale si privilegia il considerare traumatico l'impatto che la soggettività di quel dato individuo patisce e registra nei confronti del trauma ambientale esteriore o interiorizzato.

Con le due vignette cliniche che presentiamo, di un bambino di 10 anni e di un adolescente di 16 anni, si intende segnalare la concausalità psichica del disturbo identitario di fluidità di genere in cui tra i vari fattori etiopatogenetici abbiamo ricostruito, grazie agli strumenti del transfert e del contro-transfert, una coazione a ripetersi nel qui e ora della relazione analitica *la relazione simmetrica di seduzione narcisistica* precoce (Racamier, 1992), che dà loro l'impronta alle successive identificazioni di tipo narcisistico e ai comportamenti imitativi emergenti e dominanti nel loro modo di farsi una identità di genere "liquida" e volatile.

Ne *Il genio delle origini* Racamier (1992) scrive: "Per lutto originario intendo il processo psichico fondamentale per il quale l'Io, fin dalla prima infanzia, prima ancora di emergere e fino alla morte, rinuncia al possesso totale dell'oggetto, compie il lutto di un'unione narcisistica assoluta e di una costanza dell'essere indefinita e, tramite questo lutto, che fonda le sue stesse origini, opera la scoperta dell'oggetto e del Sé e inventa l'interiorità" (p. 39). L'autore si concentra dunque su quel *legame di seduzione narcisistica* che all'inizio della vita contraddistingue soggetto e oggetto e che per dar luogo alla nascita di uno psichismo autonomo e individuale deve attraversare una perdita irreversibile generatrice di evoluzione psichica: "Non solo l'oggetto è trovato proprio in quanto è perduto: esso viene anche, e nello stesso tempo, *interiorizzato*. Ciò che si perde è l'oggetto esterno assoluto, ciò che si guadagna è l'oggetto interno circoscritto" (Racamier, 1992, p. 44). L'impossibilità di realizzare il lutto originario lascia soggetto e oggetto nell'indistinzione e in una situazione di *ingranamento* che rende l'Io del soggetto incapace di mo-

vimenti psichici autonomi e differenziati; il legame sarà caratterizzato da una capacità di trasmissione di contenuti psichici che riescono così ad attraversare i confini delle rispettive individualità, come accade nelle forme più invalidanti di psicopatologia. La nozione di "trasporto del lavoro psichico" spinge Racamier a proporre il "passaggio dall'*intrapsichico all'interattivo*", sollecitando lo studio di una *topica interattiva*. È in questo contesto che l'autore situa in primo piano il processo dell'*ingranamento*, una sorta di "presa diretta" di due menti, generatrice di confusione e indistinzione, "una modalità di influenza reciproca sul modello di un intrico completamente privo di qualunque intermediario psichicamente elaborato" (Racamier, 1992, p. 375). "I processi di ingranamento hanno dunque la proprietà di essere reversibili, o piuttosto *invertibili*: ciò che si fa si può anche ricevere, tra due persone come tra un individuo e una famiglia. L'origine dell'ingranamento appare indeterminata, dunque è indeterminabile, e la questione di sapere chi sia il soggetto e chi l'oggetto di una relazione ingranata non ha più ragione di porsi" (Racamier, 1992, pp. 377-378).

Anche in questi casi proponiamo in setting paralleli la psicoterapia analitica al figlio e il counselling psicodinamico alla coppia dei genitori.

La relazione simmetrica tra il bambino e la sua terapeuta, frequente quando si incorre in un transfert paradossale (Anzieu, 1975a, 1975b), viene qui di seguito presentata, anche se per la legge della privacy esponiamo i dati essenziali per condividere solo la condizione di stallo del processo terapeutico e la "relazione di ingranamento" tra il bambino e la terapeuta. Scegliamo così di riportare alcuni passaggi estratti da una sequenza di tre sedute del lavoro di terapia con L., un bambino di 10 anni con incongruenza di genere, che ritraggono il delicato momento in cui egli comincia ad avvertire fastidiose sensazioni nel corpo, come il «caldo alla pancia» e gli «schiocchi alla testa», che accompagnano le sue erezioni spontanee. Attraverso la trama delle sedute, si osserva come L. sperimenti, con un'angoscia che diviene sempre più insistente, queste sensazioni come il segno di un moto enigmatico dentro di lui. Pare preannunciarsi l'arrivo della pubertà, del corpo sessuato che, come terzo estraneo, rischia di mettere in pericolo il "patto" narcisistico sancito alle origini fra madre e bambino ("io sono te e tu sei me"). L'istante che fotografiamo attraverso le brevi interazioni fra L. e la sua terapeuta consente dunque di cogliere la minaccia che il trauma originario si rinnovi e di stringere l'obiettivo sulle massicce difese messe in atto dal bambino e nella relazione madre-bambino, allora come ora, per combattere tale minaccia: il corpo fisico e sessuato che ponendosi come ciò che differenzia il bambino dalla madre viene rinnegato e insieme l'insistenza dell'oggetto sul soggetto (e in maniera *invertita* del soggetto sull'oggetto) a ristabilire l'illusione narcisistica primaria.

I seduta: L. porta con sé i suoi adorati pupazzetti. Si tratta di "maschiotti" e "femminucce" dai tratti ambigui: una piccola bocca protrusa (alcuni hanno un biberon!), una pancia tonda come quella dei bimbi più piccoli, ma occhioni seducenti e capelli, vestiti e accessori (borsette, cappellini, scarpette) all'ultima moda, dai colori sgargianti e glitterati, che ricordano di più le sperimentazioni nell'abbigliamento di alcune ragazzine puberi o adolescenti. È vero, i maschiotti e le femminucce sono dotati di piccoli genitali che li differenziano, tuttavia, L. può riferirsi ad alcuni di questi pupazzetti con pronomi maschili o femminili in modo indifferente. Così, si diverte a scambiargli alcuni pezzi dell'abbigliamento e a chiedere alla sua terapeuta se le ricordano di più l'infanzia, la pubertà o l'adolescenza. La seduta va avanti, articolandosi fra le varie proposte del bambino e quelle della terapeuta, che osserva quanto ciascuna bambolina gli faccia sperimentare il piacere di contenere in sé "tutto" in maniera indistinta: l'infanzia, la pubertà e l'adolescenza, il grande e il piccolo, così come il rosa e l'azzurro dei maschi e delle femmine. L. risponde affermando che gli «danno molto fastidio le persone che fanno differenze». Il giorno dopo, la terapeuta viene contattata al telefono da M., la madre di L., che l'avverte: «Jeri, al rientro dalla seduta, L. mi ha detto di non voler più venire e mi ha raccontato del gioco che avete fatto nel vostro incontro e di quello di cui avete parlato. Poi, a cena, tutti noi ci siamo sentiti di confermarci che non ci sono colori maschili o femminili».

II seduta: L. entra in stanza e si stende sulla poltroncina. Rimane in silenzio e appare stanco e triste. Anche la sua terapeuta, almeno all'inizio, resta in silenzio. Nella sua mente riecheggia la telefonata con cui la madre del bambino ha tentato di rimetterla in riga, per indurla a diventare ancora una volta il perfetto elemento corrispondente "dell'ingranaggio", così come risuona in lei la voce in seduta di quel bambino "ventriloquo" identificato imitativamente alla madre, che sostiene che le differenze «danno fastidio».

Spinta da questi pensieri e dalla visione di un bambino stanco sulla poltroncina, la terapeuta si fa insolitamente attiva e lancia al bambino l'idea di giocare a "Tris". L. accoglie rapido il suggerimento e si dirige verso la scrivania. Prende per sé e per la terapeuta due matite dello stesso colore. Sceglie di usare la crocetta, mentre la terapeuta deve utilizzare il tondino. Dopo alcune partite, senza alcun preavviso, L. passa ad usare il tondino (segno che, fino a quel momento, aveva definito le azioni della terapeuta). La terapeuta è così costretta a utilizzare la crocetta. Osservando il foglio su cui si giocano le partite, è ora difficile comprendere quale fra i due giocatori ha vinto le singole battaglie (i segni usati per il gioco sono dello stesso colore e appartengono senza distinzioni a L. e alla sua terapeuta!).

Il gioco del "Tris" spinge il bambino a mettersi in piedi e a essere combattivo, a fare i conti con una seppur ridotta conflittualità e differenza. Il "Tris" sollecita, infatti, a guardare verso il terzo, che può tuttavia essere incluso solo se è uguale (tre crocette o tre tondini); un tentativo di ricercare comunque una certa armonia replicando un segno identico che trova un ostacolo nel segno diverso posto dall'avversario. In seduta, con il passare del tempo, si osserva come il gioco produca in L. una intensa angoscia di differenziazione che lo spinge ad appropriarsi del segno della terapeuta per denegare ogni differenza e precipitare ancora in una beata confusione.

III seduta: L. entra in stanza e subito propone alla sua terapeuta di giocare a "Tris".

Anche oggi la terapeuta accoglie il suo piccolo paziente con grande preoccupazione, abitata da quanto accaduto nelle precedenti sedute e da tutte le più recenti notizie sulle numerose visite mediche appena cominciate per indagare quel «calore alla pancia» e «quegli schiocchi alla testa» di cui ultimamente L. si lamenta. Con un certo sollievo per i genitori le visite mediche non evidenziano alcun problema specifico, ma L. si sente ancor più angosciato.

In seduta, mentre gioca, racconta: «Mi hanno dato un botto di medi-

cine, una dieta e forse un'infezione alla pelle... Vabbè lasciamo stare! È venuto fuori pure il sangue dalla bocca, forse il dente... Eh nessuno lo capisce in questo momento!».

Il gioco del "Tris" va avanti e L. si appropria ancora del tondino usato dalla sua terapeuta. Quando lei procede verso un altro tentativo di esplorare l'angoscia di differenziazione del bambino, comincia ad avvertire un certo disagio. Con il passare del tempo, cresce in lei la sensazione di stanchezza, accompagnata da un insopportabile mal di testa e da nausea. L. cogliendo il suo malessere, si ferma e le lancia uno sguardo d'intesa, come fra compagni di sventure, che sembra dire: «Benvenuta nel team degli sfigati!». Le chiede, poi, se può farle un ritratto. Al termine, l'attenzione della terapeuta viene richiamata dal modo in cui il bambino ritrae i suoi occhi: appaiono vuoti e hanno piccole stelline al posto delle pupille, così come aveva già visto nei tanti disegni di L. che ritraevano la madre.

La piccola battaglia condotta da L. e dalla sua terapeuta per difendere ciascuno il proprio segno, li trova entrambi, nella terza seduta, sfiniti nel mondo del "Tris": bambino e terapeuta cominciano a sentire all'unisono e si attualizza così un transfert primitivo di precoce seduzione narcisistica. Quel "contatto" che poteva rivelarsi un'utile identificazione emozionale della terapeuta al sentire del bambino e che è alla base dei processi di simbolizzazione, precipita in un'identificazione "ingranante" (Racamier, 1992) e la terapeuta si trova a subire la stessa pressione che avverte il bambino da parte di un oggetto materno che è lì per il piacere di sentire tutto il bambino sopra di sé, così come di essere da lui sentita. Il sentire all'unisono il malessere alla pancia e alla testa fra bambino e terapeuta ha allora come effetto paradossale quello di rinnegare l'enigmatica estraneità delle sensazioni corporee e riportare a una condizione a-conflittuale nella relazione con la madre ("io sento quello che senti te", "io sono te e tu sei me"). Così nel ritratto che il bambino fa della terapeuta anche lei diviene una madre con l'idealizzazione negli occhi (le stelline al posto delle pupille) che non può vedere il corpo del bambino reale che comincia a farsi ricettacolo delle estranianti sensazioni puberali.

Pertanto, la questione dell'impatto dell'istinto e delle trasformazioni corporee, con il loro vissuto perturbante di estraneità ed incomprensibilità, come rischio per una condizione indifferenziata di seduzione narcisistica, ci riporta alla questione del significato che lo sviluppo puberale e adolescenziale può avere sull'evoluzione della vita psichica nel suo cammino di soggettivazione.

Nel corso dello sviluppo adolescenziale di questi soggetti, come psicoterapeuti siamo chiamati quali testimoni a riconoscere che dietro il fumo della guerriglia tra il Sé maschile e femminile in quel dato paziente o dietro quello stato maniacale di indifferenziazione e felice coesistenza dei generi in altri pazienti, queste persone non si sentono né maschi, né femmine e nei casi più severi non si sentono neppure di Essere, per cui il tormentarsi e il tormentare chi li assiste è spesso un fare uso difensivo dell'odio, mentre si trovano a muoversi sul bordo della voragine, sul bordo del loro Sé psichicamente vuoto. Costui a ben vedere non è solo smarrito e estraneo al proprio corpo (Di Ceglie, 1998), ma è

spaesato anche a percorrere le strade del mondo con i suoi pari, e può privilegiare i percorsi nel web eludendo l'angoscia della relazione reale con l'altro; ma prima o poi si ritrova confuso e senza cartelli segnaletici e torna a "bloccarsi" nei vari incroci da attraversare, sia interiori che esterni. La frequente iperconnessione che spesso sfocia nella loro dipendenza patologica dal web, stimola nell'adolescente disforico lo svilupparsi di ruoli, di comportamenti di facciata: un "Sè di facciata" imitativo, con frequentazioni interattive spesso fittizie e delle "fiammate" di relazioni triangolari all'insegna della rivalità e dell'erotizzazione dell'odio verso varie forme di alterità che gli si presentano.

Nelle varie narrazioni il *fluid gender* e il *fluid sex* di questi individui sono messi in scena con persone mature, in cui c'è l'incapacità a far uso della funzione differenziante dell'Edipo sul genere e sulla generazione e l'uso dei loro vari agiti sessuali è centrato sui bisogni di sopravvivenza del Sé, piuttosto che sui desideri libidici da parte di questi pazienti. Nel controtransfert ci si sente mobilitati a prendere atteggiamenti direttivi di stampo educativo, a agire "il limite" in loro vece, di fronte al senso di incapacità anche del terapeuta a offrire una funzione di appoggio oggettuale nell'aiutarli a canalizzare le pulsioni sessuali e aggressive. Nel film *Girl* (2018) il terapeuta "guardiano osserva e aspetta" risulta molto direttivo invitando il ragazzo/a ad ingannare l'attesa sperimentando come vuole l'esperienza sessuale; ma il protagonista del film, dopo aver avuto un rapporto sessuale orale con il vicino di casa, scappa via e nella scena successiva lo si vede scrutarsi davanti allo specchio tutto nudo e ancora più inquieto a seguito dell'esperienza fallimentare di appoggio della propria e altrui eccitazione.

Ritornando al nostro vertice psicoterapeutico, ci sembra utile riportare il caso di M., un adolescente di 16 anni sul quale si è già scritto altrove. Sin dai primi istanti, la terapeuta si è trovata di fronte ad un ragazzo sempre più chiuso nella sua stanza ed in un suo mondo, senza amicizie, e con un rischio notevole di interruzione della frequentazione scolastica. Una serie di fobie non gli permettevano di dormire la notte, tempo che passava il più delle volte a guardare dei film horror, anime oppure ad ascoltare musica. Sembrava emergere il bisogno di qualcosa concretamente e costantemente presente, come dovesse evitare un vuoto di stimolazione sensoriale che lo riempiva di vissuti angosciosi molto profondi.

Nel corso delle sedute di psicoterapia colpiva l'attenzione che M. dedicava all'aspetto esteriore ed estetico, sia degli altri, che di sé stesso. Parlava di questi aspetti estetici e degli abiti che disegnava con una modalità molto particolare, quasi avvolgente, sensuale, capace di fascinazione anche nei confronti della psicoterapeuta. In senso più generale, si potrebbe dire che tutto il suo modo di raccontare in seduta sembrava avvolgere l'altro in una sorta di attrazione/fascinazione. M. si dilungava spesso in descrizioni sensoriali/sensuali di quegli oggetti che appartengono ad un universo femminile e con i quali lui entrava in contatto

in modo molto particolare, come alla ricerca di un'identità magica fusionale con l'altro. Questa attenzione estetica e sensuale/sensoriale all'aspetto esteriore, ai vestiti ed all'immagine contrastava con il modo in cui M. però trattava il proprio corpo ed in generale si relazionava con la dimensione corporea. Il corpo di M. era molto esile e spesso tendeva a tenerlo come "nascosto" allo sguardo dell'altro, ripiegato su sé stesso, quasi ne fosse imbarazzato. Un corpo vissuto come estraneo a sé, che spesso teneva insieme avvolgendosi in una sorta di abbraccio con le mani.

M. aveva un aspetto sessuale non chiaramente definito, spesso alternava modi di vestire più maschili a dei modi molto femminili, con dei momenti di grande cura ed attenzione a dei momenti di trascuratezza evidente. Nei suoi racconti sottolineava spesso il fastidio verso gli elementi più maschili, quelli che nel caso dei ragazzi caratterizzano una definizione sessuale secondaria del corpo: i peli, che spesso radeva in maniera molto ossessiva, perché gli "davano fastidio perché pungevano". Il viso inoltre doveva essere perfetto senza brufoli e baffi e soprattutto i primi tempi della psicoterapia fantasticava di rifarsi il naso, vissuto come troppo grande, e riportando un'immagine idealizzata di un naso fine, delicato, femminile. Spesso fantasticava che il viso sarebbe dovuto essere come quello della madre e raccontava di somigliare molto alla madre, però che avrebbe desiderato tanto annullare anche quei pochi elementi di somiglianza al padre, che spesso veniva descritto come brutto, rozzo e *troppo diverso* dalla madre. Sin dall'inizio sembrava emergere un'idea di difficile, se non impossibile differenziazione tra quelli che sono aspetti maschili e femminili. Dichiarava apertamente di rifiutare, come fosse una visione della vita e della realtà, sia l'idea di dover essere o maschio o femmina, sia l'idea della sessualità, dichiarazioni che avevano il carattere di un trionfo, trionfo assoluto sull'altro, come se dovessero far emergere la non necessità dell'altro, una sorta di "*io mi basto da solo*". In questo quadro il corpo sembrava odiato perché esso rappresentava l'esperienza del limite, delle differenze, della separazione e della realtà. Successivamente, nel corso della terapia, è emersa la tendenza al self cutting e l'attacco al corpo appariva associato a sentimenti di disprezzo e disgusto verso di esso. Il corpo sembrava essere punito per le imbarazzanti pulsioni sessuali ed aggressive di cui era contenitore e veicolo, un corpo che improvvisamente si mostrava nella sua imperfezione in quanto mortale (maschile vs femminile). Il corpo ancora estraneo, scisso e non integrato nella corrispondente rappresentazione del sé diventava un nemico di cui liberarsi. In tal senso allontanava ogni pensiero riguardo ad una sessualità vissuta e sperimentata nel rapporto complementare con l'altro. Insieme al corpo come entità concreta, ed al corpo come entità sessuata, sembrava rifiutare di fatto il mondo reale.

M. amava molto disegnare e spesso portava in seduta i suoi disegni/quadri. I disegni rappresentavano donne oppure ragazze, il più delle volte in versione manga, come anche i suoi racconti che apparivano spesso al confine tra fantasia e realtà, ed erano impregnati di aspetti femminili, molto se-

duttivi o potenti, ragazze manga, guerriere o potenti Dee. Nei suoi racconti M. sembrava idealizzare ed identificarsi con questo universo femminile arcaico molto potente, a cui lui sembrava aderire in una forma imitativa, ma anche molto sensuale ed eccitata. A questo riguardo una delle associazioni controtransferali è con il film *The Danish Girl*, nel quale il protagonista, nell'accarezzare il tulle degli abiti delle ballerine, non appariva tanto eccitato (come nel caso di un oggetto feticcio) ma come un ritrovare, un riesperire qualcosa ad un livello sensoriale, di una dimensione “conosciuta non pensata” (Bollas, 1987). Viene da pensare alla pelle della madre, al suo calore e morbidezza, ed a delle tracce percettive che vengono come ricercate in oggetti alternativi. Nel lavoro clinico si ha l'impressione che sostituisca l'assenza di una rappresentazione materna, a causa di una madre emotivamente assente, con la presenza percettiva di tracce sensoriali alla madre (Carratelli, Massaro, 2016).

