



Crisi identitarie in psichiatria

a cura di
Francesco Valeriani

Cosa si attende la società contemporanea dalle competenze plurime della psichiatria?

Come vivono la complessità del ruolo professionale specialmente i giovani psichiatri in contesti organizzativi talora obsoleti e costrittivi? Con quali risorse formative, scientifiche e culturali? Con quale libertà di pensiero e responsabilità etica?

Avviamo un “forum” su questa tematica, aprendola ai contributi di tutti i nostri lettori.

Mi ha fatto pensare al riguardo quanto scritto su *Rivista di psichiatria* da **Giuseppe Bersani**, docente di psichiatria alla Sapienza Università di Roma, che in un suo lavoro “*le voci dello psichiatra e la metamorfosi da pensatore ad operatore*” sostiene: “Nel corso degli ultimi decenni si è assistito a un radicale cambiamento nella formazione e nel ruolo sociale dello psichiatra, che da *pensatore* si è trasformato in *operatore*. Un grande numero di fattori, scientifici, medici, formativi, culturali, sanitari, organizzativi, politici, legali, ha contribuito a questo cambiamento. Nella realtà professionale questi fattori possono essere simboleggiati come *voci* interne dello psichiatra, che automaticamente ne limitano o inibiscono l’attitudine al pensiero autonomo, decaduta a vantaggio della necessità di operare praticamente in un ruolo professionale vissuto con sempre minore consapevolezza e profondità culturale. L’impoverimento del senso di identità scientifica e culturale dello psichiatra, a cui si chiede sempre meno di *pensare*, corrisponde a un cambiamento delle attese da parte della società, che gli chiede essenzialmente di *operare*”. Precisa inoltre: “Da sempre, lo psichiatra è stato, certamente nell’immaginario collettivo ma anche quasi sempre nella realtà, un medico *colto*, in grado di applicare nella sua attività clinica la sua riflessione su di essa... esistevano i *maestri*, le *scuole*, i *fondatori*, i *predecessori*, i depositari di esperienze e conoscenze e gli ispiratori di un pensiero che ne garantisce la trasmissione e, insieme, l’approfondimento nelle successive generazioni di professionisti della mente. Ma le realtà culturali mutano inarrestabilmente nel tempo e l’enorme accelerazione, sempre più potentemente in corso, dei cambiamenti scientifici, tecnologici, sociali ha comportato un’evoluzione sostanziale, una vera metamorfosi, anche nella figura dello psichiatra, nella sua formazione, nella sua immagine, nelle aspettative e nelle richieste a lui rivolte da parte di opinione pubblica, organizzazioni sanitarie, società in senso generale... Oggi, in

modo sia implicito che esplicito, la richiesta rivolta allo psichiatra non è tanto di pensare quanto di agire. La riforma psichiatrica del 1978, con il faticoso superamento dell’istituzione manicomiale e la lenta nascita dei Dipartimenti di Salute Mentale, ha rappresentato storicamente l’inizio del processo di cambiamento... Dopo i decenni che tale trasformazione istituzionale ha richiesto per raggiungere un adeguato grado di funzionamento organico nel moderno contesto dell’assistenza sanitaria, si è parallelamente consolidata la trasformazione dello psichiatra in “operatore: *operatore dei servizi psichiatrici*, al pari di altre figure professionali di complementare ma diversa competenza e formazione... Questo processo trasformativo si è naturalmente ripercosso, in modo bidirezionale, sulla formazione dei giovani psichiatri e su organizzazione e finalità delle Scuole universitarie di Specializzazione in Psichiatria... La recentissima decisione ministeriale, coincidente con l’emergenza dell’epidemia di CoViD-19, di immettere in ruoli assistenziali specializzandi del III e IV anno di corso, ben lontani quindi dal completamento accademico della loro formazione, imprime un’accelerazione per alcuni aspetti drammatica al processo di esautorazione dell’Università dal proprio ruolo formativo, affidato a istituzioni dotate di esclusiva competenza assistenziale. Tra le *abilità acquisite*, che le Scuole devono certificare in possesso degli specializzandi, quelle relative alla capacità di approfondimento teorico e di elaborazione e acquisizione personali sono minoritarie rispetto a quelle del *saper fare*, cioè del sapere *operare*. La *voce* impersonale del SSN contrae il tempo della formazione teorica e dello studio, il tempo del pensiero, rispetto a quello delle esigenze operative dell’assistenza... *Gettati nel mondo della psichiatria*, così, parafrasando Heidegger, potremmo oggi definire i nuovi psichiatri, precocemente immessi nel campo del lavoro pratico, spinti a operare secondo direttive che prescindono dal loro effettivo grado di esperienza, di maturità e, soprattutto, di consapevolezza della propria identità culturale nel confronto con il mondo reale. In questo caso, è la *voce* dell’Università a essere sempre più flebile, sovrachiesta da tutte le altre che dall’interno e dall’esterno guidano l’operare dello psichiatra. Il corrispettivo di questo orientamento formativo è, negli psichiatri sia giovani che maturi, la comune tendenza allo scoraggiamento della riflessione personale e all’adeguamento acritico ai paradigmi clinici e nosografici... l’iniziativa individuale dello psi-

chiatra, basata sul suo *pensiero*, lascia spesso il passo a condotte allineate con direttive, linee-guida ufficiali, ecc. E la *voce*, silente ma incombente, di un altro grande protagonista dell'esperienza professionale del clinico, presenza immanente degli incubi diurni e notturni di moltissimi psichiatri, *Il Magistrato*, assume di fatto il ruolo di scoraggiamento al pensare autonomo e di incentivazione all'operare secondo le modalità difensivamente più sicure rispetto a possibili implicazioni di responsabilità. È evidente che in questo scenario potrebbe assumere un ruolo centrale il processo dell'aggiornamento. Ma il sistema degli ECM risponde in realtà molto più all'obiettivo dell'adempimento burocratico del conseguimento dei 150 crediti triennali, piuttosto che a reale interesse. La *voce* burocratica del Ministero ricorda agli psichiatri il loro obbligo, ma non ne stimola allo stesso tempo interesse, motivazione e scelte legate a un *pensiero* formativo svincolato dal rischio di perdere l'abilitazione all' *operare*.

Allo psichiatra attuale viene richiesto di *operare*, indipendentemente dal presupposto di un non necessario pensiero riflessivo, nella finalità di risolvere secondo modalità tecniche e predefinite tutte le possibili situazioni inerenti i disturbi mentali.

La metamorfosi dello psichiatra da *Pensatore* a *Operatore* è completa.

In questo contesto, nella propria attività professionale quotidiana e, ancora di più, davanti a ogni tentativo di recupero di approfondimento, di autoconsapevolezza, di ruolo, di autonomia intellettuale e professionale, di orgoglio, di aspettative, di progetti, di sogni, lo psichiatra *sente le voci*: le *voci* delle ideologie, del Direttore Generale, del Servizio Sanitario, del Ministero, del Magistrato, delle aziende farmaceutiche, dei Padri Fondatori, del DSM-5, del politicamente corretto, dei suoi denigratori interni, delle propria demoralizzazione, dell'INPS.... Un coro di voci, vissute in una mente parallela, quasi inconsapevole, come in un automatismo mentale, ognuna pronta a inibire ogni pensiero e iniziativa fondati su interesse e creatività personali, che lo costringono a operare nello spazio ristretto compreso tra i binari di un tecnicismo acritico e della responsabilità legale, in una progressiva riduzione della consapevolezza della propria identità e del proprio ruolo. È evidente che tutto quanto sopra detto è sbagliato, oltre che ingiusto, se riferito alle singolarità individuali di tutti gli psichiatri. È evidente che esistono moltissimi psichiatri, giovani e maturi, ancora fortemente vocati alla riflessione, alla speculazione scientifica e intellettuale, all'approfondimento culturale all'interno e all'esterno della propria disciplina, all'impegno appassionato nella propria professione e ai suoi risvolti culturali ed etici.

Ma il fenomeno descritto è generale e riguarda purtroppo la realtà dell'evoluzione stessa della figura dello psichiatra”.

Risultano molto interessanti le riflessioni esposte da Giuseppe Bersani, preoccupato da quelle “voci” interne dello

psichiatra che possono inibirne la capacità di pensiero autonomo e la consapevolezza identitaria. Personalmente condivido come la cultura sia sempre stata, e debba continuare ad essere, una condizione imprescindibile di ogni psichiatra, necessaria per comprendere la complessità dell'esperienza psichica umana. Eventuali arretramenti culturali favoriscono spesso coartazioni di pensiero e di ruoli professionali. Questi possono appiattirsi su tecniche ripetitive più o meno standardizzate e poco coinvolgenti, in cui difficilmente si incontra la soggettività dell'altro. E' questa che, costitutiva della mia stessa identità professionale, induce a pensare fuori dagli schemi e dai modelli.

Condivido anche l'importanza della *questione formativa* e del ruolo dei *Maestri*. In un mio precedente editoriale ricordavo Seneca che nel I sec. d C. denunciava a Roma la mancanza di autentici Maestri. Si riferiva alle tante scuole filosofiche dell'epoca che finivano per mancanza di successori. Ne individuava le cause nella incapacità di trasmettere gli insegnamenti con l'esempio e la testimonianza di vita. Si riferiva al Maestro come ad una figura la cui frequentazione è volta all'interiorizzazione dello stesso, capace di far presa con le parole sugli animi e stimolarli. Sostiene Seneca : “l'*impetus* della parola detta, la parola capace di suscitare una reazione riflessiva, è tanto maggiore quanto più deriva dalla *buona indole* di chi ci insegna. E' questo *impetus* che permette di ricevere il seme della conoscenza ed *accogliere* il Maestro. Attraverso questi processi di interiorizzazione si fonda e si legittima la sua autorevolezza, ben diversa da quella del *grammaticus*, destinato all'oblio”.

Sicuramente questi processi di interiorizzazione del Maestro sarebbero ottimi antidoti verso tante forme di riduzionismo “operatorio”, costituendo lievito per un pensiero creativo che, sulle orme di quello del Maestro, sappia andare oltre, disponendo di chiavi plurime di lettura anche nelle emergenze della contemporaneità. Inoltre il filo della memoria continua ad unire il discepolo al Maestro, come voce interiore sempre presente che lo aiuta a riconoscere le altre, quelle estranee e decostruttive per la sua identità e cultura professionale. Personalmente ricordo grandi psichiatri che ho avuto la fortuna di incontrare nei miei percorsi di formazione e di vita. Tra questi provo la nostalgia (dolore del ritorno ma anche sentimento del ricostituire) di Bruno Callieri, uomo dolce e autorevole al tempo stesso, disponibile con tutti, circondato dall'amore e dal rispetto, cercato e seguito fuori dalle scuole convenzionali. Il suo “dire” ricco di rimandi culturali e di profonda umanità, i suoi occhi vivi, mobili, brucianti all'acme del *Auffassung* concettuale, ci rapivano in un dialogo senza fine con noi stessi e con gli altri. Ci costringevano a pensare. Altri invece, i c.d. “grammatici” trasmettono nozioni e costringono ad apprendimenti di scuole, ivi comprese tecniche per operatori. Questi naturalmente sono destinati alle rimozioni, all'oblio. Le loro sono sostituite facilmente da tante altre voci, autoritarie ed estranee alla nostra identità professionale. Possono essere quella del direttore generale

dell'azienda sanitaria o del magistrato in cui si teme d'incappare se non si seguono le linee guida etc. Può essere anche la "voce" burocratica del ministero, che, impone i 150 crediti triennali, acquisibili anche in convegni e corsi qualunque. Sicuramente queste "voci" non devono essere interiorizzate, ma solo "udite" e collocate in uno spazio esterno rispetto a quello della nostra vera identità professionale. Se così è, allora possiamo pensare a come e cosa rispondere ad esse con la nostra cultura e con la nostra dignità, anche quando operiamo nei servizi. Con il nostro libero pensiero si ravviva il coraggio e il senso di responsabilità, anche quando siamo consapevoli dei rischi delle nostre scelte etiche, senza morire, e far morire, di linee guida. Bisogna ridare autorevolezza alle Istituzioni

universitarie, per evitare la diseducazione al libero pensiero in gerarchie burocratiche e prassi carrieristiche. Bisogna formare i giovani specializzandi, stando loro più vicini, senza lasciarli soli, "gettati" a presidiare corsie carenti di medici. Occorre un'etica della formazione e questo vale anche per le società scientifiche ed agenzie formative. Ma per questo non bastano budget, occorrono veri Maestri che, con il loro esempio, stimolino l'attenzione e la riflessione sui cambiamenti e criticità della società contemporanea, anche su quanto essa chiede al mondo della psichiatria: la maggiore istanza è quella di vere competenze scientifiche e cliniche esercitate nell'umana prossimità della cura.

PROSSIMI EVENTI ECM

XXII Annual meeting S.I.F.I.P.

Società Italiana per la Formazione in Psichiatria

in collaborazione con

A.R.F.N. onlus (Ass. Ricerca e Formazione in Neuroscienze)

SIDEP (Soc. Italiana Deontologia ed Etica in Psichiatria)

Contesto, comunicazione e cura nelle emergenze psicopatologiche della società contemporanea

Evento in presenza e in videoconferenza

23 crediti ECM

Castel di Sangro (AQ) - 6 - 8 aprile 2022

Segreteria scientifica e organizzativa:

S.I.F.I.P. - www.sifip.com

Via dell'Umiltà 49 - 00187 Roma sifip.sip@libero.it Cell. 3334524981 - 0775855051

PROGRAMMA IN CORSO DI DEFINIZIONE

- *Esistenze e contesto: focus sull'emergenza psichiatrica in atto*
- *La comunicazione e il tempo della cura - Simposio A.R.F.N. - P. Tripepi*
- *Cercarsi nella tempesta: vie della comunicazione nella psicoterapia degli esordi psicotici - M. Alessandrini*
- *Vulnerabilità allo stress da Covid-19 nei pz con disturbi dell'umore e d'ansia: mito o realtà? A. Tundo*
- *I disturbi d'ansia ai tempi del Sars-Cov-2 - M. Mauri*
- *Pandemia, isolamento sociale e languishing: effetti di interesse neuropsichiatrico nelle diverse fasce di età - V. Pasqualoni, C. Iani*
- *PTSD: nuovi bersagli psicofarmacologici - D. Marazziti*
- *Quali terapie per il DOC super - resistente? - A. Tundo*
- *La psicopatologia perinatale e il Covid-19 - M. Mauri*
- *Nuovi orizzonti in psicofarmacoterapia - S. La Pia*
- *Alle volte ritornano: la riscoperta degli psichedelici - M. De Vanna*
- *Cannabis terapeutica: indicazioni e problemi - F. Garonna*
- *Le figure della depressione oggi*
- *L'identità ferita: speranza e disperazione nell'era del Covid - A. Scala*
- *Covid-19: la metamorfosi etica nella relazione con l'altro - Simposio S.I.D.E.P.- S. Tartaglione*
- *2020 - 2022. Dove sono finiti i disturbi alimentari? - F. Garonna*



Noi siamo un dialogo

(Ascolto e parole vere per creare relazioni di cura)

Premessa

Molto ha del mattino/ Da quando siamo un dialogo e udiamo l'uno dell'altro,/ Esperito l'uomo ma presto saremo canto. Siamo umani perché possiamo dialogare. Questi versi sono di *Holderlin*: ... "Seit ein Gespräch wir sind un horen voneinander"... cfr. "Festa di pace" (vv. 91-93) in *Holderlin*, "Tutte le liriche", I Meridiani, Mondadori ed. 2001, pp. 880-881.

Scriva *Giovanni Stanghellini* ("Noi siamo un dialogo", R. Cortina ed., 2017). "L'incontro con l'alterità è costitutivo dell'esistenza umana ed è essenziale per la costruzione dell'identità. Il dialogo non è conversazione... che conferma e rafforza gli assiomi di senso comune; il dialogo fornisce la condizione per l'emergere di una nuova comprensione...".

E. Borgna: in "Noi siamo un colloquio" (Feltrinelli, 1999) cita *Barison* là dove dice: "Bisogna ricordare che l'essenza dell'esame clinico è l'ascolto, che può essere anche ascolto in silenzio del silenzio¹, del mirabile nuovo orizzonte che abbraccia due orizzonti" (in "Psichiatria generale e dell'età evolutiva", 26, 1988, pp.1-8).

Da una relazione efficace dipende la comprensione di quanto comunicato (in maniera verbale e non); e, da come il medico presenterà il trattamento da effettuare, dipenderà la decisione di sottoporsi o meno ad esso -cfr. in *Paoli B.*, "Comunicazione efficace tra medico e paziente". Sekhet, Ed., Torino, 2013.

Nella sua quotidianità il medico è continuamente chiamato ad ascoltare il paziente e le sue speranze. Il poeta francese *Pèguy Charles*, che alla speranza dedicò un poemetto ("Il portico del mistero della seconda virtù"), scriveva: È sperare la cosa difficile - a voce bassa e vergognosamente - e la cosa facile è disperare, ed è la grande tentazione".

Le emozioni anelano ad essere espresse e ad essere comunicate, a non essere tenute nascoste, perché, come diceva *William Shakespeare* nel *Macbeth*, spezzano il cuore se non sono portate alla luce del linguaggio, del linguaggio delle parole e del linguaggio del corpo vivente, del volto e degli sguardi, delle lacrime e del sorriso.

Le parole, queste creature viventi (*H. von Hofmannsthal*)², sono di una radicale importanza nel creare ponti di comunicazione fra chi parla e chi ascolta, fra chi cura e chi è curato, o nell'inaridirli, e nello spegnerli. "La parola col-

lega la traccia visibile alla cosa invisibile, alla cosa assente, alla cosa desiderata o temuta, come un fragile ponte di fortuna gettato sul vuoto" - *Italo Calvino*, "Lezioni americane", Oscar Mondadori, 1993. P. 85.

La parola non si cancella dalla memoria, lascia tracce.

Si ha bisogno di una parola che non annebbi l'anima, che non la rattrappisca nella paura e nella rigidità dell'insensibilità, ma che la rinvigorisca, la ravvivi, la ridesti.

Paul Celan, forse il più grande poeta in lingua tedesca del secolo scorso, scriveva in una sua poesia ("Poesie", Mondadori 1998): "Quanta fatica per proferire una parola...".

È tempo che il tempo dell'io diventi tempo per noi: c'è un bellissimo verso del poeta *Vittorio Sereni* che dice: "Con non altri che te è il colloquio... e qui t'aspetto" "Poesie e prose" Oscar Mondadori, 2013. "Via Scarlatti".

Una relazione è portatrice di cura quando medico e paziente si incontrano come persone, l'una aperta all'altra, e chi cura non può non aiutare chi è curato a trovare le parole che gli consentano di esprimere le proprie tristezze, le proprie angosce, le proprie inquietudini.

Spesso le persone sofferenti rimangono avvolti o da parole fredde, indifferenti o da parole vane che escono dalla bocca del curante come un fiato addensato e che girano per l'aria muovendola, inseguite solo dallo sguardo di chi le ha emesse. (Questa è una immagine offertaci da *Franz Kafka* nei suoi "Diari" - in "Confessioni e diari", I Meridiani Mondadori 2013, p. 326).

Le parole non sono solo mezzi per comunicare, ma sono corpo, carne, vita, desiderio. Noi non usiamo semplicemente le parole ma *siamo fatti di parole, viviamo e respiriamo nelle parole*.

Nella relazione di cura la parola costruisce un ponte tra le cose e la loro rappresentazione, là dove, nel dolore, è stato perduto un nesso; apre al paziente nuovi ambiti della possibilità di realizzarsi là dove le cose sembrano pietrificate. Il medico offre, a sua volta, al paziente la parola per schiudersi e mostrarsi a se stesso e agli altri.

Quando lo spazio mentale è sovraffollato di contenuti ansiogeni («Il genere umano non può sopportare troppa realtà» - Eliot, 1° dei "Quattro quartetti"; verso ripreso da "Murder in the Cathedral»), un rimedio efficace che si può offrire consiste nel drenare, per così dire, una parte di quei contenuti accogliendoli nel proprio spazio mentale mediante l'*ascolto*. Ascoltare non è soltanto sentire; il

vero ascoltare non ha come organo solo l'orecchio e l'udito, ma anche il cuore e l'anima. È l'ascolto che dimostra palesemente il rispetto del soggetto che si ha di fronte e, quindi, gli si trasmette al malato il senso di essere riconosciuto come persona definita.

L'atteggiamento di disponibilità all'ascolto e di attenzione farà sì che ci si "tiri da parte" per lasciare che il paziente si esprima quanto meglio può. Come dice *Celan*, "disponiti all'ascolto con la bocca" – cioè: prendilo in te, con la bocca, ciò che hai udito, ciò che c'è da sentire di nuovo; *aspiralo* – e ciò che è da indovinare sarà tuo – *Cos'è l'empatia?*

Non si tratta di provare le stesse sofferenze del paziente, ma di non dimenticarsi di immaginare la vita interiore degli altri, provando a comprendere. (È suggestiva in inglese l'assonanza tra il verbo "to cure", "curare", e un altro, "to care", "preoccuparsi, interessarsi", prendere a cuore").

Capacità di stabilire una relazione di fiducia (di saper costruire un'alleanza) col paziente.

E il rispetto per gli altri: per Kant, la *pre-virtù*³.

il rapporto con il paziente è sempre più mediato dall'utilizzo di macchinari complessi, sia nel campo della diagnosi che della cura.

Claudio Magris, così descrive il medico che tenga presente, vicino ai contenuti tecnici, di importanza sempre maggiore, anche quelli umani, o umanistici, di importanza mai minore: Ongaro fa il medico; la sua pacatezza rassicurante e la sua mite e ferma precisione danno subito un senso di sollievo ai pazienti che vanno da lui con le loro ansie, i fantasmi dell'insonnia e del panico, le ossessioni coatte, il vuoto di una vita che sembra risucchiata nel buio. Lui ascolta, disponibile, senza fretta; qualcosa, nel suo viso e nel suo tratto, ricorda la linda dirittura e la malinconica bontà di Freud, corrette da una sorniona ironia. Si addentra nelle spirali dell'angoscia con la paziente leggerezza di un gatto; saggia il terreno con domande discrete, suggerisce un farmaco senza promettere miracoli, ma la zampa felina non si lascia scappare la serpe dell'ansia, l'afferra senza parere e la tira fuori, e spesso, dopo qualche tempo, le persone braccate dai demoni ritornano capaci di vivere», in "Microcosmi" Garzanti Ed., 2009. Nel concludere questa "premessa" sul tema della "relazione di cura e cura della relazione" vorrei citare una splendida poesia di *Emily Dickinson*: "Se potrò impedire a un cuore di spezzarsi,/ non avrò vissuto invano./ Se potrò alleviare il dolore di una vita,/ o lenire una pena/ .../non avrò vissuto invano" –

È scelta grande mantenere viva in chi cura la fiamma della comprensione emozionale della sofferenza –

I testi del presente lavoro sono una rielaborazione di interventi (tenutisi in forma orale) sull'incontro interumano medico-paziente e sulla riumanizzazione della medicina – Questa è un'epoca in cui la professione medica è sempre più super specialistica ed il rapporto con il paziente sem-

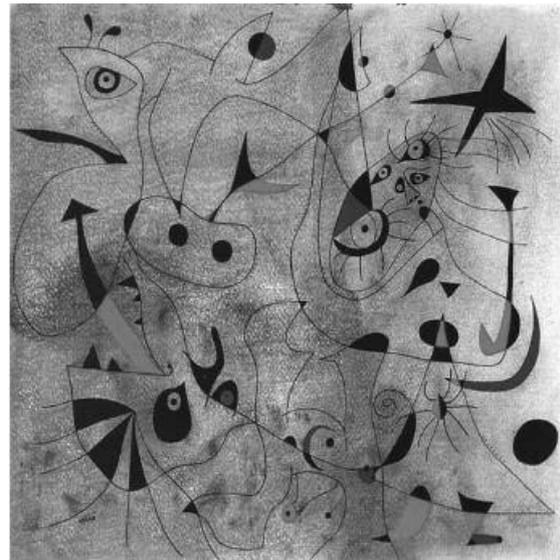
pre più mediato dall'utilizzo di macchinari complessi, sia nel campo della diagnosi che della cura (basti pensare al ricorso sempre più diffuso nel mondo medico alle biotecnologie ed alla ingegneria genetica ed ai recenti sviluppi della telemedicina, a cui è sotteso il rischio che il rapporto medico-paziente diventi sempre più virtuale).

Il medico di fronte al paziente deve riconoscere che questi lo concerne (per l'umana fragilità⁴ e il destino comune) e che gli si richiede una capacità di vicinanza insieme all'umana disponibilità ad ascoltare –

E questo non è poco.

Nel testo c'è una intertestualità, ci sono molti riferimenti letterari per rendere più polifonico il mio discorso e perché riconoscersi in un pensiero, sentendolo proprio, è un atto che *Lingiardi* chiama "riverberante", un'esperienza che coglie chi legge e chi scrive in un punto di condivisione. È quasi fatale che ciascuno trovi una citazione sforbiciata dove impigliarsi.

Citazioni di poeti e scrittori stellari sostengono le mie pagine. Torce che orientano, illuminano il percorso secondo l'aforisma di *Cortazar* (poeta e drammaturgo argentino) a cui piaceva dire: "Citare significa incontrarsi"



Joan Miró, L'etoile du matin

L'attenzione relazionale alla cura

Incontro, partecipazione: ecco i termini che esprimono l'implicazione reciproca della mia esistenza con le altre esistenze: assetto che può chiamarsi capacità di mantenere aperto dentro di noi "un posto per l'altro". In ordine a quel principio secondo il quale il massimo valore del processo maturativo è il riconoscimento dell'altro, contrapposto al narcisismo originario.

L'incontro si gioca nella relazione diadica tra due persone, una che ha il ruolo di medico, l'altra che ha il ruolo formale di paziente... *Resnik et al.*, "Semiologia dell'incontro", p. 13 – Il Pensiero scientifico, 1982.

Solo prestando attenzione a quanto il paziente ci dice pos-

siamo cogliere il suo stato di sofferenza

Quando il dolore è chiuso, è sordo, è muto, nella nostra anima diventa insopportabile. La comunicazione diminuisce il dolore: confrontandoci con gli altri modifichiamo la nostra visione del mondo: il mio dolore sarà sempre più acuto finché non allarghiamo la visione del mondo attraverso il confronto con gli altri.

Quindi la parola, quando nasce dalle emozioni del vivere, è terapeutica: il medico deve sapere sempre mettere in relazione la propria emozione, il proprio moto, con la parola che usa. E siccome il moto nasce dalla profondità di noi, deve saper mettere in relazione la propria interiorità con la parola. È questo rapporto stretto che fa il valore dell'espressione, il valore del "dire" – *Franco Loi*, "Il Sole 24 ore", 9 agosto 2015, p.19.

Ci sono parole che hanno il potere di cambiare il mondo, capaci di consolarci e di asciugare le nostre lacrime. Parole che sono le palle di fucile, come altre sono note di violino.

Le parole indispensabili si trovano se si è conosciuta l'esperienza della sofferenza⁵ e sono state ampliate la comprensione empatica, la disponibilità all'ascolto⁶ – nella consapevolezza dell'umana fragilità e, quindi, del destino comune –

Lèvinas E. (in "Umanesimo dell'altro", il Melangolo, 1955, p. 71): "Presto attenzione all'altro perché il suo viso mi parla", racconta il suo dolore e le sue attese, le sue paure e le sue speranze –

In questo sguardo appare l'altro come persona (come umana presenza) che scardina le pretese di uno sguardo oggettivante, verticale e definitivo, e impone una relazione duale reciproca (bipersonale) orizzontale.

In sé, la parola ha una potenza straordinaria; un impatto duraturo sulla realtà; è capace di agire su di essa, di cambiarla – ogni parola contiene in sé l'universo, e la psicoanalisi ha insegnato che esistono i «traumi delle parole»: un giudizio, un'offesa... sono in grado di indurre modificazioni complementari; la parola crea e la parola distrugge: occorre trovare parole che siano anima per l'anima.

Bisogna tenere molto alta la soglia di attenzione a quello che si dice in qualsiasi situazione, per evitare di farsi contagiare dalla brutalizzazione del linguaggio. Si tratta di trovare le parole giuste per farsi ascoltare, per tenere aperti degli spazi, anche esigui, per suscitare passioni positive. Quando vengono dal cuore, le parole fanno emergere, definiscono, delimitano le singole cose, la realtà effettiva, l'intero.

La parola è una via di accesso al mondo della storia, che è il mondo del senso.

La tesi è che non c'è comunicazione autentica nella relazione di cura, se non quando si abbiano parole capaci di creare un ponte fra la soggettività di chi parla e quella di chi ascolta, e quando ci siano corrispondenze fra il tempo interiore dell'una e quello dell'altra⁷.

La parola diventa essenziale quando è sentita e condivisa,

pulsa e danza, restituendo senso all'esperienza dell'incontro.

Un famoso cardiologo, *Lown Bernard* (1996, *L'arte perduta di guarire*, Garzanti) afferma che "le parole sono lo strumento più efficace che il medico possiede". Ma che cos'è questa "parola efficace"?...Le parole sono labili ed effimere, impalpabili e fugaci, e, sia pure morendo nel momento in cui sono pronunciate, la loro eco arrischiata e misteriosa non si spegne nel segreto del cuore, come dice *Dickinson Emily*: «Una parola muore/ non appena è detta/ dice qualcuno –/ io dico che comincia/ appena a vivere/ ogni giorno» – (1212, in "Poesie", Oscar Mondadori 2004, p. 549).

La parola può dire il mondo (il senso dell'umanità) se si fa (come in *Shakespeare*) leggera, profonda, diretta. Eterna come il tempo, scintillante come una stella – e piena di speranza.

La "parola efficace" certamente non è soltanto la parola cognitiva, bensì quella che induce trasformazioni personali, inscritte sull'asse mente-corpo (*Fabbri* 1995, "Abbozzi per una finzione della cura". In: "In principio era la cura"): uno speech act (atto linguistico) in cui la parola stessa è già azione, opera e realtà: è accoglienza dell'altro, misura dell'autenticità della vita, della ricchezza di umanità: e si propone come un'offerta di incontro. «La parola è capace di custodire il buono della nostra comune umanità [...] le parole possono aiutare molto a farci stare bene. E allora proviamo a dire quella giusta...». "...l'ondeggiante parola/la possiede il buio"-*Paul Celan*, "Luce coatta", in *Poesie, I Meridiani Mendodori*, 2008, p.987.

Da questo punto di vista possiamo riaffermare ciò che da sempre, in realtà, gli esseri umani fanno: che la parola può essere affetto, nel senso psicosomatico del termine.

Quando c'è un sovraccarico di traumi, il sovraccarico viene smaltito appena si trovano "le parole per dirlo". Le parole sono il drenaggio. Se non c'è il drenaggio, non vuol dire che non c'è l'ingorgo, ma che l'ingorgo è massimo. Come dice splendidamente, nel *Macbeth*, *Shakespeare William*: «Dà al tuo dolore le parole che esige. Il dolore che non parla. Sussurra bensì a un cuore troppo affranto l'ordine di schiantarsi».

Karen Blixen sosteneva che "tutti i dolori sono sopportabili se li si fa entrare in una storia, o se si può raccontare una storia su di essi".

Quando lo spazio mentale è sovraffollato di contenuti ansiogeni («Il genere umano non può sopportare troppa realtà» – *Eliot*, 1° dei «Quattro quartetti»; verso ripreso da «Murder in the Cathedral»), un rimedio efficace che si può offrire consiste nel drenare, per così dire, una parte di quei contenuti accogliendoli nel proprio spazio mentale mediante l'ascolto. Ascoltare non è soltanto sentire; il vero ascoltare non ha come organo l'orecchio e l'udito, ma anche il cuore e l'anima.

Ogni azione terapeutica implica una relazione⁸

Si comunica con parole che siano nutrite di anima ("Quali

parole sono vive / quali dormono” scrisse *Hannes Sigfusson* nella sua celebre poesia “Quali sono le parole con un’anima lucente?” cit. in *Jon Kalman Stefansson*, “TuttoLibri”, La Stampa 11 luglio 2015, p.VII); con il corpo che vive (la mano che stringe l’altra mano.); col silenzio (dentro al quale ci può essere l’incapacità di entrare in relazione). Ci sono le parole, c’è anche il linguaggio del corpo che si esprime nel volto, negli occhi, negli sguardi, in una stretta di mani, in una lacrima o in un sorriso (che, come diceva *Leopardi*, aggiunge un filo alla tela brevissima della nostra vita).

