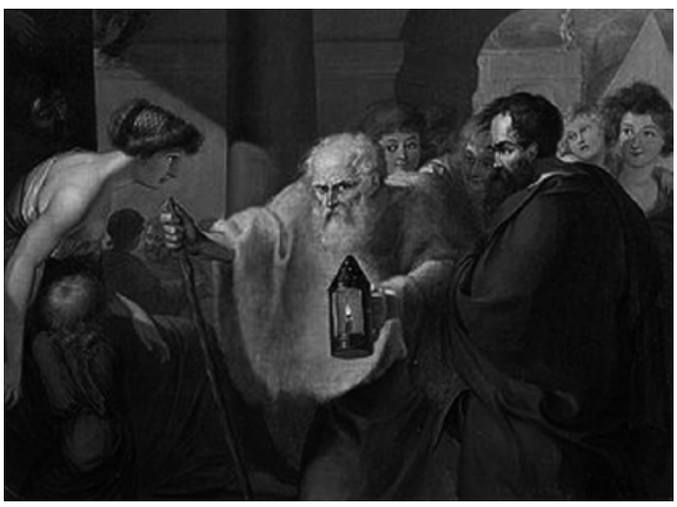
Editoriale
di Francesco Valeriani

In tema di “agonia della Psichiatria”



“La psichiatria continua a essere considerata una disciplina dimenticata e temuta, della quale si parlava e si discuteva solo negli anni, nei brevi anni, che hanno visto nascere e concludersi la rivoluzione teorica e pratica, ideale e etica, di *Franco Basaglia*. Non ci sono più i manicomi, cosa avvenuta solo in Italia, non è scomparsa la sofferenza psichica e nondimeno la psichiatria si è allontanata dalla passione della speranza e dalla vitalità di allora”. Così scrive, nell’introduzione alla sua ultima opera *L’agonia della psichiatria*, *Eugenio Borgna*, il quale dimostra, ancora una volta, il coraggio della denuncia e della critica costruttiva dinanzi al pericolo del diffondersi di una psichiatria arida e positivistica, facilmente seduttiva (in condizioni di arretramento culturale) con le sue procedure e tecniche standardizzate. In questo libro “poliedrico” affronta le “ferite” che lacerano la psichiatria di oggi, ne spengono la storia e gli slanci rivoluzionari del passato. L’Autore, sempre aperto al dialogo e alla speranza, propone i modi per rivitalizzarla. Da una psichiatria in agonia si può ancora costruire una psichiatria ideale (lo diciamo con le sue parole) “che possa ampliare i confini tematici e semantici, così da convertirla in scienza umana che, senza ovviamente cancellarne la sua dimensione clinica e diagnostica, non abbia mai a dimenticarne gli infiniti orizzonti di senso e in particolare la febbrile ricerca di quello che si intravede negli abissi della interiorità di chi cura e di chi chiede di essere curato”. Aggiunge, dimostrando una profonda fede nell’umano e una forte tempra di rivolta interiore: “Sono ancora una volta alla febbrile ricerca di una psichiatria che possa essere di aiuto alla comprensione e alla difesa della vita psichica che è in noi, malata o non malata”. Tutti gli psichiatri che amano la loro disciplina dovrebbero condividere questa “febbrile ricerca” in ogni contesto di cura della salute mentale. La Psichiatria è una disciplina medica che richiede adeguata formazione culturale oltre che scientifica ed impegno continuo nella relazione di cura, che è ricerca continua dell’alterità, fondata sull’attenzione e l’ascolto, nel rispetto della soggettività dell’altro, della sua dignità e libertà. Le sue attese non possono essere tradite nell’indifferenza di incontri mancati, negli schematismi di interviste tassonomiche, di risposte tecniche e setting formali. Nei luoghi della relazione di cura avviene una reciproca donazione di sé. Chi chiede di essere curato dona all’altro le sue attese, la sua fiducia e la sua speranza (qualche volta la sua disperazione). Chi cura dona se stesso, con la sua attenzione e il suo ascolto. Del “dono dell’ascolto” ci parla magistralmente il caro amico *Silvio Fasullo* nel lavoro riportato in questo numero della nostra rivista. Lo psichiatra che ama la sua professione dona sempre qualcosa di sé, anche nel prescrivere una terapia farmacologica, quando riesce a costruire una buona relazione con l’altro, accompagnata da adeguati modi e parole. Il valore di qualsiasi terapia farmacologica, lo ricordava già *Balint* , non è solo in quello che il medico prescrive, ma anche nel modo in cui prescrive se stesso. Purtroppo con la pandemia si sono verificate non solo forme di distanziamento fisico (male minore e temporaneo) ma anche critiche chiusure di pubblici servizi, di spazi relazionali ed assistenziali, non sempre giustificabili, a scapito specialmente delle fasce più deboli. Eventi di minaccia e di perdita, correlati alle vicende pandemiche, hanno contribuito ad aumentare i livelli di aggressi-

vità, narcisismo patologico e consumismo nella popolazione. Tutto questo si ritrova nelle stesse manifestazioni psicopatologiche che osserviamo quotidianamente. Se da una parte si corre il rischio di una regressione dei valori di civiltà, nelle sue consuetudini di tolleranza, accoglienza e solidarietà (resta spesso solo quella "a comando" dei Media), dall'altra si tende alla disumanizzazione dei rapporti in tutti gli ambiti della Medicina. Se questi possono essere tollerati in prestazioni tecnico-strumentali, dove le risorse diagnostiche e terapeutiche di sofisticate apparecchiature fanno dimenticare il vuoto della relazione, essi non sono invece accettabili in qualsiasi relazione di cura, svuotandola completamente di senso in psichiatria.