Come rapito da questi personaggi e fantasie, M. passava le sue giornate chiuso nella sua stanza interagendo con il mondo virtuale e soprattutto con un mondo “mentale”, cioè un immaginario nei confronti del quale sembrava aver sviluppato una sorta di dipendenza patologica. In questo senso il mondo dell'immaginario di M. può far pensare ad un prodotto della dissociazione come il mondo della fantasia della paziente che Winnicott (1971) descrive nel suo saggio “Sogno, fantasia e vita reale”. L'onnipotenza dell'immaginario impedisce che l'onnipotenza sia espressione dell'illusione quanto piuttosto un'alternativa ad essa nel momento in cui l'onnipotenza dell'illusione implica comunque una fiducia nella dipendenza dall'oggetto. In questo senso il concetto di immaginario può essere meglio compreso facendo riferimento al lavoro di Coleman del 2006, dove questo autore, approfondendo la distinzione che fa Winnicott (1971) nel saggio sopra citato, argomenta che “l'immaginazione implica un riconoscimento dell'assenza di ciò che viene immaginato nel mondo, mentre l'immaginario, che difetta di simbolizzazione, coincide con una misura difensiva contro l'immaginazione”, e tenta di negare tutti quegli aspetti della realtà che costituiscono una limitazione dell'onnipotenza nel senso in cui la descrive Winnicott nel saggio sopra citato quando scrive: “Ciò è completamente diverso da quella ‘esperienza di onnipotenza’ che ho descritto come un processo essenziale nelle prime esperienze del ‘me’ e del ‘non me’”. L'esperienza di onnipotenza appartiene essenzialmente alla dipendenza, laddove questa onnipotenza appartiene al non nutrire speranza nella dipendenza.” Nel mondo chiuso della stanza/mente di M., aperto sul virtuale “niente è probabile che accada, a causa del fatto che nello stato dissociato tante cose accadono”. La confusione profonda vissuta da M. veniva espressa attraverso la profonda ed incondizionata ammirazione verso personaggi ambigui al livello sessuale come Michael Jackson oppure più attuali come i BTS, il noto gruppo di kpop, che M. adorava, e come spesso sottolineato da lui “viveva per loro ed in funzione di loro”. I cantanti dei BTS erano ammirati da M. specialmente per la loro perfezione fisica ed

estetica. I loro video musicali presentano delle immagini affascinanti e seduttive per lo sguardo dell'osservatore, e che colpiscono per “l'infinita e la varietà delle combinazioni prodotte, ma anche per la loro fissità e monotonia”. Elementi che sembrano avere tutti un unico scopo, quello dell'escludere/forcludere una realtà esterna, che potrebbe rappresentare l'entrare in rapporto con l'Altro diverso da sé. Un vissuto di fascinazione ed un senso di rapimento che pretende la capitolazione immediata, vissuto a livello controtransferale dalla terapeuta, come un mondo chiuso, senza vie d'uscita, nel quale si può rimanere risucchiati in una maniera molto pericolosa, “un concentrato di ammirazione, talmente forte e talmente circolare che le sue origini sono indecibili” (Racamier, 1992). È “la seduzione narcisistica operata nel transfert e che mira dunque a costruire e preservare un'unità narcisisticamente assoluta” (Racamier, 1992) e che ha come proposito “un ritorno a prima delle origini: il bambino narcisisticamente sedotto che dev'essere come se non fosse mai nato”. “Una chiusura narcisistica che (...) aumenta e perciò stesso rinforza il proprio potere di *centrifugazione*”. Una seduzione che “rifiuta prima di ogni altra cosa la differenza” (Racamier, 1992). In tal senso tornano in mente le immagini che incantano di quello strumento ottico chiamato caleidoscopio e descritto così bene da Gide (1924) nel suo famoso lavoro autobiografico e chiamato da lui “strumento delle meraviglie”. Ciò che maggiormente colpisce, nonostante “l'infinità e varietà di figure prodotte attraverso i vari frammenti di vetro colorato, è però la fissità e monotonia”. Ci sembra importante ricordare Petrella (1992) che in un suo lavoro ha messo in collegamento tali immagini, prodotte dal movimento rigido rotatorio dell'apparecchio, al funzionamento mentale ed alla possibile strutturazione della personalità di pazienti con problematiche simili a quelle di L. e di M. “I frammenti di vetro, come gli oggetti interni in questi casi, hanno perso la loro connessione con le vicissitudini originarie che hanno portato alla loro costituzione. Queste vicende non interessano affatto, mentre il tutto è finalizzato alla costituzione di una brillante, astratta e geometrica fantasmagoria. Le figure artificiose prodotte hanno tuttavia una loro realtà e consistenza figurativa all'insegna della simmetria e dell'ordine, ben diversa dall'esperienza immaginativa, quale si produce nell'apparato psichico”. Le scene immaginative inconscie rappresentate simbolicamente dai pezzi di vetro fissi, “sono connesse a sentimenti dolorosi e a esperienze catastrofiche”. Il paziente ci *seduce* invece a guardare sempre e solo in esso. L'illusione di ordine viene usata per negare l'angoscia catastrofica, nell'esasperata idealizzazione della bellezza connessa alla negazione sistematica degli aspetti problematici e conflittuali. Si ipotizza una identificazione *della mente caleidoscopica* con la fantasia di una fusione originaria con l'imgo idealizzata della madre e con l'esperienza della seduzione narcisistica. Questa attrazione, seduzione esercitata dall'immaginario così inteso, può essere anche pensata attraverso le parole di Riolo (2005): “Io penso che l'ipertrofia della produzione collettiva di immaginario, l'eidolopoiesi, si sostituisca alla simbolopoiesi, re-

sponsabile dei processi di significazione e dei processi identitari, dove oggi abbiamo a che fare con un mondo esteriore dove il conflitto è negato ed evacuato nel reale. Non più fantasie, sogni, simboli, “oggetti soggettivi”, ma realizzazioni, allucinazioni, feticci, “soggetti oggettivi”.

Note conclusive

Il materiale clinico presentato, di un bambino e di un adolescente con incongruenza di genere in terapia, ci ha permesso di posare la nostra lente d'ingrandimento sugli effetti del legame precoce di *seduzione narcisistica* fra madre e bambino e sul destino di un corpo fisico e sessuato che, costituendosi come terzo, messaggero di una differenza nel suddetto legame, può essere dal bambino rimosso e, o rinnegato, producendo così una scissione dalle alterne vicissitudini fra il “Sé a base corporea” e un “Sé di facciata”.

Si tratta di un'area focale di studio con cui non si intende eludere la complessa eziopatogenesi dell'identità di genere e le molteplici espressioni che essa assume a seconda del contesto culturale e sociale. Siamo infatti consapevoli della singolarità delle situazioni cliniche e della parzialità di formulazioni che potrebbero non essere adatte a spiegare una popolazione clinica che si mostra sempre più eterogenea; tantomeno si pretende di attribuire una causalità patologica alle madri, loro stesse vincolate alle dinamiche della trasmissione tra le generazioni ed alle collusioni patologiche della coppia coniugale.

A partire dai fattori psichici indagati, ci preme inoltre evidenziare come nel tempo della crescita il gradiente di sofferenza indicibile di questi bambini, poi adolescenti, possa condurre a rafforzare il modello dell'ingranamento con l'oggetto altro da sé; ed è forse sulla via di questa economia psichica *sui generis* che va compreso il ricorso alle fluttuanti identificazioni imitative che caratterizzano l'organizzazione identitaria di questi pazienti. La relazione con tali modalità di ingranamento potrebbe infatti risultare la matrice di varie forme di identificazione imitativa (Gaddini, 1968, 1969) o adesiva (Bick 1968), di identificazione proiettiva patologica (Klein, 1946), di introiezione estrattiva (Bollas, 1987) con cui questi bambini o adolescenti assumono su di sé o “rubano” (e “sono derubati da”) le varie forme di identità di facciata, che implica il modello dell'idolo di turno e che funziona da ancoraggio identitario. Potremmo dire che la dipendenza compulsiva dall'immaginario e il continuo ricorso a queste forme di identificazione patologica costituiscono una modalità di risposta, ormai cristallizzata, alla cattura narcisistica dell'oggetto, come coazione a ripetere e a trasformare in attivo la negazione o il diniego nei confronti della minaccia di una relazione troppo differenziante Sé-oggetto.

Nel film-documentario *Paris is the burning* (1990) i transgender dei sobborghi di Chicago che fanno “le sfilate” nei loro sottosuoli di vita presentano una coazione a ripetere la loro adesione caricaturale nel portamento, andatura, gestualità verso le modelle di Vogue di cui ne documentano la fascinazione e il piacere di catturare e di essere catturate da stili di vita per loro inaccessibili, che tentano di ripro-

durre nelle passerelle. Nel documentario l'ambiguità di genere è un'altra forma di visione idealizzata di coesistenza dell'indifferenziato: maschio e femmina, piccolo e grande ...

Nel complesso la spinta dominante di questi pazienti è la coazione a ricercare, perdere e ritrovare uno stato mentale difensivo associato a interazioni erotiche e gioiose, proprie dello stato della indifferenziazione sessuale. È dominante altresì la loro tendenza a scaricare - polverizzare in varie forme di *agiti*, l'affetto emergente di rappresentazioni oggettuali terrifiche rinnegate (o in certi casi, precluse). Nel corso successivo dello sviluppo, di fronte alle bufere ormonali e le fantasie connesse, si fa più forte il rischio di agire, manipolando la realtà esterna e il loro corpo e di trovarsi a schiacciare una dimensione terza, quella della tridimensionalità dell'apparato psichico, ovvero ad attuare la negativizzazione del Negativo, dell'Inconscio (Green, 1993). Sullo sfondo il miraggio di partecipare alla costruzione di sotto-gruppi sociali, sempre più numerosi anche tra gli adolescenti cosiddetti marginali, a cui il web offre la soddisfazione dei bisogni identitari di sentirsi riconosciuti sia nell'appartenenza sia nell'affinità del loro stile di vita, con i transgender adulti, con cui realizzare forme di vita spontanea in neo-gruppi-famiglia, che hanno già affrontato e superato i vari scogli di accettazione sociale e che si pongono a salvaguardia dei diritti di esistenza e di inserimento come succede nelle varie rappresentanze di minoranze sociali.

Avviandoci a concludere questo nostro contributo è davanti agli occhi di tutti che la psicoanalisi e la psicoterapia psicoanalitica, sua figlia cara, siano convocate a affrontare una serie di sfide nell'uso che si fa delle teorie e nelle loro applicazioni tecniche in ambito clinico.

Una sfida a valutare la questione e il senso di una ridefinizione della sessualità in un genere non solo binario da più parti sollecitata.

Una sfida riguarda la capacità del terapeuta di mettersi in discussione a partire dalle fondamenta identitarie: se di fronte al proprio senso di confusione egli sa usare come bussola il proprio transfert sul paziente e il proprio contro-transfert.

Una sfida riguarda la Psicoanalisi di fronte alla tendenza coattiva di questi pazienti ad agire l'inconscio, abolendo la distinzione per noi necessaria tra mondo interno e realtà esterna.

E ancora una sfida a deconcretizzare il pensiero di questi soggetti che tende a far collassare lo psichico sul corporeo, traslocandovi pensieri e fantasie che invece andrebbero elaborate psichicamente. E infine una sfida a come aiutare questi individui nel corso del processo psicoterapeutico a divenire soggetti e a trovare una collocazione in un mondo come quello attuale dominato da nuove comunicazioni, da spazi virtuali (Montanari, 2019), da oggetti virtuali come i tutorial, che riducono l'attesa dell'incontro e il tempo di apprendere dall'esperienza emozionale insieme con l'altro, soddisfacendo l'esigenza del tutto e subito.

La posta in gioco è dunque non solo quella di aiutare que-

sti pazienti a integrare mente, psiche e corpo, ma anche quella di aiutarli a farsi titolari del proprio funzionamento e di farsi vigili al rischio di omologare i propri generi, ruoli e comportamenti sessuali all'identità *patchwork* delle nuove rockstar ambigue emergenti e dominanti nel web. Identità virtuali che ostentano la bizzarria dell'alterità, ma che in alcuni casi agiscono l'inconscio. Un agire questo che esige soddisfazioni immediate a soluzioni conflittuali e che serve a esorcizzare quella radicale alterità che è in noi e che nel corso di ogni trattamento terapeutico e paziente provano a rinegoziare tra sé e sé, garantendosi quello Sguardo altro e obliquo che è fonte di arricchimento continuo.

La psicoanalisi nella sua essenza non è normativa perché non rinuncia ad analizzare le molteplici possibilità dell'essere e del divenire dell'umano. Essere al servizio del conformismo non è un assunto basilare della teoria psicoanalitica, che ci mette in guardia dal disinvoltato passaggio da una condanna moralistica alla ipocrisia normalizzante (Argentieri, 2010). Si tratta di due modi opposti per eludere la fatica del dubbio e la responsabilità delle proprie idee e del proprio operare nella prassi psicoterapeutica psicodinamica.

* *Psicoanalista con funzioni di training AIPSI, Docente-supervisore i-W Istituto Winnicott, Socio fondatore SIPsIA.*

** *Specialista in psicologia clinica, Psicoterapeuta del bambino, dell'adolescente e della coppia. Socia SIPsIA.*

*** *Psicologa, Psicoterapeuta del bambino, dell'adolescente e della coppia, specialista in Psicologia dell'Emergenza e Psicotraumatologia, Socia SIPsIA.*

Bibliografia

- Anzieu, D. (1975a), *Il gruppo e l'inconscio. L'immaginario gruppale*. Tr. it. Cortina, Milano, 2019.
- Anzieu, D. (1975b), “Le Transfert paradoxal”. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 12, 49-72.
- Argentieri, S. (2006), “Travestitismo, transessualismo, transgender: identificazione e imitazione”. *Psicoanalisi*, 10, 2, 55-91.
- Argentieri, S. (2010), *A qualcuno piace uguale*. Einaudi, Torino.
- Bick, E. (1968), L'esperienza della pelle nelle prime relazioni oggettuali. Tr. it., Isaacs S., Freud A., Winnicott W., Bick E., Boston M., Freud W.E., Brafman AH (a cura di) *L'osservazione diretta del bambino*. Boringhieri, Torino, 1984.
- Bollas, C. (1987), *L'ombra dell'oggetto*. Tr. it. Roma: Borla, 2007.
- Carratelli, T. I. (2018), *Giocare con l'identità di genere e giocare l'identità: note teorico-cliniche da una supervisione di una psicoterapia infantile a orientamento psicoanalitico*. Domenica Scientifica AIPSI, Roma, 23 settembre 2018.
- Carratelli, T.I., Costis, A., Massaro, L.V., Brando, M., Ciampa, L., Scalise, S. (2020), *Fulidità dell'essere. Scena primaria e ricorso difensivo alla indifferenziazione sessuale*. *Richard & Piggle*, 28, 1, 59-68.
- Carratelli, T. I., Massaro, V. (2016), “Il bambino rosa: alla ricerca della leggerezza dell'essere. Note teorico-cliniche”. *Richard & Piggle*, 24, 4, 356-372.
- Coleman, W. (2006), *Imagination and the Imaginary*. *Journal of Analytical Psychology*, 51, 21-41.
- de Vries, A.L.C., Cohen-Kettenis, P.T. (2012), “Clinical Management of Gender Dysphoria in Children and Adolescents: The Dutch Ap-

proach”. *Journal of Homosexuality*, 59, 3, 301-320.

Di Ceglie, D. (1998), *Straniero nel mio corpo. Sviluppo atipico nell'identità di genere e salute*. Tr. it., Franco Angeli, Milano, 2003.

Gaddini, E. (1968), [Pagine iniziali di] Sulla imitazione. In: *Scritti* (1953-1985). Cortina, Milano, 1989.

Gaddini, E. (1969), Sulla imitazione. In *Scritti* (1953-1985). Cortina, Milano, 1989.

Gide A. (1924), *Se il grano non muore*. Trad. it., Milano: Giunti Editore, 2017.

Green, A. (1993). *Il lavoro del negativo*. Trad. it., Roma: Borla, 1993.

Greenson, R. R. (1966), Un bambino transessuale e un'ipotesi. In *Esplorazioni psicoanalitiche*. Tr. it., Borla, Roma, 1984.

Greenson, R. R. (1968), La disidentificazione della madre: la sua particolare importanza per il Maschietto. Tr. it., Breen D (a cura di) *Enigma dell'identità dei generi. Prospettive psicoanalitiche attuali sulla femminilità e la mascolinità*. Borla, Roma, 2000.

Klein, M. (1946), Note su alcuni meccanismi schizoidi. In *Scritti*. Tr. it., Boringhieri, Torino, 1978.

Laplanche, J. (1987), *Nuovi fondamenti per la psicoanalisi*. Tr. it., Borla, Roma, 1989.

Pavel, O.R. (2020), *Ritiro nell'immaginario e fluidità di genere in adolescenza*, *Rich&Piggle*, 28(1):76-80.

Petrella F (1992), *Esplorazioni nelle città della pianura: l'omosessuale in analisi*. Rivista di Psicoanalisi, 4: 901-941.

Racamier, P.C. (1992), *Il genio delle origini. Psicoanalisi e psicosi*. Tr.it., Cortina, Milano, 1993.

Riolo, F. (2005), *Eidolopoiesi*, Riv. Psiche, 5: 147-150.

Stoller, R. J. (1968), *Male Childhood Transsexualism*. In *Sex and Gender*. Karnac Book, New York.

Winnicott, D. (1965), La distorsione dell'Io in rapporto al Vero e Falso Sé. In *Sviluppo affettivo e ambiente*. Tr. it., Armando, Roma, 1970.

Winnicott D (1971). *Gioco e realtà*. Roma: Armando Editore.

Filmografia

- Livingstone, J. (1990), *Paris is the burning*. Off-White Productions.
- Campbell, M. (2011), *Lanterna Verde*. Warner Bros.
- Ebershoff, D., Hooper, T. (2015) *The Danish Girl*. Working Title, Pretty Pictures, Revision Pictures, Senator Global Productions
- Dhont, L. (2018), *Girl*. Teodora film.

¹ Il DSM-V (2013) ha sostituito la diagnosi di *Disturbo dell'identità di genere* utilizzata nel DSM-IV (1994), con quella di *Disforia di genere*, “termine più attuale e descrittivo” (DSM-V, 2013, p. 528) che evidenzia il problema clinico (la sofferenza che può accompagnare l'incongruenza fra il genere esperito o espresso da un individuo e il genere assegnato alla nascita) e non l'identità in sé (le identificazioni con il genere opposto). Sulla stessa via anche l'ICD-11 (in vigore da gennaio 2022), che rinomina il *Disturbo dell'identità sessuale* (ICD-10, 2016) in *Incongruenza di genere* e la colloca fuori dalla sezione dei Disturbi mentali, comportamentali e del neurosviluppo.

² Si usano i termini *persisters* e *desisters* per distinguere fra quei soggetti la cui incongruenza di genere dell'infanzia persiste o non persiste dopo la pubertà.