C’è l’occhio (che vede) e c’è lo sguardo⁹: non sono la stessa cosa. *Si può vedere senza guardare*: come nell’allegoria della caverna di *Platone*, si può essere privi dello sguardo con il quale si può vedere. Gli uomini nella caverna vedono senza vedere, non sanno guardare. Lo sguardo presuppone che si aprano gli occhi intenzionalmente per vedere

[*Paul Celan*, “Microliti”, Zandonai ed., 2010, p.87. “Lo sguardo altrui mi raggiunge... si realizza per me una presenza della quale colgo l’impercettibile soggettività” (*Sartre*, “L’essere e il nulla”, Il Saggiatore 2013, pp 323 e segg.).]

Tutto ciò contribuirà a incoraggiare un comportamento del terapeuta empatico. Cos’è l’empatia? Non significa iperindulgenza e condivisione compulsiva del modo di pensare e di fare del paziente; non si tratta di provare le stesse sofferenze del paziente, ma non dimenticarsi di immaginare provando a comprendere.

Non si inizia nemmeno un gesto terapeutico dotato di senso, nessuna cura può cioè realizzarsi, se prima, come dice splendidamente *V. E. Gebattel*, non si cerca di entrare in relazione con chi chiede aiuto, sulla linea di una emozionalità silenziosa, di una immedesimazione emozionale, che astragga da ogni rigida articolazione tecnica, freddamente scientifica. Non c’è cura se non si sa cogliere cosa ci sia in un volto, in uno sguardo, in una semplice stretta di mano, e in fondo se non si sia capaci di sentire immediatamente il destino dell’altro come il nostro proprio destino (*E. Borgna*, “Le parole che ci salvano”. Einaudi 2017).

Quel che occorre è la figura di un “guaritore ferito”¹⁰, capace di “intuizione comprensiva”, interiormente consapevole del peso della sofferenza e del dolore, proprio perché anch’egli può essere stato “ferito” (come il paziente) da analoghe esperienze passate (infantili, adolescenziali, ecc.) necessarie o importanti per l’assetto motivazionale della scelta professionale.

Non c’è rispetto vero dell’altro se si prescinde dall’aver sofferto: la sofferenza passa, ma non passa mai l’aver sofferto, (*Fedor M. Dostoevskij*)

Solo la dolorosa lucidità di uno sguardo che dell’esperienza della sofferenza sia in grado di cogliere gli aspetti oscuri della creaturalità, consente di immedesimarsi con più facilità negli stati d’animo degli altri da noi e indicare,

pertanto, la strada per una più equilibrata relazione intersoggettiva tra due diversi mondi soggettivi: (*Benjamin J.*, “Recognition and destruction; an outline of intesubjectivity”: *Psychoanal. Psychol.* (suppl.), 33-47, 1990).

La malattia separa dal mondo

La dimensione intersoggettiva della relazione di cura.

Carolynne: perché non parli con i dottori?

Lisbeth: perché loro non ascoltano cosa dico.

“Millennium”, Sting Larsson.

Cosa avviene nella nostra vita quando ci aggredisce l’onda nera del mare, quando il dolore si avventa su di noi come una belva? Il dolore divide la vita in un “prima e in un “dopo“: il passato fin-lì staccando dall’allora-in-poi (*Rilke* in *Kurt Schneider*: “Psicopatologia clinica”, Fioriti ed., Roma 2004, p.40). Distendendo la sua ombra oscura, “il morbo si umanizzò, diventò l’altro; un “lui” immanente, pervasivo, inestirpabile. E tale doveva essere se volevo resistergli. Io non sarei mai stato lui, anche se lui parlava ed agiva attraverso me. Anche se lui era io” (*Nicola Gardini*, “La vita non vissuta”, Feltrinelli 015, p.97): un “lui” che “metamorfizza il paesaggio” nel cuore del paziente “e vi occupa un luogo profondissimo: la valle verso cui tutto scorre” (*Rilke*, “Testamento”, TEA ed, Milano 2002, p.33).

“Oggi ho dei dolori tali, - disse, - che mi è quasi impossibile continuare ad andare avanti. Ogni passo è un tormento. Provi ad immaginare: questa testa enorme e queste piccole gambe rinsecchite... che debbono sostenerne il peso. Lassù in alto quella testa enorme e laggiù quelle deboli fragili gambe che non si fermano mai. Immagini di avere un liquido dentro alla sua testa, per esempio dell’acqua che bolle e che tutt’a un tratto si solidifica e diventa piombo che le batte con violenza contro la scatola cranica. Ho la sensazione che ormai non c’è luogo in cui la mia testa possa essere contenuta. Nemmeno in questo paesaggio. Non ci sono che i dolori. Non ci sono che tenebre”. *Thomas Bernhard*, op. cit., p.49.

Il dolore cambia il nostro modo di essere nel mondo: cambiamo noi, e cambiano le attese e le speranze che sono in noi: “paese di nebbia ho veduto\cuore di nebbia ho mangiato” – *Ingeborg Bachmann*, “Invocazione all’Orsa maggiore”, SE ed., 2002, p 59, “Paese di nebbia”, v.36-37.

Ci si sente immediatamente soli, o almeno più soli, quando la malattia scenda in noi, nel nostro corpo, e le cose si fanno istantaneamente ancora più dolorose quando la malattia non sia curabile se non in un ospedale: non sempre animato da quella *climax* di partecipazione emozionale al dolore di chi sta male.

Noi siamo dialogo, in fondo, come ha detto *Martin Buber*. E la relazione Io-Tu è il segreto dell’esistenza.

“Noi siamo un colloquio”, dice *Holderlin*. Il colloquio è fatto unicamente di parole, ma le parole non si dicono

solo, si ascoltano anche. Ascoltare non è “prestare l’orecchio”, è farsi condurre dalla parola dell’altro là dove la parola conduce. Se poi, invece della parola, c’è il silenzio dell’altro, allora ci si fa guidare da quel silenzio¹¹.

L’aspetto emotivo rappresenta l’elemento più problematico nelle interazioni umane e proprio la componente emotiva è quel tessuto connettivo che permette ad un’interazione” di diventare “relazione”.

Comunichiamo con le persone che stanno male, e sono lacerate da emozioni ferite, solo quando le riconosciamo nella loro appartenenza al nostro comune destino. Il terapeuta deve tenere presenti le risonanze emozionali che alle parole possono conseguire.

“Le parole
dopo un’eterna attesa
rinunziano alla speranza
di essere pronunziate
una volta per tutte
e poi morire
con chi le ha possedute”. *Montale* Satura II

Si ha bisogno di una parola che non annebbi l’anima, che non la rattrappisca nella paura e nella rigidità dell’insensibilità, ma che la rinvigorisca, la ravvivi, la ridesti.

Le parole sono il nostro modo di pensare il mondo, il mezzo che abbiamo per definire ciò che ci sta intorno e quindi, inevitabilmente, per definire noi stessi. Ogni volta che scegliamo una parola diamo ordine al caos, diamo contorni e corpo reale, ogni volta che pronunciamo una parola essa è riflesso di noi, ci rivela. Senza il linguaggio non faremmo che brancolare scomposti nella confusione, incapaci di dire la realtà e ci che sentiamo.

Proprio per questo delle parole dobbiamo avere estrema cura. Sono un giardino da coltivare con pazienza ogni giorno, da mantenere fertile e vivo, fino alle sue radici.

Gli apporti relazionali di un ascolto accogliente e tollerante possono manifestare una efficacia in gran parte automatica perché permettono la costituzione di un presidio relazionale confortevole. Alla presenza angosciata viene contrapposta e aggregata una presenza che non si distoglie ed esercita funzioni di appoggio.

Martin Buber nelle “Confessioni estatiche” (Adelphi 2011, p. 14) scrive: “So di essere qui per ascoltare la voce dell’essere umano”.

Il bene che definisce la relazione di cura, la salute del paziente, nella sua struttura teleologica e anche nei suoi aspetti inevitabilmente oggettivi e oggettivanti, è un “bene relazionale”, cioè un bene che si realizza all’interno di un rapporto umano (in *Elisa Buzzì*, “La persona al centro della cura”, Rubbettino Ed. 2010, p. 221.)

“Il linguaggio è la casa dell’essere. Nella sua dimora abita l’uomo” (*Martin Heidegger*, “Lettera sull’Umanismo”, in “Segnavia”, Adelphi 2008, p. 267): l’uomo si presenta come “l’ente che parla” (*Heidegger*, “Essere e tempo”,

Longanesi 1982, p. 209). “Parlare è uscire dal confine del proprio silenzio per entrare nel silenzio di un altro. Ma in quel tragitto, che può essere lunghissimo e infinitamente variabile, qualcosa accade: ed è l’evento del comunicare. Dialogare è sostare nell’incerto territorio in cui le parole, uscite allo scoperto, si mostrano, come corpi nudi, si incontrano, si sfiorano, si penetrano, si ritraggono – e, comunicando, possano nutrire.

“È lì, in quello spazio dialogante, che ciascuno di noi è chiamato a pronunciare parole che non siano vane, che non feriscano, che non mortifichino l’intelligenza dell’altro, che siano fertili, nuove e antiche al tempo stesso, che portino verso l’altro la responsabilità del loro dire. Lì dentro, in quello stesso spazio, siamo tenuti a far posto alle parole altrui, per raccogliere nell’alveo del nostro orecchio, per metterle a confronto con le nostre, per incontrarle, e costruire insieme nuove geometrie del pensiero” – *Gabriella Caramore*, op. cit., p.30. Le parole a cui si affidano sentimenti e pensieri prendono la loro dimensione vera, la loro forma più significativa, quando sono diventate una sequenza che chiama qualcuno che la ripercorra e la traduca dentro di sé – *Franco Rella*, “Forme del sapere”, Bompiani 2014, p. 132.

La sofferenza si delinea nella modalità della singolarità e della individualità. E per capire questa modalità di declinazione è assolutamente necessario relazionarsi al paziente (*riconosciuto* in qualità di persona) invece che alla malattia e la modalità della relazione si chiama *dialogo*, *incontro* (tra l’essere soccorrevole e l’essere in stato di impotenza) *ascolto* (che implica l’accoglimento. Ascoltare ha il significato di udire ed ha anche il significato di accettare – in *Umberto Curi*, “Meglio non essere nati”, Bollati Boringhieri 2008, p. 248): io sono presente a una presenza solo se l’accolgo. L’ascolto è una questione di relazione, rimanda all’altro: anche nel silenzio si può accogliere l’essenza della vita (“... con la mano vera/ stringi il silenzio d’un dolore?”) – *Franco Loi*, “Il silenzio”, Mimesis ed., Modena-Udine 2012, p. 51. [Il linguaggio delle parole si intreccia in quello enigmatico del silenzio che dilata le risonanze emozionali delle parole. Per tessere relazioni bisogna, poi, disporsi all’ascolto (“hor Dich Ein”) come scrive *Celan*]. Ogni rapporto pone dei compiti; ogni relazione impone esigenze e leggi, in cui si può dirigere la felicità e la grandezza della vita per crescere in esse fino a diventare se stessi. Alcuni lo possono” – *Rilke*, “Rilke e Lou”, Skira 1998, pp. 26-27. Solo l’incontro feconda i nostri pensieri il cui tratto fondamentale, affermava *Heidegger* (“Il cammino verso il linguaggio”, p. 139, Ugo Mursia ed., 2014), “non è l’interrogare, bensì l’ascoltare”: cioè “lasciar essere presente l’altro” (*Luciano Manicardi*, in “Accanto al malato” di *E. Bianchi* e *L. Manicardi*, Ed., Qiqajon, Comunità di Bose, 2012, p. 69). Ascoltare vuol dire trasformarsi in ciò che si ascolta, dividerne in qualche maniera il destino aggirando la barriera dell’identità – *Emanuele Trevi*, “Musica distante”,

Ponte delle Grazie 2012, pag. 108. Sapere ascoltare: un'estrema facoltà di attenzione¹². Mancare di attenzione significa impedire quella presenza intensiva all'altro che è condizione essenziale e decisiva per l'esercizio dell'aver cura – *Luigina Mortari e Luisa Saiani*, "Gesti e pensieri di cura", McGraw Hill ed., Milano 2013, p. 30.

Il pensiero etico della cura è definito nei termini di un ragionamento attento al particolare, poiché chi agisce secondo il principio di cura è impegnato a capire qual è il bisogno dell'altro o degli altri in quella specifica situazione. L'etica del particolare è quella che si attualizza "con lo sguardo diretto al bene dell'altra persona". È il lasciarsi interpellare dall'altro in carne e ossa e il dedicare l'attenzione alla comprensione del suo vissuto per trovare la risposta più adeguata alla sua situazione a fare della cura una pratica culturale fondamentale.

Nella relazione di cura ci sono parole che portano luce (che possono fare rinascere schegge di speranza anche quando gli orizzonti sembrano essere i più oscuri)¹³ e parole che portano in sé strisce di opacità (parole prive di significato, sulle quali ci si appoggia per condurre avanti il discorso, consapevoli che in realtà non significano nulla), parole che fanno decollare la speranza e parole che la inaridiscono: è "il silenzio" della parola "scavata" (si ricordi "Commiato" di Ungaretti: "Quando trovo in questo mio silenzio una parola scavata, è nella mia vita come un abisso"). Le parole hanno un potere straordinario se usate bene (ma anche se usate male), quello di trasformare, nel bene o nel male, il mondo.

Le parole, se messe in *narrazione*, possono trasformare emozioni "che possono essere dipinte, annusate, assaggiate, toccate" (*A. Ferro*, "Le viscere della mente", Cortina 2014). Man mano, infatti, che le parole tessono una narrazione, *leghiamo* le emozioni che, in tal modo, diventano contenibili.

*Professore di Psichiatria - Palermo



F.Kupka-The tree, 1908

Bibliografia

¹ Un silenzio che è ascolto dell'altro e della riflessione intima della mente e linguaggio del cuore. "Nella vita, come nell'arte, è difficile dire qualche cosa che sia altrettanto efficace quanto il silenzio"- *Ludwig Wittgenstein* (citazione tratta dal libro di *Luigi Quaglia*, "L'albero di Napoleone"-Booksprint ed. 2014)

Nei casi in cui la parola è avvertita come carente, la presenza e la vicinanza silenziosa di un'altra persona possono testimoniare anche meglio di una espressione verbale il condividere e il prender parte ad una sofferenza o a un problema grave – *Giovanni Gasperini*, "C'è silenzio e silenzio", Mimesis, ed. 2012.

² "Il libro degli amici. Appunti e diari- Ad me ipsum"Vallecchi ed. 1963,p.174.

³ La pandemia ha reso necessari cambiamenti nella relazione terapeuta/paziente. Le nuove tecnologie rendono possibile il mantenimento di un filo diretto tra queste due figure che sarebbe stato altrimenti impossibile, ma manca l'intersezione dei molteplici rapporti che si stabiliscono solitamente tra chi cura chi è curato.⁴ La sofferenza impone all'evidenza tutta la nostra drammatica debolezza ontologica, quella di un ente che si trova collocato nel mondo della vita dovendo continuare a esserci senza avere alcuna sovranità su quel divenire che trascina il poter essere nel tempo. Nell'esperienza della sofferenza l'avvertire interrotto, se non in frantumi, il ritmo consueto della vita mette a nudo la debolezza della condizione umana, L. Mortari, "Filosofia della cura",R. Cortina, 2015, pp.27-28.

⁵ Solo la conoscenza, l'esperienza, del dolore, ci consente di presentire, cosa si svolga nel segreto dei cuori sofferenti e cosa possa essere loro di aiuto.

"Ad un cuore spezzato

nessun cuore si volga

se non quello che ha l'arduo privilegio

d'avere altrettanto sofferto" – *Emily Dickinson*.

⁶ "Nell'esercizio della professione medica quello che solitamente manca è l'ascolto" (*Sergio Livigni*, in "La comunicazione diseguale", di *Lucia Fontanella*, Pensiero Scientifico 2011, p. 133.

⁷ Come diceva *Marina Cveteva*, faticoso è il lavoro necessario nel trovare parole leggere e profonde, gentili e assortite, fragili e sincere (in "Deserti e luoghi", Adelphi, 1989). Il vento ardito e luminoso delle vere parole, non delle parole senza suono. Forse sono parole che si possono trovare solo se in vita sia conosciuta l'esperienza della sofferenza – *Simone Weil*, "L'ombra e la grazia", Bompiani 2002.

⁸ "In fisica quantistica a un modello fatto di sostanza si sostituisce un mondo fatto di relazioni che si rispondono tra loro"

⁹ Lo sguardo è un potente mezzo di comunicazione: si dicono emozioni interiori e verità che le parole vorrebbero celare e persino contraddire – lo sguardo indica una trasparenza al di fuori del linguaggio e, al tempo stesso trascura questa trascendenza. (la comunicazione si affida alla vista piuttosto che all'udito e dura nel tempo, al di fuori dell'occasione, talora effimera, della comunicazione orale).

¹⁰ Il poeta *Edmond Jabès* ha scritto ("Il libro del dialogo, ed. Manni 2006) che "noi uomini parliamo attraverso una ferita", quando questo accade, la parola acquista un tono e uno spessore diversi diventa presenza. È l'inizio di un dialogo.

¹¹ L'ascolto è un contatto penetrante. Naturalmente non bisogna pensare che l'ascolto ci metta al posto dell'altro, come se potessimo cogliere in lui ciò che sente e pensa. Nessuno può prendere il posto di un altro. È piuttosto in noi stessi che ascoltiamo ciò che l'altro ci dice di sé a partire dalla sua persona. L'ascolto è la recezione in sé di un'introduzione nell'altro.

Pierre Durrande, "L'arte di educare alla vita"Ed. Qiqajon 2012, p.57.

¹² Un verso di *Paul Celan* dice: "apprendi ad ascoltare con la bocca" ("hör dich ein/ mit dem Mund", in "Dimora del tempo": "Il passo (la frase) delle trombe" ("Poesie", I Meridiani Mondadori 2008, p. 1322-1323): un verso che suggerisce una profonda attitudine all'ascolto in lingua nel passaggio tale quasi da suggerire la parola trasformandola dalla sfera uditiva a quella vocale.

¹³ "Una parola sola/ te 'varsave salvò la vita; ma quella bocca la xe stagia sita" e la morte la vola" ("Una parola sola/ ti avrebbe salvato la vita:/ ma quella bocca è stata zitta") – *Biagio Marin*, "Sed tantum dic verbum", in *Garzanti* 1999, p. 354, vv. 5-7.

Insecuritas e follie in tempo di contagio (Eclissi della ragione nelle storie dell'Occidente)

Riassunto

Irrazionali inquietudini e tensioni hanno movimentato tutte le grandi epidemie del passato. In ogni pestilenza, del resto, affiorano follie sia perché il male sfugge ad ogni immediata comprensione, sia perché evoca il fantasma della morte imminente. Nel mondo antico il contagio era inteso come una risposta al peccato di dismisura mentre nella società cristiana è fondamentale il riferimento alla colpa che plasma ogni vissuto. In età moderna affiora invece la preoccupazione angosciosa per lo smarrimento della salute e, da ultimo, nella società contemporanea è l'ideologia che orienta l'angoscia.

Parole chiave: epidemie, angoscia, follie.

Summary

Irrational anxieties and tensions have moved all the great epidemics of the past. In every pestilence, moreover, follies emerge both because evil escapes any immediate understanding, and because it evokes the ghost of imminent death. In the ancient world the contagion was intended as a response to the sin of excess while in Christian society the reference to guilt that shapes every experience is fundamental. In the modern age, on the other hand, the anguished concern for the loss of health emerges and, ultimately, in contemporary society it is the ideology that guides the anguish.

Keywords: epidemics, anguish, madness.

L'*Iliade* (1), la prima testimonianza poetica dell'Occidente, è un racconto di guerra che esordisce con la descrizione di una pestilenza esplosa in un clima di radicale conflittualità fra due personaggi che hanno la stessa patria: Agamennone ed Achille, intrisi di malumore irritato, si fronteggiano per una questione di donne – Criseide e Briseide – ridotte a mero oggetto di scambio. Agamennone che ha respinto la proposta di riscatto da parte del padre di Criseide, un sacerdote di Apollo, provoca il risentimento del Dio che, con le sue frecce pestilenziali, colpisce dapprima gli animali e poi, senza regola alcuna, i soldati raccolti sotto le mura di Troia. In un'atmosfera di strisciante tensione solo le parole melate di Nestore si sforzano di contenere l'aggressività. Finalmente, per contrastare il contagio, Agamennone si rassegna a cedere Criseide, per quanto ritenuta di gran lunga preferibile alla moglie Clitemnestra, ma in cambio pretende Briseide già assegnata ad Achille. Il male, in ogni modo, rientra quando, con adeguata ecatombe per placare il Dio, vengono smaltite le immondizie mentre all'esercito viene ordinato di lavarsi: una pratica igienica che, intrecciandosi con la liturgia dell'ecatombe, sembra sortire un buon effetto. Più ricca di particolari è la magistrale illustrazione della peste di Atene da parte di Tucidide (2) che dal contagio era stato colpito lui stesso. Ancora una volta l'epidemia si accompagna alla guerra: corre, infatti, la guerra del Peloponneso ed Atene, quanto prima, rigurgita di profughi. La descrizione del contagio segue immediatamente il celebre discorso di Pericle in onore dei caduti; un discorso che si conclude con l'invito, rivolto alle donne, a coprire con il silenzio il dolore per la perdita dei propri

cari morti per la patria; e, ancora una volta, la posizione della donna è marginalizzata in attesa delle nuove sofferenze che imporrà loro l'avvento della pestilenza. Il male arriva da lontano, dall'Etiopia, ma quando raggiunge l'Attica coglie tutti impreparati: si accusano i Peloponnesi di avere inquinato le cisterne d'acqua ed i medici, particolarmente colpiti perché a costante contatto con i malati, sono disorientati innanzi ad una sintomatologia del tutto sconosciuta. Le uniche misure profilattiche di qualche utilità sono la fuga e l'isolamento, per quanto comportino l'abbandono di amici e di familiari; nel contempo è incomprendibile l'atteggiamento di chi, con irresponsabile arroganza, si sente estraneo ad ogni possibile contagio. *Insecuritas* e sfrenatezza, innanzi allo spettacolo della morte, accompagnano l'eclissi di ogni regola di civiltà e solo chi ha supertao il male può godere di qualche serenità in quanto il contagio non colpisce mai due volte e, in caso di ricaduta, non si rivela letale. Nella pagina poetica di Lucrezio la descrizione della pestilenza si arricchisce di altri stimolanti motivi: Lucrezio (3), che condivide l'atomismo di Democrito, postula, infatti, la presenza di atomi particolari – *semina rerum* – quali agenti etiologici dell'epidemia modulata dalle variazioni climatiche. Sospesi nell'aria questi atomi entrano nel corpo mediante il respiro sconvolgendo le funzioni dell'organismo. Non vi sono farmaci specifici ed ogni malato vive nell'angoscia mentre lo spettacolo continuo della morte invita a comportamenti raccapriccianti, estranei alla più elementare ragionevolezza. Gli stessi animali fuggono spaventati, respinti dall'odore fetido dei cadaveri. Nelle testimonianze letterarie ora ricordate l'accento viene posto su al-

cuni motivi ricorrenti, motivi presenti nelle epidemie di sempre: il coinvolgimento del mondo animale, l'assemblamento quale inevitabile retaggio di ogni guerra, la conflittualità civile come quella che coinvolge Agamennone ed Achille, l'isolamento e la fuga quali possibili difese, lo spettacolo della morte con l'angoscia che suscita invitando a comportamenti di aggressività collettiva.

Anche la medicina deve, naturalmente, misurarsi con i drammatici sconvolgimenti dovuti alle epidemie. Ippocrate, il fondatore della medicina scientifica, scrive alcuni libri – *Epidemie* – che contengono osservazioni, cliniche ed epidemiologiche, dalla fondamentale rilevanza per interpretare il male e per suggerire al medico come deve fronteggiare una sintomatologia complessa, caratterizzata da disturbi somatici ma anche da possibili disordini della mente. Le riflessioni ippocratiche, in sintonia sotto tanti profili con quanto è stato tramandato dagli storici e dai poeti, eludono peraltro il rimando al mondo degli Dei ed alla connessione fra sacrilegio e contagio che sono, invece, fondamentali nel racconto dell'*Iliade*: l'osservazione è, infatti, la guida metodologica delle *Epidemie* (4). Le febbri epidemiche, argomenta Ippocrate, sono plasmate dall'assetto climatico-stagionale che caratterizza il mondo in cui si manifestano mentre nell'incontro terapeutico – fra malato, malattia e medico – il medico deve tener conto di parametri oggettivi quali sono la costituzione, l'età e il sesso del malato. Nella descrizione accurata dei casi clinici osservati i disturbi psichici – frenitide, stato confusionale, perdita della memoria, depressione – sono intesi, per lo più, come un segno prognostico sfavorevole. Va rilevato come la pagina di Ippocrate, che vuole “descrivere il passato, comprendere il presente, prevedere il futuro”, sia estranea alla registrazione di quel clima di angoscia collettiva che circola nel racconto di altri autori e, in particolare, di Tucidide. In breve, nella medicina degli Antichi domina la teoria, esplicitamente formulata da Galeno (5), che attribuisce all'aria infetta un ruolo patogenetico determinante nel provocare la pestilenza. Celso (6), per suo conto, ribadisce, invece, l'invito alla fuga quale risposta al diffuso sentimento di paura che, come un'ombra, accompagna ogni contagio.

William H. McNeill (7), illustrando l'andamento delle epidemie nei primi secoli d. C., sottolinea il ruolo che la caduta demografica, dovuta proprio alle epidemie, ha avuto nell'indebolire l'assetto dell'impero di Roma che, nel volgere di poche generazioni, non è più stato in grado di difendersi e di contrastare le orde di migranti che sconvolgevano i suoi confini. La peste, del resto, scandisce la fine del mondo antico come conferma la cronaca di Procopio di Cesarea (8) che racconta delle guerre e della peste di Giustiniano senza dimenticare la follia che circolava fra i contagiati. Scartata ogni ragionevole possibilità di attribuire la pestilenza a cause naturali, Procopio la attribuisce al volere del Cielo. Inquietante il momento del contagio, annunciato dall'apparizione di fantasmi che non

scompaiono neppure nei luoghi consacrati e che perseguitano le loro vittime anche in sogno per comunicare il momento della fine. In questo clima di follia collettiva, Procopio sottolinea le difficoltà di chi doveva assistere i malati mentalmente disturbati e ricorda la caotiche conseguenze delle sepolture collettive. Innanzi all'angoscia suscitata dalle epidemie il paganesimo non trovava risposte mentre il cristianesimo attribuisce un senso alla sofferenza e invita a soccorrere ed assistere gli infermi: è iniziato il Medio Evo.

Nei primi tempi dei Secoli Bui la pestilenza tende a scomparire – ma, forse, mancano le testimonianze - fino a quando, veicolata lungo la rete carovaniere dei Mongoli, ricompare con violenza nel 1347 (9). Ancora una volta si tratta di un contagio simile a quello dell'età di Giustiniano, tanto che si può ritenere che il Medioevo sia compreso fra due grandi e drammatiche pestilenze. L'epidemia, che travolge il giusto e l'ingiusto, è il catalizzatore di complesse trasformazioni che investono ad ogni livello le forme della vita: il sentimento del tempo, l'immagine del corpo, le espressioni figurative; la morte stessa è al centro di oscure, angoscienti aspettative. La comparsa degli orologi sui campanili e sulle torri delle piazze, mentre imbriglia lo scorrere del tempo in monotone durate, diventa quando soffia il contagio un monito per ricordare la vanità delle cose terrene sconvolte dall'urgere improvviso della morte. Se con la lebbra (10) e con la tubercolosi (11) – mali cronici – si può e si deve convivere, la ventata epidemica espone, infatti, al rischio della morte improvvisa rendendo inquietante l'attimo del transito. Del resto, il corpo (12), questo involucro dell'anima, quando è colpito dall'epidemia testimonia con modalità spettacolari lo sfacelo e la putrefazione a cui è destinata la carne: si tratta di metamorfosi ripugnanti che influenzano le stesse arti figurative (13) incentivando quelle ‘danze della morte’ (14) che conosceranno per secoli una larga diffusione soprattutto lungo l'arco alpino. La bellezza del corpo, come Boezio (15) aveva lasciato intendere e come amavano ricordare i predicatori (16), altro non è che un patetico inganno. Un'età tragica in cui si trova una risposta per tante sventure elaborando un profondo ed irrazionale senso di colpa che si accompagna alle processioni, invase e folli, dei flagellanti ed alla persecuzione degli Ebrei, una minoranza ritenuta colpevole di rovine a cui era del tutto estranea (17). Qualche argine alla diffusione del male viene peraltro attivato dalle norme di quarantena, espressione delle osservazioni empiriche da parte dell'autorità civile (18). Non manca, d'altra parte, chi non rinuncia alla speranza. Suggestiva e rivoluzionaria, ad un tempo, è infatti la descrizione del clima allora corrente, così come viene vissuto ed illustrato da due grandi contemporanei, Petrarca e Boccaccio, che annunciano un'età nuova: l'età dell'Umanesimo che non condivide il cupo pessimismo del tempo che l'ha preceduta. A Francesco Petrarca (19), un poeta insigne dal profilo personologico incline alla ma-

linconia, la peste rapisce Laura, la luce che orienta la sua esistenza: una perdita che sconvolge il sentimento del tempo tanto che, come scrive in un Sonetto 'In morte di Laura':

La vita fugge e non s'arresta un'ora;
E la morte vien dietro a gran giornate;
E le cose presenti e le passate
Mi danno guerra e le future ancora; (20)

Ma, al di là di tanti turbamenti, il fascino di Laura, che ha la bellezza di Elena e il volto di Maria, conferisce una nuova, dolce dignità ad ogni figura femminile il cui tenero incanto è riscoperto e sottolineato proprio in tempo di peste. In Boccaccio la valorizzazione della donna è altrettanto manifesta. Nella prima giornata del *Decameron* (21), illustrata la "pestifera mortalità" che ha colpito Firenze distruggendo ogni regola civile, Boccaccio racconta di sette (22) giovani donne, ragionevoli ed oneste, che, accompagnate da tre giovani con compiti organizzativi, decidono di abbandonare il disordine urbano per trasferirsi in un ambiente naturale, pulito e sereno, dove il tempo può essere riempito da libere narrazioni che possano sollevare lo spirito: una sorta di psicoterapia di gruppo. Pratiche di auto-aiuto volte a mantenere ed incoraggiare la serenità dell'animo saranno suggerite anche da Pietro da Tossignano (23) che nel *Consiglio per la peste* non trascura di raccomandare canti e letture amene.

Dopo l'impennata della metà del '300, la peste continuerà per secoli a tormentare le popolazioni dell'Occidente ma, quando il '400 va concludendosi, nuove ondate epidemiche sconvolgeranno la vita attraversando l'Oceano (24). Le popolazioni delle Americhe, dopo il contatto con gli Europei, vanno verso uno spaventoso crollo demografico che accompagna la malinconica passività da cui sono travolte constatando la differente incisività del contagio rispetto agli invasori europei, immuni nei confronti del male che diffondevano. Ma anche l'Europa è travolta da una nuova malattia: la sifilide.

Poiché l'esplosione del contagio sifilitico coincide con gli anni del ritorno dalle 'Indie' dei marinai di Colombo e con la calata di Carlo VIII in Italia si è ipotizzato che il male fosse di origine americana e che proprio dall'esercito di Carlo VIII fosse stato diffuso in Italia. Sono però state avanzate altre, più convincenti interpretazioni che parlano di un'origine africana (25). Il contagio che, dal suo esordio fino al primo '500, ha andamento acuto, con deturpanti manifestazioni cutanee e violenti dolori muscolari, si trasmette attraverso il contatto sessuale ed è questa una caratteristica che lo differenzia da altre epidemie suscitando fantasie di colpa bene individuabili. I bordelli e i movimenti degli eserciti, per lo più seguiti da manipoli di povere donne, hanno senza dubbio svolto un ruolo notevole nella diffusione del contagio che ha trasformato i costumi. Antonia, una protagonista dei *Ragionamenti* dell'Aretino, si lamenta della propria povertà perché "dal mal francioso in fuori" non trova più clienti (26). Una situazione dolente, come spiega Erasmo là dove descrive la cruda realtà delle donne galanti ridotte a "cloaca pubblica" ed esposte alla certezza di contrarre "quella lebbra che chiamano mal spagnolo" (27). Un ruolo fondamentale nell'illustrazione di questo male, che ha avuto un'incisività tanto rilevante sul piano sociale, compete a Girolamo Fracastoro (28). Lo stesso nome 'sifilide' è di origine fracastoriana e deriva da Sifilo, un inquieto pastore del poema *Siphilis sive de morbo gallico* (29) dove il grande umanista e medico veronese illustra i principali motivi che connotano questa malattia di cui si rifiuta l'origine americana e che viene attribuita a "semina morborum" (30). Ma Fracastoro che non si limita a riflettere in merito agli aspetti biologici del contagio, ricorda anche, con parole accorate, il clima di cupa malinconia che accompagna chi è stato colpito dal male, con la perdita di tutti quei valori che sono propri della salute, mentre per la guarigione non dimentica di suggerire regole di vita sobria che comprendono il lavoro e la fatica.