Con lo spirito del '68 e durante i brevi anni della rivoluzione basagliana "si poteva credere che l'impostazione positivistica del lavoro medico fosse al tramonto e una nuova era relazionale-umanistica si sarebbe imposta rinnovando tutto l'ambito clinico". Così ricordava *Augusto Palmonari* in un suo lavoro scritto poco prima della sua scomparsa, avvenuta nell'ottobre 2016, intitolato *Il dialogo e l'ascolto*. Lo pubblicammo su questa rivista all'interno del forum curato da *Gian Paolo Guaraldi: Humanitas quo vadis*?. I contributi di questi Maestri sono oggi ancor più validi, anche se purtroppo una psichiatria in agonia, anziché permeare del suo stile di pensiero le altre discipline mediche, tende a farsi risucchiare in linguaggi e stili neopositivistici di esse.

Mi spaventano giovani psichiatri indottrinati alla nomenclatura dei Diagnostic Statistical Manual, che pensano di sapere tutto della depressione, soltanto perché la riducono a "neuroinfiammazione". Prescrivono spesso farmaci costosi di ultima generazione condizionati da interessi di aziende farmaceutiche, senza conoscere l'uso di quelli tradizionali di basso costo. Mi spaventano anche quelli in carriera che pubblicano lavori pressoché inutili o copiaticci su riviste indicizzate.

Mi spaventano i loro atteggiamenti di sufficienza rispetto alla cultura che non hanno e di cui credono di non aver bisogno nella nostra professione. Sono psichiatri "allucinati" che sentono le "voci" del politicamente corretto, dell'opportunismo in carriera, dei buoni rapporti con le gerarchie aziendali e le aziende farmaceutiche, dell'aderenza a protocolli terapeutici, del timore dei magistrati (in una psichiatria "difensiva"), etc. Burocratizzati nel loro modus operandi, pensano di curare le malattie, ma dimenticano spesso il malato e il suo peculiare contesto di storia individuale e relazioni umane. Conoscono poco anche la rivoluzione basagliana del 1978 e lo spirito del tempo in cui è avvenuta. Possono sapere che c'era stato una volta il manicomio ma molti non sanno cosa rappresentava. Era un luogo di varia umanità e disumanità, consegnato all'isolamento, all'abbandono ed all'inevitabile degrado, anche strutturale. Con la Legge 180 si fece divieto di nuovi ingressi, pur mantenendo il "diritto d'asilo" per gli ex ricoverati. Si dovette attendere la fine degli anni novanta per la chiusura definitiva, avvenuta con il trasferimento in altre strutture (RSA e comunità terapeutico-riabilitative) del cosiddetto "residuo manicomiale": brutto termine in uso allora per indicare diverse migliaia di malati, di cui molti in età senile e non voluti dalle famiglie di origine. In quegli anni, in qualità di primario psichiatra di una ASL romana, elaborai un progetto, che denominai "Ippogrifo" (animale mitico con il quale Astolfo andò a recuperare sulla luna il senno di Orlando nella famosa opera di Ariosto). Nella sua duplice natura di cavallo e grifone per me rappresentava il "sociale" e il "sanitario" le cui dimensioni e risorse, non disgiungibili tra loro, erano necessarie per il superamento del più grande ospedale psichiatrico privato (proprietà di una congregazione religiosa) del Lazio. Trovai, nel realizzarlo alla fine degli anni '90, le maggiori resistenze nel personale di più basso profilo, che rifiutava di far uscire i pazienti con cartelloni del tipo "Qui non esce nessuno: il posto di lavoro non si tocca!". La "fabbrica dei matti" aveva anche i suoi sindacalisti da accontentare…

La parte politica nel frattempo s'interfacciava tanto con loro quanto con facoltosi gruppi finanziari interessati ai nuovi business: quelli delle RSA, dei centri Alzheimer e di varie strutture riabilitative da accreditare. Nello stesso periodo le case di cura "neuropsichiatriche" trovavano la loro legittimazione ed accreditamento, riempiendo rapidamente tutti i loro posti letto e nascevano le comunità terapeutiche nel territorio.

Cambiavano i luoghi, le realtà assistenziali e le loro denominazioni.

Mi ponevo questa domanda e ipotizzavo queste risposte:

perché gli ospedali psichiatrici erano andati incontro a tanto degrado umano, assistenziale e architettonico?

Poiché tutto ciò era connaturato al loro essere spazi di esclusione e di abbandono?

Poiché erano diventati baracconi burocratico-clientelari con scarsa formazione di gran parte del personale e sindacalizzazioni di basso profilo?

Poiché "non luoghi", vissuti come spazi di impotenza terapeutica e riabilitativa a fronte di cronicità devastanti, peggiorate dall'istituzione totale?

Poiché fervide intelligenze e culture anche al loro interno avevano dimensioni elitarie e si ritraevano da un impegno politico-sociale rivoluzionario?

Si può rispondere affermativamente a queste varie domande, ma tutte le risposte rinviano inesorabilmente a *responsabilità individuali* e collettive. Le prime sono identificabili nella scarsa attenzione per l'altro e nella disumanizzazione dei rapporti nell'istituzione totale. Se ci fosse stata più "attenzione" antropologicamente fondata e finalizzata ad una relazione di cura, al rispetto della dignità e alla soggettività dell'altro, non ci sarebbero state camerate cariche di dolore, solitudine e sporcizia. Ciò può succedere ancora oggi in luoghi diversamente denominati, specialmente in quelli per anziani. Sono spesso in gioco *responsabilità collettive* che trovano chiavi di lettura nello spirito del tempo, identificabile nel concetto più ampio di zeitgeist, termine della storiografia filosofica tedesca di

fine ‘800, che indica la tendenza culturale predominante in una determinata epoca e al contempo quel sentire comune che sa di misterioso per il suo costituirsi ed è fondativo di un clima morale che si manifesta tramite leggi, sentenze, dibattiti, produzioni editoriali e pubblici discorsi. Non è la forza di un singolo o di una élite a farlo evolvere ma una complessa interazione di molteplici forze, capaci di incidere su ampi strati della società, riformandola.

Ma la Legge 180 fu una riforma o una rivoluzione?