Applicazione della legge 81/2014: alcune note di orientamento per i Periti Psichiatri

The application of the Law 81/2014: some guidance notes for forensic psychiatrists

Riassunto

L'applicazione delle leggi 9/2012 e 81/2014 ha portato alla chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e richiede una revisione delle prassi fra psichiatria forense e psichiatria clinica. I punti chiave della riforma portano a misure giudiziarie e di cura di/nella comunità e rendono residuale la misura di sicurezza detentiva. Questo richiede un nuovo quesito peritale ed rapporto di collaborazione tra periti e DSM in modo che imputabilità, pericolosità sociale e misure di sicurezza vengano valutate e definite nel nuovo contesto operativo, in un rinnovato rapporto anche con la persona rea al fine di responsabilizzarla e renderla protagonista del suo percorso di cura e recupero. Vengono anche fornite indicazioni sulle tipologie di situazioni. (Parole chiave: Periti psichiatri, psichiatria forense, quesito peritale, REMS, mandato di cura)

Abstract

The application of laws 9/2012 and 81/2014 led to the closure of the Judicial Psychiatric Hospitals and requires a review of the practices between forensic psychiatry and clinical psychiatry. The key points of the reform lead to judicial and care measures of / in the community and make the detention security measure residual. This requires a new expert question and collaboration relationship between experts and DSM so that imputability, social danger and security measures are evaluated and defined in the new operational context, in a renewed relationship also with the offending person in order to make them responsible and make them a protagonist of his path of treatment and recovery. Information on the types of situations is also provided. (Keywords: Psychiatric experts, forensic psychiatry, expert question, REMS, treatment mandate)

Introduzione

Con le leggi 9/2012 e 81/2014 è stata disposta la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) mentre non sono stati rivisti gli articoli del Codice Penale (c.p.) su imputabilità, pericolosità sociale e misure di sicurezza. Si è creato un sistema nel quale l'applicazione delle nuove norme deve confrontarsi con un Codice Penale del 1930 più in sintonia con la legge 36 del 1904 che con la legge 180 del 1978. Il regolamento penitenziario vigente in OPG è del tutto inapplicabile nel nuovo contesto operativo che richiede una profonda revisione di prassi consolidate che riguardano giustizia e psichiatria.

Il nuovo modello è stato costruito nella pratica attraverso il coinvolgimento di tutti gli attori (magistrati, psichiatri, amministrazioni penitenziaria, avvocati, prefetti, sindaci, garanti, associazioni) a partire dai principi e dallo spirito della riforma al fine di una corretta applicazione. Anche in ambito sanitario si è reso necessario un riavvicinamento ed è auspicabile un anco più uno stretto collegamento tra psichiatria clinica e forense. Infatti, secondo la legge 81/2014 "Il giudice dispone nei confronti dell'infermo di mente e del seminfermo di mente l'applicazione di una misura di sicurezza, anche in via provvisoria, diversa dal ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario o in una casa di cura e custodia, salvo quando sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla sua pericolosità sociale, il cui accertamento è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tenere conto delle condizioni di cui all'articolo 133, secondo comma, numero 4, del codice penale. Allo stesso modo

provvede il magistrato di sorveglianza quando interviene ai sensi dell'articolo 679 del codice di procedura penale. Non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali".

I punti chiave della riforma

Schematicamente sono riassumibili i punti chiave della riforma:

- a) Viene data la netta priorità alla cura e all'applicazione di misure di sicurezza non detentive (la libertà vigilata) mediante l'individuazione nei contesti ordinari dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) nel territorio di residenza l'ambito della cura mentre la misura di sicurezza detentiva e il ricovero in REMS divengono del tutto residuali².
- b) Va precisato che non sono le REMS a sostituire gli OPG ma è l'insieme dei servizi sanitari (e tra questi il DSM) e sociali di una comunità chiamata a farsi carico della persona cui vengono riconosciuti doveri (tra i quali aderire alle prescrizioni del giudice), diritti e garanzie. In questo spirito, la legge dispone che la durata della misura di sicurezza non possa essere superiore alla pena massima edittale prevista per il reato commesso dando con ciò una propria autonomia ed entità alla misura di sicurezza, incidendo così sulla questione dei c.d. "ergastoli bianchi" generata attraverso proroghe sine die. Tale norma andrebbe applicata oltre che alle misure detentive anche alla libertà vigilata.
- c) La legge esclude dalla valutazione della pericolosità sociale "le condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo" (art. 133 c.p.) e ritiene che la mancanza di

programmi territoriali non possa essere addotto come motivazione per il mantenimento della misura di sicurezza detentiva, ovvero per la permanenza in OPG in passato ed ora in REMS.

Questo non significa che i fattori di vita individuale, familiari e sociali non debbano essere considerati, riportando ad una valutazione incentrata sul modello di psichiatria biologico-organica. Il riferimento è al modello biopsicosociale e quindi anche le componenti psicologiche, familiari e sociali dovranno/potranno essere prese in considerazione e nel caso si rivelino elementi critici, essere affrontati mediante gli strumenti sanitari e sociali di comunità. Per questo diviene essenziale il raccordo con il DSM e per suo tramite con gli altri servizi sanitari e sociali del territorio (specie per i casi multiproblematici, assenza di reddito, casa, con gravi povertà, stranieri senza dimora o permesso di soggiorno, mancanza di documenti ecc.).

d) Centralità del mandato di cura. Anticipando la legge 81/2014, la sentenza n. 253/2003 della Corte Costituzionale, in riferimento alle misure di sicurezza, afferma che esse rispondono contemporaneamente ad entrambe le finalità, collegate e non scindibili di assicurare cure adeguate e contenere la pericolosità sociale, e tuttavia aggiunge che “le esigenze di tutela della collettività non potrebbero mai giustificare misure tali da recare danno anziché vantaggio, alla salute del paziente”. Da ciò emerge una priorità della cura che tuttavia non significa delega esclusiva alla psichiatria di ogni aspetto della vita della persona la quale non coincide con la sola patologia mentale ma è molto di più in termini di bisogni e risorse. Per questo deve essere sempre presente una pluralità di interventi in diversi ambiti: culturali, educativi, lavorativi, abitativi compresi quelli relativi alla prevenzione di nuovi reati e alla sicurezza di tutti i cittadini. Ne consegue che devono operare in modo sinergico, ciascuno per le proprie competenze, diversi servizi, sanitari, sociali, della giustizia, delle Forze dell’Ordine, con pieno coinvolgimento delle diverse articolazioni delle comunità locali, sindaci, enti produttivi, sindacati, volontariato e rete informale.

Nell’accomodamento ragionevole tra diritti, quindi, occorrono azioni in grado di ricostruire la relazione tra persona, famiglia e comunità, di ripensare il patto sociale violato e anche, per quanto possibile, riparare il danno commesso. Tutte questioni che rendono necessaria l’abolizione degli artt. 88 e 89 del c.p. e del “doppio binario” in quanto il riconoscimento del reato, delle sue conseguenze, è la prima azione per l’assunzione di responsabilità e la cura.

Questo approccio ben si coniuga con gli attuali orientamenti tecnico-scientifici secondo i quali la persona con patologia psichiatrica è portatrice di diritti/doveri, i disturbi mentali sono curabili e, come le altre patologie, in parte guaribili anche clinicamente o sul piano funzionale

e sociale (recovery). In base alla legge 180/1978, la pericolosità a sé e agli altri non costituisce più un requisito per i Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO), durante i quali comunque occorre comunque necessariamente orientarsi nella direzione del consenso e della volontarietà, base di tutti gli accertamenti ed i trattamenti sanitari secondo i dettami dell’articolo 32 della Costituzione. I disturbi mentali sono curabili ed il loro trattamento deve avvenire di norma nel territorio di residenza e non in ospedale e in una prospettiva di libertà e responsabilità secondo il modello della recovery. Quindi, le cure personalizzate dovrebbero essere attuate nel contesto di vita: il territorio è un riferimento e la comunità diviene parte essenziale dei percorsi di cura.

I servizi della salute mentale sono organizzati in forma dipartimentale con una pluralità di strutture in grado di erogare livelli di cura differenziati, per intensità e complessità, in rapporto alla fase del disturbo e della vita della persona. Un sistema organizzativo complesso che vede il riferimento fondamentale nei Centri di Salute Mentale, titolari del programma terapeutico riabilitativo individualizzato (PTRI) da co-costruire con il paziente e ove possibile/indicato con la sua famiglia, e dispone di una serie di interventi medico-biologici, psicologici, psicoterapici e psicosociali (ruoli, relazioni, formazione-lavoro, abitazione). Occorre applicare tutto questo anche con la persona affetta da disturbi mentali autrice di reati, che dovrà essere coinvolta nel percorso di cura nella consapevolezza che, ai fini della riabilitazione, siano essenziali il consenso e la collaborazione responsabile e attiva del paziente.

Il percorso ha evidenziato difficoltà, in particolare con persone con alti livelli di antisocialità, con uso di sostanze, scarsamente complianti, resistenti ai trattamenti e coloro con gravi componenti criminali che richiedono alti livelli di custodia e perturbano gravemente i contesti di cura psichiatrici, per loro del tutto inadatti e controindicati. Queste situazioni che, anche al di fuori delle situazioni giudiziarie, mettono in crisi il sistema sanitario e sociale, ed anche quello dell’ordine pubblico, andranno accuratamente valutate dal Perito congiuntamente al DSM competente ed il magistrato al fine di predisporre adeguati e specifici interventi negli Istituti di Pena o nel territorio, da realizzare attraverso linee guida (nazionali) ed operative con l’indicazione delle risorse necessarie, da definire in tempi brevi.

e) La legge ha stabilito la chiusura degli OPG e la predisposizione delle Residenze per l’Esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) su base territoriale (Regionale), ad esclusiva gestione sanitaria, con numero di posti limitato³, insieme ad un potenziamento dei servizi psichiatrici territoriali per favorire l’attuazione dei percorsi terapeutico-riabilitativi e di reinserimento sociale dei pazienti autori di reato. E’ quindi essenziale mantenere i pazienti nel proprio territorio e il DSM andrà immediatamente attivato

anche dal perito⁴.

Un nuovo quesito peritale

Il quadro di riferimento nel quale si inserisce l'attività del Perito Psichiatra incaricato dal Giudice, è profondamente mutato.

In passato il quesito era di solito incentrato sulla valutazione della capacità di intendere e volere nel momento in cui è stato commesso il fatto-reato e, in caso fosse assente o grandemente scemata, sulla definizione della pericolosità sociale. In caso affermativo, era comune l'applicazione della misura di sicurezza detentiva in OPG. Da qui, a partire dal DPCM 1 aprile 2008 e secondo protocolli regionali, avveniva poi il coinvolgimento dei DSM per costruire programmi di dimissione.

La situazione determinatasi con le leggi 9/2012 e 81/2014 richiede ora, necessariamente, una più articolata formulazione del quesito peritale. Oltre alle domande consuete su imputabilità e capacità di stare in giudizio, è necessario configurare, in stretto rapporto con i DSM, la pericolosità sociale e le misure di sicurezza in relazione al percorso di cura non ideale, ma possibile. In altre parole, cambia la valutazione e le modalità di definizione del progetto terapeutico e quindi anche della misura di sicurezza, in quanto è necessario esplicitare sia la consapevolezza, la volontà e il grado del consenso della persona alla cura, sia la determinazione e l'offerta del DSM e, più in generale, del contesto di riferimento familiare e sociale a farsi carico della persona e delle sue relazioni. I principi della rilevabilità e della modificabilità dei problemi devono ispirare le soluzioni da proporre al Giudice.

Il nuovo quesito peritale, che già in diversi ambiti⁵ i Giudici sottopongono al perito potrebbe essere così formulato:

“Accerti il perito sottoponendo a visita l'imputato ed acquisendo tutta la documentazione medica attinente alla sua condizione clinica (esistente presso le strutture sanitarie pubbliche e/o private: 1) se l'imputato sia affetto da un disturbo mentale e, in caso positivo, di quale tipo; 2) se l'eventuale disturbo psichico fosse tale da annullare o da scemare grandemente la sua capacità di intendere e volere al momento del fatto; 3) se attualmente la condizione mentale dell'imputato sia tale da consentirgli la cosciente partecipazione al processo e se l'eventuale incapacità sia da ritenersi reversibile o irreversibile; 4) nel caso di accertata incapacità di intendere e volere, dica il perito se vi sia un rischio psicopatologico rilevante ai fini della valutazione della pericolosità sociale dell'imputato; 5) in caso di accertata esistenza di un rischio psicopatologico, dica il perito se l'imputato sia da considerare persona che presenti, allo stato, necessità di cura definendo l'intensità terapeutica ed accertando formalmente la consapevolezza, il consenso, la volontà e la motivazione della persona ad effettuarlo; 6) individui, quindi, il perito il percorso terapeutico più idoneo alla cura dell'imputato, ed eventualmente in grado di incidere

sulla pericolosità sociale di questo, d'intesa con i servizi sanitari territoriali (Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche), tenendo conto che la misura di sicurezza detentiva non è giustificata dalla mancanza del PTRI, né si rilevano le condizioni di cui all'art 133 comma 2 punto 4; il perito tenga altresì conto che il ricovero in REMS “può essere disposto solo quando risulti che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e far fronte alla pericolosità sociale” ; 7) nel caso il perito ritenga necessario un percorso terapeutico con ricovero in REMS, specifichi gli elementi in base ai quali altri percorsi terapeutici, anche residenziali, non possono ritenersi idonei; 8) Nel caso in cui venga valutato come idoneo un percorso terapeutico di tipo residenziale, il perito, d'intesa con il DSM, suggerisca la tipologia idonea sulla base dell'offerta delle tipologie regionali disponibili; 9) qualora il ricovero in REMS sia ritenuto misura idonea e sulla base delle informazioni assunte, non sussista la possibilità di un immediata effettuazione, individui il perito, d'intesa con il DSM i percorsi alternativi anche temporanei, considerando il ricovero nel reparto SPDC solo in condizione di acuzie psicopatologica”.

Il quesito dovrebbe essere orientato alla definizione di “percorsi” e non di “luoghi dedicati”: la misura giudiziaria e la cura sono di/nella comunità.

Rispetto al passato è cambiato il senso della misura di sicurezza detentiva⁶, non solo perché ritenuta residuale, ma perché va riconfigurata come un intervento multidimensionale e multimodale da realizzarsi, in ogni caso, anche quando effettuata in REMS, nella e con la comunità, quindi nella relazione con l'altro. La differenza non è solamente nel non avere più l'OPG, notoriamente collegato al sistema penitenziario mentre le REMS sono parte del sistema sociosanitario, non è nella diversità dei luoghi, OPG e REMS, non è nella minore afflittività, ma soprattutto in percorsi diversi, non più basati sull'incapacità (di intendere e volere) e sulla inabilitazione, bensì sulla capacità di comprendere/condividere e co-costruire, di aumentare la motivazione e la responsabilità verso sé (“nulla su di me senza di me”) e verso gli altri, quindi sull'abilitazione/riabilitazione di/nella comunità. Una logica non fondata sul controllo e tanto meno sulla custodia ma indirizzata a cogliere la complessità dei fattori biologici, psicologici e sociali nella loro reciproca interazione in contesti specifici dove la sicurezza è costruita nelle relazioni e nel rispetto reciproco.

Una nuova concezione della misura di sicurezza (e più in generale di tutte le misure giudiziarie e delle pene), dove la centralità della cura richiede consenso e motivazione. Questo rende evidente il limite di ogni impianto di cura rispetto alla previsione e al controllo di comportamenti multi-determinati: la psichiatria di comunità non può rispondere ai diversi aspetti sociali e di sicurezza, e tanto meno alle condotte criminali. Questo punto deve essere attentamente valutato specie quando le violazioni di legge

sono ripetute, legate a quadri clinici cronici recidivanti come le dipendenze e ancor più a condotte antisociali e criminali.

Con la nuova legge, il ragionamento peritale dovrà svilupparsi fin dal principio d'intesa con il DSM competente per territorio. La valutazione da statica e "oggettiva" (individualistica) deve essere relazionale e dinamica, ed includere oltre ai fattori individuali anche quelli connessi al contesto, all'offerta di cura ed alle opportunità sociali. Come noto, l'assenza di un PTRI non giustifica in alcun modo la misura di sicurezza detentiva (e tanto meno le assenze di cittadinanza o reddito come purtroppo ancora troppo spesso si rileva).

La pericolosità

In questa ottica, nella perizia dovrà essere contenuta la valutazione della capacità di intendere o volere al fine della definizione dell'imputabilità. Se questa risulta assente, dovrà essere valutata la pericolosità sociale. Su questo punto è necessario un approfondimento in quanto spesso sommariamente vengono unificati nel concetto di pericolosità diverse fattispecie che è invece necessario distinguere:

- a) la pericolosità sociale ex art 133 c.p.⁷.
- b) la pericolosità a sé e agli altri dell'abrogata legge 36/1904 e non più prevista dalla legge 180/1978
- c) la pericolosità criminale⁸, la tendenza abituale a delinquere,⁹ la professionalità nel reato (art 105 c.p.), e la tendenza a delinquere (art. 108 c.p.).

La valutazione della pericolosità compete al giudice. Al perito viene chiesto di valutare il nesso con la patologia psichiatrica, tanto che qualcuno impropriamente si esprime citando la "pericolosità sociale psichiatrica", non prevista dal codice penale, nel quale è stato abrogato l'art. 204 che prevedeva la pericolosità sociale "presunta". Quindi, al perito spetta un compito limitato ma cruciale, che viene ad assumere connotati diversi, a seconda del modello di riferimento peritale. Se questo è strettamente biologico e categoriale, la tendenza a creare collegamenti (ma in diritto occorrono nessi causali) tra manifestazioni del disturbo, comportamenti e terapie farmacologiche viene ad essere spesso in primo piano, se non l'unico elemento. Si tende a stabilire una relazione lineare laddove oggi vi sono elementi di complessità e multifattoriali, che incidono fortemente sulla valutazione dei rischi. Fattori predisponenti, precipitanti, protettivi, che i modelli per valutare il rischio hanno ben evidenziato. Nella pratica peritale, così come la pratica clinica di routine, non si va oltre la valutazione clinica. Di fronte alla valutazione del rischio specifico per ogni singolo paziente, la psichiatria ha una scarsa capacità di predizione e prevenzione. Infatti, le pratiche di routine di norma non si possono avvalere di strumenti utilizzati in ambito di psicologia e psichiatria forense.¹⁰ Se lasciato al singolo professionista si può determinare una sotto o più frequentemente una sovrastima del rischio con una conseguente risposta di tipo

difensivo.

Anche su questo punto la riforma dovrebbe vedere investimenti, sia per la valutazione sia per definire come fare poi fronte, anche con strumenti nuovi, alla gestione del rischio. Tutti temi molto rilevanti e innovativi nell'ambito della cura ma anche in quello peritale.

I percorsi

Il perito può dare indicazioni, d'intesa con il DSM, circa un possibile percorso di cura in una dinamica per la quale al perito compete la valutazione del livello di pericolosità mentre al DSM compete la definizione operativa del possibile percorso di cura. Va assolutamente evitato l'invio in REMS di soggetti con condotte criminali, psicopatici e con uso di sostanze, che, di norma, sono imputabili. Per le dipendenze patologiche i percorsi alternativi alla detenzione sono possibili ai sensi dell'art. 94 della legge 309/1990.