Fig.1 - Girolamo Fracastoro: poeta della sifilide

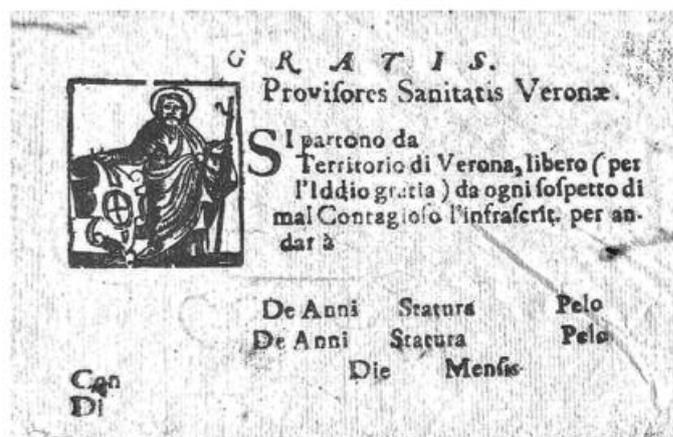


Fig.2 - Fede di sanità con l'autorizzazione a viaggiare

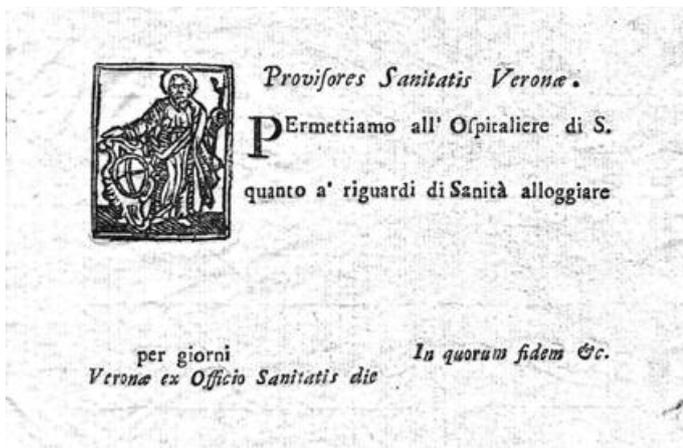


Fig. 3: - Fede i sanità con l'autorizzazione ad essere ospitato al di fuori del proprio territorio

La sifilide non è l'unico contagio che soffia nella prima Età Moderna: è necessario, infatti, difendersi da altri mali, quali il tifo esantematico che si fa sentire fin dai tempi biblici (31) o dalla stessa 'peste vera' che non dà tregua anche se bisogna aspettare il 1576 e il 1630 perché divampi con quella violenza che evoca la moria del tempo di Giustiniano o di Petrarca mettendo a dura prova l'autorità civile impegnata nel limitare la diffusione del contagio. Un tempo segnato da palesi asperità fra il sapere della medicina (32) e le aspettative degli uffici di sanità pubblica (33) mentre la sensibilità collettiva è plasmata da confuse suggestioni magiche intrecciando superstizione e religione, naturalismo ed astrologia. Ricercando la causa ultima del male, si postula l'intervento di Dio, che intende punire i mortali per i loro peccati, incentivando alla luce di questa interpretazione oscuri sensi di colpa e promuovendo processioni e pratiche liturgiche con intenti riparatori. Si ritiene, in quel tempo, che le streghe possano generare ogni malattia (34). Compare il personaggio dell'untore. Corrono gli anni della Riforma e della Controriforma. Ma, proprio in questo tempo di accese conflittualità, non mancano impulsi al rinnovamento assistenziale che prende forma grazie ad associazioni di laici ed ecclesiastici – si pensi alle Compagnie del Divino Amore – che testimoniano la loro spiritualità ed il loro ascetismo impegnandosi nell'accudire infermi ed incurabili. Nel 1576 sono colpite molte grandi città come Milano e Venezia. A Milano la pestilenza di quel tragico anno viene designata come peste di s. Carlo in quanto questo santo vescovo, in una città terrorizzata dove chi può fuggire si allontana, si prodiga nell'aiuto materiale e spirituale fornito alla propria diocesi (35). Anche a Venezia, preoccupata come sempre per l'ingombrante vicinanza del Turco, la situazione è tesa e la magistratura sanitaria è quanto mai vigile; l'opera dei monatti è allora circondata da un alone di sospetto che riflette le sotterranee paure del tempo (36). Ma è nella pestilenza del 1630 che il personaggio del monatto diventa l'inquietante re-

sponsabile della peste manufatta. La peste del 1630 è la peste manzoniana illustrata nelle pagine indimenticabili dei *Promessi Sposi*, un romanzo arricchito in Appendice dalla *Storia della colonna infame* (37) che ricorda la ferocia con cui la 'Giustizia', ricorrendo alla tortura, ha infierito su due poveri untori. Come è noto, Pietro Verri (38) oltre un secolo dopo, in pieno illuminismo, ricorderà lo squallido comportamento di questa magistratura che non sempre serviva la giustizia. Paolo Preto (39), tuttavia, parlando degli untori invita a non generalizzare e ricorda come non siano mancate unzioni scherzose, di pessimo gusto, ma forse anche 'disattenzioni' nello spargere indumenti infetti da parte dei monatti stessi desiderosi di continuare il loro lavoro. Si è anche ipotizzato che la severità contro gli untori non fosse estranea a qualche aspettativa 'politica' da parte del Senato ansioso di affermare il proprio potere: bisognava, insomma, trovare qualche colpevole per tranquillizzare l'opinione pubblica. In ogni modo, paure e violenze, sia personali che pubbliche, esprimono il clima di assoluta irrazionalità che accompagnava l'epidemia. Accanto alle pagine di Manzoni, una suggestiva narrazione in merito a quel tempo è fornita dal veronese Francesco Pona: un testimone oculare anche se nel momento in cui il contagio infuriava con la maggiore violenza si era prudentemente barricato in casa (40). Ogni motivo che connota il male è messo a fuoco da Pona: le seggiole, le barche e le carrette per condurre i malati al lazzaretto o per trasportare i cadaveri; il clima delirante che soffia con insistenza in quanto non solo il corpo è colpito ma le stesse "facoltà dell'Anima" sono travolte. Sono, del resto, contagiati bambini, adulti e vecchi, senza regola alcuna, tanto da dover concludere che "la Natura della Peste è incomprendibile". La sola "divozione del Santissimo Rosario" si è rivelata un potente "Antidoto ... contro il Morbo" (41). Un momento, senza dubbio, inquietante tanto che lo stesso fascino femminile è velato da ombre; scrive Pona:

"Le Donne, caduchi ligustri del giardino della Natura ... perduto il supremo vanto, ch'è l'amorosa attrattiva, parevano fiori abbattuti dall'ingiuria del Vento ... languendo in loro non che lo sguardo ... ma la bellezza, il calore e quasi la Vita" (42).

Suggestiva è anche la cronaca della peste di Londra del 1665 composta da Defoe nel 1722 sulla base di qualche testimonianza arricchita, come nota Elio Vittorini, da una brillante fantasia storica. L'angoscia, il dubbio ossessivo se fuggire o non fuggire, la paura delle comete, l'incalzare delle superstizioni, le illusioni che sconfinano in allucinazioni vere e proprie, comportamenti bizzarri e via dicendo, sono tutti elementi messi a fuoco da Defoe per raccontare delle follie che movimentano la vita quando soffia il contagio (43). Mentre Defoe illustra, con accorata partecipazione, gli aspetti emotivi ed irrazionali che ac-

compagnano l'epidemia, Lodovico Antonio Muratori pubblica, quasi per concludere la triste vicenda della peste seicentesca, un celebre saggio – *Del governo della peste. E delle maniere di guardarsene* – dove, dopo aver ricordato che “l’Infezione del genere Umano non rade volte è stata preceduta da quella de i Bruti”, afferma di aver voluto elaborare un “Trattato Popolare” che fosse di reale utilità per tutti. Con illuminato equilibrio, Muratori distingue poi il proprio saggio in tre parti con oggetto il “Governo Politico” della peste, il “Governo Medico” e da ultimo il “Governo Ecclesiastico”(44). La civetta di Athena compare sempre al tramonto. Dopo le morie del Seicento la peste va, infatti, spegnendosi, pur senza scomparire, con un’ultima impennata epidemica a Marsiglia nel 1720.

Nel ‘700 non è più la peste ma il vaiolo l’epidemia del secolo che si troverà al centro di tanti dibattiti coinvolgendo non solo epidemiologi e medici. Il vaiolo, una malattia contagiosa dall’elevata mortalità, lascia, del resto, cicatrici indelebili che deturpano il volto, con palese rammarico da parte femminile. E, forse, proprio la preoccupazione per la tutela della bellezza ha avuto qualche ruolo nel promuovere la pratica dell’innesto in modo da proteggere chi non era ancora stato raggiunto dal male. Illuminanti, al proposito, le osservazioni di Mary Wortley Montagu che in una lettera datata Adrianopoli 1 aprile 1717, dopo aver raccontato di aver attraversato alcuni paesi colpiti dalla peste, descrive, con grande precisione, la pratica dell’innesto commentando che il vaiolo, “così diffuso e fatale da noi”, in Turchia è stato reso innocuo proprio grazie all’innesto (45). Lady Montagu lo fece eseguire nella propria figlia divulgando l’episodio durante l’epidemia di vaiolo che nel 1721 colpì l’Inghilterra. Con Lady Montagu lo spirito dell’illuminismo scaccia le ombre che, nel secolo precedente, oscuravano la ragione. Lungo il ‘700 la pratica dell’innesto si diffonde in molti paesi europei ma Tissot, pur ritenendo questo intervento il “solo mezzo sicuro di tener lontano ogni pericolo” di contrarre il vaiolo, fa notare che si tratta di una procedura complicata praticabile solo “in quei Paesi dove sonesi fondati degl’ospedali a cagion dell’innesto” (46). La lotta contro il vaiolo diventa, comunque, più incisiva dopo l’avvento della vaccinazione proposta da Edward Jenner che per la prima volta la esegue nel bambino James Phipps (47). Nei primi annai in cui la vaccinazione va diffondendosi, per promuoverne il consenso, si registrano e si divulgano i casi di celebri personaggi che vi sono ricorsi: ben nota la vaccinazione di Giuseppino, il figlio dell’incantevole Isabella Teotochi Albrizzi (48). Non mancano peraltro polemiche e resistenze. Benedetto Croce (49) ricorda l’ostilità del Papa, perplesso per la mescolanza delle linfe animali con quelle umane che la vaccinazione comporta. Si erano poi osservati alcuni casi di persone vaccinate ma ugualmente colpite dal vaiolo: non era, infatti, stata ancora chiarita l’opportunità dei richiami.

Nonostante qualche difficoltà, grazie alla sinergia fra medicina e sanità pubblica, la lotta contro il vaiolo è stata una grande vittoria della medicina contemporanea (50). Commenta Giorgio Cosmacini che la vaccinazione “è stata la più efficace arma di difesa contro le malattie infettive fino all’epoca dei moderni antibiotici” (51).



Fig. 4 – Vaiuolo confluyente. (Jean-Louis Alibert, *Clinica del parigino spedale di S.Luigi*, ed. it., Venezia, Antonelli, 1835, Tav. 8).

Lungo l’Ottocento il vaiolo non è il solo problema con cui deve misurarsi la medicina: grande rilevanza, anche dottrinale, compete al colera dove si fronteggiano contagionisti e non contagionisti (52) fino a quando viene individuato l’agente che lo provoca – il vibrione del colera – che per la prima volta fu visto da Pacini durante l’epidemia del 1854-55 in Firenze grazie ad osservazioni microscopiche sul contenuto intestinale di colerosi deceduti. L’individuazione dell’origine microbica del contagio ebbe però adeguata risonanza solo qualche anno dopo quando Koch visualizzò il vibrione in Egitto e riuscì a coltivarlo nel 1884. Il colera pur non comportando l’elevata mortalità della peste fu però accompagnato da tensioni, pregiudizi ed angosce collettive che resero difficili gli stessi interventi della sanità pubblica volta ad arginarlo e combatterlo. Pregiudizi e superstizioni furono quanto mai diffusi, sia prima che dopo la scoperta del vibrione, soprattutto nell’Italia meridionale e, in particolare, in Sicilia dove nell’immaginario popolare il colera fu identificato con qualche veleno che sarebbe stato disseminato dal governo con intento di controllo demografico, per ridurre il numero esorbitante dei poveri. Si era, infatti, rilevata una mortalità differenziata fra i poveri e gli appartenenti alla classe agiata, fantasticando, in epoca borbonica, che lo stesso sovrano si aggirasse fra gli avvelenatori per incoraggiarli nella loro opera. In altre parole si ipotizzava una connivenza fra il governo, i medici

e i ricchi. Gli stessi liberali spinti da ideali patriottici e risorgimentali avevano tentato di cavalcare l'equivoco colera-veleno per provocare qualche sommossa. Questa intricata vicenda di lotta di classe e di patriottismo è stata ben riassunta da Paolo Preto (53) e da Eugenia Tognotti (54); ma delle follie suscitate dal colera nel Meridione parlano anche grandi letterati del secolo scorso quali Verga (55), Capuana (56) e De Amicis (57). Inquietante l'atmosfera che circola nella thomasmanniana *Morte a Venezia*, (58) dove, fra reticenza e sospetto, serpeggia, all'ombra del colera, ogni forma di disordine civile. In ogni modo, le opere igieniche di bonifica urbana e la scoperta della possibilità di un vaccino, per quanto di breve durata, hanno permesso di ridimensionare il contagio coleroso che, peraltro, si è fatto sentire anche durante la Grande Guerra ma senza provocare i guasti del passato, anche se, al proposito, Lussu ama ironizzare chiedendosi: "Che cos'è il colera di fronte al fuoco d'infilata di una mitragliatrice?" (59).

Al tempo della Grande Guerra, piuttosto che il colera, è stata la spagnola (60), una violenta febbre influenzale, che ha mietuto un gran numero di vittime diffondendosi in una popolazione per lo più denutrita dove la stessa tubercolosi polmonare (61) era in drammatico aumento. La designazione 'spagnola', per quanto l'epidemia fosse di origine americana, è dovuta alla tempestiva segnalazione del male da parte della stampa iberica; nel 1918, quando il contagio si è fatto sentire, la Spagna, infatti, non era in guerra a differenza degli altri paesi europei dove vigevo una rigorosa censura. Sul ruolo della 'spagnola' in merito all'andamento ed alla conclusione della Grande Guerra è stato versato molto inchiostro; al di là delle più diverse ipotesi si deve, comunque, prendere atto che questa influenza ha sterminato milioni di persone, in triste gara con il numero dei caduti in combattimento. Paolo Preto (62) ricorda come in quel tempo, tempo di censura, fossero affiorate, come sempre, ipotesi irrazionali che ora attribuiscono l'epidemia all'opera del nemico – lo straniero – ed ora al fronte interno turbato per l' 'inutile strage'. Dopo la 'spagnola', altre febbri influenzali hanno colpito lungo il '900 ma con un' incisività più modesta rispetto alla pandemia del 1918.

In età contemporanea nuovi contagi – accanto al colera, alla spagnola etc. – si sono fatti sentire: particolarmente preoccupante è stato l'Aids. Mirko D. Grmek, autore di un dettagliato saggio sulla questione, accompagna il lettore lungo il complesso ed intricato sentiero conoscitivo che ha movimentato la vicenda di questo contagio che si è imposto all'attenzione degli studiosi nei primi anni '80 del Novecento. L'infezione, veicolata con lo sperma e con il sangue, ha colpito quanto prima omosessuali e tossicodipendenti che usavano siringhe non pulite, ma senza grandi ritardi è stata diagnosticata in pazienti eterosessuali o bisognosi di qualche trasfusione; New York, San Francisco, Haiti e l'Africa sono stati i centri in cui il male è stato

tempestivamente segnalato e da cui è andato diffondendosi. Omosessualità, tossicodipendenza e sangue – fattori che invitano alla metafora – hanno acceso quanto prima pregiudizi di ordine morale con "ondate di isteria collettiva" di fronte a questa infezione legata alla liberalizzazione dei costumi ed alla globalizzazione dei movimenti. Non sono mancati i conflitti fra i rispettivi centri di ricerca in quanto intorno all'identificazione del virus ruotavano palesi interessi economici legati alla possibilità di elaborare una diagnosi sierologica ma anche alla possibilità di avere un vaccino a disposizione. Sono affiorate anche interpretazioni fantasiose da parte di chi riteneva che l'epidemia fosse l'espressione di una guerra biologica finanziata dalla CIA. Nel 1985 si è, addirittura, affermato, 'con certezza', come il virus dell'Aids altro non fosse che "un prodotto legato alla preparazione della guerra biologica" (63).

L'Aids ha suscitato molte inquietudini perché con la sua improvvisa e subdola comparsa ha rivelato tanti limiti della medicina sia per quanto interessa l'inquadramento diagnostico sia in merito alle possibili terapie. Si trattava, peraltro, di difficoltà modeste se si pone mente alle inquietudini ed ai disagi che, nei giorni correnti, sono legati al Covid. Per quanto alla comparsa del contagio non fosse mancata, come sempre, qualche fantasia fuorviante, è stato però possibile combatterla grazie all'opera di informazione, precisa e tempestiva, quotidianamente divulgata da parte dell'autorità sanitaria di ogni Paese. L'irrazionale aggressività dei 'No-Vax' ricorda, peraltro, che solo un velo sottile di ragionevolezza copre l'animo umano. La elevata mortalità ne fa un'epidemia che ricorda le conseguenze della spagnola e della pestilenza dell'età di Boccaccio e di Pona quando cordoni sanitari e quarantene tendevano ad arginare, per quanto possibile, la diffusione del contagio. Osservando i limiti che le regole di quarantena pongono oggi alla libertà individuale, Francesco Valeriani ricorda come l'uomo sia "un ente gruppale" (64), bisognoso di scambi interpersonali volti ad aumentare la speranza, auspicando una corretta flessibilità degli inevitabili divieti. L'isolamento è, infatti, accompagnato da molteplici difficoltà, come ricorda Silvio Fasullo (65) che pone l'accento sullo smarrimento che può colpire tanti giovani studenti che, isolati, perdono ogni motivazione allo studio pregiudicando il proprio futuro; una sventura sociale che va di pari passo con la morte dei vecchi accolti nelle case di riposo o nelle residenze assistite. Una singolare proposta per ridurre la mortalità differenziata che, in Svezia ma anche in altri Paesi, ha colpito gli immigrati rispetto ai nativi è stata avanzata suggerendo un incremento della telemedicina, almeno in un paese fortemente digitalizzato come la Svezia (66). Si tratta, peraltro, di una pratica che pone qualche perplessità – almeno, nello scrivente – in quanto elude il rapporto diretto medico-paziente, così come viene tradizionalmente inteso; ma si tratta di pratica alla quale, in futuro, sarà sempre più ne-

cessario ricorrere. L'uomo malato, giovane o vecchio, svapora ormai nel virtuale. L'equilibrio psichico, turbato in ogni epidemia, ne ha risentito anche a causa del Covid: disturbi post-traumatici da stress sono stati rilevati non solo in pazienti che avevano vissuto l'esperienza della riattivazione ma anche presso lo stesso personale d'assistenza (67). Un tempo difficile perché non si può sapere quanto dureranno le restrizioni correnti e per quanto riguarda il futuro si ravvisa la necessità di migliorare il funzionamento di ogni struttura sanitaria (68).

Questa rapida carrellata attraverso le epidemie che, dal tempo dell'*Iliade* fino all'esordio del terzo Millennio, hanno colpito l'Occidente reclama qualche commento: innanzi tutto, in merito alla diagnosi dei ricorrenti contagi, si deve rilevare che, dopo l'avvento della microbiologia e del microscopio elettronico, le varie epidemie sono state individuate e designate sulla base dei criteri di visibilità oggi correnti; in passato si faceva, invece, riferimento al profilo sindromico interpretando, per lo più, i vari disturbi in chiave umorale. Ma, nonostante la mutevolezza dei modelli scientifici di riferimento, la risposta emotiva al contagio non è molto mutata. Mentre per i disturbi ad andamento cronico, quali la lebbra e la tubercolosi, la lunga durata del male e le sue espressioni, più o meno coinvolgenti, hanno suscitato sentimenti di meditazione dolore e di repulsione, nelle epidemie acute l'incombere improvviso della morte è stato invece accompagnato da crisi di angoscia personale e da timori collettivi dovuti alla sostanziale oscurità del contagio. Vi è, infatti, il bisogno, insito nella natura umana, di trovare per ogni problema una possibile interpretazione comprensibile. Ma quando ogni evidenza naturalistica sfuggiva si invocava il cielo, alla maniera di Procopio di Cesarea o di Francesco Pona, o il governo, come in età borbonica. Bisognava, comunque, individuare un capro-espiatorio: l'ebreo, l'untore, il medico avvelenatore o il nemico, tanto più nemico se straniero. La paura è stata l'incessante motore di ogni irrazionalità aggravata dall'isolamento che impedisce il dialogo ed esaspera la solitudine. Ma, fra tante incertezze, la bonifica igienica, le pratiche di vaccinazione, i cordoni sanitari e la quarantena hanno svolto, per quanto possibile, una vera e propria tutela della salute. Ancor oggi è indispensabile fare riferimento a queste pratiche anche se l'orizzonte è inesplorabile: le mutazioni del virus e la globalità delle migrazioni pongono non pochi problemi.

Ed ancora, la storia delle epidemie, accanto ai problemi igienici e finanziari che ne segnano il percorso, pone sul tappeto la questione, davvero fondamentale, legata all'urgere della morte che, inaspettatamente, invita a riflettere sul senso stesso dell'esistenza. Vivere, come insegna Heidegger, altro non è che "essere- per- la- morte" (69) ma questo inevitabile traguardo viene per lo più posto fra parentesi ed accantonato fino a quando il clima epidemico, con la paura della morte che gli è propria, ne svela la inevitabile e perentoria coerenza. Questa paura, peraltro,

mostra nelle varie culture toni differenti plasmati da concezioni metafisiche mutevoli. Una mutevolezza che invita a non interpretare, ricorrendo alle stesse lenti, fenomeni emotivi radicati in visioni del mondo non omogenee. Al tempo dell'*Iliade*, quando gli Dei camminavano ancora fra i mortali, il bisogno espiatorio per il peccato di dismisura di Agamennone va di pari passo con l'angoscia suscitata dalla pestilenza e reclama un'ecatombe. Differente la posizione di Tucidide che, su posizioni laiche, descrive con precisione il turbamento emozionale, sia individuale che collettivo, di fronte al contagio ma nei confronti degli oracoli ha un atteggiamento di scettica perplessità. In Lucrezio, che si ispira a Tucidide, la descrizione della peste di Atene, connotata da caotiche sepolture e dall'angoscia dei sopravvissuti, conclude il suo celebre poema: un monito che invita al distacco epicureo perché tutto è vano, tutto è destinato a finire sotto terra. Decisamente altra è la sensibilità di Procopio di Cesarea che attribuisce il contagio al volere del Cielo: al suo sguardo questa tragedia è inspiegabile, tanto più che i peggiori fra i cittadini sembrano essere i meno colpiti dal male. Quando alcuni secoli dopo, al tempo di Petrarca, soffiava nuovamente il vento della pestilenza il male è ancora una volta attribuito al volere del Cielo ma l'angoscia che lo accompagna è sostanziata da un bisogno espiatorio radicale, testimoniato dalla valorizzazione delle processioni e dal comportamento dei flagellanti: si tratta di un aspetto che connota in maniera profonda il cristianesimo (70). Un motivo che si farà sentire anche in altre pestilenze, come in quella di s. Carlo. Ma, per dire della pestilenza che scandisce la fine del Medioevo, la risposta alla paura della morte non si esaurisce in tutte quelle pratiche liturgiche che affondano le proprie radici nel senso i colpa: Boccaccio, per esempio, propone una soluzione dove l'angoscia per la morte si trasforma per diventare un esplicito richiamo alla vita (71). Un nuovo sentire affiora poi nel primo Rinascimento quando, con la diffusione della sifilide, l'angoscia ha per oggetto lo smarrimento della salute e di ogni fascino terreno. Le stesse epidemie di vaiolo, che imperversano lungo l'età moderna e quella contemporanea, con le cicatrici deturpanti che non di rado marcano in maniera indelebile il volto dei sopravvissuti sono accompagnate da un turbamento tutto terreno, estraneo alle preoccupazioni per il destino dell'anima. Ed infine, osservando le epidemie di colera, si deve prendere atto che lo sguardo non è più rivolto al cielo ma è ormai caduto a terra: paure, lotta di classe, diffidenza verso le regole di prevenzione promosse dai governi si intrecciano plasmando l'ansia che inevitabilmente il contagio suscita. Anche oggi, al tempo del Covid, l'angoscia strisciante che accompagna le mutevoli ma incalzanti regole di prevenzione ha un sapore eminentemente terreno ed è accompagnata da ombre che, sempre più fitte, oscurano le regole di vita del passato: non vi sono più confini; nella divulgazione delle notizie prevalgono quelle inquietanti; l'in-

contro umano è spesso ridotto al dialogo mediato da immagini virtuali. Tutto invita a pensare che il Covid abbia accelerato al fine di un'epoca.

**Psichiatra, L. D. Storia della Medicina*

Bibliografia e note

1. Iliade, lib.I, v. 9 e seg.
2. Tucidide, *La guerra del Peloponneso*, lib. II, 47-54.
3. Lucrezio, *De rerum natura*, VI, 1090 e seg.
4. Ippocrate, *Le epidemie*, lib. I, in *Opere*, a cura di Mario Vegetti, Torino, UTET, 1976, pp. 328, 355.
5. Galeni *De differentiis febrium*, cap. 4, in *Omnium Operum Secunda Classis*, Venetiis, Apud Vincentium Valgrisium, 1562, carta 30 v. G.
6. Aulo Cornelio Celso, *Della medicina*, lib. I, 10, trad. Angiolo Del Lungo, Firenze, Sansoni, 1985, p. 44 e seg.
7. W. H. McNeill, *La peste nella storia. Epidemie, morbi e contagio dall'antichità all'età contemporanea*, trd. Laura Comoglio, Torino, Einaudi, 1981, pp. 104 e seg. Anche Santo Mazzarino ribadisce il ruolo della pestilenza che, accanto ad altri fattori, ha provocato la fine dell'impero di Roma. (Santo Mazzarino, *La fine del mondo antico*, Milano, BUR, 2002, p. 137)
8. Procopio di Cesarea, *La guerra persiana*, lib. II, 22-23. Klaus Bergdolt, *La peste nera e la fine del Medioevo*, trad. Anna Frison, Casale Monferrato (AL), Piemme, 1997, pp. 16, 47 e seg. Il 1347 è l'anno in cui di può collocare il primo esempio di guerra batteriologica quando a Kaffa – una colonia genovese – i Mongoli hanno gettato cadaveri morti per peste entro le mura della città assediata (Henri H. Mollaret, *Presenziazione della Peste, in Venezia e la Peste*, Venezia, Marsilio, 1979, pp. 11-17).
9. La lebbra è stata presente lungo tutto il Medioevo quando questi malati erano confinati in lebbrosari che la peste nera contribuì a spopolare (W. H. McNeill, *La peste nella storia*, cit., p. 158). Intesa come simbolo di peccato, la lebbra comportava l'isolamento che, verosimilmente, ne favorì la scomparsa (François Bériac, *La paura della lebbra*, in *Per una storia delle malattie*, a cura di Jacques Le Goff e Jean-Charles Sournia, trad. Nicola Coviello et Al., Bari, Edizioni Dedalo, 1986, pp. 173-194).
- 10.
11. Sul complesso intreccio fra magia, superstizione e religione in merito alle guarigioni delle scrofole – un intreccio che connota tante condizioni morbose, peste compresa - si veda: Marc Bloch, *I re taumaturghi*, trad. Silvestro Lega, Torino, Einaudi, 1973.
12. Jacques Le Goff, Nicolas Truong, *Il corpo nel Medioevo*, trad. Fausta Cataldi Villari, Bari, Laterza, 2003.
13. Millord Meiss osserva come, intorno alla metà del '300, fosse affiorato in Toscana un particolare interesse per la figura di Giobbe colpito da una sintomatologia che – a suo avviso – evocava la peste. Anche il culto di s. Sebastiano, dove le frecce sono intese come simbolo di pestilenza, va diffondendosi dopo il 1348. (Millord Meiss, *Pittura a Firenze e Siena dopo la Morte Nera*, trad. Laura Loviseti Fuà e Mirko Tavoni, Torino, Einaudi, 1982, pp. 101, 118).
14. Il gusto per il macabro precede il 1348, ma la pestilenza lo ha incoraggiato incentivando un ciclo figurativo che attraversa l'Età moderna per raggiungere la contemporaneità, affiancandosi alle più diverse rappresentazioni che hanno per oggetto la morte che incombe su ogni attività umana (Franco Cardini, *Nota sulla tradizione della Danza Macabra*, in *Immagini della danza macabra nella cultura occidentale dal Medioevo al Novecento*, a cura di Guglielmo Invernizzi e Nicoletta Della Casa, Como, Nodolibri, 1996, pp. 21-32. Si vedano anche: *Heilberufe und Totentanz*, Düsseldorf, Stadt-Sparkasse, 1986; Reinhold Böhm, *Der Füssener Totentanz*, Füsse, Historische Verein Alt Füssen e V., 1990; *Rappresentazioni del destino. Immagini della vita e della morte dal XV al XIX secolo nelle stampe della Raccolta Bertarelli*, a cura di Giovanna Mori e Claudio Salsi, Milano, Mazzotta, 2001).
15. Boezio aveva sottolineato la caducità della bellezza del corpo che se ne va con la rapidità dei fiori di primavera (Severino Boezio, *Della consolazione della filosofia*, lib. III, 8, trad. Benedetto Varchi Venezia, Piantoni, 1737, p. 75).
16. Gilberto da Tournai, nelle sue prediche dal sapore esemplare contro gli inganni della carne, fa eco a Boezio e a s. Bernardo (Gilberto da Tournai, *Terza predica alle donne sposate*, in *Prediche alle donne del secolo XIII*, a cura di Carla Casagrande, Milano, Bompiani 1978, p. 66).
17. Klaus Bergdolt, *La peste nera e la fine del Medioevo*, cit., pp. 164-227.
18. Loris Premuda, *Storia della quarantena nei porti italiani*, «Acta Medicae Historiae Patavina», XXIII (1976-1977), pp. 45-64; Klaus Bergdolt, *La peste nera e la fine del Medioevo*, cit., p.34.
19. Klaus Bergdolt, *La peste nera e la fine del Medioevo*, cit., pp. 151, 163.
20. Francesco Petrarca, *Sonetti e canzoni in morte di Laura*, IV, in *Le rime di Francesco Petrarca*, a cura di Giacomo Leopardi, Firenze, Passigli, 1839, p. 835.
21. Giovanni Boccaccio, *Decameron*, in *Opere*, a cura di Bruno Maier, Bologna, Zanichelli, 1967, pp. 92-108.
22. Il numero sette allude alla totalità; è, infatti, la risultante del quattro, che indica i punti cardinali, a cui si aggiunge il sopra e il sotto con il 'centro'. (Ernst Cassirer, *Filosofia delle forme simboliche*, trad. Eraldo Arnaud, Firenze, La nuova Italia, 1966, vol. II, pp. 208-209).
23. Pietro da Tossignano, *Consiglio per la peste*, in Iohannes de Ketham, *Fascicolo de medicina in volgare*, Venezia, Zuane et Gregorio di Gregorii, 1493.
24. William H. McNeill, *La peste nella storia*, cit., pp. 184 e seg.
25. Gaetano Thiene, *Scoperta dell'America e diffusione della sifilide in Europa (1492-1494) nel Sulla storia dei mali venerei di Domenico Thiene (1823)*, in *Girolamo Fracastoro. Fra medicina, filosofia e scienze della natura*, a cura di Alessandro Pastore e Enrico Peruzzi, Firenze, Olschki, 2006, pp. 311-319.
26. Pietro Aretino, *i ragionamenti*, con Premessa di Roberto Roversi, Bologna, Sampietro, 1965, p. 20.
27. Desiderio Erasmo da Rotterdam, *I colloqui*, a cura di Gian Piero Brega, Milano, Feltrinelli, 1959, pp. 167-168.
28. Fra tanti scritti e saggi dedicati a Fracastoro, si ricorda la memoria di Giuseppe Saitta, *Il pensiero di Girolamo Fracastoro*, «Atti e Memorie della Reale Accademia di Agricoltura, Scienze e Lettere di Verona», vol. XX (1941-1942), pp. 155-193. Si vedano anche: Luciano Bonuzzi, *Lo sfumato contesto del Syphilis fracastoriano*, in *Intorno alla sifilide. Un incontro tra Storia e Malattia*, a cura di Antonio Tagarelli e Anna Piro, San Giovanni in Fiore (CS), Consiglio Nazionale delle Ricerche – Istituto di Bioimmagini e Fisiologia Molecolare, 2021, I, pp. 273-280; Alessandro Roccasalva, *Girolamo Fracastoro: nascita della moderna teoria sul contagio*, Ib., pp. 285-300.
29. Hieronymi Fracastorii *Siphilidis sive morbi gallici liber tres*, in *Opera Omnia*, Venetiis, apud Iuntas, 1574, fo. 170.
30. Nel primo verso del poema sulla sifilide Fracastoro parla di "semina morborum": una designazione che rimanda a Lucrezio del quale Poggio Bracciolini aveva riscoperto, a Fulda nel 1417, il codice del *De rerum natura*. (Loris Premuda, *Pensiero e dottrina di Girolamo Fracastoro a quattrocento anni dalla morte*, in *Da Fracastoro al Novecento. Mezzo millennio di medicina tra Padova, Trieste e Vienna*, con Prefazione di Gilberto Muraro, Padova, La Garangola, 1996, pp. 29-39). Fracastoro chiarisce che si tratta di agenti vivi, differenti dai veleni.
31. Per la storia del tifo esantematico si veda: Giuseppe Penso, *La conquista del mondo invisibile. Parassiti e microbi nella storia della civiltà*, Milano, Feltrinelli, 1973, p. 25. Non è sempre facile, prima dell'avvento della microbiologia, distinguere, sulla base di quanto riferito dai cronisti, quando si tratti di peste vera o di tifo esantematico; si veda, ad esempio, Bernhard Schretter, *Epidemie nella storia del Tirolo*, in *San Procolo a Naturno. La storia attraverso gli scavi. Gli uomini dell'alto medioevo e del tempo della peste*, Lana (BZ), Tappeiner S.p.A., 1991, p. 64.
32. Andreina Zitelli e Richard J. Palmer, *Le teorie mediche sulla peste e il contesto veneziano*, in *Venezia e la Peste*, cit., pp. 21-28; Luciano Bonuzzi, *Medicina e sanità*, in *Storia di Venezia dalle origini alla caduta della Serenissima - Il Rinascimento Società ed Economia*, a cura di Alberto Tenenti e Ugo Tucci, Roma, Enciclopedia Italiana, 1996, vol. V, pp. 407-440.
33. Illuminanti, al proposito, i pareri ed i comportamenti di Girolamo Mercuriale e di Girolamo Capodivacca che in tempo di peste vera ne banalizzavano la presenza (Ib., p. 27).
34. Heinrich Institor, Jakob Sprenger, *Il martello delle streghe*, II, cap. XI, a cura di Armando Verdiglione, Padova, Marsilio, 1977 p. 239.
35. A. Francesco La Cava, *La peste di S. Carlo vista da un medico*, con