Se ci riferiamo alla chiusura dei manicomi ed alla centralità dell’assistenza nel territorio intorno ai bisogni complessi dell’uomo malato e non alle sole categorie cliniche della sua malattia, allora fu una vera rivoluzione poiché intese cambiare radicalmente quello spirito del tempo che non era ancora pronto a strutturare in modo graduale ed organico una riforma dell’assistenza psichiatrica così drastica. Se lo spirito del tempo fosse stato diverso non ci sarebbe stato bisogno della rivoluzione basagliana e delle sue provocazioni sociali. Queste furono poste in essere con varie iniziative, tra le quali fu emblematica la sfilata di “Marco Cavallo”, usato come cavallo di Troia per “entrare fuori” e portare, con i “matti” che escono dal suo ventre, la rivoluzione nella società. Essa consisteva nel costringere la società alla loro presenza per superare i suoi stereotipi sulla malattia mentale, per dimostrare l’assenza della sua pericolosità e al contempo le responsabilità dell’istituzione totale nella sua cronicizzazione. Si arrivò così alla Legge 180, che fu espressione di una élite culturale di psichiatri che conoscevano bene le realtà manicomiali per averci lavorato, a contatto con quell’umanità degradata verso la quale, nonostante tutti i limiti strutturali, avevano prestato la loro attenzione di uomini e non solo di studiosi della mente. Ma questa élite utilizzò una metodologia politico-sociale per scuotere le coscienze e le aule parlamentari. Ce lo ricorda anche *Luciano Bonuzzi* nel suo lavoro *Psichiatria di ieri* pubblicato nel dicembre 2018 su questa rivista. Non fu quindi una semplice “riforma” scaturita dall’evoluzione di un sentire comune, bensì una “rivoluzione” voluta contro un sentire comune fatto ancora di “paura del matto”. E quando c’è una rivoluzione non ci si limita a cambiare le strutture di una società ma si vuole mutare anche e specialmente il suo pensiero dominante, il suo spirito collettivo. Questo era il principale obiettivo di Franco Basaglia. Furono inevitabili le resistenze al cambiamento e gli scontri, non solo ideologici, ma anche politici e lobbistici.

Questi ultimi però, nel caso della Legge 180, non sono stati particolarmente vivaci poiché, tutto sommato, dopo le ideologie restavano gli affari (politici ed economici).

La prematura scomparsa di Franco Basaglia non consentì che questo psichiatra di grande cultura fenomenologica potesse seguire nel tempo le complesse fasi applicative della Legge 180, adeguando procedure e realtà istituzionali alle criticità emergenti.

La sua rivoluzione aveva radici culturali in un’altra rivoluzione avvenuta all’inizio del secolo scorso, che, come ci ricorda Eugenio Borgna, ha cambiato radicalmente l’oggetto della Psichiatria: non più il cervello con le sue disfunzioni ma la soggettività, l’interiorità, il modo di essere nel mondo della vita. Diffondendo e riscoprendo questa rivoluzione conoscitiva ed etica si può ancora salvare la Psichiatria dalla sua lenta agonia. La si può rifondare come scienza umana e sociale e non solo come scienza naturale. Questo è il messaggio e la ragione dell’opera di Eugenio Borgna. Lo sono anche per la nostra rivista, evidenti nello stesso titolo “L’altro”.

Qualche cenno alle caratteristiche, ai destini delle rivoluzioni: essi sono legati agli uomini e non solo alle idee rivoluzionarie. Queste possono essere manipolate e tradite, come spesso è avvenuto. Lo sapeva anche Basaglia, che infatti preferiva ai grandi psichiatri una grande psichiatria con tanti piccoli psichiatri (riferendosi a quelli spesso poco conosciuti dei servizi). Da loro dipendono le “buone pratiche” e l’efficacia delle strategie condivise per evitare i luoghi dell’esclusione, della separazione, della coercizione, dell’isolamento e dell’alienazione. Da loro dipende la cancellazione dell’alienità e il trionfo dell’alterità. L’alter condivide con me il mondo della vita, mentre l’alienus viene vissuto come distaccato da esso, in una radicale incomprensibilità ed estraneità. Ci ha insegnato *Thomas Kuhn* che ogni rivoluzione scientifica implica la nascita di un nuovo paradigma, che trova un consenso di base in una comunità di appartenenti a cui consegna un ventaglio di problemi sufficientemente aperto.

Il nuovo paradigma della rivoluzione fenomenologica fu quello dell’*intersoggettività*, premessa all’interpersonalità di ogni psichiatria che voglia porsi, anche eticamente, come propriamente antropologica. Ce lo ricordava anche un altro grande Maestro, *Bruno Callieri*, in un suo lavoro dell’aprile 1998 sulla nostra rivista, intitolato *Il passaggio antropologico dello psicotico dall’alienus all’alter*. In esso vedeva il cammino di recupero di tanti sofferenti psichici dal mondo dell’alienità al mondo dell’alterità, al mondo delle istanze coesistenziali. In ogni percorso riabilitativo, proponeva Bruno Callieri, occorre “recuperare lentamente, ma senza arresti all’oggettivazione del sintomo (pur tra mille ostacoli pratici), la dimensione del *senso* e del *significato* di ognuna di quelle esistenze senza cadere nella trappola, sempre incombente, della deistituzionalizzazione che si trasforma, con abili camuffamenti e mistificazioni, in trans-istituzionalizzazione”.

Purtroppo ciò accade ancora. E’ accaduto e accade ancora che possano esserci colleghi di grande cultura (sul piano del bagaglio teorico-conoscitivo) anche fenomenologica ma con scarse inclinazioni umane, che abusano dei mezzi di contenzione fisica nell’indifferenza o rassegnazione degli altri operatori (ce lo ricorda Eugenio Borgna). Mi fa ricordare un’esperienza personale di quando, alla fine degli anni ’70, ero un giovane psichiatra di un centro d’igiene mentale di provincia. Supplicato dalla madre di un giovane paziente schizofrenico, ricoverato in un SPDC ubicato in un “ospizio psichiatrico” (ex art. 6 Legge 1904),