Si possono avere diversi scenari che dipendono dal riconoscimento o meno della presenza della pericolosità sociale.

a) Nel caso non si riscontri la presenza della pericolosità sociale e quindi al proscioglimento non segue un provvedimento giudiziario, tuttavia, come clinici, occorre vedere quale possa essere il percorso di cura adeguato. Ne possono essere esempi significativi la disabilità intellettiva, i disturbi del neuro-sviluppo e neuro-cognitivi, in particolare nell'anziano dove in genere concomitano anche altre molteplici patologie internistiche. In questi casi è fondamentale la creazione di un'adeguata risposta assistenziale, che eviti solitudine/abbandono e che sostenga famiglie e care-giver molto provati o gravemente in difficoltà.

b) Nel caso sia presente la pericolosità sociale, occorre valutare, in interlocuzione con il DSM competente per territorio, se, in base al quadro clinico, cure adeguate ai bisogni del paziente si possano effettuare con la misura di sicurezza non detentiva (libertà vigilata), ritenuta sufficiente a fare fronte alla pericolosità sociale. E' la via che la legge 81/2014 considera prioritaria e che dovrebbe essere perseguita con la creazione (con la persona, i soggetti significativi e il contesto) di un "doppio patto": uno per la cura e l'altro per la prevenzione di altri reati.

c) Se la valutazione dei bisogni di cura ed il piano terapeutico e riabilitativo individua la necessità di un intervento residenziale, d'intesa con il DSM competente per territorio, occorre, da un lato, individuare la struttura ove l'interessato può essere inserito e, dall'altro, vanno costruiti la motivazione e il consenso alla cura. Questa parte preparatoria è essenziale alla co-costruzione del piano terapeutico del quale occorre specificare tempi, modi della sua applicazione e le verifiche attuate, ciascuno per la propria competenza, da DSM, UEPE e Forze dell'Ordine. In ogni fase è essenziale procedere ad una comunicazione al paziente, promuovere il suo coinvolgimento e la sua collaborazione al programma di cura (anche attraverso il confronto con consulenti di parte, gli avvocati, eventuali

familiari ecc.) distinguendo, ex ante le violazioni al programma (possibili in ogni percorso terapeutico) dalla commissione di nuovi reati.

d) Se si ipotizza un periodo in REMS, dovranno essere specificate le ragioni che non rendano possibili le misure di sicurezza non detentive e, d'intesa con il DSM, dovrà essere definito il programma di cura da realizzare mediante l'applicazione di misure di sicurezza detentive in REMS, la quale va comunque sempre pensata e presentata come una collocazione temporanea. La persona deve essere motivata e per questo l'accoglienza va preparata: la cura, infatti, prevede una serie di condizioni e passaggi ineliminabili.

Nel caso il posto in REMS non fosse disponibile, allora è utile che la valutazione preveda un programma alternativo, a termine, concordato con il DSM e la persona, avallato dal magistrato competente (che può applicare la libertà vigilata) e verificato periodicamente. O ancora, d'intesa con il giudice, si potrà prevedere che misura di sicurezza detentiva temporaneamente attuata in contesti "equivalenti" alla REMS (es. strutture residenziali, comunità, etc.) un "percorso REMS", per poi, ai sensi della legge 81/2014, in caso di andamento positivo, proporre la trasformazione della misura di sicurezza detentiva in quella della libertà vigilata.

Nel percorso peritale, particolare attenzione dovrà essere prestata allo stato giuridico ai tempi delle operazioni e alla collocazione del paziente durante le attività peritali, in quanto, al deposito della perizia, farà seguito la decisione del magistrato, che dovrà essere poi eseguita in tempi brevi. Come è noto, la misura di sicurezza detentiva non può essere effettuata in carcere, ma nei servizi, ed è fondamentale superare, nell'interesse della persona, gli elementi che portano a non comunicare tra Periti e DSM. A parte il fatto che anche giuridicamente vi sono molti rilievi a questi atteggiamenti, la necessità di collaborazione è essenziale per realizzare, nella chiarezza dei ruoli e nella massima trasparenza anche con il paziente e nel suo interesse, il migliore programma di cura. Quindi il dialogo e la collaborazione devono essere alla base del nuovo approccio, che richiede anche la migliore tutela legale e psichiatrica del paziente. In questo quadro, tutta la documentazione deve essere visionabile, nonché facilmente e rapidamente accessibile. Il Perito può acquisire tutta la documentazione in quanto ha il mandato del giudice, mentre è necessario/opportuno che la perizia venga conosciuta e condivisa con i sanitari dei DSM (e delle REMS) come parte integrante del programma di cura, registrando anche la posizione del paziente (e di chi lo tutela). Questa collaborazione è facilitata dalla conoscenza reciproca.

Il CTU dovrebbe motivare l'eventuale scostamento dalle valutazioni diagnostiche e dalle proposte di cura effettuate dal DSM allegando alla relazione peritale eventuali note dei DSM. In tal caso il Giudice può chiamare i Servizi in

udienza ed acquisire il loro orientamento. Questo eviterebbe invii impropri e consentirebbe ai Servizi di evitare programmi di cura inappropriati e/o irrealistici.

Situazioni

Dal punto di vista pratico le principali situazioni che si possono venire a creare, pertanto, possono essere:

1) Il paziente è agli arresti presso una struttura sanitaria (es. SPDC, Ospedale Privato, Residenza sanitaria). In questo caso, una volta stabilita la non imputabilità e la presenza della pericolosità sociale, se il paziente ha in atto cure adeguate, il perito, d'intesa con il DSM, può indicare la possibilità di applicare la misura di sicurezza non detentiva (libertà vigilata, con prescrizioni) presso una struttura sanitaria o sociosanitaria individuata in modo preciso e secondo una tempistica certa ed esplicita. Questo evita un'inutile e "contra legem" applicazione di misure di sicurezza detentive e conseguente trasferimento in REMS.

2) Il paziente è in carcere. Senza entrare nel merito di tutte le diverse tipologie (es. persona in attesa di giudizio, sovrappiù infermità mentale, ecc.) è in ogni caso necessario che il perito possa avere fin da subito la collaborazione del DSM, in particolare dei sanitari che operano negli istituti penitenziari, al fine di collaborare con l'effettuazione delle operazioni peritali. Se nel corso di queste, si propende per una condizioni di incompatibilità della persona con la detenzione, è necessario che, d'intesa con il DSM competente per territorio (e se necessario con la ASL ed i Servizi sociali dei Comuni), venga individuata una struttura idonea a soddisfare i bisogni di cura, tenendo conto anche del grado di collaborazione e motivazione espresso dalla persona. In altre parole, il percorso alternativo al carcere dovrà essere accuratamente preparato e sostenuto, anche mediante l'attivazione degli avvocati e dei contesti di riferimento. Pur non essendo un compito sanitario, nella valutazione complessiva, dovranno essere tenuti presenti anche i bisogni di sorveglianza e custodia, che, se elevati, molto difficilmente possono essere soddisfatti nelle strutture sanitarie, REMS comprese. Va quindi tenuto presente che la non imputabilità, il riconoscimento della pericolosità sociale e l'applicazione della misura di sicurezza detentiva rendono incompatibile il prolungamento della detenzione e quindi tale evenienza va accuratamente valutata e prevenuta, trovando con DSM, magistratura e DAP le adeguate soluzioni.

3) Il paziente è indagato e si trova in stato di libertà. In questo caso, il magistrato di cognizione può disporre, ancora prima di avere definito l'imputabilità, in presenza della pericolosità sociale, l'applicazione della misura di sicurezza detentiva provvisoria in REMS. E' una situazione in cui difficilmente vi è un incarico peritale formalizzato, mentre è frequente che psichiatri vengano consultati ed è quindi necessario che essi si mettano subito in contatto con il DSM per definire quale possa essere la

sede più adatta per effettuare la valutazione di una persona che potrebbe essere imputabile. Se si trova nel territorio, può essere fondamentale la collaborazione con il Centro di Salute Mentale e, in caso di violenza di genere, laddove esistenti, anche con i Servizi dedicati.

4) Fatte salve le valutazioni di stretta pertinenza giudiziaria circa la misura cautelare da applicare a fronte di fatti reato, la misura di sicurezza detentiva provvisoria in REMS non dovrebbe effettuarsi o essere eccezionalmente applicata a pazienti affetti da disturbi mentali gravi, molto noti ai servizi e non diversamente curabili secondo le disposizioni della legge 81/2014. Infatti, la misura detentiva provvisoria, specie se applicata ad una persona presunta innocente e magari mai valutata per quanto attiene la salute mentale e tanto meno diagnosticata, presenta importanti limiti giuridici e crea condizioni del tutto sfavorevoli ai fini dell'accoglienza, valutazione e diagnosi.

5) Nel caso di collocazione in REMS o nel territorio, le rivalutazioni periodiche saranno precedute da dettagliate relazioni degli psichiatri del DSM competente per territorio e dei responsabili della REMS in piena trasparenza rispetto al paziente. Qualora sia ancora attivo l'incarico peritale, i servizi e i periti dovranno fattivamente collaborare al fine di definire il programma più appropriato secondo i principi della legge 81/2014.

La creazione di un cruscotto regionale e di articolazioni di Psicopatologia Forense in ogni DSM possono fungere da riferimento per l'intero processo e favorire il collegamento fra periti e DSM e, d'intesa con essi, può facilitare il reperimento delle soluzioni più adeguate. Un'attività formativa congiunta, di aggiornamento e di ricerca, nonché strumenti valutativi condivisi sull'esito dei trattamenti e dei PTRI impostati, possono essere molto utili a creare una cultura operativa nuova e condivisa, definire strumenti e strutture delle perizie, e così migliorare la qualità dell'intero sistema giuridico e psichiatrico forense.

APPENDICE A

SCHEMA DI COMPETENZA E FORME DI COLLABORAZIONE CTU/SERVIZI DEI DSM IN RELAZIONE AI QUESTI PERITALI

E' utile comunque sintetizzare a tale scopo i rispettivi ambiti di competenza del rapporto CTU - Servizi, relativamente ai singoli quesiti.

a) Diagnosi di infermità mentale: il CTU dovrà tenere conto delle pregresse diagnosi e trattamenti attuati dal Servizio, riportandole comunque nella relazione peritale, motivando l'eventuale scostamento o discordanza da esse qualora essa abbia un peso specifico nella valutazione di cui al punto b.

b) Valutazione del nesso tra eventuale malattia mentale ed imputabilità, competenza esclusiva del perito che riferisce nel suo elaborato peritale al Magistrato. Tale competenza non esclude comunque la possibilità per il Servizio di fornire una propria opinione, se essa non concorda con quella del CTU.

c) Valutazione della competenza a stare in giudizio, esclusiva

del CTU, comunque basata sulle valutazioni di cui al punto a).
d) Valutazione della pericolosità sociale delle persone: di esclusiva competenza del CTU, che riferisce al Giudice, ma che determina una indispensabile necessità di confronto con gli aspetti terapeutici attuabili e che fanno parte del punto e).

e) Individuazione di un idoneo Percorso Terapeutico Riabilitativo Individuale (PTRI): tale elemento è competenza del Servizio di Salute Mentale, che ha in capo la presa in carico e la realizzazione del percorso di cura per la persona. E' pur vero che dalla possibilità di attuazione di un PTRI, laddove la correttezza diagnostica e l'appropriatezza dell'attribuzione della competenza alla presa in carico sia rispettata, potranno scaturire le indicazioni relative alla condizione di pericolosità sociale per l'applicazione della più adeguata misura di sicurezza. Tale ultimo aspetto riporta comunque al punto d), in quanto compito specifico del CTU le cui valutazioni, in forma di risposta al quesito specifico, pongono le basi per la decisione finale del Giudice ed alle prescrizioni che verranno contenute nel provvedimento di applicazione della misura di sicurezza.

Per rendere più agevole la collaborazione tra CTU e Servizi, dovranno essere attuate le seguenti operazioni.

f) Il CTU avviserà il Direttore del DSM o, se delegato, il Responsabile della SOC RiPAR¹¹, che provvederà ad individuare il Servizio, Unità Funzionale di Salute Mentale Adulti (UFSMA), competente per territorio, Il Responsabile UFSMA potrà designare uno psichiatra, che seguirà il caso in accordo con la SOC RiPAR, dandone adeguata informazione contestuale al CTU perché siano stabiliti i doverosi contatti.

g) Nel caso si tratti di persone che al momento non hanno, nell'ambito del territorio della USL Centro, dimora (soggetti di cittadinanza italiana) o permesso di soggiorno (nel caso di stranieri o immigrati), sarà comunicato dal CTU il luogo dove la persona ha commesso il reato, per cui è in giudizio, allo scopo di individuare la competenza del Servizio che se ne dovrà far carico.

h) Lo Psichiatra del servizio provvederà a dare le informazioni in suo possesso relativamente alle condizioni della persona, ai trattamenti in corso, alla sussistenza di un percorso riabilitativo eventualmente già in atto.

i) E' auspicabile che ci sia una comunicazione diretta tra il Servizio ed il CTU, allo scopo di chiarire le rispettive competenze e favorire una concreta definizione dei punti precedentemente elencati.

j) Il CTU anticiperà al Servizio le proprie valutazioni in merito all'eventuale vizio di mente, se ritenuto valido ai fini della capacità di intendere e volere al momento dei fatti, ed in specifico quelle relative alla valutazione del grado di pericolosità, elemento essenziale per individuare le più adeguate soluzioni.

k) Nel corso della perizia la SOC RiPAR fornirà la propria collaborazione alla UFSMA nella valutazione del caso, utilizzando eventualmente strumenti di valutazione specifica, e nella individuazione, come prevede la Legge 81/2014, di un progetto terapeutico riabilitativo che consenta al Giudice di applicare una misura di sicurezza diversa dalla REMS ed in grado di fare fronte alla condizione di pericolosità sociale.

l) Oltre il rapporto e la documentazione che intercorre con il CTU, non deve in nessuna fase essere esclusa la possibilità per il Servizio di stabilire diretta comunicazione con il Giudice per informare sulle possibili concrete di attuare progetti riabilitativi e sulla effettiva aderenza della persona a tali progetti, condizione effettiva per poter decidere, da parte del Giudice, se la

misura detentiva in REMS possa essere adeguatamente sostituita da una misura “non detentiva” di libertà vigilata.

m) All'uopo, il P.M. o G.I.P. mettono a disposizione la documentazione che ha sostenuto l'applicazione di misura di sicurezza detentiva (perizie, o altra documentazione sanitaria).

APPENDICE B

Quesito deliberato da Regione Toscana (DGRT n. 1340/13-12-2018) d'accordo con Tribunale

MODELLO DI QUESITO PERITALE PER LA FASE DELLA COGNIZIONE PENALE

Letti gli atti di causa, visitato il signor....., acquisita ogni documentazione clinica ovunque esistente, compiuti tutti gli accertamenti ritenuti necessari,

Accerti il perito:

1. se l'imputato versasse o meno, al momento del fatto, in stato di infermità di mente tale da escludere o scemare grandemente la sua capacità di intendere o di volere, precisando quale fosse il grado di eventuale compromissione di tale capacità e specificando gli indicatori clinici e valutativi dell'infermità stessa;

2. la genesi e la dinamica del reato addebitato all'imputato, indicando se l'infermità dalla quale egli è affetto abbia influito sulla capacità di determinarsi in relazione alle specifiche condotte ascrittegli e sulla comprensione delle conseguenze delle stesse;

3. se l'imputato sia attualmente in grado di partecipare coscientemente al processo, specificando, in caso di accertata incapacità, se la stessa debba ritenersi reversibile o irreversibile e in base a quali indicatori clinici;

4. se l'indagato/imputato, in caso di accertato vizio di mente, presenti profili di pericolosità sociale psichiatrica, specificando in caso affermativo in base a quali indicatori clinici e comportamentali ritenga presente e persistente il rischio psicopatologico, e se necessiti di cura a elevata o attenuata intensità terapeutica;

5. in caso di pericolosità sociale psichiatrica indichi inoltre il perito, previo contatto con i servizi sanitari territoriali competenti, eventualmente già a conoscenza dell'imputato per pregressi ricoveri o trattamenti, le modalità di esecuzione del programma terapeutico, impegnandosi a collaborare con i servizi stessi per determinare il miglior trattamento praticabile anche ai fini della possibile individuazione di una struttura residenziale in luogo del ricovero in REMS;

Il perito è autorizzato ad :

1. avvalersi del mezzo proprio per gli spostamenti necessari
2. avvalersi del dr.per la somministrazione di test mentali ritenuti necessari e opportuni;
3. avvalersi del drper (eventuali nomine di collaboratori)
4. avvalersi dell'ausilio del tecnico incaricato dall'U.O. Salute mentale e sanità penitenziaria della Regione Toscana, per gli accertamenti di sua competenza;
5. ad acquisire copia degli atti del procedimento penale;
6. ad acquisire copia della documentazione medica presente presso strutture sanitarie pubbliche o private.

¹Pietro Pellegrini, Giuseppina Paulillo, Lorenzo Pelizza, Clara Pellegrini Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl di Parma; Franco Scarpa Direttore SOC “Riabilitazione pazienti psichiatrici autori di reato” Dipartimento Salute Mentale Ausl Centro Toscana; Massimo

Cozza Direttore Dipartimento Salute Mentale ASL Roma 2; Raffaele Barone DSM Caltagirone-Palagonia.; Giuseppe Imperadore, Luca Castelletti REMS Nogara (VR) Dipartimento di Salute Mentale AULSS 9 Verona

² Nel 2020 rispetto ai circa 700 posti in REMS mentre la quota di pazienti con misure giudiziarie seguiti dai DSM sarebbero circa 10 volte maggiori.

³ I requisiti delle REMS sono disciplinati dal Decreto del Ministero della Salute 1 ottobre 2012

⁴ Nell'allegato A sono riportati lo schema delle competenze e forme di collaborazione CTU/Servizi dei DSM in relazione ai quesiti peritali

⁵ Nell'allegato B viene riportato il quesito deliberato dalla Regione Toscana (DGRT n. 1340/13-12-2018) d'accordo con Tribunale

⁶ Si sottolinea la differenza tra “Misura di sicurezza detentiva” e “Pena detentiva”

⁷ Art. 133 c.p.

“Nell'esercizio del potere discrezionale indicato nell'articolo precedente, il giudice deve tener conto della gravità del reato desunta: 1) dalla natura, dalla specie, dai mezzi, dall'oggetto, dal tempo, dal luogo e da ogni altra modalità dell'azione; 2) dalla gravità del danno o del pericolo cagionato alla persona offesa dal reato; 3) dalla intensità del dolo o dal grado della colpa. Il giudice deve tener conto, altresì, della capacità a delinquere del colpevole desunta: 1) dai motivi a delinquere e dal carattere del reato; 2) dai precedenti penali e giudiziari e, in genere, dalla condotta e dalla vita del reo, antecedenti al reato; 3) dalla condotta contemporanea o susseguente al reato; 4) dalle condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo.”

⁸ Un grado particolarmente intenso di capacità a delinquere è la pericolosità criminale, cioè la notevole probabilità che il soggetto commetterà altri reati. Si riconosce forme diverse di pericolosità criminale (recidiva semplice, aggravata, reiterata) artt. 99 e segg.