- Prefazione di Antonio Cazzaniga, Milano, Hoepli, 1945. Per la peste in Lombardia, si vedano le testimonianze raccolte da Filippo Maria Ferro, *La peste nella cultura lombarda*, Milano, Electa, s. d.
36. Paolo Preto, *Epidemia, paura e politica nell'Italia moderna*, Bari, Laterza, 1978, p. 38.
37. Alessandro Manzoni, *Storia della colonna infame*, sta con *I promessi sposi*, Milano, Rizzoli, 1961. Manzoni nella *Storia della colonna infame* intende sottolineare la malafede dei magistrati, là dove Verri pone l'accento sull'irrazionalità della tortura.
38. Pietro Verri, *Osservazioni sulla Tortura*, Milano, Rizzoli, 1961.
39. Paolo Preto, *Epidemia, paura e politica nell'Italia moderna*, Bari, Laterza, 1987, pp. 59, 63, 69, 116.
40. Francesco Pona, *Il gran contagio di Verona*, Verona, Merlo, 1631, p. 32. Si veda l'Introduzione di Gian Paolo Marchi per l'Edizione fotostatica (Verona, Centro per la formazione professionale grafica, 1972).
41. *Ib.*, pp. 24, 39, 27, 52, 101.
42. *Ib.*, p. 94.
43. Daniel Defoe, *La peste di Londra*, a cura di Elio Vittorini, Milano, Bompiani, 1979.
44. Lodovico Antonio Muratori, *Del governo della peste. E delle maniere di guardarsene*, Modena, Bartolomeo Solieni, 1722, pp. X, XXI. Nel 1720 anche Richard Mead pubblica una fortunata monografia, quanto prima tradotta in italiano, sulla prevenzione del contagio: valorizza la quarantena e raccomanda l'igiene personale, la pulizia delle merci e la purificazione dell'aria (Riccardo Mead, *Breve ragionamento sopra il contagio pestilenziale e sopra i metodi da mettersi in uso per prevenirlo*, trad. Giovanni Gentili, Firenze, Albrizzini, 1744).
45. Mary Wortley Montagu, *Lettere orientali di una signora inglese*, con Introduzione di Anne Marie Moulin e Pierre Chuvin, Milano, il Saggiatore, 1984, pp. 160-163.
46. Simon André Tissot, *Avvertimenti al popolo sopra la sua salute*, a cura di Giampietro Pellegrini, Venezia, Zatta, 1780, vol. I, p. 131.
47. Giuseppe Penso, *La conquista del mondo invisibile*, cit., pp. 248-250.
48. L'evento è ricordato dal curatore dell'edizione italiana del trattato di dermatologia di Alibert. (Jean-Louis Alibert, *Clinica del parigino spedale di S. Luigi, ossia trattato compiuto delle malattie della pelle*, ed. it. a cura di M. G. Levi, Venezia, Antonelli, 1835, p. 90). Sulla vaccinazione di Giuseppino si veda anche: Cesare Musatti, *Isabella Teotochi Albrizzi e la prima vaccinazione in Venezia*, Padova, Dell'Ancora, 1880.
49. Benedetto Croce, *Storia d'Europa nel secolo decimonono*, Bari, Laterza, 1965, p. 59.
50. Per la lotta contro "le prevenzioni popolaristiche della vaccina" si veda: Vaccina, in *Dizionario compendiatore delle scienze mediche*, ed. it., Venezia, Antonelli, 1830, tomo XVII, parte I, pp. 147-162.
51. Giorgio Cosmacini, *Presentazione*, in *Il vaiolo e la vaccinazione in Italia*, a cura di Antonio Tagarelli, Anna Piro, W. Pasini, Villa Verucchio (RN), Consiglio Nazionale delle Ricerche – World Health Organisation, 2004, I, p.15.
52. Le posizioni dei contagionisti, che ponevano l'accento sulla trasmissione interumana del contagio erano difese soprattutto dai governi dell'area del Mediterraneo, mentre il punto di vista degli epidemisti, che facevano riferimento a miasmi e corruzione dell'aria, era fatto proprio dai governi liberali e, in particolare, dall'Inghilterra (Eugenia Tognotti, *Il mostro asiatico. Storia del colera in Italia*, Prefazione di Giovanni Berlinguer, Bari, Laterza, 2000, pp. 37, 186-187). Rilevante, sul piano politico, è stato il ruolo del colera in alcune grandi città dell'impero asburgico in quanto, accelerando i fenomeni migratori, ha sconvolto il tradizionale equilibrio fra differenti etnie: tedeschi, slavi, ungheresi (W.H. McNeil, *La peste nella storia*, cit., p.59).
53. Paolo Preto, *Epidemia, paura e politica nell'Italia moderna*, cit., pp. 121 e seg.
54. Eugenia Tognotti, *Il mostro asiatico. Storia del colera in Italia*, cit., p. 233.
55. Ne *I Malavoglia* Verga, in pagine struggenti, descrive tutti i motivi, reali e immaginari, che ruotano intorno al colera: dal dubbio dell'unzione alla solitudine nell'isolamento, né trascura le conseguenze economiche indotte dal contagio (Giovanni Verga, *I Malavoglia*, cap. XI, a cura di Corrado Simioni, Milano, 1974, pp. 208 e seg.). Qualche anno dopo la questione del colera ricompare in *Mastro - don Gesualdo* dove si inveisce contro "medici, preti e speziali" che per lucro lo diffonderebbero. (*Id. Mastro - don Gesualdo*, parte III, cap. II, Milano, Editori Riuniti, 1985, p. 219). Si veda pure la redazione elaborata per "Nuova Antologia" nell'edizione curata da Gian Paolo Marchi (Verona, Libreria Universitaria Editrice, 1989, pp. 182 e seg.)
56. Anche Capuana descrive la tragedia del colera rilevando superstizioni ed irrazionalità che circolavano fra la gente che, dominata da fantasie politiche, lo interpretava come un provvedimento voluto dal governo "per scemare la troppa popolazione": "il povero Garibaldi" non può far nulla, Vittorio Emanuele deve cedere alle pressioni degli altri governi, il Papa stesso – "un ministro di Dio" – "faceva buttare il colera nè suoi stati" (Luigi Capuana, *Il medico dei poveri*, in *Racconti*, a cura di Enrico Ghidetti, Roma, Salerno, 1974, II, pp. 196-203).
57. Ne "L'esercito italiano durante il colera del 1867" – un capitolo di *La vita militare* – De Amicis racconta della paura e della superstizione ma anche della violenza che circolavano in Sicilia durante l'epidemia mentre, non di rado, sindaci, medici, farmacisti e preti si erano allontanati dal proprio posto. Una turba inferocita di povera gente, identificando il colera con un veleno distribuito dal governo piemontese, aggrediva allora carabinieri e soldati per quanto impegnati nel contenere i molteplici disagi dovuti al contagio (Edmondo De Amicis, *La vita militare*, a cura di Lorenzo Sbragi, Club del Libro, Novara, 1972, pp. 287-252).
58. Thomas Mann, *La morte a Venezia*, in *Romanzi Brevi*, trad. Emilio Castellani, Verona, Mondadori 1962, pp. 101-103.
59. Emilio Lussu, *Un anno sull'Altipiano*, Torino, Einaudi, 2014, p. 112.
60. Giuseppe Ferrari, *La Grande Guerra e l'influenza spagnola*, in *A due passi dal fronte. Città di retrovia e cultura urbana nel prisma della Grande Guerra*, a cura di Emilio Franzina e Mariano Nardello, Trebaseleghe, Tre Lune, 2018, pp. 623-644.
61. Massimo Valsecchi, *La lunga guerra della tubercolosi*, in *A due passi dal fronte*, cit., pp. 645-656.
62. Paolo Preto, *Epidemia, paura e politica nell'Italia moderna*, cit., pp. 251-253.
63. Mirko D. Grmek, *Aids. Storia di una epidemia attuale*, trad. Claudio Milanesi, Bari, Laterza, 1989, pp. 5, 55, 97, 196. Si vedano anche: Giorgio Cosmacini, *La salute, la cura, la storia*, Milano, Missione Salute, 1994, pp. 66-67; *Id.*, *La malattia. Immagini e realtà tra passato e futuro*, Milano, Missione Salute, 2005, pp. 49-60.
64. Francesco Valeriani, *La patologia del linguaggio in un contesto pandemico*, "L'altro", 2 (2020), pp. 1-3.
65. Silvio Fasullo, *Un invisibile Aprile*, "L'altro", 2 (2020), pp. 7-18.
66. Giuseppe Valeriani, Iris Sarajlic Vukovic, Ela Vukovic, Roberto Felizia, *L'applicazione degli strumenti della telemedicina durante la pandemia: l'esperienza svedese nella sensibilizzazione ed empowerment dei soggetti marginalizzati*, "L'altro", 2 (2020), pp. 19-25.
67. Neil Greenberg, Laura Rafferty, *Post-traumatic stress disorder in the aftermath of COVID – 19 pandemic*, "World Psychiatry", 1 (2021), pp.53-54.
68. Juliane Holt-Lunsted, *A pandemic of social isolation?*, "World Psychiatry", 1 (2021), pp. 55-56.
69. Martin Heidegger, *Essere e tempo*, trad. Pietro Chiodi, Milano, Fratelli Bocca, 1953, p. 265 e seg.
70. Rudolf Otto, *Il Sacro*, trad. Ernesto Bonaiuti, Milano, Feltrinelli, 1966, p. 65.
71. L'interesse per il macabro che, stimolato dalla pestilenza, affiora alla fine del Medioevo è il segno di un mutamento di sensibilità su cui hanno richiamato l'attenzione non pochi studiosi. Si veda: Johan Huizinga, *L'autunno del Medio Evo*, a cura di Eugenio Garin, Firenze, Sansoni, 1966, p. 190; Alberto Tenenti, *Il senso della morte e l'amore della vita nel Rinascimento (Francia e Italia)*, Torino, Einaudi, 1977, p. 424; Philippe Ariès, *Storia della morte in occidente, dal Medioevo ai giorni nostri*, trad. Simona Vigezzi, Milano, Rizzoli, 1978, p. 128. Si ricorda, al proposito, come il diffuso interesse per il macabro abbia favorito la rinascita anatomica spingendo la medicina verso nuovi sentieri conoscitivi.

Fig.1 – Girolamo Fracastoro: poeta della sfilide.

Fig.2 - Fede di sanità con l'autorizzazione a viaggiare.

Fig.3 - Fede di sanità con l'autorizzazione ad essere ospitato al di fuori del proprio territorio.

Fig.4 – Vaiuolo confluyente. (Jean-Louis Alibert, *Clinica del parigino spedale di S. Luigi*, ed. it, Venezia, Antonelli, 1835, Tav. 8).

Fig.5 – Sifilide Pustolosa a Grappolo. (Jean-Louis Alibert, *Clinica del parigino spedale di S. Luigi*, cit. Tav. 45).

LA SCELTA DI MORTE IN GIAPPONE Tra l'orgoglio della tradizione e le manifestazioni dell'era moderna

THE CHOICE OF DEATH IN JAPAN Between the pride of tradition and the manifestations of the modern era

Riassunto

L'avvento della pandemia Covid-19 ha scardinato gli equilibri mondiali portando una crisi su più livelli, vedendo coinvolta in prima linea la salute mentale.

In Giappone il fenomeno ha determinato un significativo aumento dei suicidi, condotte che già da tempo, molto prima della pandemia, hanno portato il paese ad essere stabilmente tra i primi al mondo per tasso suicidario.

Se i dati da una parte sorprendono, in quanto l'impatto del virus è stato minore rispetto a molti altri paesi, dall'altra non destano stupore a chi ha confidenza con la cultura nipponica e conosce le sue radici; infatti, in Giappone la morte volontaria è un tema complesso, antico, che cela significati, tradizioni e codici di comportamento, ed è attraverso questa fitta rete di significati che bisogna guardare per cercare di dare senso e interpretare il fenomeno che oggi porta la popolazione ad annullarsi.

Parole chiave: Suicidio, Covid-19, Giappone, Bushido, Shintoismo, Buddismo, Seppuku.

Summary

The advent of the Covid-19 pandemic has unsettled the world balance by bringing a crisis on several levels, seeing mental health involved at the forefront.

In Japan, the phenomenon has led to a significant increase in suicides, conducts that for some time, long before the pandemic, have led the country to be permanently among the first in the world for suicide rates.

If on one hand, the data are surprising as the impact of the virus has been less than in many other countries, on the other, the data do not amaze those who are familiar with Japanese culture and know its roots; in fact, in Japan voluntary death is a complex, ancient theme, which hides meanings, traditions and codes of behavior, and it is through this dense network of meanings that we must look to try to make sense and interpret the phenomenon that today leads the population to vanish.

Keywords: Suicide, Covid-19, Japan, Bushido, Shinto, Buddhism, Seppuku.

La pandemia ha, di certo, portato una crisi di salute mentale a livello globale; in Giappone il fenomeno ha determinato un significativo aumento dei suicidi, nonostante l'impatto del virus sia stato decisamente minore rispetto ad altri paesi e malgrado non ci sia stato un obbligatorio *lockdown*, ma si sia fatto affidamento sull'autodisciplina della popolazione, in quanto la costituzione giapponese non consente di andare oltre "consigli" e "istruzioni".

*"... nel solo mese di ottobre 2020 il numero delle vittime ha superato quello dei decessi per covid dall'inizio della pandemia. Secondo i dati della Jhon Hopkins University sono 2.153 i giapponesi che si sono tolti la vita a fronte dei 2.050 morti per coronavirus."*¹

Dramma nel dramma sono i dati riguardanti il suicidio tra i giovanissimi (nella fascia di età compresa tra i 6 e i 18 anni), 415 nel 2020, il 31% in più rispetto all'anno precedente.

In un paese dove esiste un'antica tradizione al suicidio,

con uno dei tassi suicidari più alti al mondo, e che divulga tempestivamente i dati sui suicidi, il rischio che, come conseguenza della pandemia, ci fossero gesti estremi era molto alto.

Sebbene le ragioni legate al fenomeno siano antiche e complesse, l'avvento della pandemia, che si è prepotentemente insinuata nella vita dei giapponesi, sembra aver alimentato una forte pulsione di morte. Ed è attraverso l'eco di questo fenomeno che tentiamo di penetrare e dare senso a un mondo denso di significati, spesso difficili da decifrare.

DONNE

Con la pandemia l'incremento dei suicidi sembra aver invertito la tendenza per la quale prima erano gli uomini, i soggetti più esposti. Nonostante le donne rappresentino ancora la percentuale minore dei suicidi totali rispetto agli uomini, il numero di donne che si tolgono la vita è in au-

mento. A ottobre 2020 i suicidi femminili sono aumentati di circa l'83% rispetto allo stesso mese dell'anno precedente, contro l'aumento del 22% dei suicidi maschili; questa tendenza è presente anche nell'aumento di problemi di salute mentale, e non solo nel paese del Sol Levante; infatti, la pandemia ha visto le donne protagoniste di un maggior carico nella gestione della vita domestica e di un conseguente aumento del rischio di violenza. Molti hanno visto in questo fenomeno le difficoltà delle donne che, rappresentando una percentuale maggiore di lavoratori part-time nel settore alberghiero, della ristorazione e commerciale, hanno risentito in maggior misura delle conseguenze economiche della pandemia. Tuttavia, le potenziali ragioni di questo incremento sono molteplici e, come ogni altra cosa, affondano il loro significato nelle radici del paese.

Il Giappone è una nazione fortemente maschilista e per le donne trovare spazio nella società, fuori dalla vita domestica, non è mai stato facile e la parità di genere rappresenta un traguardo molto lontano, un processo lento, portato avanti con discrezione, basti pensare alla risonanza del movimento #KuToo, nato per cercare di proibire ai datori di lavoro di obbligare le dipendenti a indossare calzature con tacco: obiettivo ancora lontano. Apprendevano la danza per rendere più armoniosi i loro movimenti, non trascuravano la musica perché serviva ad allietare le ore di riposo dei loro padri e mariti, mai per alimentare presunte vanità; sin dall'infanzia veniva insegnato alla donna a rinunciare a se stessa: come figlia si sacrificava per suo padre, come moglie per suo marito e come madre per suo figlio. Va detto che la sottomissione della donna era volontaria e onorevole, quanto quella dell'uomo alla nazione, la rinuncia di sé era alla base da una parte della lealtà dell'uomo e dall'altra dell'impegno domestico della donna. Questa si annullava per l'uomo, affinché lui potesse annullarsi per il suo signore. Lo spirito del sacrificio di sé era ed è ancora oggi alle fondamenta della nazione, per questo finché non sarà scardinato dalla società giapponese non si potrà mai dare quell'impulso di stampo occidentale, volto alla ricerca di un maggiore equilibrio tra la salvaguardia della propria individualità e il sacrificio della stessa per un bene collettivo.

BUSHIDO

Chi vuole comprendere il Giappone deve conoscere qualcosa delle sue radici; nonostante queste non siano visibili allo straniero e - non è un azzardo dire - all'attuale generazione di giapponesi, lo sguardo attento e indagatore di chi ricerca un significato, vede come ciò che esiste oggi sia alimentato da ciò che era in passato.

La vecchia Via del *Bushido* ("via del guerriero") non esiste più nella forma che aveva un tempo, come codice etico indipendente; ma il suo valore resta, come anima viva e pulsante, come spirito creativo, come forza motrice che esercita la sua influenza inconscia e muta, guidando un

paese in perenne transizione verso una continua nuova era, dove tempi e coordinate sembrano essere dettati dall'Occidente.

*"grattate via dalla superficie di un giapponese le idee più moderne e apparirà un samurai"*²

Queste le parole di Inazo Nitobe, che nel suo libro "*Bushido l'anima del Giappone*" paragona la "via del guerriero" al *sakura*, il fiore simbolo di *Yamato*³, che una volta disperso ai quattro venti, non più visibile, continua a benedire gli uomini con il suo profumo che arricchisce la vita; d'altra parte i giapponesi sono il popolo che "legge l'aria" (*kuki ho yomu*), prendendo le distanze dalla cultura del *lògos*, affidandosi a sensazioni e sentimenti sconosciuti alla ragione.

Il *bushido* nacque presumibilmente in epoca feudale, quando la classe dei *samurai* (dal verbo *saburau*, letteralmente "servire"), dopo aver ottenuto grandi onori e privilegi, e di conseguenza grandi responsabilità, sentì l'esigenza di un codice di comportamento comune. Un codice il più delle volte non detto e non scritto, per questo tanto potente; faceva leva sul sentire comune ed era frutto di esperienze condivise all'interno della casta militare. Così i *samurai* crearono uno standard morale che si pose alla guida della nazione, elevando sopra ogni altra cosa i concetti di onore e lealtà, lasciando in eredità il concetto di *giri* ("giusta ragione"), senso del dovere, debito morale.

Nell'*hagakure* ("all'ombra delle foglie"), pilastro della letteratura samuraica, leggiamo:

"Lo spirito di un samurai si può conoscere da come muore"

"È necessario lavorare tutta la vita, rinunciando se possibile anche al sonno della notte, solo così, poco per volta, ci si forgia completamente come uomini"

*"Quando arriva il momento di scegliere tra la vita e la morte, è meglio scegliere subito la morte... scegliere di continuare a vivere senza aver raggiunto il proprio scopo è da codardi... se ci si pone mattina e sera nella disposizione di essere pronti a morire in qualsiasi momento, e si vive come se si fosse già morti, si comprende l'essenza della Via"*⁴

Sono questi i principi che ancora oggi riecheggiano in un Giappone mutato nella forma ma non nello spirito. Yukio Mishima, ideologicamente e simbolicamente ritenuto l'ultimo dei *samurai* e senza dubbio colui che con maggiore fermezza fece echeggiare lo spirito del guerriero in tempi moderni, dubitava ci fossero ancora tracce

di questo spiritualismo. Le trasformazioni sociali del Giappone post bellico avevano scosso nel profondo il suo nobile animo da *bushi* (“guerriero combattente”), che continuava a scontrarsi duramente contro l’esterofilia paradossale nata nel dopoguerra; il desiderio che per lui diventò forza motrice era riaccendere l’antica fiamma dello spirito dei guerrieri che vedeva sempre più affievolirsi:

“Io ritengo che sia necessario ritrovare ciò che appare fondamentale nella vita di un uomo, una tensione spirituale continua nel corso degli eventi quotidiani, la tensione tipica di colui che sa attendere con animo vigile il momento del pericolo”.

Il suo sogno culminò con un gesto estremo: *“Avete tanto cara la vita da sacrificare l’esistenza dello spirito? Che sorta di esercito è mai questo, che non concepisce valore più nobile della vita? Noi ora testimonieremo a tutti voi l’esistenza di un valore più alto del rispetto per la vita. Questo valore non è la libertà, non è la democrazia. È il Giappone.”*⁵

Con questo discorso, Mishima, il 25 novembre 1979, pochi istanti prima del suo suicidio rituale, rivendicò lo spirito immutabile che sostiene il Giappone. Il suo ultimo gesto voleva contrapporsi al nulla della modernità e mostrare che distaccandosi dalla morte la vita perderebbe la sua vitalità. Il suo più fidato amico, Morita Masakatsu, avrebbe dovuto svolgere la funzione di *kaishakunin*, ovvero fare da secondo durante il *seppuku*, mozzare la testa del suicida durante l’agonia: *“In quale altro paese del mondo un uomo impara che l’estremo tributo d’affetto che può portare a un caro amico potrebbe essere quello di fungere da suo esecutore?”*⁶

Mishima si lasciò travolgere dal cambiamento, non voleva adattarsi a nuove forme e prospettive, non vide come il *bushido* si stava adattando e rifugiando nel profondo delle radici per difendersi e guidare un popolo diverso nella forma e immutabile nello spirito.

*“In un racconto di Akinari Ueda che ha per tema la bellezza della lealtà, intitolato il giuramento tra i fiori di crisantemo, un uomo, per mantenere una promessa scambiata anni prima con il suo più fedele amico, non potendo presentarsi fisicamente al luogo dell’appuntamento nell’ora stabilita, decide di suicidarsi per poter giungere in spirito sino a lui.”*⁷

Forse, come l’uomo del racconto, Mishima desiderava che il suo spirito raggiungesse la sua nazione, che ride-stasse l’antico sentimento di un popolo di guerrieri che la guerra aveva scosso e perturbato.

Ma a volte è difficile vedere oltre la paura e il risentimento:

“Sarebbe davvero triste se lo spirito di una nazione potesse morire così rapidamente. È un’anima povera quella che soccombe così facilmente alle influenze esterne. L’in-

*sieme degli elementi psicologici che costituisce un carattere nazionale è tenace come “gli irriducibili elementi delle specie, o le pinne dei pesci, il becco degli uccelli, i denti dei predatori”.*⁸

Moravia, che visitò il Giappone più di una volta scrisse: *“Ho visitato vari paesi dell’asia orientale, ma ciò che più mi stupisce in Giappone è vedere tutti questi giovani che sembrano guerrieri”*⁹ e dello stesso Mishima affermò: *“È piccolo, ma con quell’aria marziale, energica, virile e aggressiva che hanno spesso i giapponesi.”*¹⁰



Fig. 1

SEPPUKU

La pratica del *seppuku* (“tagliare lo stomaco”) o più comunemente *harakiri*, rappresentava il cuore del *bushido*, era il simbolo della disciplina nel codice d’onore giapponese. Il suicida si lacerava il ventre, luogo, dove per i giapponesi risiedeva l’anima, il *kokoro*, il punto centrale del corpo, per questo considerato anche sede di tutti gli attributi propri del guerriero; con una mente imperturbabile (“*fudoshin*”) il guerriero moriva di propria mano dando una fine onorevole a una vita valorosa; infatti, i saluti di addio erano in grande misura “cerimonializzati” e stereotipati (e i giapponesi sono maestri in questo) per impedire che i sentimenti potessero stravolgere la serenità che doveva accompagnare il momento.

*“Aprirò la sede della mia anima e ve la mostrerò. Guardate con i vostri occhi se è immacolata o macchiata”*¹¹

Paradossalmente il suicidio era parte integrante della vita; esistevano anche diverse classificazioni: per esempio, c’era il *junshi*, suicidio rituale per seguire la morte del proprio signore; il *kanshi*, per protestare la propria innocenza; il *sokotsu-shi*, *seppuku* di espiazione a seguito di qualche fallo o mancanza; il *munen-bara*, per mostrare il proprio odio e risentimento...

Molto diffuso era lo *shinju*, letteralmente “nel cuore”, per esteso “rivelare la morte del cuore”; faceva riferimento ai doppi suicidi, storie che sono arrivate fino ai nostri giorni sotto forma di drammi, novelle, canzoni, e che costitui-

scono un tema centrale nel teatro *bunraku*¹². In genere i doppi suicidi tra due amanti avvengono quando si trovano in opposizione *ninjo* (“sentimento passionale”) e *giri* (“senso del dovere”). Nel celebre film *Sayonara* con protagonista Marlon Brando, si ricorderà come una coppia d’innamorati, una donna giapponese e un soldato americano, davanti all’impossibilità di vivere il loro sentimento, abbia preso la decisione di suicidarsi insieme. Sembra che una volta vissuta quella cultura, penetrata quella densa e fitta nube di significati, nessuno ne sia indifferente, ma senta risuonare dentro di sé una comprensione più profonda di qualsiasi spiegazione, come fu probabilmente per il soldato americano.

Nonostante l’eliminazione del *seppuku* dai codici (avvenne ufficialmente nel 1873 a seguito di un lungo periodo di opposizioni) questo non cessò mai di verificarsi, soprattutto durante la seconda guerra mondiale, gli stessi *kami-kaze* e il loro motto lapidario “*vivere brevemente, ma gloriosamente*” ne sono una dimostrazione; si potrebbe dire che il *bushido* raggiunse il suo *zenith* quando il feudalesimo era ormai abolito.

Ancora oggi nel linguaggio comunemente parlato si usa l’espressione “*seppuku-mono*” cioè “una situazione che richiede *seppuku*”.

Sono tanti gli attuali rimandi al glorioso passato di una nazione di guerrieri, basti pensare a “L’invincibile shogun”, un cartone animato del 1981 che ripropone le lotte dei *samurai* in epoca feudale con protagonista Mito Mitsukuni (1628-1701), signore feudale di Mito, figura importante della storia e del folklore giapponese, celebre per il suo motto “*il vero coraggio consiste nel vivere quando è giusto vivere, e morire quando è giusto morire*”; o ancora alla storia dei 47 *ronin*, letteralmente “uomo fluttuante”, protagonisti di libri, film e rappresentazioni; *samurai* rimasti senza padrone che decisero dapprima di vendicare la morte del loro signore, costretto a fare *seppuku*, riscattando così il suo valore, e poi furono loro stessi a commettere un suicidio rituale. Ancora oggi, ogni 14 dicembre, si celebra una cerimonia del tè per onorare la loro memoria. Il *seppuku*, nato sui campi di battaglia tra i guerrieri, si è gradualmente esteso di là dalla sua origine, rispondendo all’esigenza dell’onore e dell’abnegazione ancora oggi fortemente radicata in terra nipponica.



Fig. 2

BUDDHISMO E SHINTOISMO

L’avvento del buddhismo nel 285 D.C. ha portato con sé la concezione del mutare delle cose e della natura transitoria di questo mondo, visioni che conducono al senso della rinuncia. “*Le linee di un volto o di un paesaggio non sono meno evanescenti di quelle di un fiore o di una fiamma.*”¹³

La religione buddhista rifiuta il mondo fenomenico e disprezza il corpo, per questo per i giapponesi la bellezza traspariva dalle fattezze di un volto, da uno stato d’animo, era celata nell’ombra, racchiusa nelle sete del *kimono*; si trattava di una bellezza spirituale, accennata, suggerita, evocata.

Questo culto insegna a non tenere a nulla ed essere pronti a donare tutto, abbandonare ogni cosa e non essere legati a niente, e questo vale anche per la vita stessa: smettere di contrapporre la vita e la morte in un’ottica dualistica, ricca di contraddizioni e antinomie di stampo occidentale, liberandosi così dal loro lacerante conflitto, ponendosi di là dalle pulsioni di vita e di morte. Bisogna vivere come se si fosse già morti, per questo il pensiero della morte è al cuore della dottrina buddhista, e per questo il principio zen del *Grande Problema* afferma la necessità di pensare alla morte in ogni istante.

Il buddhismo penetra in Giappone, quando lo shintoismo, culto nativo del paese, professava l’amore per la vita e l’orrore semplice e ingenuo per la morte. I sacerdoti shinto manifestavano sempre le stesse repulsioni: i corpi dei defunti, il sangue, la sanie, le materie fetide e putride; tutto ciò che era legato alla morte rappresentava un tabù. Si potrebbe dire che nessuna religione era meno funeraria. Infatti, lo shintoismo non metteva l’enfasi sulla vita dopo la morte, ma piuttosto su come trovare l’armonia in questo mondo; mediando le relazioni tra esseri umani e divinità, enfatizzava questa vita e la ricerca della felicità in essa, attraverso una serie di insegnamenti positivi che ponevano al centro una vita semplice, in armonia con la natura e le persone.