intervenni verificando che era legato mani e piedi da diversi giorni, pur non presentandone alcuna necessità. Davanti alle mie rimostranze l'infermiere manicomiale (quello con il mazzo di chiavi al cinturone) mi invitava a leggere le disposizioni scritte, attaccate al muro (come una grida manzoniana), lasciate dal direttore, che intimavano di non prendere iniziative diverse in sua assenza, ivi comprese quelle relative alle contenzioni. Si dava però il caso che sarebbe tornato in servizio solo tre giorni dopo. Era anche il direttore dell'ospizio psichiatrico, ma viveva altrove e non poteva essere disturbato neppure telefonicamente. Aveva scritto trattati di criminologia e vantava anche una grande cultura fenomenologica. Per far liberare il paziente dovetti minacciare di rivolgermi all'autorità giudiziaria e poi intervenne il medico di guardia che aderì alla mia richiesta. Ci fu uno strascico poco gradevole per me dopo il ritorno del "direttore"… Sono però ancora orgoglioso di questi slanci giovanili e mi sento sempre "in rivolta" (secondo il messaggio ontologico di *Camus*, di ribellione e speranza insieme, per contrastare il male e la sua insensatezza, contro l'assurdità) anche nella mia età senile. Forse questo stile di pensiero è il migliore antidoto all'invecchiamento mentale e morale.

Qualche volta mi guardo intorno, nella mia casa in campagna, e cerco ancora di veder un piccolo gallo, di quelli con le piume molto colorate e variegate che cantava all'alba dalla cima di un pino di alto fusto. Era riuscito a volare fin lassù, provenendo da chissà quale pollaio. Cercava la libertà. Si nutriva della frutta di quella breve stagione, che reperiva nel mio giardino. Scarseggiando questa poi cominciò ad avvicinarsi ad una "comunità" di gatti nutriti con le crocchette del supermercato. Perse inizialmente qualche penna nella dialettica delle presentazioni ma poi fu accolto in questa comunità felina, mangiando con loro lo stesso cibo, servito due volte al giorno. Qualche tempo dopo non volava più, presentava una torsione del collo che lo faceva stramazzare a terra. Un giorno si allontanò, zoppicando, sulla vicina strada, dove incontrò un cane nero che lo dilaniò.

E' una storia vera anche se può sembrare un'allegoria. Vedo ancora questo gallo in giovani talenti della nostra disciplina tentati da facili mercati. Li vedo già agonizzanti, come la nostra psichiatria, che ha saputo volare tanto in alto e lo può ancora se rimane fedele a se stessa, al suo valore di scienza radicalmente umana, che studia le dimensioni distorte dell'incontro, dell'interpersonalità, mettendo in gioco anche moderne competenze scientifiche e cliniche, esercitate nell'umana prossimità della cura. Il concetto-precetto di "prossimità" va oltre il significato identitario del prossimo come alterità per situarlo in un ordine simbolico superiore che abbraccia tutta l'umanità. Nell'arretramento culturale e nel fanatismo ideologico si possono ignorare questi significati e dimenticare le lezioni della storia, anche dei fatti più abominevoli come il famigerato progetto T4 della Germania nazista per sterminare "vite indegne di essere vissute".

Bisogna far conoscere e occorre parlare con i nostri più giovani colleghi, così come hanno fatto i nostri Maestri con noi, perché ci sia una *continuità culturale e motivazionale*. Di qui *l'etica della formazione* e la *responsabilità dei formatori*, anche universitari, troppo spesso distratti in altri interessi. Su loro pesa anche la responsabilità dell'*esempio di vita*, dei *modi* in cui veramente ci si prende cura dell'altro, riconoscendone dignità e diritti (questo tema dei diritti è ben approfondito, su questo numero, nel lavoro di *Pietro Pellegrini* e coll.).

A differenza di altre culture quella psichiatrica non può essere formale, ovvero non può limitarsi a "rappresentare", prescindendo dall'assunzione di un valore (*Werthehauptung*). Questo è molto più di un elemento direzionale. Le conferisce un contenuto sostanziale e comunitario. In tal senso ha anche una funzione politica (nella sua accezione più ampia) ma solo quando tale cultura, tramite i suoi esponenti, si oppone a qualsiasi subordinazione politica e confessionale. Per fare gli psichiatri oggi occorre avere coraggio, sentirsi sempre pronti alla rivolta morale, alla messa in discussione di modelli teorici e prassi cliniche, alimentandoci della nostra cultura e non di quella, forse di più facile consumo, di altre discipline, con le quali ci si deve confrontare ma non omologare.

I tempi che viviamo non sono favorevoli a rivoluzioni o riforme calate dall'alto ma ci impongono di ripensare la nostra psichiatria dinanzi a nuovi scenari psicopatologici e criticità socio-ambientali. La psichiatria oggi non si occupa più, prioritariamente, di schizofrenici e maniacali, ma anche di tante altre forme devastanti di sofferenza psichica ad esordio più precoce e spesso segnata dal concorso di sostanze d'abuso, nei riguardi delle quali necessitano nuove strategie organizzative ed operative dei Servizi con il coinvolgimento attivo della rete sociale. Ciò può avvenire attraverso iniziative psicoeducazionali e culturali, che possono effettivamente permeare un nuovo spirito del tempo, fatto di sensibilità e sinergie condivise. Al contempo non lasciano sole le famiglie dei nostri malati. Non servono associazioni con sigle politico-ideologiche, che vogliono esibirsi in commissioni e comitati di salute pubblica. Occorrono persone impegnate a lavorare accanto agli operatori della salute mentale per una "psichiatria gentile e umana", come ci ricorda Eugenio Borgna. Solo questa Psichiatria può continuare a sopravvivere, rafforzando un suo stile di pensiero a grande valenza identitaria, capace di creare e ricreare comunità di cura e di destino.