⁹ L'abitudine nel delitto è prevista e disciplinata dagli artt. 102 e 103 c.p. che, rispettivamente, disciplinano la abitudine presunta e quella ritenuta dal giudice

¹⁰ La valutazione del rischio di recidiva nei reati viene valutata con strumenti diversi: I generazione Approccio Clinico e non strutturato; II generazione Approccio attuariale e statistico (PCLR, Static 99, LSI-R); III generazione Approccio Professionale Strutturato (HCR 20-V3) ; IV generazione Approccio professionale strutturato di valutazione del rischio (C-VRR). Zara G, Valutare il rischio in ambito criminologico. Procedure e strumenti per l'assessment psicologico

Il Mulino, 2016

¹¹ SOC RiPAR: Struttura Operativa Complessa Riabilitazione Pazienti Psichiatrici Autori di Reato

**AUSL di Parma, Dip. Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche*

Per angusti sentieri

Through narrow paths

Riassunto

Nulla più del viaggio attira e affascina chi è costretto alla immobilità, o ha perduto la via, ma pur ci è concesso percorrere sentieri a noi conosciuti, sebbene angusti. Portiamo con noi un vademecum per annotare sensazioni e pensieri sugli effetti che ha sulle nostre vite l'incombente vento pandemico. Intanto ci induce a stabilire una netta distinzione tra noto e conosciuto. Quindi ci obbliga a superare la solitudine imposta, attraverso una riflessione sulla trasformazione di aporie, difficili da superare, in questioni aperte; cui trovare una soluzione. Infine, dopo una nota sulla giovane generazione e sulla necessità di riforme radicali, possiamo delineare alcune cogenti questioni metafisiche.

Summary

Nothing more than the journey attracts and fascinates those who are forced to immobility, or who have lost their way, but we are allowed to follow known paths, although they are narrow. We bring with us a vademecum to write down feelings and thoughts about the effects that the impending pandemic wind has on our lives. Meanwhile, it leads us to establish a clear distinction between known and known. Then it forces us to overcome the imposed solitude through a reflection about the transformation of aporias, difficult - to overcome - into open issues; which require answers. In the end, after a note on the young generation and the need for radical reforms, we can outline some cogent metaphysical questions.

Incipit

§ Quel modo d'essere arrebbante ed imperioso, condensato da Andrea Zanzotto nella espressione "Io imparo!", ha dominato il mondo negli ultimi decenni ed ha provocato crisi ricorrenti di tipo economico e bellico. Non si era arreso né dopo l'11 settembre 2001 (New York), né dopo la crisi economica mondiale durata un decennio (2008-2018), denominata Grande Recessione. Eppure il suo livello zero (*Ground Zero*) avrebbe dovuto produrre in protagonisti e laudatori una profonda riflessione sui deliri di onnipotenza che hanno infiammato questi anni: non c'è area della terra dove non ci siano resti di guerre prolungate, conflitti razziali e conati terroristici; né pareva esservi argine a presunte rivoluzioni tecnologiche, in cui prevalgono il virtuale, l'effimero e, su tutto, la legge bronzea della accumulazione. Questa, anzi, ha prodotto un paradosso estremo, di marxiana memoria: una percentuale infinitesima della popolazione mondiale possiede la maggioranza assoluta della ricchezza, ma non è in grado di riparare nemmeno parte dei disastri che provoca. Ritorna attuale lo scambio epistolare che avvenne tra A. Einstein e S. Freud negli anni Trenta del secolo scorso, la cui conclusione melanconica stabilì che quando una grande massa di uomini si lascia trascinare dalle alcune pulsioni debordanti, diventa difficile l'intervento di un singolo che le contrasti, per quanto autorevole egli sia.¹

Prima in sordina poi in modo violento, proprio l'ordine mondiale derivatone è stato investito da una pandemia, silenziosa ma letale, che in breve tempo ha messo a nudo un mondo il cui equilibrio si è mostrato pericolosamente inconsistente ed effimero. Un lucido pensiero apocalittico riemerge alla memoria, nella forma poetica espressa dalla

narrazione leopardiana: di tutto questo intraprendere, di quest' immenso affannarsi, *'non rimarrà pur un vestigio; ma un silenzio nudo e una quiete altissima empieranno lo spazio immenso'*.²

La condizione umana, in tempi pandemici, appare più che contraddittoria, perché ciascuno è ancorato ad una realtà ridotta, dove imperano: chiusura (lat. *clausura*), restrizione dei movimenti, convivenze forzate secondo norme minuziose in continua mutazione. Si sta come reclusi che hanno una sola apertura, spesso un pertugio, per scrutare il mondo di fuori. Tuttavia quello che incide profondamente su ogni essere umano in questo *tempo contratto* è l'universo di dolore e di timore, che solo in parte è fuori dalla clausura, negli ospedali e nelle RSA. In realtà dilaga dovunque: fin dentro l'habitat familiare, amicale, comunitario. La distanza dovuta al contagio lo tiene lontano solo in apparenza; in realtà ne acuisce la forza, aumentando il malessere e l'angoscia. Si è scoperto di nuovo che *il dolore in assenza* (di umanità) genera uno stato di impotenza in cui il *non esserci*, il *non sapere*, il *non poter consolare ed essere consolati* rendono straniente l'esistenza stessa. Ci si avvia su terreni sconosciuti, ma si comprende meglio cosa intendesse Salomon Resnik, poco prima di lasciarci (*in presenza*), quando parlava di 'psicosi disseminata' quanto alle conseguenze di calamità e disastri naturali, che fanno pensare ad una natura entrata in guerra col genere umano.³

* *Vi sono delle persone preziose, in ciascun habitat, con le quali percorriamo gli stessi sentieri.*

Vi è B., medico di base che ha contratto il virus nel suo lavoro: ha passato settimane in condizioni critiche, in te-

rapia intensiva e con alternanza di lunghi silenzi e scarsità di informazioni; è stato seguito dai familiari e dai suoi pazienti, infine partecipi ed in grado di comprendere quanto il 'combattimento' sia pesante ed altrettanto necessario il sostegno che si manifesta attorno a chi è colpito.

Vi è poi C., montanaro e guida dei sentieristi che ripristinano le vie abbandonate della montagna vicina, il quale attende da tempo che il suo cuore affaticato venga nuovamente curato. Ha fatto esperienza dell'attesa senza informazioni, delle non risposte, delle dilazioni; ha scoperto però la solidarietà che apre le vie mute di certe istituzioni 'negazioniste'. Può affrontare la prova, adesso. Vi è M., donna che ha fatto l'esperienza della malattia virale ed ora deve fare quella di una terapia invadente. Vi sono anche i molti che semplicemente non vengono curati, per l'emergenza: ci si fa coraggio a vicenda.

Poi vi sono i sani che sanno di esserlo pro tempore, almeno fino all'arrivo del vaccino.

Pesano, d'altro canto, le presenze divenute assenze perturbanti. Tale il destino dei membri della nostra comunità, morti in solitudine in primavera, per i quali nessuna forma sostitutiva di lutto è stata pensata, consentita o ritenuta degna d'essere intrapresa. A colmare questo vuoto è necessario che venga il momento delle testimonianze dei familiari e si esprima finalmente una solidarietà ed una memoria comuni. Quanto ai vivi pesa perfino il pudore reciproco nel chiedere notizie sullo stato di salute, l'uno dell'altro.

Mentre quest'anno orribile avanza, sono state pronunciate parole di giustificazione di fronte all'incuria mostrata dalle Istituzioni regionali, responsabili di una vera e propria strage nelle R.S.A., che si sta ripetendo in questa stagione autunnale. In fondo – dicono costoro – si tratta di persone molto anziane, quindi improduttive. Prova autentica che il mostruoso si nasconde nel quotidiano.

Sono manifestazioni di cinismo ed egotismo che possiamo definire barbariche, essendo l'Italia di fronte al superamento del numero di 50.000 persone defunte; in maggioranza di età avanzata. Non solo da parte di esponenti politici di matrice precisa (in Liguria e in Lombardia), ma anche da espressioni serpeggianti qua e là nel Nord Est. Vengono ritenute 'perdite normali' da un neo-darwinismo che ha radici nel produttivismo a tutti i costi, esaltato nel trentennio appena trascorso. Forse per mimesi nei confronti di capi di nazioni importanti che ne hanno fatto una bandiera. Troppo somigliante a quelle cupe insegne che un secolo fa inneggiavano esplicitamente alla morte come mezzo di selezione delle 'razze' superiori rispetto a quelle inferiori, a cominciare dai tedeschi disabili e ammalati incurabili (Germania 1933, Piano Aktion T4).

Bisogna ammettere che questo cinismo gelido e ragge-

lante come il vento di una glaciazione, riemerge con prepotenza insospettabile ed ha aspetti di disumanità molto vicini a quello che in antico si condensavano nel terrifico (τό δεινόν). Molto familiare invece, appare oggi, dunque più che perturbante.

§ La perdita dei contatti e la lontananza producono oblio per cui ne risentono le relazioni umane a tutti i livelli, in particolare nell'universo giovanile, ma incidono profondamente sulla *capacità di riflettere, meditare, pensare*. Fin dagli inizi delle culture antiche, nel passaggio tra fase sapienziale e sua trasformazione in riflessione filosofica, la questione è stata dibattuta. A proposito Aristotele ribadisce che una elaborazione complessa, come quella necessaria a conoscere la verità, è possibile quando le *curae* della vita si attutiscono. Infatti, quando ci si può esprimere liberi da impedimenti, il discorso vero è tale se si dice secondo una connessione; se poi è possibile dirlo senza connessione allora è puro elenco di parole senza legami sintattici.⁴ In tempi bui è necessario, vitale, che le energie vengano rivolte a creare lo spazio adeguato affinché la *connessione tra le parole* possa imporsi sulla *non connessione*. Si comprende agevolmente come il valore dello *Χρόν* (connessione) non si situi solo sul piano logico e gnoseologico, ma soprattutto sul piano più vasto della esistenza, tenuto conto della illuminazione eraclitiana, secondo cui la connessione nascosta è più forte di quella manifesta.

Nel bel mezzo di questa tempesta, di questa generale catastrofe⁵, è stringente la necessità di percorrere gli stretti e angusti sentieri che sono ancora percorribili, alla fine di incrociare la ricerca di chi mantiene la *φύλα* ovvero la propensione e l'amore per il conoscere, oltre i perturbamenti quotidiani. E' una via lunga e accidentata, dominata da contatti procrastinati, con i silenzi saturi di sofferenza, condivisibile solo da lontano. La si deve percorrere, comunque, se si sceglie di tornare là dove il dialogo è stato sospeso.

Una angustia suppletiva, una scomoda strettoia, è costituita anche dai mutamenti dello scrivere. In tempi turbolenti la scrittura non può che risentire del disordine degli eventi e dei pensieri, del groviglio di sentimenti che la contagiosità del virus produce e soprattutto della indicibilità del dolore; quindi la redazione di un testo compatto (*textus*, tessitura) si rivela presto una impresa ai limiti. Si procederà piuttosto per estratti, per segnali e richiami, per brevi testi racchiusi in aforismi. Ciò equivale a mantenere rigorosamente il senso del limite, allorché la sua abolizione appare essere quotidiana. Ci sorregge una cultura delle *humanae litterae*, che non è nuova nell'affrontare eventi esorbitanti la norma, fin quando si potrà tornare all'esercizio della memoria del presente, all'ascolto delle testimonianze ed al dialogo in presenza.

1. Un vento apocalittico percorre la terra: porta alla luce ciò che era noto, ma non conosciuto⁶

§ Una esperienza viene presentata nella sessione d' ottobre di un Laboratorio, che tiene i collegamenti tra diverse parti d'Italia.⁷ Viene illustrata in videoconferenza da una Associazione di volontariato che agisce nell'area lombarda, in uno degli epicentri della pandemia. La esperienza dei volontari riguarda il caso di un minore, proveniente da un continente extraeuropeo, adottato da una famiglia italiana che poi accoglie anche una bambina. La duplice adozione ha successo ma il minore, giunto alla adolescenza, attraversa una grave crisi, con manifestazioni incontrollate che rendono difficile l'atmosfera sia in famiglia che a scuola. Quanto di più problematico si possa immaginare: si tratta di una fragilità molteplice, da affrontare e curare. Mai attraverso la sedazione di un minore per via chimica, come invece accadrà: senza un progetto che lo riguardi.

Nelle sue peripezie appare come un albero due volte sradicato: viene colpito perché la sua malattia non appare sostenibile né dalla famiglia, né dalla società. Per la seconda volta in una breve esistenza. Viene segregato e contenuto nelle pieghe del sistema sanitario e là abbandonato in una sorta di doppio esilio: è un adolescente ancora minorenne di nuovo senza famiglia, ed è sempre quel bambino che ha lasciato la terra e la sua famiglia originarie. E' un episodio, che precede la pandemia, eppure diventa oggi un *phainomenon* di massa; tuttavia moltissimo dice e manifesta del nostro sistema sanitario e di noi stessi, incappati in qualcosa di inatteso e debordante.

* *Chi ascolta una simile testimonianza ha reazioni di stupore, se non di smarrimento. Questo è un caso che precede l'attuale epidemia globale, ma equivalente quanto ad approssimazione, impreparazione e indifferenza della sanità pubblica a livello regionale.*

Episodi analoghi si potevano reperire in Italia prima della legge di riforma del 1978 (detta legge 'Basaglia') o fra quelli che fanno degli anni Trenta e Quaranta del Novecento un abisso senza eguali. Al punto che si è ritenuto non si ripetessero mai più. Come se l'aver superato ogni limite della malvagità umana, travestita da norma accettata, costituisse una sorta di antidoto per il futuro.

Una riflessione di Hannah Arendt, su alcuni aspetti sconvolgenti che si nascondono nella normale vita di tutti i giorni, ci indica cosa non possa l'ignavia. Uno di questi, inquietante perché nascosto nella routine del lavoro, riguarda l'irruzione del male: coperto dalla apparente banalità delle scelte è in grado di coinvolgere in imprese criminali, come il genocidio degli Ebrei, qualsiasi 'buon' funzionario pubblico. Tedesco o italiano, ungherese, francese. Coniugare la banalità e la malvagità è contraddittorio, ma Lei ne intuisce la pericolosità al tempo del

processo Eichmann, durante il quale la filosofa è presente come giornalista. Così diventa il titolo di un libro, pubblicato con grande eco e notevoli polemiche.⁸

Scolion. Annotazione in due tempi.

* *Quanto al nostro adolescente egli partecipa, senza saperlo, del destino di innumerevoli profughi suoi coetanei che, ai margini dell'Europa, ma ben dentro Italia e Grecia, attendono, segregati in campi spesso fatiscenti, nella speranza di ottenere uno spazio ove ricominciare a vivere. Quanto all'Italia è nella situazione degli attendisti che intanto negano gli spazi, visto che non si è trovato il tempo di abolire delle leggi, la cui matrice è quella delle leggi antiebraiche del 1938.*

Si deve alla fantasia poetica di Dante Alighieri se possiamo qui definire la atmosfera che segna questi (non) luoghi destinati a rivelare la vergogna di un mondo che si definisce 'progredito', distinti da ogni altro tipo di spazio umano abitato. Nella Divina Commedia (Inferno, canto III°, v. 29), per definire che aria si respirasse nello spazio riservato alle anime di coloro che erano stati avversi sia a Dio che ai suoi nemici, il poeta usa questa espressione; "un'aura senza tempo tinta".

* *La ragione della breve digressione ha un senso preciso per chi scrive, in quanto testimone diretto del proprio tempo, durante l'ultima grande guerra, seppur all'inizio del tutto ignaro delle implicazioni. Ciò si deve al suo essere stato, appena nato, un profugo giuliano-dalmata; poi alla sua precoce esperienza del rifiuto della accoglienza, degli insulti gratuiti dei coetanei e dell'insofferenza degli adulti verso l'estraneo. Lo stupore iniziale e le ferite inferte diventano parte integrante della esistenza, fino a quando si comprende che esistono tendenze difficili da scardinare e trasformare, in specie quando si scopre, quasi annichiliti, che i popoli del libro avevano (hanno, avranno) fin dal principio la via tracciata da parole inequivocabili. Nell'Esodo e nel Deuteronomio gli Scribi sacri avvertono che il Signore ha pronunciato parole senza riso né unguento, esortando gli Israeliti ad amare come se stessi gli stranieri che abitano presso di loro. Ne dà anche la ragione: "Anche voi foste stranieri in Egitto (Es. 22,20; Deut. 10, 19)". Dunque non vanno amati gli stranieri che sono lontani, ma proprio quelli che abitano presso di sé. Inequivocabile, definitivo.*

§. Ne derivano interrogativi stringenti sulla natura dei diversi attori che presiedono alla gestione istituzionale della salute. Sia che si attui la decisione di segregare e sedare un giovane minorenne, sia che si costringano gli operatori a lasciar da parte un paziente che ha meno probabilità di sopravvivere rispetto ad altri, finché morte non lo colga.

Qualcuno ha avvertito, compreso, lo status di un adolescente proveniente da un altro continente, nel momento in cui il suo corpo e la sua mente si confrontano intima-

mente con una trasformazione radicale? Hanno valutato il fatto che i bambini adottati portano con sé un vuoto di contatti fisici, affettivi, spirituali? Sentono il bisogno, soprattutto, di ritrovare quel contatto fisico primario che hanno perduto; ma di quella simbiosi col corpo materno, con il gruppo familiare, perfino con il paesaggio perduto, avranno sempre nostalgia. Non è concesso essere distratti o impreparati di fronte a decisioni vitali per chi è loro affidato. Si violano le norme e la stessa ragion d'essere di un sistema di cura poiché la impreparazione, comunque mascherata, impedisce di rispondere alle esigenze di un paziente in modo proporzionato alla gravità delle sue condizioni.

Tutti noi, direttamente o meno, abbiamo toccato con mano e con angoscia che cosa può accadere quando i pazienti sono migliaia. E' poi inevitabile che un simile deficit radicale favorisca scorciatoie, passaggi vietati e, qua e là, aberrazioni inimmaginabili: *senza che ci si possa opporre*. E' quello che si denomina come *conseguenza di uno stato di eccezione*, al quale si può accedere anche per gradi. Una riflessione collettiva è vitale, oltre che urgente, per ripristinare la salute di un popolo da un punto di vista dello 'spirito', nella accezione kierkegaardiana.⁹

Quello che è accaduto nel primo bimestre del 2020, a causa della impreparazione totale rispetto al diffondersi dell'epidemia dovuta al COVID-19, esige una analisi comparata delle decisioni prese. Il Coronavirus precedente a questo (SARS) era comparso in Cina e in Oriente alla fine del 2002, dunque si faccia un confronto tra paesi orientali come Giappone, Corea del Sud, Taiwan, che hanno fatto tesoro di quella esperienza, e quella italiana, dove il problema della salute è gestito in maniera difforme da ogni singola Regione. La risposta è semplice, disarmante: in Italia, ad inizio 2020, non esiste un solo piano antipandemico regionale da mettere in atto. Nemmeno uno, anche se poi alcune di esse si mostreranno più reattive. Questo nonostante che una legge dello Stato, approvata nel 2003, lo prevedesse: vedi il relativo *Piano nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale*. Non era noto, ora è conosciuto, ma per difetto. Dunque due volte inutile.

Superata la prima fase del 2020, con altissimi costi umani, ed iniziata allo stesso modo la seconda, in autunno, c'è solo una via da seguire, breve e inesorabile: impostare una riforma radicale del sistema così come si è deformato in questo ultimo trentennio; segnato da: particolarismo regionale, aziendalismo, gigantismo delle strutture maggiori e scomparsa di quelle di prossimità, spazio al primato del profitto. Per una volta si può apprezzare una antitesi netta: se quanto sopra rappresenta il *negativo*, il suo contrario sarà indubbiamente il *positivo*.