I due sistemi di valori non entrarono mai in contrasto, anzi, nel tempo andarono progressivamente a sostenersi e a scambiarsi elementi, influenzandosi a vicenda; tanto che oggi è difficile separare le credenze shintoiste da quelle buddhiste, che si fondono nelle stesse architetture di culto. È come se lo shintoismo, dedicandosi a questa vita per proteggerla, abbellirla, ordinarla, avesse affidato al buddhismo il compito di dare un senso al trapasso e di cercare una salvezza.

Mentre l’etica shintoista aveva reso gli uomini positivi e combattivi, la visione del buddismo aveva contribuito a renderli disperatamente impavidi. Fu la fusione di questi due elementi che contribuì a plasmare lo spirito nipponico e ad animare l’era moderna.

STORIA

Negli anni che seguirono il 1868, ovvero la restaurazione *meiji*, anni in cui il Giappone mise fine al suo isolamento autarchico che durava dal 1641, il peso incalzante dell'influenza straniera non concesse al Giappone il tempo sufficiente di rimodernare lo stato nel cuore delle sue strutture. Il paese si ritrovò di colpo strappato dal suo isolamento feudale e proiettato ad assumere il ruolo d'importante nodo commerciale; fu costretto a maturare troppo in fretta e per questo non fu possibile una vera e propria evoluzione del regime. I privilegi dei *samurai* furono aboliti uno dopo l'altro con decreto imperiale e gli antichi guerrieri entrarono al servizio del nuovo stato come funzionari, commercianti, occupando posizioni nell'industria... in tal modo irrigarono tutto il tessuto sociale, il loro spirito si diffuse e le virtù di onore, lealtà, devozione, disciplina e sacrificio vennero ufficialmente proposte ad esempio: tutti erano invitati a divenire *samurai* per spirito se non per nascita.

*“Come il sole, quando sorge, tinge con i suoi raggi per prime le cime più alte e poi arriva alla valle sottostante, così il sistema etico che ha illuminato per prima la casta dei guerrieri ha col tempo trovato seguaci anche tra le masse”*¹⁴

Se un tempo la filosofia del *bushido* era circoscritta a una élite, ben presto si diffuse in tutta la società, e le reminiscenze feudali divennero spirito guida del paese; tuttavia, gli antichi valori riproposti nel nuovo contesto storico e sociale - fondamentalmente borghese e avviato verso l'industrializzazione del paese - venivano spesso travisati e rischiavano di essere letti come inattuali: travisati come la glorificazione del *seppuku*, divenuto nel corso della storia, più che altro, una tentazione a commetterlo in maniera arbitraria, e inattuali come il suicidio al quale assistiamo oggi, di non univoca lettura.

CONCLUSIONE

Come giudicare il fenomeno che vediamo consumarsi oggi sotto i nostri occhi?

Possiamo davvero dare un giudizio e trovare una spiegazione che porti alla chiave di volta, non solo per una comprensione, ma anche per introdurre un cambiamento in un'ottica che, dal nostro punto di vista, riteniamo sana? Natsume Soseki, letterato giapponese del periodo *meiji*, pensando a un confronto tra la società orientale e quella occidentale, affermava: *“Dico che la società occidentale può sembrare abbastanza buona ma in realtà porta al fallimento. L'Oriente, al contrario, si è sempre applicato alla disciplina dello spirito, ed è lui che ha ragione. Guardate: tutti diventano nevrastenici a causa dello sviluppo della personalità.”*¹⁵

Forse l'insegnamento del *gaman* (“perseveranza”, “tolleranza”), vale a dire sopportare ciò che è apparentemente insopportabile con pazienza e dignità, ha sostenuto la tendenza al sacrificio tipica di una società dove l'individualità è soffocata dalla collettività.

Forse la morte volontaria non può essere separata dalle sue intenzioni: dobbiamo essere in grado di discernere quando mira a uno scopo, a un ideale e afferma dei valori, rispetto a quando è il punto di arrivo della disperazione, della solitudine, della negazione.

Forse, come afferma Maurice Pinguet: *“Questi gesti non vanno giudicati solo in base al loro esito: la morte è sempre la stessa, ma nessun suicidio è uguale all'altro. Alcuni sono lucidi e fecondi, altri sordidi e confusi. [...] La morte di Nerone non è quella di Catone. I militari del Grande Giappone non furono meno brutali, né meno crudeli, di altri, ma sapevano morire e riservavano il meglio di se stessi per il loro ultimo istante”*.¹⁶

D'altra parte anche i gesuiti, nei loro sessanta anni di missioni nel paese del Sol Levante, non sono riusciti a scalfire quella tradizione secolare rappresentata dal suicidio. Come giudicare allora la morte del premio Nobel Kawabata, suicida a 73 anni, come spiegare la morte dello scrittore Osamu Dazai, che a 39 anni, dopo innumerevoli tentativi, riuscì a lasciare un mondo per lui molto amaro, come stimare il gesto del macchinista del treno che commette *seppuku* per un ritardo di 30 secondi, cosa pensare di Kikichi Tsuburaya, il maratoneta suicida perché convinto di aver deluso il suo paese conquistando un bronzo, che sguardo volgere ad Aokighara, nota in tutto il mondo come la foresta dei suicidi?

Dobbiamo seguire l'esempio del primo ministro Sato che giudicò lapidariamente il gesto di Mishima come *kichigai* (“folle”) oppure è legittimo domandarsi: *“Se lasciamo parlare i lontani secoli di una cultura straniera, non possiamo far sì che giungano alle nostre orecchie discorsi diversi dai nostri, forse in grado di restituire al suicidio la sua dignità di morte volontaria?”*¹⁷

Oppure la spinta alla vita deve vincere sempre?

*“Oggi sbocciato
Domani al vento disperso
È il fiore della vita
Un profumo così fragile
A lungo non può durare”*¹⁸

*Tecnico della riabilitazione psichiatrica struttura residenziale Samadi - Roma

BIBLIOGRAFIA

Benedict R. *Il crisantemo e la spada. Modelli di cultura giapponese*, Dedalo, 1993.
Davies R. J. - Ikeno O. *La mente giapponese*, Meltemi, 2007.
Ihara Saikoku, *Racconti d'amore dei Samurai*, Luni Editrice, Milano, 2017.

Imai Messina L., *WA, la via giapponese all'armonia*, ed. Vallardi, 2018.
Inazo Nitobe, *Bushido l'anima del Giappone*, ed. Mediterranee, Roma, 2017.
Jack Seward, *HARA-KIRI Suicidio rituale giapponese*, ed. Mediterranee, Roma, 1977.
Kakuzo Okakura, *Lo zen e la cerimonia del tè*, Universale Economica Feltrinelli, Milano, 2018.
Lafcadio Hearn, *Ombre giapponesi*, Adelphi edizioni, Milano, 2018.
Macfarlane A. *Enigmatico Giappone*, EDT, 2007.
Maurice Pinguet, *La morte volontaria in Giappone*, Luni Editrice, Milano, 2017.
Miyamoto Musashi, *Il libro dei cinque anelli*, a cura di Leonardo Vittorio Arena, BUR Rizzoli, Milano, 2020.
Teresa Ciapparoni La Rocca, *Mishima Monogatari un samurai delle arti*, ed. Lindau - I Bambù, Torino, 2020.
Yamamoto Tsunetomo, *Hagakure all'ombra delle foglie*, ed. Mediterranee, Roma, 2010.
Yukio Mishima, *Lezioni spirituali per giovani samurai*, ed. Se, Milano, 2004.

SITOGRAFIA

Corriere della sera - Esteri: https://www.corriere.it/esteri/21_ottobre_15/covid-isolamento-giappone-picco-suicidi-giovanissimi-sono-415-2020-3b9a0462-2d62-11ec-be4a-8aaf23299e0e.shtml
La Repubblica: "Coronavirus, allarme suicidi in Giappone: in un mese più morti che per Covid dall'inizio della pandemia. Più colpite le donne"
https://www.repubblica.it/esteri/2020/11/29/news/coronavirus_allarme_suicidi_giappone-276311533/
POPULAR SCIENCE: <http://www.popsoci.it/the-lancet-pandemia-boom-di-ansia-e-depressione-tra-giovani-e-donne.html>
Zero zero news, le notizie dietro le notizie: "Giappone: la strage della solitudine senza speranze"
<https://www.zerozeronews.it/giappone-la-strage-della-solitudine-senza-speranze/>
Figura 1: Yukio Mishima pronuncia il suo proclama poco prima del suicidio rituale.
<https://www.ilprimatonazionale.it/primo-piano/esempio-senza-tempo-seppuku-yukio-mishima-97272/>
Figura 2: *Samurai* che commette *seppuku* con il *kaishakunin* alle sue

spalle.
<https://it.mahnazmezon.com/articles/humanities/about-seppuku-or-harakiri.html>

NOTE

- ¹ Zero zero news, le notizie dietro le notizie: "Giappone: la strage della solitudine senza speranze", Maggie S. Lorelli, 16 dicembre 2020.
- ² *Bushido l'anima del Giappone*, Inazo Nitobe, ed. Mediterranee, Roma, 2017, pag.171.
- ³ Antico e glorioso nome del Giappone che fa riferimento alla città di Nara, centro politico e sociale della nazione nel corso del III secolo.
- ⁴ *Hagakure all'ombra delle foglie*, Yamamoto Tsunetomo, ed. Mediterranee, Roma, 2010, pag.115, 207, 53-54.
- ⁵ Lezioni spirituali per giovani samurai, Yukio Mishima, ed. Se, Milano, 2004, pag.24, 123.
- ⁶ *HARA-KIRI Suicidio rituale giapponese*, Jack Seward, ed. Mediterranee, Roma, 1977, pag.19.
- ⁷ Lezioni spirituali per giovani samurai, Yukio Mishima, ed. Se, Milano, 2004, pag.33.
- ⁸ *Bushido l'anima del Giappone*, Inazo Nitobe, ed. Mediterranee, Roma, 2017, pag.157.
- ⁹ Lezioni spirituali per giovani samurai, Yukio Mishima, ed. Se, Milano, 2004, pag.24.
- ¹⁰ *Mishima Monogatari un samurai delle arti*, a cura di Teresa Ciapparoni La Rocca, ed. Lindau - I Bambù, Torino, 2020. pag.185.
- ¹¹ *Bushido l'anima del Giappone*, Inazo Nitobe, ed. Mediterranee, Roma, 2017, pag.115.
- ¹² Teatro giapponese delle marionette dalle antiche origini, è una delle maggiori rappresentazioni artistiche del Giappone antico e moderno.
- ¹³ *La morte volontaria in Giappone*, Maurice Pinguet, Luni editrice, Milano, 2017, pag.145.
- ¹⁴ *Bushido l'anima del Giappone*, Inazo Nitobe, ed. Mediterranee, Roma, 2017, pag.149.
- ¹⁵ *La morte volontaria in Giappone*, Maurice Pinguet, Luni editrice, Milano, 2017, pag.368.
- ¹⁶ *La morte volontaria in Giappone*, Maurice Pinguet, Luni editrice, Milano, 2017, pag.345-346.
- ¹⁷ *La morte volontaria in Giappone*, Maurice Pinguet, Luni editrice, Milano, 2017, pag.41.
- ¹⁸ *La morte volontaria in Giappone*, Maurice Pinguet, Luni editrice, Milano, 2017, pag.340.

Pietro Pellegrini, Giuseppina Paulillo,
Cecilia Paraggio, Clara Pellegrini,
Lorenzo Pelizza, Emanuela Leuci*

Persone con disturbi mentali in ambito penale. Diritti e doveri: molto resta da fare!

Riassunto

Dopo l'approvazione della legge 180/1978 che ha restituito diritti al malato mentale, l'attenzione sul tema si è appannata e permangono ancora oggi diverse discriminazioni non solo in ambito culturale ma anche civile e penale. Di questo si occupa l'articolo nel quale si evidenziano i cambiamenti culturali, psicopatologici e operativi in base ai quali si evidenzia come sia superata la nozione di non imputabilità e pericolosità sociale cui conseguono misure di sicurezza detentive provvisorie e definitive. Queste previste dal codice penale Rocco del 1930, presentano diversi profili di ingiustizia e di scarsa garanzia oltre a non risultare utili al percorso di cura. Si apre quindi la necessità di una profonda riforma del codice penale per un pieno riconoscimento della responsabilità della persona con disturbi mentali, tenendo conto di questi nella fase dell'esecuzione penale, come per tutte le altre patologie. (Parole chiave: imputabilità, pericolosità sociale, psichiatria forense, paziente psichiatrico autore di reato, misure di sicurezza)

Abstract

After the approval of Law 180/1978, which restored rights to people with mental disorders, attention on the issue has faded and there are still various discrimination not only in the cultural sphere but also in civil and criminal matters. The article focuses on cultural, psychopathological and operational changes that can justify the hypothesis of considering the notion of non-imputability and social dangerousness, from which provisional and definitive custodial security measures derive, as overcome. Security measures are provided for by the Rocco Criminal Code of 1930, they present different profiles of injustice and poor guarantee as well as they have not value for the treatment process. There is therefore a need for a profound reform of the criminal code for full recognition of the responsibility of the person with mental disorders taking it into account in the phase of criminal execution, as for all other pathologies. (Keywords: imputability, social dangerousness, forensic psychiatry, psychiatric patient who has committed a crime, safety measures)

Introduzione

La legge 180 del 1978 ha trasformato il malato in cittadino, restituendo diversi diritti e doveri alle persone con disturbi mentali. Tuttavia, quando si va a vedere nella pratica, la situazione, seppure migliorata rispetto all'epoca manicomiale, è ancora sconcertante.

Infatti, per cultura, legge e prassi si verificano ingiustizie spesso nell'indifferenza, nel silenzio o nell'ambito di un persistente pregiudizio. Come se fosse normale nella realtà avere persone malate con diritti e doveri diminuiti, condizione alla quale è speculare quella dei professionisti che si prendono cura di loro, i quali nelle pratiche sono condizionati da un'impropria "posizione di garanzia", cioè dal rischio di apertura di un procedimento penale in caso di incidenti o reati commessi dai pazienti in cura o solo in contatto con tali professionisti, talora in un lontano passato. Un mondo a parte, fondato su una discriminazione, magari a fin di bene, alla luce di un paternalismo, poco importa se "buonista" o "giustizialista", che determina ingiustizie e quindi le peggiori condizioni per affrontare la sofferenza e la sua cura. In questo contributo verranno esposti alcuni dei punti cruciali che sostanziano le ingiustizie subite dalle persone con disturbi mentali nella convinzione che si debba operare a più livelli, culturale, politico e tecnico-scientifico affinché la Costituzione possa entrare come prassi vivente in ogni ambito, compresa la psichiatria, il carcere e tutti i contesti sociali e sanitari "sensibili". La chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), la "rivoluzione gentile", può essere l'enzima di un grande

cambiamento o essere soffocata. Ma, come scrive Basaglia, "l'impossibile è diventato possibile", si è dimostrato che si può fare in un altro modo, e questa convinzione, nel paese di Beccaria e di una grande cultura giuridica, può farsi strada, diventare inarrestabile, investire e condurre ad un profondo cambiamento i tradizionali concetti di imputabilità e di esecuzione penale, per tutti.

La cultura

Cominciamo dai termini ancora in uso che incidono sulla dignità e creano stigma e sofferenza. È incredibile che ancora oggi, per riferirsi alle persone con disturbi mentali, in diversi articoli dei codici giuridici italiani persista il termine "internati" e sia ancora in uso la parola "minorati".

"Imbecille", "deficiente", "cretino", da termini tecnici coevi ad "internati", sono ormai diventati parole offensive che sono state sostituite da "handicappato", "ritardato", "psicopatico", anch'essi caduti in disuso o meno utilizzati, in favore di non sempre felici espressioni, talora fuorvianti ma ritenute politicamente corrette, come ad esempio "diversamente abile", persone "sensibili", "fragili".

Più recentemente, dopo la riforma, si è fatto uso di altre denominazioni, quali "paziente", "ospite", "disabile", "cliente", "utente", "fruitore", "beneficiario" fino al termine "Persona con un disturbo", oggi, di norma, preferito.

Negli anni, dalle tante esperienze di psichiatria di comunità e di conoscenza diretta sembra emergere molta umanità, una comprensiva saggezza della diversità e delle

condizioni di “disagio”, diventato nel linguaggio comune, sinonimo di sofferenza e disturbo.

Nonostante questo, persiste lo stigma, la tendenza a rappresentare la persona con disturbi mentali come irresponsabile, imprevedibile, improduttiva, incurabile ed inguaribile, irrecuperabile, quindi da assistere, rinchiodare, vigilare, certamente a fin di bene, e da curare in modo obbligato come recitava l'art. 1 dell'abrogata legge 36 del 1904: “Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri e riescano di pubblico scandalo”, o come se fosse ancora vigente l'incostituzionale art 204 del c.p. sulla pericolosità sociale presunta.

Una prognosi infausta rispetto alla quale il pessimismo e il nichilismo terapeutico rappresentano la logica conseguenza, magari attenuata da una sempre apprezzabile “umana pietas”.

Oggi, anche grazie ai movimenti degli utenti, la persona con disturbi mentali ritenuta responsabile può essere curata e recuperata (*recovery*) come persona capace di una vita attiva, produttiva ed auto-determinata, che può partecipare e vivere in armonia nella comunità. Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono (di norma) volontari (legge 180 del 1978) e non vi è più obbligo di cura, se non per brevi periodi ed in presenza di precise condizioni sanitarie. Al di fuori del TSO, non vi sono né provvedimenti giudiziari, né altre forme di privazione della libertà che possano al contempo coercire alle cure.

Il rapporto tra cura e libertà è cambiato profondamente e la libertà, insieme a responsabilità e partecipazione, diviene fondamentale per un prendersi cura interiore, di sé dove la persona è principale protagonista. Un processo non facile, carico di resistenze, nel quale la relazione con l'altro, il dialogo e la reciprocità diventano la base del consenso, di decisioni condivise, specie se sofferte, difficili, incerte nel rapporto rischi/benefici. “Nulla su di me senza di me” è alla base dell'etica della cura prima ancora che del diritto alla comunicazione, alla creazione di quell'alleanza terapeutica, frutto di un incontro libero fra menti e competenze diverse, che all'aspetto tecnico devono vedere associate, come parti costitutive, la sintonia, la speranza, visioni vivificanti, prospettive, aspettative e sogni. Questo è tanto più importante quando di fronte vi è un dolore che chiede senso, vi sono vite sperdute, danneggiate, traumatizzate, risucchiate in buchi neri, nei quali sembra scomparsa ogni traccia di comprensibilità e persino di umanità. Serve un nuovo lessico e una clinica che va verso l'altro, si fa prossima e ricerca al di fuori di ogni determinismo.

Un altro paradigma

Per questo serve un altro paradigma. I sintomi non sono frutto incontrollabile, imprevedibile dei soli disturbi mentali, ma espressione di una sofferenza, di un

complesso di fattori biopsicosociali interagenti tra loro, che non necessariamente hanno carattere persistente e che possono essere modificati con diversi interventi specifici e mirati. In questo nuovo paradigma, la persona, la sua famiglia ed il contesto hanno un ruolo attivo. Pur avendo un fondamento biologico ed anche genetico, i disturbi mentali si connotano come espressione nel neurosviluppo di un'interazione fra genetica ed epigenetica, tra biologia e fattori psicosociali, su cui possono agire anche le persone, con le loro strategie di *coping*, di gestione della malattia, dei sintomi e della terapia. Non si tratta certo di colpevolizzare le persone, le loro famiglie e i contesti, ma di avere la consapevolezza che la salute mentale è un prodotto fragile e complesso. Pertanto, le strategie per la cura del disturbo e la promozione della *recovery* sono una parte fondamentale del lavoro di oggi, come per altro avviene anche in altre branche della medicina, ad esempio in oncologia.

Ambito che al pari della psichiatria ha dovuto superare lo stigma, il pregiudizio, in favore di una ragionevole speranza, di una possibile guarigione, di scenari che danno spazio a prevenzione, interventi precoci e riabilitazione. Lo spettro della disturbo e della morte che incombe sull'uomo, da imminente disperazione e impotenza può lasciare spazio alla speranza (“*spes contra spem*”), all'essere speranza più che al dare speranza, se nell'incontro si crea uno spazio/soggetto terzo tra terapeuta e paziente, in grado di osare l'inosabile, rendere possibile l'impossibile. La realtà è più forte di ogni idea, e si imporrà. Poco importa se questo accadrà nel tempo, è l'umano destino comune. Ma è nella meraviglia della presenza del qui ed ora, insieme, che si realizza l'incantesimo delle possibilità creative, della rigenerazione, unendo conoscenze scientifiche ed etiche. In relazione alla psicopatologia evolutiva, dell'intero ciclo di vita, i disturbi mentali sembrano correlare con una componente biologica, sebbene siano sempre più rilevanti le evidenze circa il ruolo della sintonizzazione, dell'attaccamento, della regolazione/autoregolazione, sui quali possono agire gli eventi sfavorevoli dell'infanzia come traumi, violenze, *neglect*, in grado di compromettere funzione riflessiva, empatia, responsabilità, giudizio e relazioni mature. Una nuova concettualizzazione, che quindi vede in una complessità di fattori la base della psicopatologia e riconosce i comportamenti come multideterminati e non connessi al solo disturbo mentale della persona. Questo non solo è curabile e “guaribile” (“*recovery*”), ma non sempre compromette totalmente il funzionamento psichico e sociale, la possibilità di autodeterminarsi e quindi di rispondere degli atti commessi.

Anche di fronte al suicidio e ai reati, il costrutto esplicativo attualmente in voga non è più quello di collocarli esclusivamente all'interno di un disturbo mentale, ma quello di ricondurli ad un complesso assai

ampio di fattori, biologici, psicologici e sociali, ad un intreccio inestricabile che porta agli agiti. Questa nuova concezione ha un potenziale effetto dirompente, rivoluzionario nel momento in cui non solo cambia il paradigma di riferimento per i disturbi mentali, ma anche per la comprensione del comportamento di tutte le persone, in un quadro fondato sulla complessità della vita psichica e sulla compassione.

La finalità del suicidio è porre fine ad “un insopportabile dolore mentale” che porta ad una totale perdita di speranza, a vedere nell’atto autoaggressivo estremo l’unica possibile soluzione.

Shneidman (1985)² ha proposto la seguente definizione del suicidio: “Attualmente nel mondo occidentale, il suicidio è un atto conscio di auto-annientamento, meglio definibile come uno stato di malessere generalizzato in un individuo bisognoso che alle prese con un problema, considera il suicidio come la migliore soluzione.” Shneidman (1993)³ inoltre suggerisce che le fonti principali di dolore psicologico ovvero vergogna, colpa, rabbia, solitudine, disperazione, abbiano origine nei bisogni psicologici frustrati e negati. La suicidologia classica considera dunque il suicidio come un tentativo, sebbene estremo e non adeguato, di porre fine ad un dolore insopportabile dell’individuo.

In merito al reato di omicidio, pur nella eterogeneità delle situazioni, si può sostenere che la relazione con il disturbo mentale sia inquadrabile nell’ambito di una dinamica molto più complessa, ove sempre influiscono molteplici fattori, in una certa misura rilevabili e modificabili, come relazioni problematiche (si pensi ad esempio ai femminicidi). Da ciò si rileva come la perdita, l’autonomia dell’altra persona, siano in sé inaccettabili, letali per il proprio mondo interno, in grado di chiudere al futuro, ad altre soluzioni più mature ed adeguate. Come può crescere la motivazione, la determinazione, in una visione sempre più ristretta, “a cannocchiale”, dove ogni altra possibilità perde la praticabilità e la capacità di lenire solitudine, rabbia, umiliazione? O ancora, come leggere omicidi compiuti da giovanissimi spesso senza motivo, privi di coinvolgimenti emozionali o con vissuti talora così superficiali e inadeguati, seppur in presenza di funzioni cognitive superiori non compromesse?

Da quanto finora detto, appare evidente come vi sia la necessità di rivedere la nozione di “responsabilità”, anche della persona con disturbi mentali. Questo è fondamentale non solo in ambito giudiziario, ma anche ai fini della cura della persona e della definizione dell’identità e del ruolo professionale dello psichiatra.

Controllore di un internato, portatore di una follia imprevedibile, di un possibile pericolo sociale o colui che accoglie, accompagna e sostiene? la persona nel far fronte e curare un disturbo tramite azioni responsabilizzanti?

La definizione dell’Altro è essenziale per la propria identità. Se al male non si risponde con la coercizione e

con altro male, ma con il bene, con l’accoglienza che apre all’incontro con la persona e al suo essere speranza, nasce la possibilità creativa di un’evoluzione, di un processo che si potenzia in quanto il bene si accumula e potrà attraversare la tragedia e il dolore per nuovi incontri e conciliazioni possibili.

Se l’Altro non viene riconosciuto nei suoi diritti e doveri, se l’incontro non è reciproca assunzione di responsabilità, ma disequaglianza anziché rispetto delle diversità, allora la relazione terapeutica sarà condizionata, deviata fin da principio nell’immaginario, prima ancora di ogni effettivo accadimento. Questo fa male alle persone, tutte, e non solo a quelle con disturbi mentali.

Il suicidio o l’omicidio interrogano ciascuno di noi, e richiedono paradossalmente più diritti e doveri in un quadro di accoglienza, riconoscimento e rispetto reciproco non violento, sapendo che è l’istituzione ad essere più forte e pertanto obbligata a dare per prima garanzie ai più deboli.⁴

Tutto questo interroga anche il mondo giudiziario, in quanto apre a nuove concezioni della “pena”, della sua funzione e costituisce una grande occasione per una revisione degli atteggiamenti, del non detto ma comunicato. Il passaggio da una visione autoritaria, prescrittiva, paternalistica, infantilizzante, imperscrutabile, controllante e, a volte, umiliante verso un atteggiamento autorevole, paritario, affidabile, saggio, capace di incontrare, stare accanto, accompagnare al cambiamento, alla conciliazione ed alla riparazione possibile, all’essere speranza, come ha magistralmente insegnato l’arcivescovo di Milano Carlo Maria Martini.⁵ È su questi aspetti che si crea il terreno comune per un nuovo incontro tra giustizia e psichiatria, e, più in generale, con l’intera comunità e tutte le sue articolazioni.

Rendere coerenti le norme e realizzare le riforme

La società italiana deve oggi ormai, necessariamente, fare i conti con la riforma psichiatrica, la legge 180/1978 e la più recente legge 81/2014, in quanto sono in sintonia con la Costituzione, sebbene non lo siano con il Codice Penale del 1930, il quale, invece, fa riferimento alla legge 36 del 1904. Le prassi della giustizia sono messe in crisi dalla “rivoluzione copernicana” dell’assistenza psichiatrica, la quale al centro dell’intervento terapeutico pone la persona con le sue fragilità e i suoi bisogni, ma anche con le sue potenzialità, aspettative e possibilità di sviluppo, che l’istituzione totale del manicomio, invece, negava a priori. Misure di cura e giudiziarie “di comunità” rendono la riforma “umana”, in quanto sancisce il diritto fondamentale di tutti gli individui ad abitare il mondo, opponendosi ai movimenti di emarginazione di chi è percepito come “diverso”, e come tale escluso dalla rete delle relazioni sociali, relegato ai margini e privato dei diritti fondamentali della libertà e dell’autodeterminazione. La libertà è terapeutica:

pertanto, la cura si può svolgere solo nelle libertà. Libertà non solo di movimento ma di autodeterminazione, pensiero, cultura, religione. La libertà permette gli scambi e la contrattualità delle persone, mentre l'ospedale psichiatrico rappresentava il "luogo dell'assenza di scambio e dell'inerzia" dello scambio, dell'inerzia.

La riforma afferma il diritto alla speranza, in quanto apre le porte del manicomio per offrire una possibilità reale di cura che era impossibile nell'ospedale psichiatrico, il quale aveva infatti il significato non solo di "chiudere la porta e gettare via la chiave" (come ancora si dice del carcere), ma anche di "gettare la spugna", consegnando i malati ad un destino di progressivo deterioramento del proprio funzionamento mentale e relazionale concepito come ineluttabile, come ancora accade nelle istituzioni totali, nelle quali le profezie si autoavverano.

L'accoglienza delle persone nelle loro comunità consente di riavere un proprio posto nella società, permettendo loro di sognare che le cose siano, in qualche modo, nuovamente possibili. Percorsi di sostegno all'abitare e di avviamento al lavoro sono presenti, ad esempio, nei servizi di salute mentale con il significato di sostenere il reinserimento sociale. È la comunità che cura e si prende cura delle persone e al contempo di se stessa, essendo i loro destini comuni. Non c'è salute se la comunità è malata. Per questo i servizi di salute mentale devono essere nel territorio, vivi, percorribili, flessibili e creativi, per contrapporsi all'immutabilità e alla rigidità che caratterizza i disturbi mentali severi, nonché quel vissuto di "morte psichica" sperimentata dai pazienti, talora aggravata dalla collocazione nelle istituzioni. Percorsi personalizzati di ordine medico, farmacologico, psicologico e sociale possono contribuire a migliorare le condizioni di vita nell'ottica proattiva del prendersi cura e di non abbandonare nessuno. Vanno riconosciuti i valori e limiti delle conoscenze scientifiche, alle quali pure fanno riferimento i suddetti percorsi di cura, nel tentativo di coniugare le pratiche basate sulle evidenze scientifiche a quelle ricavate dalle pratiche reali, dalle esperienze di vita vissute dalle persone.

La riforma è fatta da leggi insature, che enunciano dei principi ispiratori, ma la cui realizzazione effettiva è affidata alla continua messa in opera di strategie di cura della malattia mentale da parte della sanità, in concerto con le amministrazioni locali, il sociale, la scuola, la giustizia. La salute mentale non è astorica, ma legata ad un divenire possibile, ne fa la sua forza ed obbliga a confrontarsi con i limiti e le sempre nuove contraddizioni, oscillazioni tra cura e sorveglianza, tra cura e abbandono, ma anche tra il non curare e il non punire, lo scontro tra i poteri non dialoganti.

La prospettiva della collaborazione interistituzionale è essenziale al fine di lavorare insieme per convincere ed affrontare la complessità. Questa collaborazione è un fattore di produzione di salute e sicurezza in grado di

abitare e comporre le contraddizioni e di individuare le proposte per una politica all'altezza del compito che le spetta anche in questo ambito.

Le norme penali per le persone con disturbi mentali

Nonostante le leggi 180 e 81, e tutto il movimento per la loro realizzazione pratica, persistono norme in ambito penale che configurano gravi ingiustizie.

Infatti, in ambito penale, persiste il "doppio binario", che si fonda sulla non imputabilità (art 88 c.p.) basata sulla incapacità di intendere e volere al momento del fatto reato. Una condizione valutata a posteriori, spesso in relazione allo stato di mente e non all'insieme dei fattori di rischio, protettivi e precipitanti.

Se è già molto difficile sotto il profilo tecnico il rilievo a posteriori della sussistenza o meno dell'imputabilità, intesa come capacità di intendere e volere al momento del fatto, la successiva valutazione della pericolosità sociale (ex art 133 c.p) connessa al disturbo mentale (ed al suo trattamento) realizza un'artificiosa semplificazione dei fattori in campo, rilegge "ex post" le situazioni, con l'esito di portare la persona rea verso una condizione di persistente pericolosità e, al contempo, rischia di mettere lo psichiatra sul banco degli imputati. Ovvero, spesso scatta non quello che potrebbe essere un lavoro di governo clinico, di audit, ma una vera e propria colpevolizzazione sulla base della "posizione di garanzia" (art 40 c.p. secondo comma): si doveva prevenire, curare, visitare di più, prescrivere, far assumere, controllare a distanza. S'inventano figure come "l'infermiere addetto alla porta"⁶ e s'invocano funzioni impossibili, giustificabili solo nella dinamica paziente irresponsabile-psichiatra onnipotente e preveggenze. Una linea in netto contrasto con la conoscenza scientifica che dimostra la scarsissima capacità predittiva e preventiva della pratica psichiatrica.⁷ Molto spesso al proscioglimento segue quasi automaticamente il riconoscimento della pericolosità sociale, confermando il binomio irresponsabilità-pericolosità dell'abrogata legge 36/1904, carico di stigma, e soprattutto inefficace ai fini sia della cura che della efficacia della misura giudiziaria.