PROSSIME INIZIATIVE

A/Essenze
La Salute della Salute Mentale – Rassegna 2022
del Dipartimento Assistenziale Salute Mentale Dipendenze Patologiche
AUSL Parma – Direttore Pietro Pellegrini

"L'essenziale è invisibile agli occhi"
Antoine de Saint-Exupéry

In tempi difficili, noi esseri umani, per sopravvivere come tali, abbiamo bisogno di ricordarci chi siamo realmente. Solamente risvegliandoci alla nostra essenziale nobiltà, bontà e saggezza possiamo mantenere la nostra salute mentale e coltivare la pace dentro di noi per poterla riflettere all'esterno nel benessere sociale e dell'ambiente. Il periodo particolarmente critico che stiamo vivendo, segnato da pandemia, guerra, crisi economica e sociale, impone di interrogarci su ciò che veramente è essenziale nella nostra esperienza umana. Da cosa non è possibile prescindere? Talvolta ciò che è essenziale può sembrare assente proprio perché tanto fondamentale da esser dato per scontato, implicito tanto da non essere nemmeno visto. Eppure, quando questa assenza si manifesta, diviene reale, l'equilibrio non è più possibile e si dimentica ciò che è essenzialmente umano: la vita, il riconoscersi, il prendersi cura, riflettere sulle nostre esperienze mentali e relazionali, trovare la propria ragione di vita.
Ridare senso a parole essenziali il cui valore si scopre nell'assenza: i diritti, la libertà, la pace, la salute, il cibo, l'istruzione e la cultura, il lavoro, la casa… Riscoprire come accoglienza, gentilezza, delicatezza, leggerezza, dialogo, spiritualità e speranza siano fondamentali per non perdere mai la condizione umana che, per mantenersi anche nelle tragedie, nella morte, nella solitudine e abbandono, nel mistero ha bisogno di evolvere, rinnovarsi e innovarsi. Riflessioni che valgono anche per le organizzazioni del welfare, i loro riferimenti tecnico-scientifici, etici, gestionali economici. A/Essenze sarà il filo conduttore della Rassegna La Salute della Salute Mentale 2022, con diversi temi che cercheremo di indagare, alla luce del quale interpretare e orientare obiettivi e operato quotidiano di ciascuno di noi e dei nostri Servizi.
Tutti i seminari si terranno online su piattaforma Zoom. Il link di collegamento verrà comunicato prima di ciascun evento. Saranno gratuiti, aperti a tutti gli interessati e con accreditamento Ecm. Per ulteriori informazioni contattare Ufficio Formazione DAI-SMDP
Tel. 0521-396627 – sdellapina@ausl.pr.it

I incontro della rassegna A/Essenze
Seminario Prof. E. Borgna – 25 Ottobre 2022
I Percorsi complessi della Cura al tempo della Crisi.
Come uscirne?
Nei percorsi accidentati ed accidentali della Cura in Psichiatria, soprattutto in questo momento storico post-basagliano e di Crisi socio-economica-ambientale generale, nell'attraversare il fiume di ciò che è "essenzialmente umano", il riconoscimento necessario dell'Altro, nella buona e nella cattiva sorte, dobbiamo affidarci, per raggiungere l'altra sponda dei Diritti, dei Valori e del Terapeutico, ad almeno tre ciottoli, come salvavita, che fanno da ponte ai passi nel Walfare della Comunità, e che sono Franco Basaglia, Eugenio Borgna e Wolfgang Blankenburg conosciuti nel Mondo della Psicopatologia fenomenologica europea, per le pratiche messe in atto nel processo di Cura tendenti a restituire Dignità, forse Salute ai Pazienti, per le "perdite" subite nel corso della loro vita. Blankenburg ci ricorda di non dimenticare la Condizione basale dell'Uomo-"l'ovvietà dell'evidenza del Mondo" che quando viene meno, si frantuma al suolo con l'Io nell'angosciosa perplessità psicotica. Borgna, nel libro – L'agonia della Psichiatria – d'altra parte pone l'attenzione sulle "grandi utopie" (in riferimento a Basaglia) "che nel momento in cui diventano realtà, si confrontano talora con la mancanza di immaginazione e di passione … Non sarà il futuro, che ne potrà cancellare la straordinaria testimonianza, non solo scientifica e clinica, ma di vita di Basaglia". Questo è il messaggio fondamentale di un Sentimento qual è la Speranza, la quale ci accomuna in Medicina, al di là di tutti i Percorsi di Cura, che possiamo adottare. "Di questi temi e di altri ne parleremo anche con Francesco Valeriani, Presidente S.I.F.I.P. e Direttore Scientifico della Rivista "L'Altro", in gentile collegamento con noi.
Aniello Castaldo

I ANNUNCIO
XXIII 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)e
SIDEP (Soc. Italiana Deontologia ed Etica in Psichiatria)

La psichiatria tra sviluppo e progresso in una società in crisi

Castel di Sangro (AQ) 3-5 aprile 2023

Segreteria scientifica e organizzativa:
A.R.F.N. onlus | Viale Guglielmo Marconi, 14 – 03100 Frosinone | Cell. 3334524981 - 0775855051

Sono indubbi gli sviluppi inerenti alle conoscenze scientifiche e alle risorse organizzative e tecnologiche nell'ambito della psichiatria. Ma questi comportano sempre progresso? Dipende dai "modi" in cui conoscenze e risorse vengono utilizzate nella relazione di cura e nell'attenzione costante alle dinamiche e alle emergenze continue di una società in profonda crisi come quella contemporanea. Su queste linee concettuali si articoleranno i lavori del prossimo annual meeting S.I.F.I.P. di Castel di Sangro. Saranno accettati contributi multidisciplinari che perverranno entro il 30-11-2022, data in cui si formulerà il programma definitivo dell'evento.

Riflessioni di Gian paolo Guaraldi * e Giovanni Ziosi**

Se penso agli ultimi vent'anni della mia amata psichiatria, non possono non condividere quanto si va affermando in questo forum: siamo forse giunti a una profonda crisi identitaria dei giovani psichiatri?
Al pari di quello che ho insegnato per decenni ai miei studenti, insistendo che per l'eziopatogenesi dei disturbi mentali sia sempre saggio far riferimento a un modello poliedrico, magari il tanto noto modello biopsicosociale che considera una multifattorialità dell'origine di un disturbo, ecco che sostengono che all'origine di questa crisi vi sia l'azione di diversi agenti.