2. Se sia possibile trasformare le aporie in quaestiones disputatae

*La grande aporia, quando si presenti come incubo diffuso, va affrontata individualmente e collettivamente: sia riflettendo 'apud se' (vedi il lessinghiano *selbst denken*), sia parlandone immediatamente 'inter alios'. Aporia (*aporía*, difficoltà di passaggio, privazione, incertezza) è parola che definisce un situazione senza via d'uscita, ma possiamo ricorrere ad un metodo di indagine adeguato, già diffuso nel Medioevo, quando nascono le *Universitates Studiorum*, nel tentativo di condensare insieme saperi sparsi o troppo distanti. Quel metodo suggerisce di contrapporre fin dall'inizio due aspetti antitetici della questione fondamentale che la aporia ha posto. Si sintetizza in una espressione: la *quaestio*, da cui si aprono due vie in antitesi, ma dello stesso peso. *Videtur quod sic, videtur quod non*. E' anche un modo per dare dignità ad aspetti che si negano reciprocamente. Quindi la *disputa*, che svelerà man mano quali siano gli elementi che coprono la verità cui il quesito allude, consentendo il superamento delle difficoltà o che impedivano lo scioglimento dell'enigma.¹⁰ In tempi scuri e chiusi la prima a scomparire è una caratteristica saliente della *verità*: la sua chiarezza, la nitidezza che solitamente ne accompagna l'enunciato, la luce irradiante che emana. Invece qui si fa davvero buio e lo spazio abitato si attraversa a tentoni. Brancolando. Circospetto il piede. L'oscuramento della verità, l'obsolescenza di alcune sue forme note, sono un grave handicap per i singoli e soprattutto per ogni comunità: non avvertire equivale a non conoscere, ad attraversare un impreciso spazio fatto d'assenze, a cominciare dal non esserci/compiutamente/di ciascuno.

Il pericolo è che si eclissi, nel perdurare dell'oscurità, la verità stessa: in quanto il vuoto creato impedisce di vivere e di accedere alle relazioni forti che costituiscono il nocciolo della verità *apud se*. Complici le agenzie della falsificazione che da tempo usano mezzi potenti di comunicazione per abolire ogni differenza tra giusto e ingiusto, tra vero e falso, resi reversibili o cancellabili.

§ Dietro la paura per un contagio letale e senza confini si affaccia una preoccupazione esistenziale, ontologica: se il presente è pieno di pericoli incombenti e non si intravede alcuna via d'uscita, è il futuro ad essere messo in questione ed anche il passato si fa evanescente. La relazione vita-e-morte torna presente in modo netto. Si veda, per contrasto, la reazione di chi ossessivamente si illude e spera che tutto torni come prima. Ma il regredire nega l'esistere. L'esistenza, in sé, esige che ciascuno aneli ad una vita degna d'essere vissuta e il 'prima' vaneggiato è solo ciò che ha prodotto l'attuale vuoto: averne nostalgia equivale a riprodurre una catena di epidemie similari. Non è, forse, la attuale una riedizione di quella del 2003 denominata SARS? Chi ha buona memoria ne ricorda una equivalente, che alcuni di noi hanno contratto durante la vita di collegio, anno 1957. A quella siamo sopravvissuti, non senza aver perso ogni cognizione durante

la malattia, che durò per due settimane, di cui non abbiamo nessun ricordo. Se non quelli posteriori al risveglio.

Si sta in un tempo/spazio immobile, quasi sospesi, immersi in una sorta di indifferenziato in cui primeggiano l'ansia, l'incertezza, la paura: sia del contagio che della fine, anzitempo, della vita propria e di quella della piccola comunità in cui si è venuti al mondo. Si raggiunge un estremo confine, dove il mondeggiare medesimo, con cui si nasce e si cresce, appare vano e sfuggente. Nè vi sono esodi possibili, perché la pandemia non concede isole-rifugio, o torri inattaccabili.

* Eppure percezioni e pensieri si muovono, imperterriti, in questi interni d'una camera oscura, quali sono diventati per alcuni mesi i nostri piccoli spazi casalinghi. Vengono pur impresse e registrate percezioni, oscure e non, sensazioni forti, pensieri improvvisi da fissare nella memoria. Si intravedono messaggi, solo in apparenza disordinati, tuttavia resistenti dentro quell'apparato fotosintetico che è la vita interiore di ciascuno e della collettività. Vanno colti ed impressi come gli elementi di un sogno di cui vi siano ricordi vivi nel risveglio. Forti, ma non ancora coerenti. Vanno traslati nelle pagine di un diario personale, che possa divenire – attraverso il confronto – un archivio collettivo, in modo che nulla di essenziale si perda. Un diario adatto per andare lungo sentieri angusti.

Ne va del presente e del futuro di noi tutti, ed ecco che gli si affianca il valore dell'incontro e del ritorno al dialogo, in comunità, che pur colpite da un contagio di origine e composizione sconosciute si interrogano su come ritornare a vivere una vita libera.

Del resto ciascuno ha visto e subisce la maschera reale della solitudine per costrizione. Infatti di fronte al contagio ed alla clausura diffusa, improvvisamente tutti i componenti fanno i conti con la possibilità della malattia, della morte e della perdita delle relazioni usuali. Con intime e comuni ristrettezze, con devastazioni inedite e dure nel caso che un congiunto, un amico, un membro della piccola comunità propria venga ingoiato dall'apparato sanitario; a volte colpito dalla morte solitaria. Di questa possibilità si era udito qualcosa nei racconti sui lager. Non era, a memoria, mai accaduto, se non in guerra o negli universi concentrazionari che il Novecento ha prodotto con sospetta generosità. Sospetta, perché equivalente nei regimi che li hanno costruiti nei rispettivi paesi. Nemici, ma equivocamente identici.

§ *Il valore dell'incontro si mostra proprio nella chiusura imposta dalle regole. Ristabilire il primato di molteplici forme di incontro, di confronto, permette alla ricerca individuale, o di un piccolo gruppo, di entrare nel fiume della relazione tra mondi non-più-chiusi e quindi stabilire un livello di ricerca più alto e diffuso. Permetterà alle sof-*

ferenze segnate dalla tragedia vissuta, attraverso la prassi dell'ascolto della interpretazione e della riflessione, di tornare ad avere spazio, voce ed eco, pensiero. In questo senso non ci stancheremo di combattere perché tale prassi sia possibile nella scuola in presenza, cui ha diritto la giovane generazione. Solo in spazi accoglienti possono venire allo scoperto, essere accompagnate nel loro prender forma, al fine di costituire una prospettiva antitetica a quella che ci ha condotto in questo gorgo. Tollerare 'il mondo di fuori' non sarà agevole, perché la sofferenza vissuta è stata troppo eccedente e troppo solitaria. Gradatamente emergerà una memoria comune, come in certi gesti collettivi in questi frangenti passati sotto silenzio: basti un cenno alla tragedia di alcune tribù degli Indios del Brasile, che sono fuggite nella foresta per evitare la estinzione totale, dovuta ad un contagio non contenuto. Forse, fuggendo da una società presuntuosa e suicida, sono andati alla ricerca di una buona morte, o piuttosto di una buona vita, più vicina al loro modo d'essere legato alla natura.

* Perché la verità emerga appare necessario dar voce all'indicibile e seguire il principio (di) responsabilità. Poi, viste le condizioni in cui versa l'universo mondo e sulla scia di una espressione del Vangelo di Marco (18, 7), questa sembra una indicazione pertinente: "*Necesse est ut scandala eveniant / E' necessario che gli scandali vengano alla luce*".¹¹ Su di essi solo qualche cenno.

Primamente la abrasione del sacro, in senso laico e religioso: sono stati negati tempo e spazio da dedicare al lenimento del dolore ed alla partecipazione al lutto per le persone defunte. Colpiti singoli, famiglie, comunità.

Secondo scandalo: la suprema indifferenza dei preposti alla gestione della sanità, che, tra estate ed autunno, ha provocato una seconda ondata di contagi ancora in atto. Si sono distinti personaggi pubblici che hanno costruito artificialmente un clima pseudo libertario, con lo scopo esclusivo di sopravvivere.

Terzo scandalo: il rifiuto di risolvere il problema dei trasporti nella scuola e di metter mano al tracciamento del contagio; segni inequivocabili di disprezzo dei bambini e dei giovani, anche della scuola stessa che ha lavorato tutta l'estate per prepararsi alla riapertura. Gli amministratori, che non si assumono le loro responsabilità sul tracciamento per prevenirlo o sui provvedimenti adatti a far riaprire la Scuola e non ne rispondono, vanno messi di fronte al risultato delle loro azioni, dicendo in pubblico la verità che li riguarda.

Se si tace si provoca una grave distorsione nella comunità colpita, perché se la verità può essere occultata impunemente, poi negata o abrasa, si perde ogni orientamento. Non sappiamo che ne sarà del futuro di ciascuno e della comunità medesima. Neppure sapremo che ne sarà della vita individuale familiare comunitaria di

fronte ad una *crisi profonda e insolubile*, che il totalitarismo pandemico accentua e moltiplica: lo mostrano molti episodi in crescita, individuali e di gruppo, che ci richiamano alle manifestazioni di follia disseminata già indicate.¹² Come possono continuare a mentire, ad occultare le loro reponsabilità, alcuni dei minuscoli Rappresentanti delle Regioni o i responsabili di grandi nazioni? Nemmeno di fronte alla morte silenziosa di decine, centinaia di migliaia di persone costoro sono in grado di attenersi al principio (di) responsabilità. Neppure uno si è dimesso, né ha avuto parole di condivisione del dolore per le perdite subite dalle proprie popolazioni, ma si illudono, perché nessuno può pensare di uscire integro da un simile nodo scorsoio, se si insiste su questa via.

La aporia si supera a condizione che se ne parli *sia in pubblico, sia in incontri deputati*. In fondo seguire la vocazione del *parresiastes* (colui che dice la verità in pubblico) è l'unica possibilità affinché si possa scegliere la strada giusta, che sta solo su uno dei corni del dilemma. Quanto alla scelta, è nelle mani di noi tutti. Nel Medioevo lo si faceva persino con la *ballottazione*, col voto nell'urna, in specie nei comuni e nelle università.

Negli incontri si porteranno i messaggi sorti dalla esperienza sul campo. Sono ancora allo stato nascente, ma in attesa che la esperienza vissuta, elaborata e trasportata nella scrittura o attraverso la oralità, venga in chiaro, alla luce e si definisca. Quando infine potrà riprendere forma un patrimonio comune, come è già accaduto una volta nel passaggio dalla Resistenza alla Repubblica ed alla Costituzione, la sua costruzione si farà con l'intervento di tutti i soggetti interessati, ma si sintetizzerà con strumenti indispensabili, quali: lo studio e il confronto, la ricerca e il dialogo in forma convenuta.¹³

3. Questioni metafisiche

§ Nell'andare per angusti sentieri, ché la via maestra pare smarrita, emergono questioni metafisiche che possono guidare i passi dei viandanti e perfino diradarne le angosce. Anche se, come vedremo, esse non rappresentano che un modo per avvicinarsi alla essenza di ciò che ci meraviglia o perturba. L'inizio del filosofare sta nel meravigliarsi.

Uno spazio, in cui riflettere assieme, va riservato alla distinzione tra tempo calcolabile e tempo vissuto, perché, quando la catastrofe è in atto, impone interventi rapidi. Se non ci sono strumenti per eseguirli arriverà al suo epilogo. E' angosciante dirlo, ma nessuno sa quante persone potevano essere salvate e invece sono morte. In qualche corridoio solitario. E non ci sono parole bastanti per una conclusione, così tragica nel suo abbandono, della vita di una persona avente una storia, degli affetti, una prospettiva.

Anche se si restringe il campo all'Europa, di cui facciamo

parte, due esigenze radicali e complementari emergono: da un lato intraprendere riforme profonde che siano opposte a quanto (non) fatto nel recente passato, mentre ne paghiamo il prezzo per intero; dall'altro la riconquista della chiarezza sui principi primi le cui implicazioni riguardano la totalità delle persone della nostra comunità nazionale ed europea. Essenzialmente quelli riguardanti il nostro modo d'esser al mondo (*per servir virtute e conoscenza*) più che le convenienze particolari, tipiche degli interessi più bassi (*fatti non foste a viver come bruti*).¹⁴

Alcuni di questi principi, che sembrano esser opachi o inabissati, incidono sulla prassi perché presiedono a riforme radicali inerenti alla *salute pubblica*, ed anche al futuro della specie umana.¹⁵

Indicativamente: la sanità pubblica, sottratta ai particolarismi regionali e prossima ai cittadini tutti; il rapporto sotto/sopra con la natura; la questione della giustizia sociale in tempi di regressione acuta; la scuola come luogo educativo delle generazioni che si succedono, assicurando così continuità culturale alla specie umana e un ruolo dinamico nel mondo.

* *La nuova generazione fa il suo ingresso e si misura in questo momento, cruciale per tutte le generazioni, in cui è essenziale dar forma allo spirito tragico della vita, di cui parla M. de Unamuno, in grado di contenere una visione del mondo e della vita medesima.*¹⁶ *Eppure viene trattata, soprattutto in Italia, come elemento secondario di cui disporre a piacimento, come strumento da usare per altri fini. Lo abbiamo vissuto con i nostri figli e i nostri giovani nella primavera scorsa, ma poi lo abbiamo subito, in totale disaccordo, quando alla fine di settembre l'inizio dell'anno scolastico ha coinciso con gli effetti del lassismo estivo e pre elettorale. In quel preciso momento il contagio si era già diffuso, questa volta in tutto il paese. Il 'cominciamento' atteso da milioni di allieve e allievi era stato lungamente preparato dall'interno della scuola, ma non dalle ventuno Regioni rispetto a trasporti e tracciamento. Diventerà un habitat dimezzato, in particolare per gli adolescenti.*

*Proprio questa generazione, messa alla prova da ogni parte, ha fatto una esperienza forte, che non appartiene puramente alla prassi o alle capacità organizzative, bensì attiene al modus essendi di ciascuno, al modo d'essere-al-mondo a un livello molto più alto profondo coinvolgente.*¹⁷ *Nella prima fase ha vissuto la costruzione in un habitat chiuso e non sempre tollerante, la mancanza dei contatti e degli scambi diretti con i propri coetanei, la impossibilità di sperimentare la utilità dell'imparare assieme, dello stare assieme, soprattutto con chi si sceglie come interlocutore.*

Nella seconda, a settembre: la riconquista di uno spazio 'per sé' (sperimentazione della libertà e della autonomia crescenti); la bellezza e la felicità dello stare assieme alle

amiche e agli amici prescelti (una cum); l'incontro con quella parte del mondo adulto che, emozionata, risultava essere là 'solo per loro'.

La nostra inchiesta, compiuta sul campo, ci suggerisce una ipotesi. Inaspettatamente nella nuova generazione sta avvenendo un vero e proprio mutamento antropologico, molto diverso rispetto a quello temuto a suo tempo da Pier Paolo Pasolini. Non riguarda tanto il rapporto tra salute e malattia o quello usuale con la scuola o l'uso delle tecnologie, ma la riconquista di uno spazio vitale, 'per sé e per il proprio futuro'. L'attesa era alta ed è possibile che tenga ferme le 'scoperte' fatte ed infine ne elabori anche una propria visione.

Molto dipenderà dalla solidarietà delle altre generazioni, a patto che mantengano come riferimento un principio inerente alla 'ragione pratica', ovvero alla sfera delle azioni, in cui la distinzione tra il bene ed il male, tra giusto ed ingiusto appartiene alle questioni ultime, dunque di rango metafisico. E' incardinata nella Costituzione repubblicana, con l'articolo 2. Le madri e i padri odierni ricorderanno che proprio una frattura col mondo nascente, caotico ma ardente, dei figli, finì per provocare un disorientamento generale, dalla fine degli anni Sessanta del secolo scorso in poi. Il risultato fu il congelamento di una parte cospicua di quella generazione spregiativamente definita 'sessantottina'.¹⁸

§ Quanto alla salute abbandoniamo per un momento le *curae* quotidiane per segnalare delle relazioni che sfuggono al nostro tempo sospeso, ma determinano un futuro in negativo, se tralasciate. Si rifletta intensamente, anche per un solo momento, su una frattura profonda in atto: da una parte calamità naturali, comprese torsioni climatiche mai conosciute; dall'altra la pochezza dei provvedimenti presi per farvi fronte da parte dei cosiddetti 'potenti' in consessi di livello mondiale. Nella realtà accade che catastrofi fuori norma siano in corso da tempo, moltissime provocate dalla bulimia umana, mentre le decisioni dei responsabili politici hanno scansioni temporali proiettate in avanti. Si parla di limiti da abbassare entro il 2030, 2050, 2070, quando gran parte delle generazioni che hanno partecipato alla sovversione dell'ordine naturale non saranno più in vita. Oltre a un esempio di codardia e irresponsabilità, è una violazione patente del principio (di) responsabilità ed il segno di una cecità crescente. Forse si sono dimenticati che punire le prossime generazioni, in parte ancora non nate, è un segno di malvagità duplice: si colpisce a distanza e non si risponderà delle proprie azioni. O forse si tratta di una forma di follia sparpagliata qua e là, per cui la *propria porzione di tempo* viene percepita come il *tempo tout court*. Accade di solito ai *novi homines*, che delirando, si industriano ad abolire il passato e poi pretendono di confiscare il futuro.

Che fare? E' il momento di privilegiare una riflessione

iniziando dal principio, dalle nozioni elementari che ineriscono alla salute nei suoi molteplici significati. Iniziamo dal *corpo*: non è solo segno e tomba (σῆμα, in Platone), oppure un insieme di insiemi (σύνολον in Aristotele). E' molto di più, come avverte uno scrittore italiano, il quale si chiede quanta pazienza ci sia voluta alla natura per costruire proprio *quel* corpo: milioni e milioni di anni di preparazione, di aggiustamenti, di combinazioni, di vicissitudini ne fanno un unicum di grande complessità, più ampia del tempo della vita concessa ad ogni singolo corpo. Esserne responsabili è coerente con la raffinatezza di quell'organismo ed anche della sua diversa consistenza, perché le variazioni che acquisirà verranno comunque conservate dalla natura e consegnate ad altri.¹⁹

Il corpo vivente è poi abitato dalle sensazioni e da livelli sempre più complessi che vanno dalla conoscenza sensibile, a quella prodotta dalla fantasia, dell'intelletto e della ragione. Qui la nozione di salute si amplia e si complica perché l'insieme viene definito *anima* o *spirito*, cui si aggiunge il dilemma, presente in tutte le culture, se l'anima sia mortale o immortale, quindi se vi sia un'altra vita oltre la morte. Questi interrogativi, a seconda degli esiti della ricerca, cambiano la visione del mondo ed anche i comportamenti, come dimostrano le riflessioni a livello filosofico e teologico.

Qui si intende richiamare un effetto inatteso della epidemia multiforme che ha colpito il genere umano: temi che parevano offuscati dal secolarismo riemergono e ripropongono quesiti che vanno oltre la banalità quotidiana, soprattutto quelli della morte e della possibilità di una vita 'altra' post mortem. Prova che nessuna ideologia o tendenza può espungere o cancellare l'inevitabile propensione ad interrogarsi sul significato della esistenza, propria e della comunità cui si appartiene, in cui coabitano la proiezione oltre il limite e la inesorabilità del limite medesimo.

Inevitabili alcune implicazioni: con la salute del gruppo, oltre che dell'individuo; con la famiglia, la comunità ristretta, con il popolo; quindi con la natura, poiché corpo e natura sono un tutt'uno, come cantano poeticamente e in modo diverso sia Lucrezio che Francesco d'Assisi.²⁰

In conclusione se la salute è il frutto di armonia in ogni livello di realtà, non si deve separare ciò che è unito. Se accade, sia in ogni gradino che nell'insieme, si apre la strada ad ogni tipo di malattia. Ne consegue che la irruzione di un *morbo universale* ha origini anche umane, troppo umane. Le malattie virali hanno una aggravante: possono colpire *indifferentemente* tutti, come la presente, senza scampo. Ovvero *ingiustamente*, poiché a livello di singola persona non è visibile una responsabilità precisa.