Alla pericolosità sociale segue poi la definizione della misura di sicurezza, in primis della libertà vigilata, mentre la misura di sicurezza detentiva è residuale. L'applicazione della legge 81/2014 evidenzia a posteriori tutti i punti critici, in primo piano quelli connessi alle liste di attesa per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive, erroneamente visto come carenza di posti nelle REMS, mentre poco si è fatto per comprendere le nuove basi che oggi sostengono il nuovo sistema di esecuzione della pena.

Sono le prassi fondate su numero chiuso, prossimità, assenza di coercizione e di contenzione meccanica, a caratterizzare il nuovo sistema fondato su accoglienza non giudicante, responsabilità, rispetto reciproco, speranza e

recovery. Questi contenuti si confrontano spesso con una misura giudiziaria “vuota”, incomprensibile, fondata sostanzialmente sulla mera limitazione della libertà di movimento ed una marginale attenzione alle condizioni di vita familiare e sociale (le quali, peraltro, ai sensi della legge 81/2014, non dovrebbero rilevare ai fini dell’applicazione della misura di sicurezza detentiva).

Vi sono questioni di tipo procedurale che andrebbero affrontate con urgenza perché determinano violazioni dei diritti, lesive della dignità.

Vediamole:

1) Le misure di sicurezza detentive provvisorie ai sensi degli artt. 312, 73 e 286 del c.p.p.⁸ nella loro applicazione diventano di fatto misure cautelari, ma prive di ogni garanzia e tempistica certa per chi vi è sottoposto. Tralasciando il fatto che la persona è presunta innocente, dal punto di vista psichiatrico la cura si deve svolgere secondo principi di appropriatezza e di adeguata intensità, individuando insieme alla persona i percorsi più adeguati.

2) L’incapacità di stare in giudizio sulla base dell’art 70 c.p.p.

Gli accertamenti sulla capacità dell’imputato infermo a partecipare coscientemente al processo possono determinare una proroga sine die della misura di sicurezza detentiva, spesso in REMS, anche per reati di modesta entità e anche quando non vi sono necessità di cura che comportino la continuazione del ricovero. L’incapacità di stare in giudizio può divenire uno stallo, lesivo per tutti, in particolare per persone che hanno bisogno di mettere ordine e comunicare un mondo interiore sofferente.

3) Una volta applicata la misura di sicurezza detentiva, occorre rilevare sede di esecuzione e sua durata. Quanto alla sede, è aperto il dibattito sulle liste di attesa per le REMS, ma non si coglie come la rigidità della misura di sicurezza detentiva non consenta l’applicazione di norme e benefici che, invece, sono previste per la detenzione incidendo anche sulla durata, la quale, in base alla legge 81/2014, non può superare quella della pena edittale massima per il reato commesso. Nelle prassi, è di comune constatazione che all’ingresso in REMS il termine della misura non viene indicato. Si tratta di una carenza che andrebbe colmata al fine di creare una condizione di chiarezza, di possibile previsione di un orizzonte temporale. Sulla definizione della durata incidono anche altre norme che non sono applicate alle misure di sicurezza detentive.

Infatti, ai sensi dell’art. 657 c.p.p., non è previsto che il periodo di sottoposizione alla misura provvisoria possa essere dedotto da quello della misura di sicurezza definitivamente disposta. Il periodo “pre-sofferto” non conta perché la misura di sicurezza non è una pena.

Se prima della legge 81 la misura di sicurezza detentiva aveva una durata indeterminata, oggi è strettamente legata alla durata della pena edittale massima per il reato commesso, e non più solo alla pericolosità sociale.

Quindi, il cambiamento legislativo dovrebbe incidere sulla durata della misura di sicurezza conteggiando anche il periodo precedente. La giustizia deve creare una condizione di chiarezza e certezza, anche se la misura è diretta a limitare la pericolosità sociale dell’individuo e non ha funzione sanzionatoria. Nel caso del paziente psichiatrico autore di reato si deve anche prendere atto della centralità del programma di cura e della sede ove sia più adeguato realizzarlo. Certamente va risolto il problema delle detenzioni “sine titolo” di persone prosciolte, le quali devono sempre essere curate dai Dipartimenti di Salute Mentale, che, insieme alla giustizia, sapranno trovare le soluzioni più adeguate.

Alle misure di sicurezza detentive non si applicano:

a) Sconti di pena per buona condotta (45 giorni ogni 6 mesi) da parte dell’Ordinamento Penitenziario (misura strutturale che farebbe passare gli attuali 45 giorni a 60 giorni di liberazione anticipata ogni semestre).

b) Quanto previsto dalla legge 67/2014, che disciplina l’istituto della c.d. detenzione domiciliare. Tra le misure non detentive potrebbe essere valorizzato il ricorso a istituti come la messa alla prova o i lavori socialmente utili.

4) La libertà vigilata

a) non vede termini prefissati e può essere prorogata sine die come se la persona con disturbi mentali autrice di reati non potesse più essere un libero cittadino. Un ambito quello dell’assistenza di comunità, che è rimasto in ombra e sul quale andrebbe posta l’attenzione, alla luce dei compiti dei diversi attori istituzionali chiamati a collaborare, ciascuno per le proprie competenze.

b) viene sempre più spesso associata a prescrizioni, quali l’obbligo di risiedere in una comunità terapeutica, di uscire solo accompagnati dal personale ed altri, i quali, oltre ad essere impropri per quanto attiene agli specifici ambiti di competenza degli operatori sanitari (la permanenza in una comunità deve essere in funzione del programma di cura e non per esigenze di controllo/custodia, che esulano dal mandato sanitario) incidono fortemente sulla libertà personale.

5) Oltre al termine “internati”, va ricordato che persiste la segnatura nel certificato penale per “i provvedimenti giudiziari definitivi che hanno prosciolto l’imputato o dichiarato non luogo a procedere per difetto di imputabilità, o disposto una misura di sicurezza, nonché quelli che hanno dichiarato la non punibilità ai sensi dell’articolo 131-bis del codice penale” (Testo unico sul casellario giudiziale D.P.R., 14/11/2002 n° 313, G.U. 13/02/2003, art 3).

A questo poi si aggiungono le scarse capacità di difendersi (spesso solo con avvocato d’ufficio), il pregiudizio, le povertà economiche, culturali e relazionali, l’assenza di documenti, di reddito, di lavoro, di casa ed il disinteresse dei servizi psichiatrici e sociali, nonché delle comunità locali.

Riformare il sistema

A fronte della situazione delineata, in ambito politico, giuridico e psichiatrico è necessario trovare un nuovo, avanzato ed equilibrato punto d'incontro che sia in grado di annullare le ingiustizie sopra segnalate. Vi è bisogno di chiarezza e di certezza per creare e mantenere le migliori condizioni per la cura e la prevenzione di nuovi reati. Sono possibili norme parziali che possano migliorare il sistema ed adattare i codici alle novità introdotte dalla legge 81. In fondo abbiamo chiuso gli OPG e mantenuto il ricovero nelle stesse strutture.

Pur essendo favorevole ad ogni sforzo volto al miglioramento, credo serva una grande riforma⁹, che cancelli il doppio binario e promuova l'imputabilità, e quindi il principio di responsabilità sia per la terapia sia per la sicurezza. Le persone vanno riconosciute imputabili e giudicate per l'atto commesso, devono avere il diritto al processo, cioè a confrontare con la legge, espressione della comunità, le proprie convinzioni e motivazioni. L'ascolto partecipe dà diritto alla parola, al punto di vista della persona, riconosciuta interlocutore degno di attenzione nella sua sofferenza e non infantilizzato (per altro la giustizia riconosce il diritto all'ascolto del minore) o reso alieno, quando invece possiamo comprenderlo e costruire insieme un futuro comune.

In ogni fase va assicurato il diritto alla salute e l'incapacità a stare in processo per disturbi mentali deve essere superata mediante il supporto linguistico, culturale e professionale. Proprio laddove sono maggiori i problemi della comunicazione, andranno fatti sforzi per ripristinarla in quanto fattore essenziale per la regolazione degli affetti, del mondo interiore e dei comportamenti. La riforma deve portare anche all'abolizione della pericolosità sociale del malato mentale perché non ha fondamenti scientifici. Possono essere al più valutati i fattori di rischio e protezione.

Le misure di sicurezza detentive provvisorie e definitive vanno abolite.

Le misure provvisorie si basano su una presunzione di colpevolezza anziché di innocenza e non creano le migliori condizioni per la cura, in quanto il disturbo in molti casi è del tutto presunto e quindi da accertare sia in relazione all'imputabilità sia per quanto attiene la cura, per assicurare il diritto alla salute.

Le misure di sicurezza detentive definitive vanno abolite e sostituite da pene la cui esecuzione dovrà tenere conto delle condizioni di salute della persona. Il reato è sempre molto presente nel suo mondo interiore e su questo occorre lavorare con gli strumenti della psichiatria di comunità, tenendo conto del contesto culturale, religioso, filosofico, e promuovendo gradualmente l'assunzione di responsabilità, di forme di elaborazione, di riparazione possibile, di riconciliazione, di ristoro. Un percorso doloroso, difficile, complesso e impegnativo che la psichiatria cerca di realizzare con la persona e la sua

famiglia, all'interno del quale il ruolo della giustizia e della comunità sono fondamentali. Si sono create misure di cura e giudiziarie di comunità, basate sulla reciproca responsabilità, dove la valutazione non è oggettivante ma di sistema, è centrata sulla persona e sul suo contesto, nel quale sono attori anche il sistema curante, della giustizia, del sociale, dell'ordine pubblico. Non il proscioglimento e la misura di sicurezza che sospendono, isolano e non fanno altro che aumentare la confusione, l'incomprensione della persona e della comunità, ma un altro scenario che fondi la convivenza sullo sviluppo della responsabilità, nella sua accezione etimologica di "res pondus", del farsi carico delle persone e delle situazioni, di portare insieme il senso delle esperienze umane, anche quelle estreme, di vite coesistenti. Nel legame inestricabile che lega reciprocamente la qualità della cura, della convivenza e della sicurezza.

Note

¹ Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl di Parma

² Shneidman, E. S. (1985). Definition of suicide. Aronson, Northvale.

³ Shneidman, E. S. (1993a). Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior. Jason Aronson, Northvale. Shneidman, E. S. (1993b). Suicide as psychache. The Journal of Nervous and Mental Disease 181, 145-147

⁴ Nel 1964, a Londra, Franco Basaglia presentò una relazione dal titolo «La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione». Citò una frase di Antonin Artaud, che durante il suo ricovero in manicomio ammoniva i medici, o meglio il potere di cui erano il braccio armato, con queste parole: «Possiate ricordarvene domattina, all'ora della visita, quando senza alcun lessico tenerete di conversare con questi uomini, nei confronti dei quali, riconoscelo, non avete altra superiorità che la forza».

⁵ Cartabia M, Ceretti A. Un'altra storia inizia qui. Bompiani, 2020

⁶ Corte di Cassazione Penale - Sez. IV - sentenza n. 48292/2008

⁷ Angelozzi A. La capacità di previsione in psichiatria. Pol.it <http://www.psychiatryonline.it/node/3089>. Ultima visita 23 maggio 2021

⁸ Art. 312 Codice di procedura penale Applicazione provvisoria di misure di sicurezza

1. Nei casi previsti dalla legge, l'applicazione provvisoria delle misure di sicurezza è disposta dal giudice, su richiesta del pubblico ministero, in qualunque stato e grado del procedimento, quando sussistono gravi indizi di commissione del fatto e non ricorrono le condizioni previste dall'articolo 273 comma 2.

Art. 73 Codice di procedura penale

"1. In ogni caso in cui lo stato di mente dell'imputato appare tale da renderne necessaria la cura nell'ambito del servizio psichiatrico, il giudice informa con il mezzo più rapido l'autorità competente per l'adozione delle misure previste dalle leggi sul trattamento sanitario per malattie mentali.

2. Qualora vi sia pericolo nel ritardo, il giudice dispone anche di ufficio il ricovero provvisorio dell'imputato in idonea struttura del servizio psichiatrico ospedaliero. L'ordinanza perde in ogni caso efficacia nel momento in cui viene data esecuzione al provvedimento dell'autorità indicata nel comma 1(1).

3. Quando è stata o deve essere disposta la custodia cautelare dell'imputato [274 c.p.p.], il giudice ordina che la misura sia eseguita nelle forme previste dall'articolo 286.

4. Nel corso delle indagini preliminari, il pubblico ministero provvede all'informativa prevista dal comma 1 e, se ne ricorrono le condizioni, chiede al giudice il provvedimento di ricovero provvisorio previsto dal comma 1."

Art. 286 Codice di procedura penale

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

⁹ Disegno di legge 2939/2021 a firma Riccardo Magi "Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e alla legge 26 luglio 1975, n. 354, in materia di imputabilità e di misure alternative alla detenzione per le persone con disabilità psicosociale"

Riflessione etica su Recovery Plan e Progetti di Cura

Riflessione etica su Recovery Plan e Progetti di Cura

Ho da poco letto un'intervista, su uno dei maggiori quotidiani italiani, ad un Autore, che avrei potuto benissimo ritenere essere un Filosofo, Ecologo, Psichiatra o Politologo, che ha scritto di recente un libro dal titolo: "Il valore e i valori", dove enuncia un Manifesto per ripensare il presente, salvare il Pianeta dalla Catastrofe Climatica, dalle nuove Pandemie giudicate come recrudescenze populiste scatenate dai Fondamentalismi, dai Mercati sregolati e dagli esempi più inquietanti di Disuguaglianze. Dice ancora: "bisogna ribaltare gli schemi, far pagare più tasse alle Multinazionali, rimettere il valore dei mercati a servizio dell'Umanità e convogliare anche i Fondi privati, non solo la Banca mondiale e l'Oms, nella Transizione ecologica dei Paesi in via di sviluppo". Ma ci dobbiamo fidare?

E aggiunge: "solidarietà, equità e compassione ci aiuteranno a vincere la battaglia per l'Ambiente con emissione di zero di CO2 nel 2050"? Ripeto: ci dobbiamo fidare? E questa è una domanda che rivolgo ai partecipanti del Seminario. La persona di cui sto parlando, che io non conoscevo, è il canadese Mark Carney, ex banchiere della Banca Centrale, amico del Presidente del Consiglio Draghi, inviato speciale dell'Onu per il Clima, nell'incontro internazionale che si terrà a Glasgow Cop. 26, a giorni. Grandi proclami che devono far avanzare la nostra Responsabilità verso l'Ambiente fisico e sociale in cui viviamo. Perché le cose nella nostra vita sono interconnesse, perché le persone, le famiglie, pur vivendo in abitazioni diverse, su tre piani di un condominio come nel film del regista Moretti, si trovano travolte da vicende dolorose che avvengono come su uno stesso piano...perché l'ambiente in cui viviamo appartiene a tutti e solo con azioni virtuose e responsabili si possono raggiungere gli obiettivi di salvaguardia dell'Ambiente stesso, in un continuum di pratiche che in Psichiatria sono le pratiche di cura, il valore delle pratiche di Cura. Come d'altronde per ogni atto medico che non è solo tale se non anche sociale e che dovrebbe per esempio, tener conto delle differenze di genere per la somministrazione di determinati farmaci, i loro effetti e dosaggi. E questo è ancora più cogente dopo il lockdown per l'epidemia "Covid".

Il Valore delle Pratiche

Ridimensionando questi concetti, queste parole importanti, riportandole nelle Pratiche della Psichiatria, perché le parole senza le pratiche sono nulle, pur essendo le parole creature viventi, come dice Eugenio Borgna, facciamo sì che il nostro lavoro non abbia rigurgiti di restaurazione dopo 60 anni dalla Legge Basaglia. Dob-

biamo quindi essere operativi, nel senso dell'inclusione e delle aperture.

Il valore delle pratiche è il valore dei nostri effetti personali più comuni, più quotidiani: a chi non è capitato di aver dimenticato di mettere, nella valigia per le vacanze, lo spazzolino per la pulizia dei denti o qualsiasi altro oggetto quotidiano, a noi vicino, e quindi lo smarrimento di non averlo portato con sé? Un oggetto così comune diventa veramente così essenziale ... e allora torniamo con la memoria all'urgenza, alla fretta, che certi ricoveri imponevano, in modo che non non si potesse preparare la borsa al paziente, con le dovute attenzioni. A volte erano ricoveri drammatici ed in un secondo momento l'operatore tornava a casa del paziente per recuperare ciò che serviva. A volta era il medico stesso. Pensiamo ai ricoveri urgenti, per i pazienti "covid" nelle terapie intensive, che di necessità venivano isolati dal contesto, come è avvenuto nel 2020. Queste azioni sono le relazioni gentili e necessarie, che dobbiamo avere verso gli Altri, affinché alla Solitudine di un ricovero ("In dialogo con la Solitudine", ultimo libro di Borgna), non si aggiunga pure la Disperazione di non avere più i propri oggetti personali, le chiavi, il cellulare ... questi stessi Effetti personali, che diventano, fenomenologicamente, in un tempo e spazio vissuto di Cura, gli Affetti personali di ciascuno di noi. Questa è la nostra Responsabilità ("Responsabilità e Speranza", un altro libro di Borgna) verso chi è in cura, questo è "rispondere", impegnarsi a rispondere e a corrispondere a chi depone in noi la sua Fiducia. "Una mano ne stringe un'altra, nel silenzio del cuore" (riferito da Borgna), o come dicono i Maestri del Soto Zen, il passaggio dalla mia anima alla tua anima, una trasmissione che è un dare ciò che è già proprio, con un atto carico di eticità e gentilezza. Queste "cose" così comuni ed essenziali, a ben vedere non possono essere nemmeno restituite ai naufraghi extracomunitari, che arrivano sulle nostre coste, che già partiti poveri, perdono la loro identità in viaggio e che verrà ricostituita solo se sapranno e sapremo integrarli nella nostra Società. Per far ciò, abbiamo bisogno di un Recovery, di una visione ampia dei Costumi dei popoli e materialmente parlando di robuste risorse economiche, a carico delle Nazioni più ricche.

Queste sono le premesse e promesse per un PNRR (ripresa e resilienza) del Piano Sanitario Nazionale futuro. Ringraziamo il Prof. Eugenio Borgna, che dà la possibilità, attraverso i suoi scritti e le sue parole, di sollecitare considerazioni di questo tipo a cui si aggiungeranno le sue, nello stile poetico e colto, che gli è proprio.

Grazie

Dott. Aniello Castaldo, Parma, 28.09.2021

Mariafrancesca Tripepi*,
Luca Cantarelli*, Mattia Corbo*,
Nadia Meloni*, Elvira C. Lilla*,
Pasquale Tripepi**

La gestione della comunicazione non verbale in pandemia e situazioni emergenziali

Sommario

L'esperienza pandemica ha posto in risalto alcuni aspetti disfunzionali nell'organizzazione dell'attività clinica. Nel presente lavoro si rimanda al contributo delle neuroscienze per cogliere la dimensione emozionale; e si individuano alcuni degli autori che più hanno contribuito alla decodifica del comportamento non verbale. In questo tipo di comunicazione si rileva quell'universalità e quell'efficacia comunicativa ad oggi indispensabili nello scambio relazionale. Infatti, con il distanziamento e gli strumenti di protezione introdotti per fronteggiare la pandemia da Covid19, le esperienze di comunicazione si fanno più articolate e complesse per il cambio dei consueti parametri di riferimento. Diventa imprescindibile appropriarsi di più fini competenze comunicative per far fronte alle necessità attuali di superare l'isolamento e la mancanza di contatto che rischiamo di subire. Insieme ad una griglia di lettura del non verbale, si propone il sintetico modello di N. B. Gluckstern o delle tre V + B, come strumento di decodifica del non verbale e del verbale. Si propone, inoltre, un'esperienza di lettura del "non verbale pittografico", relativo ai tatuaggi, come occasione per meglio cogliere ed empatizzare con il proprio interlocutore.

Parole chiave: pandemia, neuroscienze, comunicazione efficace, decodifica del non verbale.

Abstract

The pandemic experience has highlighted certain dysfunctional aspects in the organisation of clinical activity. In this work we refer to the contribution of neuroscience to grasp the emotional dimension; and we identify some of the authors who have contributed most to decoding non-verbal behaviour. In this kind of communication we find that universality and communicative efficacy that are today indispensable in relational exchange. In fact, with the distancing and protection tools introduced to cope with the covid19 pandemic, communication experiences become more articulated and complex due to the change of the usual parameters of reference. It is essential to acquire more sophisticated communication skills in order to cope with the current needs to overcome the isolation and the lack of contact that we risk suffering. Together with a grid for reading the non-verbal, we propose N. B. Gluckstern's synthetic model or rather the three V + B, as a tool for decoding the non-verbal and the verbal. An experience of reading the "pictographic non-verbal", relating to tattoos, is also proposed as an opportunity to better understand and empathise with one's interlocutor.

Keywords: pandemic, neuroscience, effective communication, decoding the non-verbal.

Introduzione

Nel nostro contesto sociale la drammatica esperienza della pandemia da Covid19 insieme alle difficoltà che ha provocato, è stata un modo per sollecitare prosocialità e sana reattività tra le persone di diverse fasce della popolazione. Contemporaneamente la pandemia ha anche messo in luce le carenze strutturali e organizzative dell'attività clinica; e, tra queste, certa impreparazione nella gestione della comunicazione e degli assetti emozionali, soprattutto in condizioni di emergenza.

Nella condizione attuale, ordinariamente e a meno di assetti specialistici, la formazione universitaria dei medici non fornisce percorsi per poter acquisire competenze per la gestione del colloquio clinico e della relazione terapeutica.

Nei programmi dei percorsi universitari e di specializzazione dei medici, più spesso, ci si limita a fornire un quadro sintetico di alcuni orientamenti sui principali approcci teorici della comunicazione medico-paziente; e manca la condivisione di strumenti operativi o esperienze pratico-guidate per strutturare una

comunicazione efficace.

Il carico della gestione di tale condizione è ricaduto su chi nel territorio e, diremmo, "nelle trincee dell'assistenza" ha dovuto fronteggiare l'eccezionalità degli eventi.

In merito, da più parti si sollecitano urgenti interventi di politica sanitaria che sanino le criticità evidenziate durante la crisi pandemica.

Al dunque, per poter dare risposte di senso rispetto ad eventi quotidiani, ma anche per fronteggiare le calamità, non si può ricorrere unicamente allo strumento mediatico del cosiddetto "medico eroe"; e, piuttosto, nella formazione dei medici c'è anche la necessità di incrementare specifici aspetti professionali come:

- le competenze di "auto-osservazione" rispetto al proprio stile comunicativo,
- la capacità di dare nome alle risonanze emotive ed affettive proprie e dell'altro in relazione,
- la condivisione di strategie e tecniche per la consapevole gestione di sé, delle proprie risonanze emozionali e della comunicazione nella relazione terapeutica.

- le abilità nell'esprimersi, sapendo definire il canale comunicativo adeguato per "sintonizzarsi" con il paziente nel contesto del colloquio clinico, come nelle diverse attività di assistenza.

Il presente lavoro, che parzialmente propone quanto presentato nel convegno "*Comunicazione in ambito sanitario: con i pazienti, con i colleghi, con i media*", organizzato presso l'Ordine dei medici di Latina, 18/09/2021, ha l'intento di potenziare la sensibilità rispetto all'importanza della comunicazione efficace; e definire attraverso quali attenzioni e percorsi questa potrà essere implementata. Nell'epoca in cui nel quotidiano si è diffuso l'uso di mascherine e soprattutto in ambito sanitario l'uso di queste e di scafandri di protezione. La sfida è anche quella di apprendere competenze ulteriori per individuare e dare senso, anche nel distanziamento, sia alla comunicazione verbale, che alla globalità delle espressioni facciali, corporee e alle risonanze vocali non ancora fonema dell'altro in relazione, che sono aspetti più caratteristici del non verbale.

Per il potenziamento delle competenze comunicative il passo iniziale sarà l'acquisizione della capacità di decodifica e gestione della comunicazione non verbale, che andremo a trattare.

Indichiamo come l'apporto delle neuroscienze rispetto alla conoscenza della dimensione emozionale sia presupposto teorico alla conclusione del non verbale. I contributi di P. Mc Lean, R.Plutchick e J.Panksepp, già trattati in altri contesti dal nostro gruppo di ricerca [1], costituiscono il prerequisito per potenziare aspetti di intelligenza emotiva, che è anche una delle competenze da affinare al fine di potenziare la lettura del non verbale nei processi di comunicazione.

Pregi e finalità del non verbale per una comunicazione efficace

La comunicazione non verbale permette il trasferimento di informazioni da una persona all'altra attraverso un canale diverso dalla parola e con strumenti diversi rispetto al linguaggio parlato o alla scrittura. Infatti, nel non verbale l'informazione è veicolata utilizzando piuttosto i gesti, la postura o l'atteggiamento del corpo, lo sguardo, o le espressioni facciali, la modificazione della distanza relazionale, le possibili modificazioni del tono di voce o i cosiddetti parametri paralinguistici, come la musicalità, le pause e il ritmo della voce.

La comunicazione non verbale permette di andare oltre la sola semantica delle parole, cioè oltre il loro significato letterale, e arricchisce il contenuto della comunicazione di "significanti specifici", vale a dire di nuove e articolate attribuzioni di senso. Queste attribuzioni di senso nascono dalla conoscenza e dalla pratica di codici comuni e condivisi della cultura di appartenenza, e contribuiscono a sviluppare immediatezza nel cogliere l'intenzionalità profonda della comunicazione.

L'attenzione al non verbale ha anche diverse finalità: permette di entrare in contatto con l'altro e reperire maggiori informazioni su qual è lo stato dell'interlocutore; consente di rendere più puntuale e finemente strutturata la propria partecipazione all'ascolto; dà la possibilità di calibrare la comunicazione rispetto allo specifico contesto; quindi, più facilmente è occasione per essere efficaci, in quanto permette di ovviare a discrepanze tra ciò che si vuole comunicare e quanto può essere reperito dall'interlocutore.

Ancora, rispetto alla finalità di conoscere il mondo dell'altro, l'attenzione al non verbale è particolarmente utile perché dà accesso alla percezione delle emozioni, vale a dire allo stato attivato del nostro organismo rispetto a stimoli specifici. La modificazione dei parametri dell'organismo in risposta agli stimoli si manifesta di riflesso anche attraverso la modificazione degli elementi del non verbale e può connotare emozioni e sentimenti specifici e la loro diversa gradazione; quindi la specifica risonanza individuale rispetto alle emozioni può essere esplorata anche con l'attenzione al non verbale.

In merito, l'organo fonatorio permette la produzione verbale e le corde vocali, nello specifico, sono estremamente sensibili a stati di eccitazione e/o tensione dell'organismo evocati dalle risonanze emozionali e a partire da questi stati producono inflessioni o toni diversi, che conferiscono ai termini espressi significati aggiuntivi. In parallelo, inflessioni della voce, la modificazione dei toni e i cambiamenti di enfasi espressiva sono prontamente percepiti e decodificati dal nostro sistema uditivo come qualcosa che assume significati diversi nello scambio.

Ancora, nell'emissione vocale, la diversa modulazione vocale può modificare il significato di un fraseggio; di conseguenza, per esempio la stessa frase può cambiare di significato e modificarsi se il tono è di serena considerazione o, piuttosto, di tristezza, di spavento, o di rabbia.

Sempre il non verbale corrobora, sostiene e conferma la lettura dell'intenzionalità dell'altro; quindi, nella consapevolezza di tali aspetti permette di regolare la globalità dello scambio e le sequenze d'interazione. Diverse sono le sensibilità individuali nella capacità di decodifica del non verbale. E si passa da chi non lo coglie, non è competente nell'attribuire significato, a chi ne rileva le più fini risonanze e i significati più reconditi.

La decodifica del non verbale non è frutto di magiche incorporazioni per favorire attribuzioni di competenze, quanto piuttosto frutto di uno specifico allenamento; e può trasformarsi in uno strumento di controllo e di potere verso il raggiungimento di finalità varie e non sempre ispirate ad un'etica altruistica.

È possibile strutturare la competenza nell'analizzare la comunicazione non verbale a partire da specifiche abilità e tecniche che approfondiremo.

Le acquisizioni nella decodifica del non verbale

Già nel 1969 C.H. Hjortsjo ha elaborato le prime tecni-

che per la codifica delle espressioni mimiche. [2] L'autore propose di concepire le variazioni del volto umano come correlate all'attività muscolare e, con un'ulteriore deduzione, definì di classificare le espressioni mimiche come corrispondenti a otto tipologie diverse di emozioni. A partire dalle acquisizioni fornite da H. Hjortsjo presero le mosse lavori successivi di Grant (1969), dell'antropologo statunitense Ray Louis Birdwhistell (1970), Blurton Jones, Brannigan e Humphries (1971), McGrew (1972), Nystrom (1974), Ermiane e Gergerian, Paul Ekman e Wallace Friesen (1978), infine Izard (1979).

Gli studi di A. Mehrabian, psicologo statunitense, già negli anni '70 del secolo scorso, hanno focalizzato una diversa gradazione di importanza degli elementi costitutivi di un messaggio; l'autore ha attribuito valori diversi al contenuto, alla voce, ed alle espressioni facciali. [3]

Nei suoi studi le percentuali di gradimento di un messaggio sono state così definite:

il 7% è legato al contenuto,

il 38% è correlato alla qualità della voce, vale a dire di quella che è definita comunicazione paraverbale, articolata in tono, volume, velocità e timbro,

il 55% è dipendente dal linguaggio del corpo cioè dalle espressioni del volto, dai movimenti e dalla postura.

Quindi se i contenuti assumono un'importanza relativa, tono di voce, espressioni facciali e movimenti del corpo contribuiscono per il 93% a realizzare una comunicazione efficace delle nostre opinioni e dei nostri sentimenti; e questo dato va considerato sia per la possibile ricaduta nella vita privata che per l'impatto nelle relazioni sociali allargate, comprese quelle lavorative e professionali.

Sempre A. Mehrabian nel suo saggio per primo sottolineava che un messaggio è poco persuasivo se quanto espresso con le parole non era coerente con il comportamento del soggetto.

Le percentuali su indicate sono ricavate da studi effettuati su ambiti come l'espressione di sentimenti e opinioni; quindi, quanto rilevato non sarebbe stato automaticamente generalizzabile a tutte le forme di comunicazione. Ciò, piuttosto, è avvenuto anche in ragione della novità del dato fornito il cui impatto nell'immediatezza è stato recepito con grande interesse.

Lavori successivi hanno aperto ad altri ambiti di applicazione e confermato nel linguaggio l'importanza dell'impatto e della coerenza tra gli elementi di contenuto o enunciato e modalità di espressione, per la ricaduta in ambito educativo, dell'insegnamento universitario e clinico-pediatrico [4].

A partire da interviste tra i sessantasei studenti di un'università brasiliana e cento di un'università degli Stati Uniti, è emerso che la capacità del docente di mantenere il contatto visivo, di saper utilizzare mimica e gestualità o mantenere un'adeguata inflessione di voce era correlata al percepire l'insegnante come competente e credibile.

Coeva rispetto al contributo di Maharabian è la teorizza-

zione di Ekman; questi ha preso spunto dai lavori Silvan Tomkins sulle espressioni del viso e ha superato la concezione dell'antropologa Margaret Mead definendo che alcune emozioni non sono influenzate dagli assetti culturali della persona, sono piuttosto universali e hanno un'evidente base biologica. [5]

Ekman nel 1987 condusse un esperimento per stabilire quanto influisse il contesto sociale, testando un gruppo di americani e uno di giapponesi, rilevando come i giapponesi apparissero meno espressivi solo in compagnia, mentre da soli esprimevano le stesse emozioni primarie.

Nel 1972, concepì le cosiddette "espressioni di base o universali", a partire dall'osservazione di una tribù che viveva isolata dal mondo in Papua Nuova Guinea; valutandone le modificazioni della mimica, estrapolò il concetto di emozioni primarie. Nei suoi lavori le individuò come rispondenti a:

- Rabbia
- Disgusto
- Tristezza
- Gioia
- Paura
- Sorpresa

Queste emozioni comuni e condivise tra tutti gli esseri umani, non risentono della diversità etnica, o del livello culturale o dei contesti educativi.

L'impegno successivo fu quello di definire le tecniche di misurazione delle espressioni mimiche, o FACS (Facial Action Coding System). [6] [7]

Secondo questo sistema di decodifica si individuano i micromovimenti facciali, definiti Action Unit, che danno seguito alla manifestazione di microespressioni facciali umane. Individuando i micromovimenti e le microespressioni correlate si possono evincere le reazioni emotive, anche quelle di cui la persona non è pienamente consapevole. Esplorarle può contribuire a riconoscere ambivalenze, incongruenze o falsità e menzogne presenti nella comunicazione del paziente.