In prima battuta mi viene in mente che cosa sia successo al nostro Sistema Sanitario Nazionale per quel che riguarda i tanto famosi tagli alla sanità e per quel che concerne l'accesso alle facoltà di carattere sanitario, con l'introduzione del numero programmato, tanto più severo quanto poco "ragionato".
Nella speranza che quel che vado a descrivere sia solo una sciagura avvenuta alla sola specialità della Psichiatria, sto osservando che i miei allievi più anziani sono ormai giunti alla pensione. Per ogni psichiatra che cessa il servizio, purtroppo non c'è un giovane psichiatra pronto a ricoprirne il ruolo: non ci sono i fondi necessari per pagare i nuovi professionisti, e, soprattutto, manca il personale, poiché probabilmente escluso dal tanto famoso numero chiuso, che rischia di escludere una gran quantità di forze fresche. Sul territorio modenese ho la prova che stiamo assistendo a un fenomeno inquietante: il carico di tre professionisti che vanno in pensione viene assorbito da un solo psichiatra che entra in servizio, con la conseguenza che un'enorme mole di pazienti viene "curata" per cinque minuti al mese, con l'obbligo aggiuntivo di dover far fronte ad una burocrazia che ai miei tempi non era considerata necessaria.

Giungiamo quindi ad una popolazione di giovani psichiatri, in partenza motivati, che si trovano in una vera e propria trincea, sotto l'attacco di numerosi nemici, uno tra tutti quella dannata burocrazia alla quale devono assolvere per potersi vedere riconosciuti gli scarsi finanziamenti e per poter continuare a tenere vivi i servizi entro i quali lavorano, tanto nel pubblica, quanto nel privato accreditato. Da qui nasce una generazione di giovani alle prime armi e in un pericoloso vortice di burn out, all'interno del quale è impossibile vedere il senso della propria professione.

Nella multifattorialità della genesi di questa crisi, individua anche i nuovi metodi di insegnamento e apprendimento.

Io, appartenente alla generazione analogica, ho continuato a far lezione sino a poco fa con l'ausilio delle antiche lavagne luminose, dei lucidi, ma soprattutto, dei libri. Oggi, è noto a tutti come le nuove tecnologie abbiano influito sulla riduzione dei tempi di attenzione e concentrazione dei nostri allievi, ma ciò non significa che ad un peggioramento dell'apprendimento debba poi conseguire un peggioramento dell'insegnamento. Sebbene alcuni corsi di laurea di interesse psichiatrico siano al giorno d'oggi brevi, non vedo perché non si debba insistere sull'importanza dello studio sui libri, che è uno studio totale, e non a "brandelli". I nostri studenti rischiano di affrontare i loro corsi di studi con un metodo simile alla task analisis, si occupano di un piccolo pezzetto di percorso, senza interessarsi alla finalità dell'intero cammino, apprendono una sola tappa senza mai afferrare la totalità e la complessità del viaggio. Stiamo formando una generazione che "sa di tutto un po'", ma in fondo conosce davvero poco. Fortunatamente questo rischio mi sembra tanto grave quanto facilmente arginabile. Se cala l'attenzione per le cose scritte su carta, potremmo incentivare l'attenzione almeno sull'apprendimento trasmesso per forma orale. Gli antichi ci insegnavano che *verba volant, scripta manent*, ma viviamo nell'epoca in cui anche le parole possono restare

per sempre, pur non essendo trascritte: mi riferisco agli strumenti del podcast, delle registrazioni live, dei materiali anche di altissima intensità e valore caricati su piattaforme digitali. Forse queste mie considerazioni farebbero tremare i polsi ai miei maestri, ma ho prove che queste forme non vanno a diminuire la qualità dei contenuti trasmessi, soprattutto poiché sono sempre a disposizione e non sono per nulla approssimativi. Certo, queste forme di insegnamento hanno un grosso limite: permettono allo studente la decisione di procrastinare il momento in cui dedicare il massimo dell'attenzione al momento formativo, mentre un tempo era necessario, se non fondamentale, restare nel qui e ora anche a lezione, altrimenti vi era il rischio di perdere il momento, quel tanto noto *carpe diem*.

Considerando ora le motivazioni più profonde, l'osservazione sul campo dei miei allievi più giovani mi restituisce la descrizione di una popolazione adolescenziale alla ricerca di identità. Ebbene, ho sempre considerato che l'identità di ogni essere umano sia un processo, un continuum che si costruisce già a partire dalla vita intrauterina, in un continuo scambio di informazioni, stimoli e contenuti tra il soggetto e quegli inevitabili oggetti trasformativi che incontrano lungo il percorso. Ebbene, pare che gli adolescenti contemporanei, e le loro famiglie soprattutto, considerino l'identità un bene esterno, da ricercare come altro da sé, un frutto da cogliere da un albero della saggezza. Se prima non c'è stato nulla, è molto difficile che si possa trovare qualcosa di nuovo lungo il percorso. Se questa è una drammatica caratteristica delle generazioni dei nuovi pazienti, ho come il sospetto che questa possa valere per tutte le nuove generazioni, compresi quegli individui sani che diventano i nostri studenti e che diventano i nostri professionisti del domani, psichiatri inclusi: se prima di laurearsi il giovane psichiatra non ha fatto esperienza del mondo e di altri esseri umani, come potrà avere un'identità ben definita, orientata alla conoscenza e alla cura delle più profonde difficoltà degli esseri umani?

Dopo queste rapide considerazioni, mi sento comunque in obbligo di concludere con un messaggio di speranza.
Attingendo alla mia esperienza, considerando quello che era il nostro modo di lavorare un tempo, mi piace ricordare come noi giovani psichiatri e neuropsichiatri infantili fossimo costantemente stimolati a collaborare con altre specialità mediche e della riabilitazione, come la pediatria, la fisioterapia, e in generale con la psicologia. Lavorare assieme a colleghi di altre aree, incentivare una formazione continua e reale, fatta di persone, ci aiutava a tener viva in noi la motivazione. Inoltre, trovo fondamentale che ogni giovane professionista, di qualunque orientamento, debba sempre avere in mente un obiettivo, per sapere come procedere è fondamentale avere una meta. Non che questo esaurisca le difficoltà, ma un faro all'orizzonte permette a noi di non perderci in mare aperto.