L'ingiustizia subita assieme alla percezione acuta della limitatezza della vita umana è una delle cause della *angoscia esistenziale* che attraversa questo nostro tempo, come hanno riconosciuto implicitamente alcuni esponenti delle religioni monoteiste, dando voce alla riflessione di

molti credenti circa la possibilità che vi sia una sorta di *abbandono di Dio* rispetto al destino della umanità, alla quale nasconde il Suo Volto. Questione disputata non nuova, poiché un *male radicale* interroga ciascuno sia sulla dimensione etica della propria vita, che sui destini ultimi del mondo che abitiamo, attraversato da tentazioni di onnipotenza e da pulsioni distruttive. Una per tutte: la potenza delle armi nucleari, in grado di distruggere la vita degli organismi viventi sulla terra. Una forma di male radicale 'dorme' dentro quegli arsenali, mentre si sopravvive *come se* questa concreta possibilità non esistesse.

Tuttavia è possibile inscrivere nelle questioni metafisiche, inerenti ai fondamenti, la sintesi di questo excursus. Ovvero possiamo far derivare dalla espressione 'la scoperta della inesorabile esistenza del limite', un suo corollario: 'la scoperta del valore del limite'.²¹

E' il poeta e scrittore F. Cheng a fornire una traccia ulteriore: "Scopriamo dunque con turbamento che la morte corporale, causa della nostra angoscia, del nostro sgo-mento e, nelle mani di criminali strumento supremo del Male, è necessaria alla vita. Lo scopriamo con turba-mento, o con raccoglimento, a seconda del nostro punto di vista, perché la morte può rivelarsi anche la dimen-sione più intima, più segreta, più personale della nostra esistenza. Può essere quel nodo di necessità attorno al quale si articola la vita. In questo senso rivoluzionario è il Cantico delle creature di Francesco d'Assisi, che chiama la morte corporale 'nostra sorella'.

Ci viene dunque offerto un mutamento di prospettiva: in-vece di limitarci a fissare la morte come spauracchio, a partire da questo lato della vita, potremmo guardare la vita, a partire dall'altro lato, che è la morte. In questa po-sizione, mentre siamo in vita, il nostro orientamento e i nostri atti sarebbero sempre verso la vita."²² Coerente-mente lo scrittore e filosofo di origine cinese pone come sottotitolo del suo testo, in cui medita sulla morte assieme ad un gruppo di amici, la frase 'ovvero sulla vita'. E' un modo poetico di introdurre un altro principio, il princi-pio speranza indagato da E. Bloch, che va coniugato col principio (di) responsabilità (H. Jonas).

* Su alcuni aspetti della vita, che viene devastata dai som-movimenti derivati dal presente flagello, si veda la rela-zione tra violenza dell'impatto del virus sulle persone e la capacità ridotta di esse di continuare ad avere come prin-cipi guida quelle primalità dell'essere, di cui abbiamo par-lato in un precedente contributo per questa rivista.²³ Quando *ne va della integrità dell'ente-uomo* ne va del di-spiegarsi della conoscenza, della capacità di amare, della percezione del bello, della capacità di distinguere ciò che è giusto da ciò che è ingiusto, di ciò che è bene da ciò che è male. La si vive anche come una *contrazione dell'es-sere*.

Però, oltre a coloro con cui vogliamo e dobbiamo corri-

spondere e dialogare, abbiamo a disposizione, i *grandi anticipatori*, ovvero scrittori filosofi artisti che hanno pre-corso con le loro intuizioni il tempo e le modalità della tempesta in arrivo; in secondo luogo abbiamo coloro che in diversi campi hanno meditato a posteriori sulle vicissi-tudini pregresse della umanità, Si vedano, tra gli altri, i capitoli sulla peste di Alessandro Manzoni ne *I Promessi Sposi*, ed ancor prima la introduzione di Giovanni Boc-caccio a *Il Decamerone*. Sarà anche significativo ritro-vare, tra le grandi epopee, l'incipit de l'Iliade, che con il primo verso sintetizza causa e conseguenze della peste esplosa nel campo acheo. L'*ira* di Achille è la prima pa-rola del verso, *distruttrice* è l'ultima. L'intera narrazione è frutto del lavoro prezioso di rievocazione e di ricostru-zione del poeta Omero, ma queste per noi, prigionieri in un vortice, verranno più in là nel tempo.

Poiché siamo solo nel mezzo della pandemia, forse sono di maggiore interesse i grandi anticipatori, che hanno sa-puto intravedere le apocalissi a venire ed hanno avuto il coraggio di meditare su alcune tragiche costanti dell'es-sere umano, riuscendo a temperare l'incidenza del dolore con gli aspetti più felici della esistenza. Di costoro dà conto un testo già pubblicato nel 1967, ad opera di G. Steiner, con il titolo di *Linguaggio e silenzio*. Sottotitolo: *Saggi sul linguaggio, la letteratura e l'inumano*. Ora, poiché l'inumano nel recente passato è stato fin troppo presente, in quanto distruttore della capacità di pensare e di vivere, mentre invece il *silenzio è il luogo in cui nasce il pensiero*, possiamo scegliere questo testo (o altri) come meditazione sulla condizione umana nel presente, in at-tesa di usare parole significanti per intessere confronti e dialoghi tra chi ha la medesima disposizione d'animo.

§ Scolion: annotazione finale.

E' nel tempo della sofferenza e delle angustie che la na-tura umana può esprimere la vicinanza a chi è in lutto, o colpito dalla malattia. E' tuttavia indispensabile trovare il modo adeguato dell'esser vicini, in forme proporzionate alla condizione della persona ferita, traumatizzata. E' ne-cessario, in breve, coniugare sensibilità e misura. Sofocle segnala, nell'Edipo a Colono, che l'eccesso provoca ulte-riori traumi e può essere perfino dissacrante.

Il vecchio re di Tebe giunge ad Atene e sa che sta per mo-rire, così finalmente giungerà alla fine delle sue terribili vicende. A chi insiste con lui per saperne di più, risponde: perché vuoi conoscere il mio dolore? Scomparirà tra tuoni e prodigi, ma la sua tomba non si troverà. Il segreto lo conosce l'eroe Teseo, che non lo rivelerà, per salvare la sua città. Così stabilirono Edipo ed il Dio che presie-deva al passaggio nell'Ade.

Esiste un limite, anch'esso sacro, nei confronti dell'uso della parola. Esserci, comunque, è già il linguaggio della solidarietà.

* Renzo Mulato, filosofo

BIBLIOGRAFIA

- ARENDT H., *“La banalità del male. Eichmann a Gerusalemme”*, 1963
- ARENDT H., *Le origini del totalitarismo*, 1948, Edizioni di Comunità, Roma/Ivrea 1967
- BLOCH E., *Il principio speranza (1953-59)*
- CHENG F., *Cinque meditazioni sulla bellezza*, Bollati Boringhieri, Torino 2007
- CHENG F., *Cinque meditazioni sulla morte. Ovvero sulla vita*, Bollati Boringhieri, Torino 2014
- DE UNAMUNO M., *Del sentimento tragico della vita*, 1913
- FRANCESCO D’ASSISI, *Cantico delle creature*, 1224
- FREUD S., *Caducità*, in *Opere*, a cura di C. L. Musatti, Boringhieri, Torino 1982, vol. VIII, p. 174.
- FREUD S., *Il perturbante* in ‘Saggi sull’arte, la letteratura e il linguaggio’, Bollati Boringhieri, Torino 1991
- FREUD S.- EINSTEIN A., *Perché la guerra?*, Bollati Boringhieri, Torino 1997
- DE MARTINO E., *La fine del mondo. Contributo alla analisi delle apocalissi culturali*, Einaudi, Torino 1977
- GOZZETTI G., *La tristezza vitale. Psicopatologia e fenomenologia della melanconia*, Marsilio Editori, Venezia 1996
- HEGEL G. W. F., *Fenomenologia dello spirito* (1807)
- JERVIS G., *Manuale critico di psichiatria*, Feltrinelli, Milano 1975
- JONAS H., *Il principio responsabilità. Un’etica per la civiltà tecnologica*, Einaudi, Torino 2002
- KAFKA F., *La metamorfosi* (1915)
- KANT I., *Critica della ragione pratica* (1788)
- KIERKEGAARD S., *Il concetto dell’angoscia. La malattia mortale*, trad. it. C. Fabro, Sansoni editore, Firenze 1965
- LEOPARDI G., *Operette Morali* 1824
- LUCREZIO T. C., *De Rerum Natura* (I sec. a. C.)
- MULATO R., *Il principio (di) responsabilità e le nuove generazioni. Ed. ‘Rivoluzioni molecolari’ Anno III*, Brescia 2019
- LEVI P., *Se questo è un uomo*, Einaudi, Torino 1958
- LEVI P., *I sommersi e i salvati*, Einaudi, Torino 1986
- PASOLINI P. P., *Scritti corsari*, 1975
- PLATONE, *Il Sofista*
- RESNIK S., *Persona e psicosi. Il linguaggio del corpo*, trad. it. Einaudi, Torino 2001
- RESNIK S., *Glaciazioni. Viaggio nel mondo della follia*, Bollati Boringhieri, Torino 2001
- RESNIK S., *Aperture*, Venezia 2019
- SCHOPENHAUER A., *Il mondo come volontà e rappresentazione* (1818-19)
- TABUCCHI A., *Che ore sono da voi?*, 2020
- THOMAS AQUINAS, *Quaestiones Disputatae (De Veritate, De Potentia, De Anima)*

NOTE

- ¹Nell’ambito del Convegno su ‘Fenomenologia ed archeologia della aggressività’, organizzato in Roma dalla Associazione Dialogos con la collaborazione di Metamorphosis, venne data lettura dell’epistolario tra A. Einstein e S. Freud, testi letti dagli attori Omero Antonutti e Andrea Giordana
- ²G. Leopardi, *Operette Morali* 1824, conclusione del *Cantico del gallo silvestre*
- ³ S. Resnik, *Aperture*, Venezia 2019
- ⁴Aristotele, *Categorie*, 2, 1a 16 e ss.
- ⁵In questo contesto le parole vengono usate seguendo l’etimologia: *catastrofe*: rivolgimento; *apocalisse*: rivelazione
- ⁶Per la distinzione tra *bekannt* (noto) ed *erkannt* (conosciuto) si veda G. W. F. Hegel, *Fenomenologia dello Spirito*, Prefazione
- ⁷Il Laboratorio (‘Albatros’) è coordinato dal dott. A. De Luca; vi partecipano Associazioni del volontariato del Nord e del Sud, psicologi psichiatri e psicoanalisti, filosofi. Vi si tengono video incontri con cadenza mensile e sono in progetto convegni e studi su diversi temi inerenti a questa crisi molteplice

- ⁸H. Arendt, *“La banalità del male. Eichmann a Gerusalemme”*, 1963
- ⁹S. Kierkegaard ritiene che vi sia una sintesi tra corpo ed anima, che egli individua come lo spirito. Cfr. dell’Autore *Il concetto dell’angoscia* 1844, *La Malattia mortale* 1849
- ¹⁰Platone, *Il sofista*; Thomas Aquinas, *Quaestiones Disputatae*
- ¹¹Per lungo tempo ha prevalso una traduzione aberrante: “E’ necessaria che gli scandali avvengano”, il senso contrasta del tutto con il testo originario
- ¹²Tra i tipi di follia disseminata si segnala il negazionismo, fenomeno complesso che va dalla negazione aperta della realtà che si ha davanti, al rifiuto integrale di realtà sentite come minacciose, come accade in talune malattie della psiche
- ¹³Nel *Simposio* di Platone la prima azione compiuta è stabilire la regola che guiderà il confronto: quale sarà l’oggetto (*Eros*), quale l’ordine di intervento, se ci debba essere un limite alle libagioni
- ¹⁴Dal discorso di Ulisse ai compagni di ventura (*Inferno*, C. XXVI°, vv. 92-93)
- ¹⁵*Salus* era una dea latina che veniva interpellata affinché proteggesse la continuità e la prosperità della comunità intera
- ¹⁶Miguel De Unamuno, filosofo poeta e scrittore spagnolo (1864-1936), *Del sentimento tragico della vita*, 1913
- ¹⁷E. De Martino, *La fine del mondo. Contributo alla analisi delle apocalissi culturali*, Torino 1977
- ¹⁸Nel 1955 Piero Calamandrei, in un discorso agli studenti di Milano, coglie e presenta loro i principi ispiratori che hanno dato luogo alla Costituzione. Alcuni risalgono ad I. Kant ed alla sua *Critica della Ragione pratica* (1788), mentre un’etica opaca si diffonde negli anni Sessanta, in cui si è rischiato uno scontro frontale fra fazioni e fra generazioni
- ¹⁹A. Tabucchi, *Che ore sono da voi?*, 2020
- ²⁰Tito Lucrezio Caro, *De rerum natura* (I sec. a. C.); Francesco d’Assisi, *Cantico delle creature* (1224)
- ²¹Il Convegno sul tema, “*Del limite e del sacro*”, organizzato in Roma dalla Associazione Dialogos con la collaborazione di Metamorphosis nel 2006, affronta la questione della positività del concetto di limite e del suo legame con il sacro. Testo di riferimento: *Dialoghi Ippocratici. Del riso e della follia*
- ²²François Cheng, *Cinque meditazioni sulla bellezza*, Torino 2007; *Cinque meditazioni sulla morte. Ovvero sulla vita*, Torino 2014
- ²³Si veda il lavoro dello scrivente già pubblicato nel primo numero del 2019, ne ‘l’Altro’ con il titolo ‘*Se questo è un uomo*’

La Malattia e l'Epidemia globale

The disease and the global epidemic

RIASSUNTO

Il presente contributo alla conoscenza della Sars-Covid 19 vuole indirizzare il lettore a prendere atto che questa Malattia molto complessa sul piano clinico e pandemico ha sbaragliato gli Scienziati che se ne sono occupati perché all'inizio la paura del contagio non ha permesso lo studio dell'Anatomia Patologica, che come dice Foucault nella *Nascita della Clinica*, che ad inizio '700, ha permesso la classificazione dei generi e delle lesioni, non potendoci occupare del cadavere agli esordi. Tutto ciò a discapito sia della Scienza e sia di quel sentimento di Umanità che diventa compassione per la Morte di tante persone che non sono state assistite nella cerimonia del lutto. Ci si chiede se si fosse potuto fare diversamente, se solo non ci fossimo impantanati nell'emergenza sanitaria e della security senza tener conto come dice Baricco che si è trattato anche di una Pandemia mitica e digitale e per questo molto più complessa.

PAROLE CHIAVE: emergenza sanitaria, contagio, lutto, pandemia mitica, speranza.

SUMMARY

This short manuscript about Sars-Covid 19 knowledge, want to bring the reader to reflect on how this complex pandemic and clinical condition - in its high complexity from a clinical viewpoint - has challenged the Scientists. This happened because at the beginning of the pandemic, the fear of contagion did not allow to study cadavers, and this study, as Foucault writes in the *"Nascita della Clinica"* of pathological anatomy, in the beginning of 7th century allowed to classify lesions. This against both scientific knowledge and the feeling of humanity, which become compassion for the dead of thousands of people which have not been assisted in the moment of sorrow.

We are wondering if this could have been managed in a different way, if only we didn't get stuck in the emergency and the security. Further, as Baricco says, things have been even more complicated by the fact that this is a mythic and digital pandemic, making it for these reasons even more complex.

KEYWORDS: sanitary emergency, contagion, sorrow, mythic pandemic, hope

Quando ho deciso, dopo alcune settimane, visto che il Sars-Covid 19 pare inarrestabile e in un flusso continuo di sciagure, di scrivere queste considerazioni "cliniche", intese come ed anche in rapporto alle idee di M. Foucault della *Nascita della Clinica* (1963) (1), più oltre rimediate, non pensavo che le parole di Virginia Woolf: *Sulla malattia* (1926) (2), potessero essere di introduzione. Esse così suonano: "Considerato quanto sia comune la malattia, di quali proporzioni il mutamento spirituale che essa produce, quanto stupefacenti, allorché le luci della salute si spengono, i territori vergini che allora si dischiudono, quali lande deserte dell'anima esponga un piccolo attacco di influenza, quali precipizi e prati, sparsi di vividi fiori, riveli un minimo aumento della temperatura, quali antiche e resistenti querce siano sradicate in noi dall'atto della nausea, come precipitiamo nel pozzo della morte e sentiamo le acque della dissoluzione chiudersi sopra le nostre teste ... quando pensiamo a tutto questo, come spesso siamo costretti a fare, appare davvero strano che la malattia non figuri insieme all'amore, alle battaglie e alla gelosia tra i temi principali della Letteratura". Ma spesso è la Malattia della Mente che riempie pagine e pagine di libri e non il Corpo, considerato più perituro: ma non è sempre così. Per esempio in Camus si legge, nel *Sisifo*: "nell'attaccamento dell'uomo alla vita, vi è qualcosa di più forte di tutte le miserie del mondo. Il giudizio del corpo vale quanto quello dello spirito ed il corpo indie-

treggia davanti all'annientamento. Noi prendiamo l'abitudine di vivere prima di acquistare, quella di pensare". Ma questa ri-appropriazione della malattia del Corpo, in Letteratura, si attaglia a questa grave sindrome respiratoria che ci lascia senza forze e senza respiro, quel respiro che diventa affanno, fame d'aria che ci impedisce di "respirare l'aria dei miei scritti che è un'aria delle cime, un'aria forte. Bisogna essere nati per respirare quell'aria, altrimenti si corre il rischio, non piccolo, di raffreddarsi, lassù. Il ghiaccio è vicino, la solitudine immensa-ma che pace illumina le cose! come si respira liberamente, quanta parte di mondo, sentiamo sotto di noi" (F. Nietzsche, *Ecce Homo*, 1888) (3). E questa immagine come non ci evoca il sublime e l'angoscia del quadro di C. D. Friedrich e le vette metaforiche della Montagna incantata di Mann? (1924) (4).

Allora? Allora avrei preferito un percorso che si snodasse lungo un sentiero di montagna anche a pochi metri di altitudine, ma in piena libertà, piuttosto che navigare tra i marosi di grandi letterati dediti al "vizio assurdo" di scrivere delle Storie di se stessi-perché è poi questo lo scrivere, occuparsi di se stessi - prendersi cura, sotto falsi nomi o che tu ti chiami Hans Castorp piuttosto che Milly di Henry James, o Renzo e Lucia etc., personaggi che hanno interpretato i vissuti della Malattia e della Morte. Dei suoi significati e degli aspetti storici, realistici, e mediatici, mediatici ..., perché se si vuol parlare di Covid 19

non si può fare a meno di menzionare come i Media ne abbiano tanto diffuso l'informazione da alterarne la peculiarità del messaggio, che durante una Pandemia dovrebbe essere di Speranza in una estinzione della stessa o quanto meno di una mitigazione/convivenza con essa. La Scrittura di questi tempi di lockdown aiuta a investire le proprie risorse culturali e così facendo essere catartica per il flusso di pensiero che si libera da alcune parti del proprio Sé per defluire attraverso il braccio nella mano prima che essa si blocchi in posizione crampiforme. Ma esiste il crampo dello scrittore? anzi se questo fosse stato appannaggio di molti giornalisti non avremmo questa "infodemia", questo caos di notizie spesso in contraddizione non verificate dagli organi scientifici competenti. Contraddizioni di senso, ma ci domandiamo, che non siano poi legate ad un virus respiratorio nuovo, che sul piano clinico si manifesta con una varietà di sintomi generali e non specifici del polmonare, se non nelle fasi più complicate e perniciose dello stesso, spesso con esiti mortali? Certo è che la Paura ci fa zizzagare tra incerti confini, oltre quelli del Corpo e della Mente, che ci fa deragliare, in un'emozione che attiene alla fuga delle parole che alla lontana assomiglia ad una fuga delirante delle idee.