La tecnica utilizzata nel sistema di decodifica delle espressioni facciali (FACS) può essere applicata in una molteplicità di contesti. Infatti, l'applicabilità del FACS è possibile in ambiti come quello della mediazione, per cogliere l'effettiva intenzionalità delle parti, nella selezione del personale per valutare per esempio la veridicità delle informazioni fornite in ambito curricolare, o in ambito investigativo e giuridico per l'accertamento della veridicità di eventi e informazioni fornite nell'ambito di colloqui, perizie, interrogatori e nei confronti fra le parti o cross-investigation.

In ogni caso è indubbia la sua utilità nella relazione medico-paziente. Esistono infatti correlazioni specifiche e predittive tra l'uso di determinate microespressioni e i di-

sturbi presentati, come per esempio anche per l'autenticità delle espressioni di dolore sia fisico che psicologico.

In lavori successivi, Ekman nel 1992 ampliò la sua lista di emozioni individuando anche altre risonanze emozionali come:

- Divertimento
- Disprezzo
- Contentezza
- Imbarazzo
- Eccitazione
- Colpa
- Orgoglio dei propri successi
- Sollievo
- Soddisfazione
- Piacere sensoriale
- Vergogna

Più di recente altri autori come J. Legisa e A. Balzerani hanno contribuito ad incrementare il patrimonio teorico e formativo in merito allo studio delle emozioni [8] [9].

Da quanto illustrato evinciamo che la mimica è il risultato della contrazione di specifici gruppi muscolari; e diventa possibile evidenziare il significato emozionale e di vissuto della loro combinazione se si apprende a rilevare la loro diversa contrazione e le loro possibili combinazioni, e questo offre l'opportunità di gradite scoperte sui significati di quanto evidenziato.

A seguito di queste osservazioni sono stati definiti percorsi di apprendimento o "training specifici" per acquisire le modalità d'uso del manuale FACS, in cui si forniscono strumenti per analizzare le espressioni del volto, o gli atteggiamenti del corpo e tutti gli elementi che compongono il non verbale, a partire da studi validati.

Le funzioni comunicative del non verbale

Si indica che il non verbale svolge più funzioni comunicative; tra queste ritroviamo: la funzione informativa, l'interattiva, quella espressiva e quella referenziale.

La *funzione informativa* è svolta da gesti che sono patrimonio comune nell'ambito di una cultura o che possono avere un significato condiviso più universalmente; e variano dalla possibilità di veicolare un messaggio, evidenziare specifici aspetti del discorso o accentuare per sottolineatura un particolare stato affettivo o un'emozione. Un esempio è quello dell'indice e del medio affiancati di una mano e paralleli a quelli della mano controlaterale, mentre si muovono all'unisono in flessione estensione per indicare il virgolettato.

La *funzione interattiva o regolativa* della relazione è la funzionale che rende immediata l'interattività, in cui per "convenzione" è assolutamente rapida la definizione dell'accordo. Questa funzione è realizzata da quegli elementi del non verbale fra gesti, sguardi, smorfie che possono indicare una pausa, l'invito ad aspettare, o a fermarsi o, ancora a procedere, ad accelerare, a lasciarsi alle spalle

qualcosa o a chiudere una conversazione. Si pensi alla verticalizzazione di una mano per fermare o alla sua rotazione per indicare di proseguire, o al portare una mano dietro il capo e poco sopra la spalla per indicare qualcosa che si riferisce al passato.

La *funzione espressiva* è utilizzata per scegliere di denotare e connotare emotivamente un messaggio con la pronta esternalizzazione dei propri stati interiori; così come avviene nell'intercalare non ancora fonema del gergo o del dialetto (eh!), oppure nel sagomare l'aspetto fisico, come nel delineare le curve e le rotondità di un corpo femminile o nel gonfiare il torace per indicare un corpo robusto e palestrato; nel mimare di stringere il nodo di una cravatta per indicare eleganza, o una corda al collo per simulare l'impiccagione e indicare una situazione estrema senza vie d'uscita.

La *funzione referenziale* che è svolta dai gesti illustrativi o di commento del verbale. Si pensi, per esempio, alla mano a sacco con rapida e ripetuta flessione estensione della mano sul polso per sottolineare perplessità o un interrogativo; o alle sottolineature paralinguistiche o espressioni facciali che incidono sul contenuto e sul significato del parlato.

Ognuna di queste funzioni potrà essere realizzata con diversi livelli di energia; immaginando una gradazione di questa energia che va dal forte al debole; e da questo possiamo anche inferire una diversa intenzionalità dell'atto e/o evincere un diverso grado di partecipazione emotiva e di motivazione.

Globalmente nel processo comunicativo la comunicazione non verbale svolge diverse funzioni e nella tessitura del messaggio può svolgere un ruolo anche assimilabile a quello della punteggiatura nel linguaggio scritto, attraverso il connotare eventuali pause. Il non verbale, inoltre, come aspetto di significato stravolge la semantica delle parole, aggiungendo, sostituendo, e ponendo in contrapposizione significati o associandone altri; come per esempio quando si utilizzano atteggiamenti estremizzati come per il registro espressivo caricaturale o quando ci si relaziona in modo francamente teatrale.

La griglia e le attenzioni nell'osservazione del non verbale

Ordinariamente nella metodologia di analisi del non verbale si distinguono due fasi diversificate, che si avvalgono di opportune tecniche:

* fase di codifica, in cui si utilizzano tecniche che permettono di riconoscere e descrivere i movimenti del volto e del corpo a partire da una standardizzazione dell'osservazione e attraverso trascrizioni strutturate;

* fase di decodifica, in cui si utilizzano tecniche che forniscono le chiavi d'interpretazione del dato e l'attribuzione di significato per quanto precedentemente osservato.

In merito l'immediatezza della lettura è frutto di un alle-

namento.

Più nel dettaglio illustriamo gli elementi da verificare per l'osservazione del non verbale secondo una griglia che valuti la mimica, la postura, la cinesica, la prossemica e i segregati vocali, come indicato nella griglia a seguire.

mimica	postura	cinesica	prossemica	segregati vocali
Espressioni facciali	atteggiamenti del corpo	Movimenti del corpo	La dinamica del distanziamento-avvicinamento	Espressioni non fonema

Con l'osservazione della mimica prendiamo atto delle espressioni del volto, andando a dare valore a quanto comunicano occhi, naso, bocca, e il dettaglio di fronte, sopracciglia, guance. Con l'attenzione alla postura rileviamo il modo di atteggiare del corpo, cioè di organizzare le parti che lo compongono. Con la valutazione della cinetica rileviamo il modo di gestire il corpo, l'articolazione del movimento in merito per esempio a fluidità, rigidità, tremori, o blocco; e, quindi, quale può essere lo spazio fisico che il paziente utilizza nell'ambiente in cui è inserito, anche detto "areale". Il termine è mediato dal linguaggio etologico, si fa riferimento a quanto spazio il paziente sente proprio e occupa con il proprio corpo, anche mentre è in relazione all'altro. Nel considerare la prossemica evidenziamo la dinamica di distanziamento-avvicinamento rispetto all'altro in relazione; e quindi la sincronia o l'uniformità del movimento, o le ecoprassie, cioè i movimenti ad eco, nel senso di contemporanei e in parallelo. Con l'ascolto dei segregati vocali evidenziamo quelle espressioni non ancora fonema, che con una semplice emissione sonora connotano il suono emesso di vari significati. Si pensi per esempio all'espressione "Ah!", che può assumere molteplici significati a seconda se è comunicato con espressione di meraviglia, di presa d'atto di una condizione, oppure con risonanza stizzita o indispettita; o, ancora, i vari "Uh" o "Uh-Uh", "Eh" che fanno parte del nostro patrimonio di espressioni quotidiane, che in modo immediato e sintetico si fanno portatori di una quantità multipla di significati. Ancora, questi stessi "connotatori" di espressioni come "mhmh", accompagnati dal non verbale come l'annuire con il capo, sono indicativi di interesse e accoglienza.

La comunicazione non verbale ha un ruolo importante nell'interazione, perché mentre il linguaggio verbale è ordinariamente frutto dell'elaborazione consapevole ed utilizza il canale uditivo, il linguaggio non verbale, che utilizza il canale visivo, può invece esprimere aspetti non

consapevoli, non espliciti, anche detti latenti e piuttosto relativi alla dimensione affettiva, emozionale e degli impulsi. Entro certi limiti di partecipazione emotiva il linguaggio verbale è più facilmente regolabile e controllabile, per esempio se sono lievemente o media-

mente in tensione posso essere sufficientemente fluido nell'eloquio, se invece sono fortemente in tensione posso iniziare, per esempio, ad accelerare la verbalizzazione o a balbettare, e fare pause non adeguate, perché posso perdere la sequenza logico-razionale delle affermazioni e non essere sufficientemente specifico e descrittivo. In altri termini mentre sul verbale è esercitabile un fil-

tro di controllo, sul non verbale questo filtro è più difficilmente esercitabile.

Sottolineiamo che, dopo essersi dati una griglia di riferimento per l'osservazione del non verbale, più che "andare a caccia" dei possibili e anche reconditi significati di quanto espresso, l'attenzione prima sarà sempre quella dettata dall'attenzione ad osservare e dalla curiosità di reperire il dato, cioè descrivere e dare nome a quanto osservato per definire successivamente il significato specifico e contestualizzato per quella persona, in quella particolare esperienza confermando l'ipotesi fatta attraverso verifiche effettuate nello scambio e nel confronto con l'altro.

Si riconosce al linguaggio non verbale, anche nella componente non direttamente fonatoria, la capacità di dare senso in modo specifico e diversificato ad espressioni analoghe, cosicché la stessa affermazione connotata con un non verbale diverso può assumere significati e sfumature differenti e lontane dal significato originario, o anche a motivo di diverse espressioni del volto, atteggiamenti del corpo, sfumature paralinguistiche, ecc. [10]

Le tre V + B: una griglia sintetica per la gestione del non verbale e del verbale

La ricerca anglofona e le scuole di counseling nello schematizzare le attenzioni al non verbale e ai contenuti espressi dai pazienti hanno sviluppato la sintetica indicazione alle cosiddette tre "V" + "B"; questo acronimo è attribuito a Norma Block Gluckstern e costituisce una griglia di attenzioni per evidenziare la globalità degli aspetti della comunicazione [11].

Con l'acronimo, rappresentato visivamente in Figura1, si intende ricordare con le tre "V", rispettivamente l'attenzione al contatto visivo o "Visual contact", il tono di voce o "Vocal quality", e l'aderenza verbale o "Verbal Tracking", in aggiunta alla "B", che indica il linguaggio

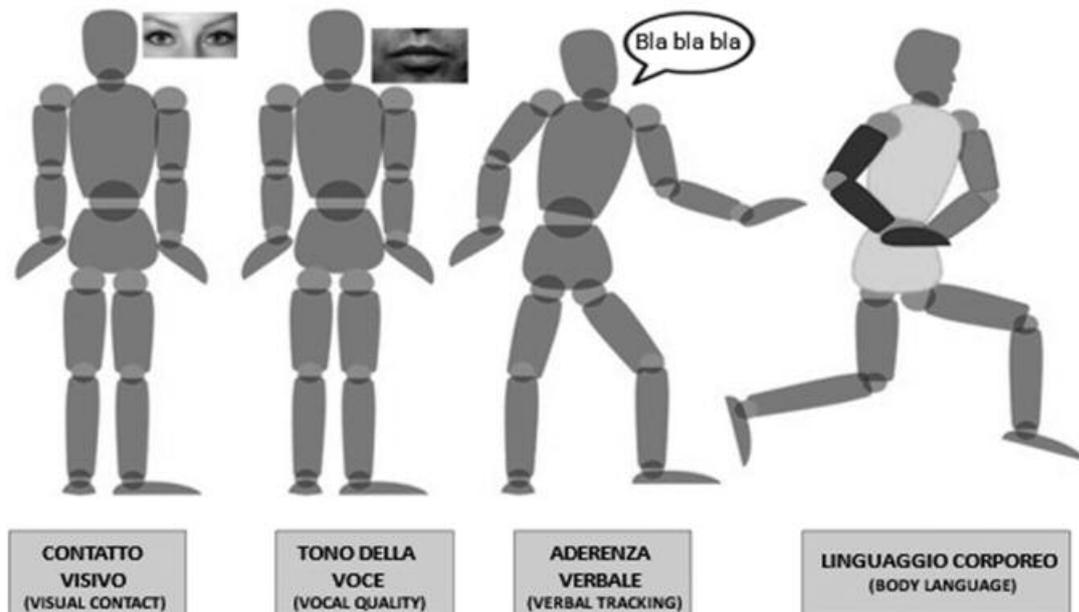


Figura 1

corporeo o “Body language”, intesa come attenzione al linguaggio corporeo. L’attenzione a tali elementi va modulata in una sintesi in cui ogni componente sia rilevata per manifestare la nostra piena attenzione e partecipazione alla situazione di comunicazione. Le tre V+B rappresentano l’opportunità di verificare prontamente con una semplice griglia di riferimento la specificità e la completezza delle osservazioni e dei dettagli necessari per “fare un’iniziale fotografia”, un’iniziale definizione della condizione del paziente per rimandare al paziente cosa emerge e permettergli di ripensare sé e la propria condizione.

Le quattro dimensioni per modulare l’attenzione sono state formulate ancora negli anni ’60 del secolo scorso, attraverso i lavori sui fondamenti del counseling di Ivey, Normington, Miller, Morrill e Haase (1968). Con ulteriori approfondimenti, che hanno confermato e radicato la centralità del modello, Ivey e la già citata Gluckstern (1974) hanno contribuito ad evidenziare le possibili variazioni culturali delle quattro dimensioni, per sottolineare che “non si parla solo con le parole, ma si parla con il corpo”. Questo, secondo alcuni autori, contribuisce infatti alla comunicazione per l’85% dei tempi e del significato.

L’ottica con la quale diamo significato a queste dimensioni è quella della cultura occidentale, e, a partire da questa, indichiamo le caratteristiche di comportamento e le attenzioni alle quali richiamano.

Nell’evidenziare gli aspetti del non verbale relativi *al volto e alla mimica* siamo chiamati a verificare lo specifico atteggiamento degli occhi, delle sopracciglia, della fronte, delle labbra, della bocca, delle pinne nasali; ancora, dall’attenzione a questo elemento corporeo pos-

siamo desumere i colori cutanei e, come dettaglio, gli atteggiamenti correlati agli atti respiratori. Questa attenzione sarà necessaria per ogni specifico elemento e per come nell’insieme ogni elemento si correla agli altri. Anche con l’osservazione e la consapevolezza di questa dimensione possiamo darci accesso a quanto va sperimentando o sentendo il paziente, ed alle modificazioni dei suoi assetti, così come può permetterci di comprendere come questi si relazionano. Senza assolutizzare le eventuali modificazioni e ricordandosi di effettuare eventuali verifiche rispetto alla veridicità e conferma di quanto osservato.

Le modificazioni del non verbale possono costituire la punteggiatura nel fraseggio del paziente attraverso lo specifico di quanto è anche definito comunicazione paraverbale, che comprende il tono, il volume, il ritmo della voce, ed anche le pause, le risate o il silenzio, e attestano non solo cambi interiori ma, eventualmente, segnalano anche il cambio di argomento o di interesse. C’è la necessità di fugare gli automatismi di lettura. Per esempio c’è da superare lo scontato significato di braccia conserte e gambe accavallate, come indicativi di chiusura relazionale, o di perdita del contatto oculare come imbarazzo, vergogna o disinteresse, o, ancora attribuire al ritmo stentato della fluenza verbale, come nella balbuzie o nelle franche interruzioni, l’automatico significato di confusione. I pazienti possono essere inclini ad interrompere il contatto oculare, a muoversi con il corpo e modificare l’assetto intonazionale quando sono invitati a confrontarsi su aspetti in cui non si sentono pienamente a loro agio. Mentre si osserva il paziente si porrà attenzione a sé e a come è gestito

il proprio corpo; potendo anche scoprire che si può rilevare l'ecoprassia, vale a dire la somiglianza a specchio delle posture e dei comportamenti dei due in relazione. Operativamente, in merito al *Contatto Visivo* (Visual contact) si sottolinea come, se l'operatore sta per parlare con delle persone, è opportuno che le guardi concretamente! Rispetto al *Tono della Voce* (Vocal quality) si evidenzia che il tono di voce ed il ritmo nel parlare indicano in modo evidente se si è propensi-accoglienti o meno verso un'altra persona. Infatti, sono molteplici le combinazioni di voce e ritmo per manifestare interesse, proprio modulando questi due elementi.

Nell'attenzione all'*Aderenza Verbale* (Verbal tracking) si indica che se il paziente viene a noi con specifici vissuti, interrogativi, dubbi o preoccupazione è opportuno mantenere l'attenzione e/o lavorare su questi aspetti. Inoltre, almeno inizialmente, rimanere aderenti a quanto portato nello scambio permette di non squalificare la persona, dando peso e spessore alla sua narrazione e agli eventi correlati, piuttosto che a quello che ha in mente l'operatore. Nel passaggio ad altra tematica è strategico segnalare con un intervento di riformulazione o sommario l'intento di modifica il focus di attenzione. Per realizzare un'osservazione funzionale del comportamento verbale nel corso del colloquio, insieme al ben noto rilievo di modificazioni della forma e del contenuto del pensiero tipiche della semeiotica psichiatrica, si dovranno focalizzare: le modalità di attenzione selettiva, cioè su cosa il paziente pone selettivamente la sua attenzione e, quindi, cosa eventualmente traslascia; le parole chiave, vale a dire quelle che traducono concetti, contenuti globali e significativi per la persona; le affermazioni "io" e le affermazioni "altro"; o, ancora, se lo stile di comunicazione è astratto o concreto. Con l'osservazione del *Linguaggio corporeo* (Body language) si dimostra il livello di attenzione all'altro e segnala l'autenticità degli intenti più profondi che animano lo scambio. Questo in quanto "al corpo non si comanda", nel senso che è impossibile controllare ogni movenza, e filtrare con la volontarietà ogni espressione corporea di sé; per un attento osservatore una contrazione muscolare, un movimento volontario, saranno il segnale di un'incongruità nel movimento che rivela un eventuale intento non apertamente manifestato. Ordinariamente, i pazienti recepiscono interesse nei loro confronti, se si assume una posizione frontale, aperta, accompagnata da una mimica congrua rispetto al momento e un corpo modulato con opportuni movimenti e eventuali flessioni verso la persona, così da ridurre la distanza relazionale. Globalmente, i segnali corporei e quelli mimici possono quindi veicolare attenzione, sostegno, incoraggiamento, e quanto è opportuno rimandare come segnale di presenza nel percorso del paziente e potenziano l'impatto dell'ascolto verbale.

Attenzione particolare va posta anche ai cosiddetti *movimenti discordanti*, questo in quanto la mancanza di armonia o l'estrema forza e vigore con la quale sono gestiti

i movimenti è comune tra le persone che sono visibilmente in disaccordo o tra coloro che hanno conflitti nascosti di cui potrebbero non essere consapevoli.

Il *riecheggiare* è un altro comportamento da prendere in considerazione (Willis, 1989) per l'osservazione e la gestione del comportamento non verbale.

I movimenti del capo in flessione-estensione, come nell'annuire, e la gestualità di braccia e mani contribuiscono al senso di accoglienza che si può comunicare.

Nel tempo si inizieranno a riconoscere prontamente le caratteristiche distintive di ogni individuo, la prevalenza di linguaggi verbali sui non verbali e viceversa o le caratteristiche espressive di ognuno e "all'impronta" lo stile che lo caratterizza, quali sono i segnali che invia per segnalare assetti emozionali, o cambi di stato o di umore. Tuttavia, nel tempo si coglierà come ogni individuo con cui si lavorerà tenderà ad avere un suo stile verbale e non verbale. Si verificherà anche che pazienti di diversa provenienza etnica, con i quali in ragione degli attuali fenomeni migratori si verrà più facilmente in contatto, manifesteranno delle differenze nelle modalità di attenzione e ascolto.

Tatuaggi e "non verbale pittografico"

Nella attuale cultura e negli usi e costumi occidentali un'attenzione particolare merita quello che possiamo definire il non verbale pittografico o dei tatuaggi, che ammiccano a significati o li indicano esplicitamente; li consideriamo un'altra opportunità di accesso all'individualità dei significati esistenziali e dei vissuti di ognuno. Rispetto alla moda dei tatuaggi sappiamo che oltre 7.000.000 di italiani sono tatuati, quindi oltre il 10% della popolazione, con prevalenza delle femmine sui maschi e la cifra è probabilmente approssimata per difetto. A partire dal dato si conferma la necessità di dare attenzione ai significati di queste "comunicazioni" e faremo un esempio di come si possa articolare la lettura di questo dato del non verbale. Prendiamo ad esempio quanto realizzato dai tifosi del Liverpool che amano tatuarsi la frase che costituisce il loro motto: "Tu non camminerai mai da solo" e che in lingua inglese è "You'll never walk alone". Dopo l'attenzione al messaggio c'è da chiedersene il significato, e procederemo dalla lettura del segno alla lettura della possibile dinamica che sottende la condivisione del motto e del tatuaggio su indicati.

Il contesto nel quale è condiviso questo motto è quello dei tifosi di una squadra di calcio, e il messaggio si fa strumento e segno di un'appartenenza, e costituisce comunicazione di un gruppo ben connotato. La realtà è quella di persone adulte che, nello stereotipo culturale, hanno fama di facilità agli agiti e che fanno delle manifestazioni di violenza di gruppo un aspetto distintivo e caratteristico. Per iniziare a dare senso a questa esperienza seguiamo la traccia emozionale. Come è noto, la violenza è l'esito comportamentale della rabbia; a partire dalle storie delle persone appartenenti a quel gruppo, c'è da chiedersi per

cosa si potrebbero sentire arrabbiati. Contemporaneamente, è intuitivo pensare che, se queste persone hanno necessità di ricordarsi di non essere soli, probabilmente potrebbero partire da un vissuto di solitudine, abbandono, incertezza e paura. Quindi, è possibile che esorcizzino tali risonanze negative con il gruppo, sperimentato come famiglia sostitutiva. Per articolare la complessità di tali condizioni, utilizzando l'approccio psichiatrico e psicoterapeutico, sinteticamente, si potrebbe dire che quelle persone:

partirebbero da un vissuto abbandónico;
risuonerebbero rispetto ad emozioni a risonanza negativa come la paura e la rabbia;
attiverebbero procedure di coping come quelle adolescenziali, e in questo caso regressive, della ricerca della protezione offerta dal gruppo, e procedure disfunzionali come quelle degli agiti per esternare con l'aggressività quanto di intollerabile e ingestibile impelle interiormente. [12]

Per questo processo si potrebbe presumere come origine (psicogenesi) uno scacco al legame e un conseguente disturbo dell'attaccamento o, ancora, dal punto di vista psicopatologico disturbi di tratto, piuttosto che di stato, come nell'ambito di plausibili disturbi di personalità.

Dopo il rilievo dei segni, il bandolo della matassa deriva dalla lettura del processo, con l'attenzione a: rilevare ogni dettaglio di quanto osservato senza disperdersi, formulare ipotesi esplicative, tralasciare le letture automatiche e, soprattutto, verificare nell'esperienza dello scambio con la persona la congruità e veridicità di quanto ipotizzato a partire da quanto osservato.

Si anticipa un dettaglio in merito al linguaggio da utilizzare nell'interazione con chi fa massivo uso di tatuaggi. Inferendo che il tatuaggio traduce un possibile disturbo del pensiero chiamato concretismo, cioè la riduzione-assenza della capacità di simbolizzare e/o la sinestesia, cioè la fusione di funzioni e sensi diversi, nello scambio ci si dovrà attenere ad un linguaggio semplice e povero di astrazioni, per fugare il rischio di non essere compresi.

Conclusioni

Nella relazione medico-paziente, la conduzione del colloquio clinico richiede una specifica attenzione non solo alla gestione dello scambio verbale ma anche, e soprattutto, al linguaggio non-verbale. Questo esprime un registro emotivo e corporeo, più spesso inconsapevolmente manifestato dai partecipanti allo scambio comunicativo, che manifesta la radice più profonda e meno schermata dell'altro; e dà accesso ad una conoscenza più articolata e profonda del proprio interlocutore. La funzionalità e l'immediatezza espressiva del non-verbale consente una decodifica più fine e dettagliata del soggetto, perché propone un più ampio dettaglio di elementi che il medico può osservare e decodificare, e ai quali può attribuire un senso specifico nell'interazione. Questo percorso di decodifica consente di "personalizzare" la valutazione sulla base

della peculiare ricorrenza e interazioni degli aspetti mimici, corporei, prossemici, cinetici e dei segregati vocali rilevati. In ambito clinico è una sorta di percorso di ricerca del professionista; questi rileva elementi costitutivi e matrici implicite o nascoste della comunicazione, e riesce a cogliere il filo conduttore dei vissuti e delle emozioni, che motivano e sostengono il comportamento manifestato dalla persona in relazione.

Il non verbale porta con sé il vantaggio evolutivo dell'universalità di certe espressioni, ma anche lo specifico della propria cultura di appartenenza, e favorisce il riconoscimento, la codifica espressiva e l'apprendimento rapido di complessi stati emotivi e comportamentali in ambito sociale e relazionale. Esiste di fatto la conferma di un'universalità espressiva legata a diverse combinazioni muscolari del volto, che rispecchiano stati emotivi ben definiti e riconoscibili secondo il FACS Facial Action Coding System. Questa modalità procedurale di osservazione è stata applicata inizialmente all'ambito della ricerca e, successivamente, anche estesa all'ambito giuridico, investigativo e clinico. Lo schema di osservazione adottabile nello scambio relazionale attraverso il FACS potenzia il contatto e favorisce l'ascolto attivo. L'attenzione si rivolge dunque dall'analisi delle espressioni facciali fino all'osservazione dei movimenti del corpo e alla dinamica di avvicinamento e distanziamento, all'attribuzione di significato per quei segregati vocali, che assumono un diverso valore comunicativo in funzione della qualità vocale e del contesto in cui si esprimono.

È noto come nella comunicazione il linguaggio non-verbale contribuisce per l'85%. Per quanto trattato, tale rilievo avvalorava l'importanza di definirlo secondo griglie di attenzione comuni, che possano garantire una standardizzazione applicativa. Questo è quanto si può realizzare seguendo le indicazioni delle tre V + B; con le quali si individua una cornice attentiva definita da quattro aspetti: Contatto visivo, Tono della voce, Aderenza verbale e Linguaggio del corpo (Visual contact, Vocal quality, Verbal tracking e Body language). Il medico potrà registrarsi su un assetto visivo/osservativo concreto, utilizzando un tono vocale che sia espressione di accoglienza, rimanendo aderente a quanto portato nello scambio dal paziente al fine di valorizzare il suo contributo nella relazione. Da parte del medico una specifica attenzione sarà quella di tendere a mantenere una posizione frontale verso il suo paziente. Tale assetto sarà espressione di pari dignità nella diversità dei ruoli e punto privilegiato di osservazione, che gli permetterà più facilmente di cogliere ed interpretare il significato comunicativo del linguaggio del corpo. In epoca attuale è opportuno dare spazio anche all'eventuale lettura di possibili tatuaggi. I segni ed i simboli rappresentati sul corpo non sono da esplicitare con automatismi di lettura; e, se può essere vero che se estremizzati traducono un possibile disturbo del pensiero definito concretismo, questo non esime dall'esplorare quella

dimensione personalistica che ogni tatuaggio porta con sé.

Al dunque, al non verbale si ha accesso attraverso la decodifica e l'interpretazione dei dati che esprime. Tale ottica di lettura impone al clinico di esercitarsi nell'osservazione, e nella verifica di quanto rilevato; e, come esperienza creativa, è occasione per potenziare l'immediatezza dell'intuizione nell'attribuzione di significato all'esperienza dell'altro. In ragione degli aspetti e dei processi trattati è anche evidente come il non verbale contribuisce a rendere più dinamica la relazione e a scoprire la multiformità e ricchezza di aspetti di cui l'altro è portatore nello scambio, anche in epoca di pandemia e di modificazioni epocali della dinamica di incontro e comunicazione con l'altro in relazione.

* Gruppo di ricerca sulle Neuroscienze Affettive A.R.F.N. (Associazione per la Ricerca e la Formazione in scienze Neuropsicosociali)

** DSM ASL-LT - Facoltà di Farmacia e Medicina, Polo Pontino, Sapienza. Roma. Presidente A.R.F.N. (Associazione per la Ricerca e la Formazione in scienze Neuropsicosociali), coordinatore del gruppo di ricerca sulle Neuroscienze Affettive A.R.F.N.

Note bibliografiche

[1] Cantarelli, L., Lilla, E.C., Tripepi, M., Meloni, N., Tripepi P. *Gestione della depressione e dell'impatto emozionale attraverso il potenziamento dell'intelligenza emotiva all'epoca della pandemia da Covid-19*. Riv.

L'Altro, Anno XXIII, n.2, 2020.

[2] Hjortsjo, C. H., *Man's face and mimic language*, Luond: Studentlitterature, 1969.

[3] Albert Mehrabian, *Silent messages*, Belmont, California, Wadsworth Publishing Company, 1971.

[4] Oster, H., *Baby FACS: Facial Action Coding System for Infants and Young Children*, Unpublished monograph and coding manual. New York University, 2006.

[5] Nahum Montagud, R., *Paul Ekman: biografía y aportes de este estudioso de las emociones*, in *psicologiyamente.com*. URL consultato il 9 maggio 2020.

[6] Ekman, P., Friesen, W., *Facial Action Coding System: A Technique for the Measurement of Facial Movement*, Palo Alto, 1978.

[7] Ekman, P., Friesen W., Hager J., *Facial Action Coding System: A Technique for the Measurement of Facial Movement*, Palo Alto, 2002.

[8] Legiša, J. "Ti leggo in volto. Tecniche e metodi di analisi scientifica delle espressioni facciali", 2015.

[9] Balzerani, A., "Segnali in codice. L'analisi del comportamento non verbale" Armando editore, 2017

[10] Morris, D., *I gesti*, Mondadori Ed. 1983.

[11] Ivey, A.E., Ivey, M.B., *Il colloquio intenzionale e il counselling*, Ed. LAS 2004, Roma pag. 57.

[12] Tripepi, P., "Agito-passaggio all'atto o acting out behavior", corso di formazione DSM ASL LT "Umanizzazione e buone pratiche nel DSM" s.n. 2016.

Colloquio clinico con la famiglia del paziente in età pediatrica

Clinical interview with the pediatric patient's family

Abstract

In questo breve scritto, l'A. illustra alcune riflessioni, anche dettate dall'esperienza personale, sull'approccio al colloquio clinico con genitori di minori, e sulla possibilità di rendere efficace la relazione attraverso la capacità di ascolto ed empatia.

Parole chiave: colloquio clinico con genitori, relazione medico paziente, età evolutiva, neuropsichiatria infantile

Abstract

In this short paper, the A. illustrates some reflections, also based on personal experience, on the approach to clinical interview with parents of minors, and on the possibility of making effective the relationship through the ability to listen and empathy.

Keyword: clinical interview with parents, doctor-patient relationship, age of development, child psychiatric

Durante il nostro lavoro ci troviamo costantemente a confrontarci con le famiglie dei nostri piccoli pazienti. Questo confronto avviene la maggior parte delle volte attraverso un colloquio clinico.

Colloquio clinico che ha quali principali caratteristiche quella dello studio e dell'utilizzo del comportamento globale del paziente all'interno della relazione. La competenza clinica e la sensibilità con cui il medico riesce a comprendere le dinamiche affettive e relazionali, nonché la sua capacità di assumere una posizione che lo pone quale osservatore terzo, lasciando a latere i pregiudizi, focalizzandosi sulla capacità di ascolto partecipativo, sono elementi fondanti la comprensione del bisogno della famiglia e del bambino e/o adolescente e del loro "prendersi cura". Winnicott poneva l'accento su due concetti: curare e prendersi cura e quanto questi siano tra loro dissimili, ma estremamente connessi "*Nella pratica medica esiste uno scarto fra i due usi estremi della parola. La cura, nel senso di rimedio, di sradicamento della malattia e delle sue cause, tende oggi a sostituire il significato di "cura" come "prendersi cura". I medici sono di continuo impegnati in una battaglia per impedire che i due significati della parola perdano il contatto fra di loro. Mi riferisco al curare/prendersi cura come estensione del concetto di "holding". Vorrei suggerire che possiamo vedere l'aspetto del curare/prendersi cura come una cornice adatta all'applicazione dei principi che abbiamo appreso all'inizio della nostra vita, quando, come individui immaturi, eravamo oggetto di attenzione e di cura da parte dei nostri genitori "sufficientemente buoni"; ed è questa la migliore specie di medicina preventiva*" (Winnicott D., 1970)¹.