**Professore emerito di Psichiatria Università di Modena*
***Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica - Modena*

*Silvio Fasullo**

Il dono dell'ascolto

(Ascolto e parole vere per creare relazioni di cura)

Il dono dell'ascolto

La capacità di cogliere il dolore del malato e di adoperarsi per ridurlo non è una qualità accessoria di cui si può fare a meno, ma fa parte della competenza professionale di cui ogni operatore sanitario deve disporre.

Ne "Il posto delle fragole" di *Ingmar Bergman*, Isak Borg, illustre clinico, durante il viaggio per ricevere un premio alla carriera, ha un incubo: sottoposto a un severo esame di abilitazione, non ricorda nulla. Persino alla domanda su quale sia il primo dovere di un medico, egli balbetta finché non gli viene suggerita la risposta: il primo dovere di un medico è chiedere perdono.
Certo, quando si fa il medico, è non di rado necessario chiedere perdono, e lo è ancora di più oggi, perché il crescere di tecnologie esasperate porta alla possibile disumanizzazione della medicina. Non sempre i medici ascoltano i pazienti, non sempre li guardano negli occhi, a causa della fretta e del ricorrere alla sola tecnologia nel giungere alla diagnosi, e ai soli farmaci nel curare.
"Presto attenzione all'altro perché il suo viso mi parla" (Lévinas 1985 "Umanesimo dell'altro uomo", Il Melangolo, p.71), racconta il suo dolore e le sue attese, le sue paure e le sue speranze. Ma per capire davvero quello che intende comunicare, la mia attenzione deve essere sensibile e ricettiva perché, anche se il viso mi interpella, non è immediata la comprensione del modo in cui l'altro manifesta se stesso. L'attenzione sensibile non è intellettualistica ma partecipata; è attenzione della mente e del cuore. *Iris Murdoch* definisce questo modo di intendere l'attenzione come "uno sguardo giusto e amorevole diretto a una specifica realtà individuale" - cit. in *Mortari L.* e *Saiani L.*, "Gesti e pensieri di cura" Mc Graw Hill, 2013.
Nel dialogo si ha l'incontro di due orizzonti che che si fondono in un orizzonte nuovo: quando, nel dialogo terapeutico, non ci sia solo uno scambio di dati ma si realizzi un'atmosfera di comprensione. *Trevi M.* e *Fedrigo A.* "Dialogo sull'arte del dialogo", Feltrinelli, 2008.
Improvvisamente, una mattina, ci svegliamo e non siamo più gli stessi. Un po' come accade a Gregor Samsa nella *Metamorfosi* di Kafka.
La malattia è il punto di crisi di una biografia, dove la vita si ripiega su se stessa sotto la mano insidiosa di tenebre, pronte a inghiottire la nostra quiete, la nostra felicità, le nostre gioie, le nostre deboli vite.
Nella sofferenza prendiamo contatto con noi stessi e con l'esistenza. A partire da essa l'uomo si trova di fronte ai problemi che la sua esistenza gli pone e li riconosce.
La malattia, il dolore fisico, la sofferenza interiore ci ammutoliscono, ci riconducono all'esperienza della nostra particolarissima fragilità. La malattia ha in sé il senso della perdita, della degradazione, della flessione di efficienza, di autonomia, di unità della persona.
L'uomo malato chiede, oltre che essere compreso nei suoi bisogni fisici, di essere accolto nel suo bisogno di stima, di esistere come uomo. Ecco allora l'obiettivo di una assistenza umana: pur quando non si possono risolvere i problemi della persona malata, né si possono dare esaurienti spiegazioni e interpretazioni, si può però offrire al sofferente l'occasione di scoprire o di rivivere esperienze di comprensione, momenti di benessere, la sensazione di sentirsi ancora qualcuno per gli altri.
Essere malato altro non è che venire gettati nel mondo sotto la forma di una drastica e tragica limitazione delle possibilità esistenziali[1].
Ogni medico dovrebbe essere in grado di comunicare con chiarezza, umanità e in maniera adeguata con persone sofferenti e familiari.
La scienza medica deve avere, certo, una visione tecnica del corpo e, contemporaneamente, guardare al corpo così come lo conosciamo nel mondo della vita: cioè al corpo della relazione con il mondo.
Soprattutto le parole devono rappresentare ponti verso destini comuni.
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.

Spesso le persone sofferenti rimangono avvolte 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").
È necessaria un'ascesi della parola che sia seria e profonda. Bisogna pensare tutto quello che si dice. E bisogna sapere ascoltare. Per ascoltare occorre attenersi a un silenzio interiore, ossia un atteggiamento tutto rivolto ad accogliere la parola altrui.
Bisogna far tacere il lavorio del proprio pensiero, ogni

sorta di distrazione.
Ascoltare come elemento essenziale di conoscenza della persona che è dinanzi a noi e che ha bisogno di tempo, di tempo interiore, per narrare la storia della propria malattia. Ascoltare la cose che ci vengono dette e i modi (i gesti) con cui esse vengono dette: ascoltare il linguaggio delle parole. Le cascate inarrestabili del dolore, quando trovano una qualche espressione, sono almeno in parte arginate nelle loro ferite sanguinanti. Cfr. *Byron J. Good*, "Narrare la malattia", Einaudi 2006, pp. 207 e sgg.
Il buon incontro (con un medico che sa lasciare il segno nelle nostre anime) estende, dilata l'orizzonte del mondo, apre e moltiplica i mondi – e la vita si rimette in moto.
"Sentirsi ascoltati aiuta a elaborare la propria esperienza e, nei momenti difficili, rende più sopportabile il dolore. Quando pensi in solitudine, concettualizzi il dolore, gli dai un profilo, ma resta lì con tutta la pesantezza e tu con lui, e spesso accade che non si riesca a trovare la forza per azioni che non siano altro che di sopravivenza, anche se non ha il potere di cancellare o ridurre il dolore, aiuta a renderlo più sopportabile" – *Mortari Luigina*, "La pratica dell'aver cura", Bruno Mondadori 2006, p. 126.