Malattia sistemica che coinvolge più apparati, virus che colpisce l'endotelio di organi come polmone, cuore, intestino, cervello e così sparglia le carte che volevano che il danno avesse come organo finale il polmone interstiziale? Ma come si configura essenzialmente questa malattia contagiosa, che diventa pandemia nel giro di pochi mesi e che è espressione di "disordine sociale" in virtù di una promiscuità antecedente al morbo che assume risvolti punitivi e che assomiglia nel complesso degli apparati coinvolti all'AIDS (dove anche lì chi è infetto è perciò stesso malato)? Configurazione significa accertarsi della specie di malattia, darle un ordine tassonomico, botanico, che la collochi in uno spazio teorico e pratico che è il corpo nella sua temporalità (i cicli)e spazialità. "l'orizzontalità" (clinos) del malato. Questa è la Malattia del Naturalismo in opposizione a quella della storia. Dice Foucault: "L'ordine della malattia non è d'altra parte che un calco del mondo della vita; qui e là regnano le stesse strutture, le stesse forme di ripartizione, lo stesso ordinamento. La razionalità della vita è identica alla razionalità di ciò che la minaccia. Il loro rapporto reciproco non è da natura a contro-natura; piuttosto, in un ordine naturale che è loro proprio, si inseriscono l'una nell'altra e si sovrappongono. Nella malattia si *ricosce* la vita poiché è la legge della vita che fonda, in sovrappiù, la *conoscenza* della malattia".

Il discorso che Foucault vuole evidenziare parte dal presupposto che quando il Corpo malato diventa oggetto della Medicina, agli inizi del '700, tramite l'esame anatomopatologico siamo già sul versante di un corpo prossimo alla morte, il cadavere che è corpo-cosa (Körper)

della Psicopatologia fenomenologica tedesca, il corpo che è reificato, che non può più avere un nome perché ad esso non si può rispondere né risponderne: non si può nominare; se è accaduto ciò ai tempi del Covid lombardo e veneto, allora c'è stato un'anomia pornografica del corpo, senza neppure un esame autoptico che ne accertasse le cause. Questa pornografia, questa visione mancata della cosa-corpo, il corpo osceno, perché fuori dalla scena, sia fenomenologica che biologica, ha svalorizzato non solo il morto parentale, il morto, il figlio, che Priamo vuol piangere sotto le mura di Troia, ma anche il morto collettivo perché è mancato il rituale del seppellimento e della preghiera in nome di un contagio di cui non si conosceva il nome; e così l'ignoto del virus-il non sapere cos'è come è proprio della Morte- è diventato una semplice etichetta che ne permettesse a stento l'identificazione sulla bara. Ma non c'era un pudore che andava salvato, che fosse salvifico nella cerimonia della morte? Quel pudore che sarebbe dovuto diventare compassione come nella leggenda del Parsifal e del Re Pescatore (Santo Graal), pudore che avrebbe messo da parte i limiti dell'individuale per defluire nel Kairos cristiano come tempo religioso delle mestizie condivise (a).

E così il morto è diventato " pornos " in mancanza di quel valore originario come lo definisce Straus che è ancora il pudore in accordo con Scheler e sembra che in quelle morti "affrettate" fosse mancato il momento collettivo della vestizione, dell'abito della festa, del pianto rituale (De Martino) (5). E ancora come dice Borgna (6) "il pudore autentico in senso scheleriano e strausiano non è, insomma, se non la struttura portante della storia interiore del singolo: di ogni singola persona colta e vissuta nella sua insondabilità e nella sua irripetibilità" Si sarebbe potuto fare diversamente in quel fatale (in senso greco del termine) marzo del 2020 a proposito di tutte quelle persone decedute? Non sappiamo rispondere come semplici cittadini, forse la Magistratura potrebbe emettere una sentenza che in parte può restituirci la Giustizia di quelle morti. E così tornando alla Nascita della Clinica di Foucault nella sua e mia conclusione non è forse stato negato quel passaggio essenziale che fa dello sguardo sul Male metafisico come concepito nei Secoli che precedono lo sguardo clinico del Positivismo che è una costruzione "in cui si articolano lo spazio, il linguaggio e la morte-ciò che si chiama metodo anatomico-clinico - che costituisce la condizione storica di una medicina che si dà e che noi accogliamo come positiva".

"Positivo deve essere qui inteso nel senso forte del termine. La malattia si stacca dalla metafisica del male cui, da secoli, era apparentata; ed essa trova nella visibilità della morte la forma piena in cui il suo contenuto appare in termini positivi. Pensata rispetto alla natura, la malattia era l'inassegnabile negativo le cui cause, forme e ma-

nifestazioni si offrivano solo di sbieco e su uno sfondo sempre a distanza; percepita rispetto alla morte, la malattia diviene esaustivamente leggibile, irrisidualmente aperta alla dissezione sovrana del linguaggio e dello sguardo. La malattia ha potuto staccarsi dalla contronatura e *prender corpo nel corpo vivente* degli individui solo quando la morte è divenuta l'a priori concreto dell'esperienza medica".

In sintesi dobbiamo rassegnarci a (non)capire che tutto ciò sia potuto accadere in un frangente in cui l'esperienza della Medicina non ha potuto far valere il suo Progresso; perché esso deve fare i conti una volta per sempre non solo con la Democrazia dell'Emergenza (Ezio Mauro) come in questa Pandemia ma anche con una reale Transizione ecologica governativa che riscriva, tenendo conto, si spera del messaggio universale di Papa Francesco del Laudato sia, il patto tra gli Uomini, l'Ambiente e le Tecnologie appropriate ad uno "sviluppo umanistico" del Lavoro. Quindi tralasciando ogni pudore, ci chiediamo se il Dolore abbia potuto convivere da una parte con la Libertà e i Diritti, "quelli delle democrazie borghesi" (G. Agamben) e dall'altra con la Security State, che abolisce il principio della divisione dei poteri.

In definitiva questa "*creatura mitica*", come la chiama lo scrittore Baricco, questa epidemia, *con-fusa* con il Corpo biologico è "molto più complessa di una semplice emergenza sanitaria, sembra essere stata piuttosto una costruzione collettiva in cui diversi saperi e svariate ignoranze hanno lavorato nell'apparente condivisione di un unico scopo ... le *creature mitiche* sono prodotti artificiali con cui gli umani pronunciato a se stessi qualcosa di urgente e vitale. Sono *figure* in cui una comunità di viventi organizza il materiale caotico delle proprie paure, convinzioni, memorie o sogni" e quindi: "la vera Pandemia è quella e riguarda l'immaginario collettivo, prima che i Corpi degli

individui ... nel saldo collettivo di un'intera comunità, morire meno e morire meglio, non si significa vivere di più e vivere meglio". Il rischio di vivere e di morire è quello che ci rammenta Rilke nelle Elegie duinesi: "Questo è il destino stare di fronte e nient'altro che questo e sempre di fronte" (da Borgna, 2021, in *I grandi pensieri vengono dal cuore*).

Parma, 26.03.2021

Dott. Aniello Castaldo

Medico Psichiatra

Libero Professionista

Mail: nellocastaldo@gmail.com

Note:

(1) Foucault M., *Nascita della clinica*, Torino, Einaudi editore, 1969.

(2) Woolf V., *Sulla malattia*, Torino, Boringhieri, 2006.

(3) Nietzsche F., *Ecce homo*, Milano, Adelphi, 1969

(4) Mann T., *La montagna incantata*, Corbaccio, 1992.

(5) De Martino E., *Morte e pianto rituale nel Mondo antico*, Torino, Boringhieri, 2011.

(6) Borgna E., *La Reificazione del Corpo*, Rivista sperimentale di Freniatria, Vol. CXIII, Fascicolo VI, 31 dicembre 1989.

(7) Agamben G., *A che punto siamo?*, Macerata, Quodlibet, 2020.

(8) Baricco A., *Quel che stavamo cercando*, Milano, Feltrinelli, 2021.

(9) Borgna E., *I grandi pensieri vengono dal cuore*, Milano, Cortina, 2021.

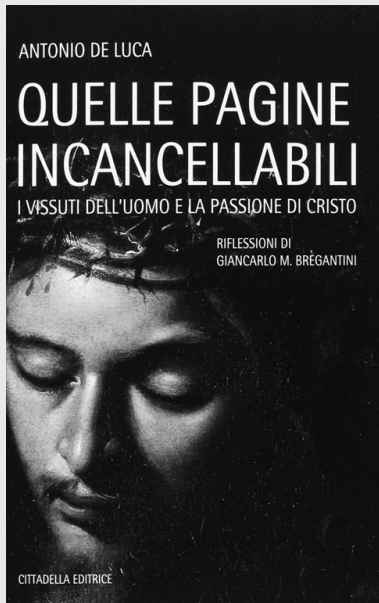
(a) Nel *Parsifal*, il protagonista (Parsifal), per obbedire all'Etica dell'Ordine cavalleresco, per pudore non chiede al Re pescatore la gravità della sua malattia, ma quando è arrivato il tempo delle domande, in uno slancio di grande compassione, si fa carico del suo dolore e conquista il Santo Graal, l'Apertura al Divino.





Recensioni

**Antonio De Luca: "Quelle pagine incancellabili
I Vissuti dell'uomo e la passione di Cristo"
Riflessioni di Giancarlo M. Bregantini.
Cittadella Editrice – Assisi 2017**



In questo lavoro Antonio De Luca affronta il tema del dolore nella condizione umana. Quel dolore con cui ha a che fare quotidianamente nell'incontro con i pazienti, quel dolore che non risparmia nessun uomo attraverso le differenti fasi della vita. Quel dolore che ferisce sia il corpo che la psiche, che porta a perdere la speranza e che spesso conduce l'uomo a reagire con comportamenti che appaiono come devastanti cicatrici del sé, veri cheloidi mostruosi, che deformano profondamente l'immagine di sé anche agli occhi degli altri.

Il suo è un approccio fenomenologico, si muove però in modo del tutto originale e personale. De Luca si propone di lenire, curare o consolare, da psicologo, quello che nel corpo o nell'anima tormenta la persona, lottando contro l'eclissi della speranza. De Luca sa che il dolore non guarda se si sia innocenti o colpevoli, come può aver osservato nei diversi ambiti in cui uno psicologo si può trovare ad operare. Avviene così in ospedale, dove la malattia oltre a tormentare il corpo, sconvolge i progetti di vita e fa intuire con angoscia il termine dell'esistenza, come si può osservare in carcere, dove possono trovarsi sia innocenti ingiustamente giudicati e condannati, che persone giudicate e condannate giustamente per fatti anche efferati. In tutte queste situazioni di dolore, De Luca, coerente alla cultura fenomenologica, tende a scoprire l'Altro, non l'alieno, ma va oltre. Si propone di dare un volto ed un nome all'Altro.

Nell'altro non vede solamente un alter a lui pari, né un alieno da sé ma, superando il paradigma strettamente umanistico, vi scorge il dolore ed il volto del Cristo. Al Cristo, infatti, pur innocente, nulla fu risparmiato dei dolori psichici e fisici e morali che caratterizzano la condizione umana. Per questo nel dolore dell'uomo ritrova tutto il dolore affrontato nella passione dal Cristo.

Passione dove la sofferenza morale di un ingiusto giudizio e quella dell'isolamento e della separazione dagli affetti più cari nel Getsemani e ai piedi della croce sul calvario, si accompagnò al dolore fisico della flagellazione ed a quello feroce della crocifissione, quando il dolore e l'intuizione della morte lo portarono a chiedere al Padre di allontanare da lui quel calice. La resurrezione del Cristo, col risorgere e il trionfo della vita, suggerisce a De Luca che una sola possa essere la via d'uscita dal dolore, fisico e morale, quella di un cambiamento radicale di senso, con la speranza di una nuova vita. Per De Luca questo vale anche nel caso di persone del tutto colpevoli o gravemente malate. E' ben conscio però quanto questo compito presenti enormi difficoltà.

Nel far questo sa che il dolore accomuna tutti gli uomini, nessuno escluso, perché colpisce tutti, in diverse occasioni, nel corpo come nello spirito, anche in chi si pone lo scopo di lenire quello dell'altro.

Questa esperienza universale e personale lo avvicina fortemente al "paziente", che diventa quasi parte di sé nella vicinanza che insegue: "Ti ho vicino e così la tua diventa la mia croce. E la mia la tua". In questa prospettiva l'incontro diventa reale e non luogo di tecnicismo asettico condito di narcisismo buono. Questo gli vale di fronte al malato più grave come di fronte al più grande colpevole, dove corpo ed anima si fondono nel dolore e nell'eclissi della speranza. Per questo però non desiste dal ricercare nell'altro quel nucleo non distrutto dal male da cui possa emergere nuovo senso di sé.

Per De Luca restare accanto al dolore significa attendere e sperare il momento in cui: "nell'attimo di assunzione di responsabilità, nella consapevolezza e nella comprensione della loro vita, essi, non esagero, divenivano in quegli istanti, ricolmi di luce..." In questa opera De Luca intensamente illustra come si ponga alla ricerca di quel cambiamento che la psicologia ricerca da sempre con le tecniche ed i saperi e i modelli più diversi, attualizzando la fede profonda che lo possiede, che lo ripara dalla tentazione dell'onnipotenza, grazie all'assunzione del dolore proprio e dell'Altro. L'opera, inoltre, è preceduta e seguita da un prologo e da un epilogo di Monsignor Bregantini, arcivescovo metropolita di Campobasso-Boiano, noto per il suo impegno contro la ndrangheta.

Bregantini. Bregantini, in sintonia con De Luca, affronta prima in chiave teologica il tema del mistero del dolore umano, considerando poi quanto la passione del Cristo possa avvicinare l'uomo al dolore dell'altro, anche in una dimensione puramente psicologica.

Angelo Torre



Recensioni

Marina Cannavò – “Stop alla violenza a danno degli Operatori della Salute”

Società Editrice Universo(SEU)

Nel corso del periodo attuale, segnato dall'evento inaspettato della violenza subita da parte del misterioso virus Covid-19, esce il libro della collega Marina Cannavò, psichiatra che già da tempo si occupa



con competenza e dedizione del problema della violenza come uno dei più importanti problemi relazionali.

L'ambito sanitario è evidenziato come un indicatore, oltre che possibile ammortizzatore, della violenza scatenata da paura, collera, aggressività mal controllate, ma anche da insufficienze organizzative e contestuali, corti circuiti attivati a volte a macchia d'olio fin nelle mura domestiche.

Il testo, frutto del lavoro

di anni di ricerca appassionata, puntuale, documentatissima, sulla violenza a danno degli operatori della salute, affronta infatti tutte le possibili dinamiche intercorse ed in cui potenzialmente può incorrere il cittadino/paziente, ma anche il fornitore di cure all'interno delle strutture per lo più della sanità pubblica ed in prossimità di queste (aree di parcheggio, percorsi per raggiungere il luogo di lavoro etc.) Gli agenti degli atti violenti dunque rappresentano non solo pazienti e loro familiari, ma anche persone dell'ambito privato ed amicale degli operatori stessi. L'allarmante fenomeno, come notato nella prefazione del Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, risulta in crescita non solo in Italia (in media tre episodi denunciati al giorno), ma anche negli altri paesi europei ed extraeuropei, come spia di un disagio pervasivo di tutta la società civile.

L'Autrice esplora tutte le possibili cause che come lo stress psichico agiscono a volte in modo subdolo prolungato nel tempo fino a determinare burn out, a volte in modo episodico e traumatico, e si occupa diffusamente degli esiti a breve e lungo termine: disturbi psicopatologici spesso misconosciuti o negati o mal curati, come il disturbo da stress post-traumatico, disturbi d'ansia, disturbi psicosomatici, depressione, abbandono o rifiuto del lavoro. Si tratta di una vera e propria emergenza nell'emergenza in cui gli attori possono muoversi alla cieca, attivando le loro risorse, fino alla esauribilità.

La definizione delle varie forme possibili di aggressività (attiva, passiva, diretta, indiretta, intenzionale, impulsiva, funzionale etc.) e la citazione delle varie teorie formulate sulla sua origine si avvale della interessante panoramica sugli aspetti della violenza sui luoghi di lavoro rilevati da organismi internazionali come la UE e la WHO, di cui viene fornita ampia bibliografia.

Il capitolo centrale, dedicato alla prevenzione e alla gestione dello stesso lavoro-collegato, propone idonei programmi terapeutici.

Di particolare interesse la presentazione dei fattori di rischio predittivi di violenza con l'osservazione di comunicazione non verbale e prossemica e la discussione sulla organizzazione degli ambienti di lavoro. Notevole spazio è dato alla formazione degli operatori che si avvale di un training sulle tecniche di comunicazione, quale momento fondamentale di intervento precoce con l'adozione di strategie di de-escalation.

Sono poi riportati i risultati della ricerca condotta per sei mesi fino all'inizio del 2017 presso il Dipartimento di Emergenza e Accettazione e presso il SPDC del Policlinico Umberto I di Roma, che sono confrontati con analoghe esperienze e proposte di intervento descritte nella letteratura internazionale.

Alla normativa e alle politiche europee ed italiana è dedicata la parte finale del libro, che offre preziose informazioni sul lungo ed emergente lavoro di inquadramento giuridico del problema, come è venuto a delinearsi nell'ultimo trentennio.

Accordi di programmazione, osservatori, raccomandazioni, linee-guida hanno di fatto progressivamente riconosciuto l'importanza della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, della gestione dei rischi e della prevenzione degli atti violenti che vengono a configurarsi come veri e propri reati.

La presentazione da parte dell'Autrice di una proposta di legge ad hoc, a tutela delle vittime della violenza sul lavoro segue necessariamente al vuoto operativo dopo i precedenti accordi non ancora perfezionati e resi effettivi. Fra i tanti suggerimenti: la valutazione periodica del rischio, l'istituzione di sportelli di ascolto e di servizi dedicati di cura e riabilitazione, spazi di formazione continua degli operatori e la sensibilizzazione dei cittadini.

Sono riportate in Appendice tutte le interrogazioni, mozioni, risoluzioni e disegni di legge in proposito, citando le associazioni professionali e sindacali che vi hanno partecipato. Negli Allegati compaiono i testi integrali del Disegno di Legge DSL 87-B al Senato e il Documento di indirizzo su prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 88 del 30/10/2018, sulla base di rilevazioni effettuate dal 2012 al 2017. In quest'ultimo si esplicitano gli obiettivi di potenziamento di interventi preventivi e protettivi, ma anche di supporto legale e psicologico, coinvolgenti non solo le reali o potenziali vittime ma anche il datore di lavoro.

Non viene qui trascurato il suggerimento di un modello di materiale informativo, declinato in 12 lingue, da distribuire e/o affiggere nelle strutture e di checklist particolareggiate sull'analisi dei fattori di rischio, sulla ispezione delle strutture, sulle misure di sicurezza, sull'addestramento (diremmo in termini più specialistici formazione) e le procedure da attuare per gli operatori, nonché un modello di scheda di segnalazione dell'evento aggressivo.

La ricchezza di dati, di analisi, di riflessioni e di proposte nel libro ne fanno quindi uno strumento funzionale ed insostituibile per procedere in percorsi sempre più adeguati di prevenzione, di gestione, di cura di una estesa e spesso sommersa problematica sociale.

M. Chiara Petruzzellis