Durante il colloquio clinico, quindi, si instaura una

relazione all'interno della quale e per mezzo della quale iniziamo a comunicare. La comunicazione chiaramente è alla base di tutti i rapporti fra persone e non solo fra medico e paziente. Non comunichiamo attraverso solo la parola, ma anche e non meno importanti sono la gestualità il nostro stato d'animo e tanto altro. La comunicazione avviene tramite un soggetto trasmittente (il primo che dà avvio alla relazione) e il ricevente (destinatario della comunicazione). Si viene a creare un canale fra i due poli, un canale comunicativo dove si concretizza la decodifica del messaggio, nel tentativo di comprendere ciò che l'altro ci vuole dire. Infine il feedback, cioè l'avvenuta ricezione necessario per rimodellare in seguito la comunicazione. Cosa fondamentale è che abbiamo comunicato solo quello che l'altro ha compreso.

Affinché la comunicazione sia efficace chi vuole comunicare deve sapersi esprimere con qualsiasi interlocutore, a livello verbale in modo chiaro e coerente con il proprio stato emotivo. E' importante essere sempre in contatto con il nostro stato emotivo poiché durante il colloquio clinico è coinvolta tutta la nostra persona. Infatti come detto, non si comunica solo con la parola, ma anche con il non verbale quali il tono della voce, l'atteggiamento ed il comportamento. Dobbiamo sempre pensare che nel canale comunicativo che si è creato passerà anche la minima emozione: un'alzata di sopracciglio, uno sbadiglio, un telefono che squilla. Questo potrebbe interferire con il nostro colloquio clinico e pregiudicare l'avvio ad una sana e sufficientemente valida relazione. Diviene fondamentale essere sempre attenti all'altro, ed essere coscienti di quanto passi del non verbale: la postura, la gestualità, il tono della voce, la mimica facciale. E' qui che si innesca una relazione efficace,

fondata, appunto principalmente sul non verbale. Durante il colloquio clinico siamo sempre all'interno di una relazione e di una comunicazione che vede due fronti: il cosa e il come comunichiamo. Il cosa comunicare, il contenuto, si basa su quanto osservato, sull'esperienza, la preparazione di ogni medico, il come ha quale punto focale la relazione. L'interlocutore oltre al contenuto, stante tutto il bagaglio emotivo del momento, è attratto dal come. È attraverso, il come, che possiamo rendere la comunicazione, il colloquio, maggiormente efficace.

Durante il colloquio clinico noi abbiamo un doppio vertice di osservazione quello rivolto verso il genitore/i-paziente e quello rivolto verso di noi. Solo la costante attenzione ai due vertici permette di affrontare il colloquio clinico con maggior consapevolezza di come, verosimilmente potrà svolgersi il colloquio stesso.

Tutto questo ci porta a considerare un altro elemento della comunicazione durante un colloquio clinico con i genitori e cioè l'ascolto, infatti anche l'osservazione è un modo di ascoltare se stessi e i genitori/pazienti da un punto di vista emotivo, oltre che concreto.

La pazienza, la disponibilità, l'atteggiamento contenitivo, anche simpatico senza sfociare nella con-fusione con chi è davanti a noi sono caratteristiche dell'ascolto.

“L'altro che incontriamo non è quasi mai accadimento neutro. L'altro è esperienza. E' declinazione emotiva, è interpretazione partecipata che stabilisce vicinanza o distanza. L'altro è quasi sempre pathos.

Pathos raccoglie insieme il significato di “patimento”, ma anche il significato di “esperienza”. In ogni esperienza vi sono emozioni all'opera, perché sono l'impronta che segna il cuore di quel che si vive.

Nella relazione con l'altro il pathos (la patia) si manifesta in 3 modi:

nella sim-patia

nell'anti-patia

nell'em-patia

Ognuno di essi stabilisce una caratteristica distanza tra noi e l'altro e un modo di farsi esperienza.

Sim-patia: l'altro nel quale mi rassicuro

Syn significa “con”, ma anche “insieme a”. Ci avviciniamo alla persona che troviamo simpatica, lasciamo che si riduca la distanza, perché vi troviamo condizioni che ci rendono piacevole la relazione. La sua simpatia è lo specchio di ciò che cerchiamo di rassicurante, di accogliente e di confortevole.

Nella simpatia l'altro è privo di alcuna minaccia e vi troviamo la possibilità di vivere un sentimento del legame e della vicinanza di cui abbiamo bisogno. La persona simpatica non mette in alcun modo in discussione il nostro mondo, ma lo rassicura. La persona simpatica contiene i nostri bisogni.

Anti-patia: l'altro da cui mi proteggo

Anti significa “invece di”, “in cambio di”. Il pathos in questa relazione spinge ad allontanarsi, a respingere. Da

chiedersi è allora: perché le emozioni ci inducono a rifiutare, criticare, allontanare la persona antipatica? Qual è la loro necessità? L'antipatico è “invece di me”. L'antipatico non è solo una persona che ha modi sgradevoli o fastidiosi. In questi suoi modi si nasconde per noi una minaccia, da cui ci protegge la risposta emotiva. Nell'antipatico le emozioni provocano un rifiuto perché mettono al riparo dall'incontrare, come in uno specchio, qualcosa di sé di faticoso da avvicinare. L'arroganza dell'altro è specchio della propria debolezza, la sua eccessiva lentezza è specchio della propria frenesia, la sua indolenza è specchio dell'incapacità di concedersi pause. Uno specchio da cui le nostre emozioni proteggono, allontanandolo.

Em-patia: l'altro che divento

En, significa “dentro”, “fra”, “in” e “uno solo”. Nell'empatia l'emozione si spalanca per includere l'altro, si muove fra le sue emozioni e il suo sentire, tra le sue esperienze, sino ad essere una sola con l'altro. Se la simpatia è un movimento che va da sé all'altro, perché porta i propri bisogni (di assicurazione e benessere) nell'altro, trovandovi ciò che cerca di rassicurante. L'empatia è invece un movimento opposto, che dall'altro arriva sino sé. L'altro entra dentro, trovando uno spazio vuoto di accoglienza. Il modo più sintetico ed efficace per descrivere l'empatia è immedesimarsi, farsi medesimi. Nel sentire empatico non vi è giudizio, che presuppone ciò che può piacere oppure no. Nel sentire empatico vi è vuoto. Un cuore tanto sgombro da se stesso, da convinzioni, timori, o attese, da sapersi fare altro. L'empatia ospita l'altro nella sua differenza da se stessi. Persino quando questa differenza ha valori, modi e scelte che non si condividono. Il limite della capacità empatica di ciascuno è il limite della capacità di com-prensione, di ospitare l'estraneità”².

Mentre va mantenuto sempre il tra-noi quindi un fluire di emozioni che vanno da una parte e dall'altra della nostra scrivania. Di fondamentale importanza è esprimere empaticamente quello che vogliamo che l'altro comprenda. Grande attenzione va posta a non interrompere il fra-noi, arrestando la relazione e questo può avvenire in tanto modi come deviando lo sguardo, rispondendo al telefono o ancora scrivendo al computer. Tutto si può fare se si mantiene la continuità relazionale, per esempio comunicando ciò che andremo a fare.

Quanto detto ci introduce in un altro campo che è quello dell'ascolto attivo. La capacità di chi conduce un colloquio clinico, come abbiamo visto, è data principalmente dal saper ascoltare, soprattutto senza anticipare, prendersi tutto il tempo necessario per dare la possibilità ai genitori di esprimersi, pur mantenendo il focus su cosa andiamo a cercare. È qui si esprime tutta la nostra esperienza e professionalità nel contenere il genitore. Saper cogliere le difficoltà, le ansie, le esigenze dei genitori, verbalizzando loro che siamo in contatto con

ciò che provano. Soprattutto di fonte a due genitori dobbiamo essere sempre cauti nel dare giudizi, andando a rafforzare l'uno e l'altro genitore e sottolineando quanto la condivisione sia importante e necessaria, riproponendo quanto detto dall'uno o dall'altro. Infatti ridefinire quanto detto ci assicura che la comprensione e la condivisione è avvenuta. Molti genitori a fine colloquio chiedono un riassunto o lo fanno loro verbalmente.

Come detto è di sostanziale importanza una attenta osservazione di chi abbiamo di fronte, nel nostro caso i genitori. Solo l'esperienza ci permette fin dalle prime battute di avere una idea della tipologia del genitore. Ma pur con esperienza più che ventennale, ogni volta mi pongo, di fronte al genitore come se fosse una prima volta, come quando alle prime armi l'entusiasmo e la sana curiosità mi spingeva a fare il meglio possibile per quella famiglia. Questo ci permette, di attingere all'esperienza, ma senza una mente rigida e non flessibile, forte appunto di anni di lavoro.

Infatti nel mio lavoro, quale neuropsichiatra infantile, il colloquio clinico è basilare per lo svolgimento del lavoro stesso. Nei servizi di neuropsichiatria infantile territoriali, la presa in carico è globale e coinvolge tutta la famiglia. Questa avviene attraverso una valutazione, una diagnosi e l'elaborazione di un progetto terapeutico individuale (PTI) condiviso, appunto con la famiglia. I nostri servizi si occupano di minori dai 0 ai 17 anni con le più svariate patologie neurologiche o psichiatriche o disagi sulle quali non mi soffermerò. Dopo la segnalazione (sempre su richiesta del il genitore, o tutore, o autorità giudiziaria quali Tribunale Ordinario o Tribunale per i Minorenni) viene effettuata l'accoglienza a cui segue la prima visita, poi il percorso valutativo ed infine la restituzione della diagnosi. Si tratta quindi di un percorso che, iniziato, non si conclude con la diagnosi, ma a volte dura anche per tanti anni.

Quando inizia un percorso di presa in carico, inevitabilmente si crea un rapporto fra i genitori e il medico. Rapporto che si spera diventi un rapporto di fiducia (pilastro della comunicazione medico-paziente che si costruisce attraverso i colloqui clinici). Come già precedentemente visto, la competenza professionale, quella relazionale e quella organizzativa concorrono all'instaurarsi del rapporto di fiducia per il medico, direi per l'intero servizio. Sono tanti i costituenti che concorrono sia per le competenze professionali, che quelle relazionali e organizzative. Vorrei ricordare che nei servizi di neuropsichiatria infantile, possiamo dividere gli utenti in tre fasce di età (infanzia, pre-adolescenza, adolescenza) che caratterizzano altrettante tipologie di disagi. Durante il colloquio clinico dobbiamo avere ben presente il periodo evolutivo in cui si trova il minore oggetto del colloquio clinico, ancor prima della diagnosi. Questo perché anche i genitori avranno nella loro mente un'immagine di un lattante/bambino/adolescente ben

preciso anche se a volte confuso, che sia "sano" o meno a loro dire.

Ogni volta che mi sono trovato e mi trovo di fronte a dei genitori, lo sforzo più grande è quello di comprendere quale immagine hanno del loro figlio, sia dalla parte di un genitore che dell'altro. Infatti ben diverso è se si tratta di un bambino di pochi mesi, con paralisi cerebrale infantile o di un bambino di 4 anni con disturbo dello spettro autistico o di un bambino di 7 con disturbo di apprendimento, o ancora di un adolescente con difficoltà comportamentali o con esordio psicotico, solo per fare alcuni esempi. Durante il colloquio è bene tenere sempre presente quanto ho finora descritto, e ancora di più comprendere come l'immagine interna dei genitori si è dovuta modificare e adattare alle nuove esigenze del minore. Nostro compito è sempre quello di avere una mente altrettanto elastica e capace di cogliere le difficoltà dei genitori infondendo sempre quella speranza e non falsa speranza (sempre dettata dalla professionalità e delle oggettive situazione del figlio/a) e accogliere quanto il genitore porta nel colloquio, restituendo quanto emerso dal percorso valutativo e dai colloqui clinici, predisponendo sempre di più la mente del genitore ad accogliere e plasmarsi secondo le attuali esigenze del minore.

Molte volte non è sufficiente un solo colloquio clinico ma più colloqui se non un vero e proprio sostegno alla coppia genitoriale e alla famiglia.

Infatti il percorso di cura terapeutico, come detto da molti autori, inizia fin dal primo contatto fra famiglia e il medico (e che coinvolge tutto il servizio), contatto che la maggior parte delle volte vede nel colloquio clinico il luogo dell'incontro che darà l'avvio al percorso della presa in carico del minore e della sua famiglia.

**Dott. Callegari Roberto, Dirigente Medico I livello Neuropsichiatra Infantile presso ASL-Latina (SUMAI), Psicoterapeuta, Consigliere Onorario presso Corte di Appello di Roma, Consigliere della S.I.N.P.I.A. (Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza-Sezione Regionale Lazio).*

*Recapito postale: Piazza Americo Capponi 16 – 00193 Roma
Recapito telefonico: (+39) 338 4935081*

Recapito email: robcallegari60@gmail.com

Bibliografia

Winnicott D.W., (1970), *Conferenza per medici e infermiere, Chiesa di S. Luca di Hatfield, 18 ottobre 1970*, <http://www.drorlandella.it/chi-sono/la-cura-winnicot.pdf>
Simpatia, Antipatia, Empatia: la regia del pathos, <https://www.else-where.it/pathos/>

¹ Winnicott D.W., (1970), *Conferenza per medici e infermiere, Chiesa di S. Luca di Hatfield, 18 ottobre 1970*, <http://www.drorlandella.it/chi-sono/la-cura-winnicot.pdf>

² Simpatia, Antipatia, Empatia: la regia del pathos <https://www.else-where.it/pathos/>

Linee ed elementi per un'etica della comunicazione

Estratto

L'articolo si propone di sintetizzare il rapporto tra etica e comunicazione. Dopo aver descritto l'oggetto dell'etica, si definisce la comunicazione umana come spazio comune tra gli interlocutori, in cui al centro non vi è la sola trasmissione di informazioni, ma il costituirsi di una relazione dove il linguaggio riveste un ruolo fondamentale, come organo ma anche come ostacolo.

Vengono descritti i tre principali approcci del rapporto tra etica e comunicazione: deontologico, etica della comunicazione ed etica nella comunicazione, e individuati i principi di giustizia, di solidarietà e di co-responsabilità che regolano la comunicazione umana e sui quali è possibile fondare la comunione interpersonale.

Parole chiave: etica, comunicazione, approcci, principi, comunione

Abstract

The article aims to summarize the relationship between ethics and communication. After having described the object of ethics, we can understand human communication as a common space between the interlocutors, in which there is not only the transmission of information, but the establishment of a relationship, where language plays a fundamental role, such as a pillar but also as an obstacle. The three main approaches to the relationship between ethics and communication are: deontological, ethics of communication and ethics in communication, and the principles of justice, solidarity and co-responsibility that regulate human communication on which it is possible to found interpersonal communion.

Keywords: ethics, communication, approaches, principles, communion

Il titolo dà per scontato, e lo afferma nella sua formulazione, che sia possibile definire linee ed elementi per un'etica della comunicazione. Dovremmo, prima di entrare nell'oggetto della nostra analisi, definire preliminarmente che cosa si intenda per etica, cosa per comunicazione, e quale sia il rapporto tra l'etica e la comunicazione in modo da giustificarne la plausibilità.

La parola etica affonda le sue radici nel termine greco *ethos*, con il quale si intende il patrimonio di valori condiviso all'interno di una comunità. In greco si distinguono due significati che poi convergono nell'unico termine latino *mos/mores*: *ethos* è sia il carattere, ovvero il modo acquisito di essere, sia la dimora, il luogo in cui ci si riconosce, la casa. L'etica rappresenta quindi il contesto all'interno del quale coloro che si costituiscono in comunità si sentono a casa, ovvero il patrimonio di valori, il deposito dell'esperienza e della percezione del bene che la collettività vive e trasmette. Ogni agente, nella considerazione e nella percezione della moralità riceve dalla propria storia un deposito di valori, usi e costumi, sia in senso etologico, sia in senso etico.

Si tratta di un livello puramente fenomenologico, descrittivo; spetterebbe alla metaetica chiarire i criteri in base ai quali, i valori di una determinata collettività, rappresentino veramente un bene che realizza e accresce l'umanità, oppure un disvalore, ciò che contraddice e ferisce la per-

sona come agente libero e responsabile. Non è così lontano dalla nostra realtà riscontrare come la società possa radicarsi in disvalori: corruzione, criminalità, sfruttamento indiscriminato delle risorse, sono soltanto alcuni esempi di un elenco che potrebbe essere molto più puntuale.

L'etica è riflessione razionale sull'agire umano, è scienza normativa pratica. È classica la distinzione tra atti dell'uomo, che vengono posti in essere nelle più differenti attività, e atti umani, realizzati in libera e consapevole responsabilità, che esprimono il vissuto interiore di coscienza come risposta ad un valore morale. Sono atti che esprimono la libertà, la definiscono, e che possono essere giudicati in relazione al grado di umanità che accrescono o che feriscono. Secondo questa prospettiva, è evidente che l'etica affondi le proprie radici nell'antropologia: la domanda "Che cosa devo fare" si lega indissolubilmente alla domanda "Chi devo essere?".

Di conseguenza esiste una comunicazione dell'uomo, che riguarda il livello informativo ed espressivo di ogni atto linguistico, e una comunicazione umana, in cui sono in gioco valori morali, che realizzano o che ledono il grado di umanità di coloro che sono coinvolti in una relazione comunicativa.

Possiamo quindi chiederci: quando una comunicazione è veramente umana? Quali sono gli elementi che rendono

umana la comunicazione?

L'etica della comunicazione rientra nell'ambito delle etiche applicate; l'etica applicata: "è quella disciplina di studi che persegue il compito di comprendere e risolvere i problemi morali che si presentano nei diversi ambiti della vita a livello individuale e collettivo"¹.

L'etica della comunicazione si sviluppa in particolare a partire dalla seconda metà del Novecento, prima nei paesi angloamericani, poi in Germania, in Francia, e negli ultimi decenni anche in Italia.

Una prima definizione permette di entrare nella questione: "l'etica della comunicazione è la disciplina che individua, approfondisce e giustifica quelle nozioni morali e quei principi di comportamento che sono all'opera nell'agire comunicativo, e che motiva all'assunzione dei comportamenti da essa stabiliti"².

Da un lato, secondo la riflessione di A. Fabris, l'etica della comunicazione si configura come la concretizzazione dei principi morali dell'etica generale all'interno di un ambito particolare come quello della comunicazione. Dall'altro, continua sempre Fabris, l'agire comunicativo ha acquisito, all'interno del dibattito filosofico, un ruolo emblematico e determinante attraverso due modalità:

la presa di coscienza che la comunicazione appartiene all'ambito degli atti, che conoscono la dinamicità dei processi e non la staticità dei fatti; la comunicazione, dunque, non appartiene all'ambito della natura, ma alla sfera delle possibilità, si fonda quindi sulla libertà;³

la centralità della comunicazione nei confronti sia delle altre discipline, sia dell'etica stessa: in seguito alla pervasività di strumenti comunicativi, la comunicazione è divenuta la "chiave che consente di interpretare nel loro insieme i processi che riguardano la società e gli individui"⁴. La ricerca, dunque, dei criteri che regolano l'agire comunicativo, ha rappresentato *l'occasione privilegiata per comprendere e fondare i principi stessi dell'agire in generale*.

Possiamo allora ritornare quindi alla domanda precedente: cosa significa dunque comunicare?

È inevitabile che un tentativo di risposta chiami in causa diversi modelli e paradigmi.

Nel modello comunicativo standard, comunicare significa trasmettere pensieri, idee, notizie, informazioni – in una parola: messaggi – ad altri, da un emittente verso un destinatario, mediante un canale, attraverso un codice condiviso, con riferimento ad un determinato contesto.⁵ Secondo il modello comunicativo standard comunicare bene significa comunicare in modo efficiente ed efficace, per cui la bontà del processo consiste nell'adeguato funzionamento del sistema.

È un modello che si applica bene all'ambito tecnico, dove la comunicazione si esaurisce nella trasmissione di informazioni; è necessario chiedersi se realizzi e definisca la comunicazione umana propriamente detta.

Esistono altri modelli, ma l'individuazione e la descri-

zione di un paradigma renderebbe necessaria la sua descrizione e legittimazione, obiettivo da riservare ad un ulteriore intervento.

La riflessione degli ultimi anni ha posto attenzione alla comunicazione come "uno spazio comune tra interlocutori"⁶, descrizione che permette di superare la visione tradizionale e di porre in risalto alcuni elementi fondamentali:

nella comunicazione non avviene solo uno scambio di informazioni, ma si realizza un vero e proprio coinvolgimento, si costituisce un legame tra i vari attori che si fonda non tanto sul passaggio di notizie, ma sulla costituzione di una relazione;

nella comunicazione intesa come "spazio comune" la posizione dei vari attori è simmetrica, ogni elemento contribuisce simultaneamente alla realizzazione e alla comprensione dell'interazione;

il linguaggio è parte essenziale della comunicazione ma, allo stesso tempo, se ne distingue, è organo ed ostacolo, può facilitare la relazione ma può anche essere fonte di fraintendimenti;

la questione del linguaggio apre al ruolo dell'etica; comprendere, in senso relazionale, significa "riconfermare la possibilità di intesa che risulta già implicita nella dinamica linguistica". L'intesa tra i locutori non è data tanto e solo dalla competenza linguistica, ma soprattutto dalla capacità di contatto, che va nella linea della *comprensione* e non della *spiegazione* dei fenomeni.

Esistono modi differenti per mettere in comune, creare *communio* attraverso una relazione linguistica. Possiamo individuare tre approcci "tradizionali":

approccio deontologico;

etica della comunicazione;

etica nella comunicazione.

Nell'*approccio deontologico* vengono indicati i criteri in base ai quali regolamentare i processi comunicativi. Le varie categorie professionali, impegnate nella comunicazione – giornali, televisione, pubblicità – avvertono l'esigenza di individuare i limiti all'interno dei quali poter svolgere la propria attività: nascono così i vari codici deontologici per definire il livello di liceità nell'esercizio della propria professione. Si tratta di codici di autoregolamentazione attraverso i quali le varie categorie disciplinano la propria attività comunicativa; il risultato appare precario, legato a scelte etiche personali forti, in cui il sistema di controllo e di sanzione appaiono fragili e modesti. Per ciò che concerne *l'etica della comunicazione*, il passo preliminare necessario, per ogni locutore, consiste nell'attribuzione di significato alle nozioni morali di bene/male, giusto/ingiusto, per poter di conseguenza distinguere le azioni che affermano dei valori, dalle azioni immorali. L'etica della comunicazione, come etica applicata, non può quindi trovare in sé i principi autogiustificativi, deve rifarsi necessariamente all'etica generale.

Diventa allora più proficuo entrare brevemente nella pos-

sibilità di un'etica nella comunicazione, di “rinvenire all'interno dello stesso ambito comunicativo criteri e principi etici che pretendono di avere una validità universale”.⁷

I principi che permettono di affermare una normatività morale in ogni atto linguistico corrispondono a:

principio della giustizia: tutti coloro che partecipano alla comunicazione hanno uguale diritto nell'impiego di ogni atto linguistico, presentato come valido per ottenere un possibile consenso;

principio di solidarietà: riguarda il reciproco appoggio che, ogni comunicante, può dare e ricevere nella soluzione argomentativa dei problemi; in altre parole, nella soluzione dei problemi è necessaria un'argomentazione, quindi degli atti linguistici, in cui i vari locutori si posizionano in modo solidale;

principio della co-responsabilità: tutti i partner sono vincolati all'articolazione e alla soluzione dei problemi.

La comunicazione umana, dunque, non si esaurisce nell'utilità o nella sua efficacia, ma promuove la crescita e la collaborazione tra i vari attori chiamati a diventare sempre più consapevoli non solo delle finalità della comunicazione stessa, ma del senso e delle motivazioni che sottendono ogni atto comunicativo nelle reciproche relazioni, “nella sfera comunicativa, tuttavia, la decisione per l'intesa non è affatto qualcosa di arbitrario, ma risulta fondata sulla struttura stessa del linguaggio. Scegliere l'in-

tesa significa *accordarsi con la possibilità di accordo che è inscritta nell'atto stesso del comunicare*”.⁸

La comunione, l'intesa e la comprensione tra i vari attori coinvolti nel processo, può quindi essere riconosciuta come la finalità che definisce la comunicazione in senso tipicamente umano.

Bibliografia

¹ M. Mascia, «Etica applicata», in P. Benanti – F. Compagnoni – A. Fumagalli – G. Piana (a cura di), *Teologia Morale*, San Paolo, Cinisello Balsamo (Mi) 2019, 312-316, 312,

² A. Fabris, *L'etica della comunicazione*, Carocci, Roma 2017², 34.

³ *Ibid.*, 35.

⁴ *Ibid.*, 36.

⁵ Il riferimento in particolare è all'opera di R. Jakobson, *Saggi di linguistica generale*, Feltrinelli, Milano 2002; E. Shannon – W. Weaver, *La teoria matematica delle comunicazioni*, Etas Kompass, Milano 1971; N. Wiener, *La cibernetica*, Il Saggiatore, Milano 1968.

⁶ A. Fabris, *L'etica della comunicazione*, 42.

⁷ Le istanze di questa riflessione le possiamo rinvenire nel pensiero di K. O. Apel, *Etica della comunicazione*, Jaca Book, Milano 1992; e J. Habermas, *Teoria dell'agire comunicativo*, Il Mulino, Bologna 2003.

⁸ A. Fabris, *L'etica della comunicazione*, 86.



Recensioni

Il Prof. Piero Benassi, Autore di numerose pubblicazioni di grande profilo scientifico, storico e culturale, ci offre con questo volume un panorama ampio ed attuale dei disturbi d'ansia, integrato da esemplificazioni chiare ed esaurienti di una ricca casistica derivata dalla personale esperienza clinica. Questa è vissuta dall'Autore con costante e particolare attenzione all'altro nella relazione di cura: la quale rimane alla base di ogni intervento, anche farmacologico, come fattore imprescindibile, che cura di per sé: "la relazione che cura". L'opera, ricca di riferimenti bibliografici, affronta le numerose figure dell'ansia in maniera completa e sintetica. La monografia non si limita a descrivere categorie tassonomiche, ma esplicita in modo chiaro e comprensibile i vissuti umani, le vulnerabilità, le ferite dell'anima e del corpo, le vecchie e nuove solitudini con molti validi riferimenti anche alle recenti vicende pandemiche. Esse si evidenziano in un ampio spettro sindromico, che dalla normalità spazia in multiformi manifestazioni della psicopatologia, analizzate e commentate magistralmente dall'Autore.

F.V.

Collana dell'Associazione per il Museo di Storia della Psichiatria San Lazzaro - Reggio Emilia  **23**

Piero Benassi
Ansia, fobie, ossessioni
La relazione che cura

Consulta libriprogetti, 2021
pp. 160, illustrazioni Elisa Pellacani, ISBN 9788869880803, Euro 15,00



Un universo ampio e complesso di situazioni, dalle più naturali fino al persistere di idee, atti, gesti o paure che riducono, anche pesantemente, libertà operativa e di giudizio: serve fare il punto sulle tante fobie, ossessioni e relative complicazioni originate dall'ansia, motore di energie positive ma anche molto negative e controproducenti: si tratta di conoscerla e sapere come usarla.

Piero Benassi, dopo una serie di narrazioni e racconti personali, richiama diversi disturbi psichici molto diffusi, in un panorama di fenomeni che ciascuno di noi può manifestare, dal più banale a quelle ossessioni o coazioni che caratterizzano alcuni stili di vita. Il tutto origina dall'ansia, tensione fisiologica che attiva la nostra vita ma col rischio sempre presente di aumentare fino a crisi di angoscia, di panico: quel "disturbo d'ansia generalizzata" che si ripete, disturbo psicologico ampliato e diffuso in vari, molteplici disturbi corporei.

In copertina: Pan, dio pastorale dell'Arcadia, che scatenava fobie improvvisi (panico).

Nelle librerie o scrivendo all'editore
edizioniconsulta@virgilio.it 

La relazione che cura

Le voci della salute mentale a Parma

A cura di Donatella Carpanese e Laura Ugolotti



Di cosa ha bisogno un malato di mente nei momenti più bui? Della cura di chi gli sta intorno. Con questa domanda e questo spirito è stato curato il libro la cui copertina riporta l'illustrazione di Emanuele Zanichelli "un abbraccio di speranza". Come precisa nella prefazione Ughetta Radice Fossati, segretario generale della Fondazione Progetto Itaca, questo volume "vuole raccon-

tere e sottolineare la fatica dei tanti protagonisti che hanno dovuto razionalizzare quello slancio idealista, che si sono dovuti inventare i nuovi servizi, il metodo, l'organizzazione dell'équipe e hanno dovuto ipotizzare e stare dentro ai budget ai quali Basaglia non aveva pen-

sato".

Possiamo aggiungere che Franco Basaglia, per la prematura scomparsa, non aveva avuto neppure il tempo per prevedere budget ed organigrammi. Ci hanno pensato gli operatori dei nuovi servizi di salute mentale, pur con mille difficoltà nel confronto con amministrazioni, apparati burocratici e pregiudizi sociali. Questo libro racconta le idealità, la storia ed il cammino percorso dal Dipartimento Assistenziale Integrato di Salute Mentale - Dipendenze patologiche dell'AUSL di Parma, insieme ad associazioni impegnate in progetti di corretta informazione ed inclusione. Il suo Direttore, Pietro Pellegrini, insieme a colleghi e collaboratori, amici e maestri, come Nello Castaldo, Eugenio Borgna e altri testimoni, tra i migliori del nostro tempo, ripercorre la storia e l'evoluzione, a partire dal 1978, di questa encomiabile realtà parmense, in cui è riuscito ad "inventare" nuovi servizi territoriali ed efficaci reti sociali integrate.

E' un esempio di come formazione fenomenologica di base, cultura professionale ed organizzativa, unitamente all'attenzione responsabile nel prendersi cura dell'altro, siano le qualità indispensabili per realizzare i migliori sistemi di salute mentale di comunità.

Sono realtà che aprono alla speranza ed al progetto.

F.V.



Recensioni

L'arte di ottenere ragione In chiave moderna

A cura di Salvatore Merra e Marco Ponzuoli



Nelle vicende umane spesso non prevale la verità come tale, non conta chi ha obiettivamente ragione, ma piuttosto chi è più bravo a convincere, ricorrendo ad ogni strumento o artificio che la dialettica mette a disposizione. Lo sosteneva A. Schopenhauer nella sua opera scritta tra il 1830 ed il 1831, ma pubblicata postuma per il pudore del-

l'Autore, che non la riteneva in linea con il suo pensiero e principi etici.

Il breve testo curato da Salvatore Merra e Marco Ponzuoli ripropone in modo attuale le tecniche della dialettica del grande filosofo esponendo situazioni esemplificative della realtà sociale e della vita politica che appartengono alla nostra contemporaneità, anche quella più inquietante e discutibile, con tutte le sue contraddizioni e paradossi. L'opera conferma come, pur cambiando le vicende del mondo, si fa sempre un uso eccessivo di sofismi e paralogismi perché funzionali al raggiungimento di posizioni di forza e di potere. I 38 stratagemmi derivati da Schopenhauer sono quindi riletti in chiave molto attuale con linguaggio chiaro e leggero, che esprime brillantemente il pensiero disincantato e sottilmente ironico dei curatori, molto utile per sopravvivere a tante violenze psicologiche della vita quotidiana. F.V.

Oltre la crisi.

La pandemia tra resilienza e fede

A cura di Pasquale Tripepi, Pasquale Bua

Il libro si confronta con la pandemia in atto, mettendo in dialogo due specialisti: Pasquale Tripepi rilegge gli eventi con la lente della psichiatria e della psicologia sociale; Pasquale Bua offre spunti per una riflessione in chiave teologica e spirituale.

Il primo propone una descrizione del fenomeno e delle reazioni individuali e collettive in tempo di pandemia, passando a considerare gli esiti psicosociali e soprattutto le possibili strategie risolutive e, fra queste, la resilienza. Il secondo si interroga sulla possibilità di ri-definire la fede cristiana a partire dalla crisi del Covid-19, crisi che si rivela malgrado tutto un *chairós* per capire ciò che la fede è – e ciò che la fede non è.

Dalla lettura dei due contributi emerge come la “salvezza” sia possibile solo “insieme”, cioè nella riscoperta della fraternità e del primato del noi sull'io.