Viviamo dentro l'atto del discorso. Ma non dovremmo presumere che una matrice verbale sia l'unica in cui le articolazioni e il comportamento della mente siano concepibili. Esistono modi di realtà intellettuale e sensoriale fondati non già sul linguaggio, ma su altre energie comunicative. Ed esistono azioni dello spirito che hanno la propria radice nel silenzio.
Carlo è un medico, ricoverato all'Unità Coronarica a seguito di ischemia miocardica acuta. Il paziente, di 56 anni aveva avuto un infarto cinque anni prima.
L'episodio attuale rende necessario, per la presenza di fibrillazione ventricolare, il massaggio cardiaco in rianimazione, dove il paziente giunge in stato di coma. Subito dopo il trasferimento in U.C., inspiegabilmente, nonostante la prescrizione di riposo assoluto a letto con monitoraggio ecografico continuo per la persistenza di turbe nel ritmo, abbandona il reparto e va a passeggiare in portineria.
Ai sanitari che intervengono e chiedono spiegazioni per tale comportamento, replica di non avere alcuna cardiopatia in atto e di ricordare perfettamente anche la breve permanenza in rianimazione; attribuisce l'attuale sintomatologia algica precordiale ai «pugni ricevuti in pronto soccorso» e le anomalie gravi che l'e.c.g. ancora evidenzia, ad «artefatti» che afferma essere in grado di dimostrare.
Una discreta percentuale di pazienti prevalentemente in fase terminale o pre-terminale di malattie oncologiche, mostrano in vari modi il rifiuto della consapevolezza dell'estrema gravità della propria malattia e il rifiuto dell'idea della propria prossima morte. «L'intensità della negazione è tanto più elevata quanto più la malattia è grave e la morte inevitabile e vicina» – *Tamburini M.*, *Murru R.* (2007), «Aspetti psicologici del paziente neoplastico», in Medicina oncologica, Elsevier Masson, Milano.
Scrive *Blue Carol* (moglie di *Hitchens Christopher*): «Quando fu ricoverato per l'ultima volta, pensavamo che sarebbe stato per un breve periodo... disse a un amico redattore che stava aspettando un suo articolo: "Scusa per il ritardo, tornerò a casa presto". Mi disse che non vedeva l'ora di rimettersi al passo con tutti i film che si era perso...» – in «Mortalità» di *Hitchens Christopher*, Piemme ora, 1996/2006 –
Mario è un uomo di 32 anni, sposato e padre di due figli; sino all'esordio della malattia, che inizialmente viene diagnosticata come bronchite acuta, è un giovane brillante, dinamico, molto vitale e sportivo. Vive intensamente la sua corporeità e viene considerato da quanti lo conoscono come un uomo d'azione, positivo, fattivo, pragmatico.
Le indagini cui si sottopone in un centro specialistico per il persistere della sintomatologia a carico dell'apparato respiratorio, evidenziano un grave caso di diffusione metastatica polmonare a partenza da neoplasia intestinale. Pratica alcuni cicli di chemioterapia, ma la malattia si estende a tutto il corpo, dilaga come se non ci fosse più nessun argine ad arrestarla o soltanto a rallentarne l'evoluzione.
Nonostante l'evidenza di uno stato di notevole decadimento fisico, sostiene di essere affetto da «bronchite di origine virale, per la quale, si sa, ci vuole un po' di pazienza, perché il decorso è piuttosto lungo».
Domina l'impossibilità di pensare la malattia, di accoglierla nello spazio psichico, di elaborarne la presenza. Sembra che oltre a essere negata la malattia e l'imminenza della morte, venga anche negato il rapido deterioramento del corpo, prima mezzo prevalente di espressione di sé e attorno al quale si è organizzato un intero stile di vita in rapporto con la realtà.
L'intero apparato concettuale e organizzativo della medicina moderna è finalizzato, si può dire, alla depurazione del rapporto tra il medico e il corpo malato del suo paziente da ogni intricazione fantasmatica, alla riduzione al minimo di ogni implicazione di ordine emozionale e psicologico; ciò che è pertinente, nello spazio medico, è il corpo obiettivato, non l'esperienza corporea concreta del soggetto.
La morte (così come il presentarsi di una situazione di sofferenza psicologica più o meno acuta), con tutta la carica emozionale che questa esperienza veicola, mette duramente alla prova l'isolamento tecnicistico (il trovarsi sradicati fa sentire l'espoliazione: quello stato in cui tutto si vede nitido ma senza relazione) e il sistema di investimenti parziali su cui la pratica ospedaliera appoggia.

Il morente in reparto mette in risonanza profonde angosce e dà luogo, di conseguenza, a condotte di evitamento e di

distanziamento di vario tipo, talvolta giustificate con la considerazione della necessità di evitare agli altri pazienti spettacoli "penosi" e di garantire al morituro calma e tranquillità.
Alla *paralisi relazionale* che si crea attorno al paziente destinato a morire si sostituisce talvolta un attivismo di tipo "tecnico", che porta ad esempio, all'insegna del "bisogna pur continuare a fare qualcosa", alla prescrizione di farmaci spesso ritenuti inutili dagli stessi curanti, il cui scopo è, soprattutto, quello di sedare l'ansia, l'impaccio e i sentimenti di impotenza e di colpa di chi assiste.
La paralisi o l'impaccio relazionale da un lato e l'attivismo tecnico sovracompensatorio dall'altro appaiono come le due facce dell'unico fenomeno dell'*interdizione del lutto* e della *difficoltà a confrontarsi con questa esperienza* nell'istituzione medica.
La morte di un paziente solleva assai frequentemente in realtà, sentimenti di scacco e colpa nei curanti nel cui assetto motivazionale c'è sempre una *spinta iniziale* (autoterapeutica, oppure dovuta a tendenze riparative) che viene coniugata però, dai più, ad un'*istanza epistemologica* che permette di sopportare il contatto con la realtà e la disillusione che riguarda la fiducia onnipotente di vincere, magicamente, morte e malattia.

Il morente propone le angosce di annichilimento totale (*Luisa Borghi*, "Psicoanalisi e pazienti malati di Aids", Rv. Psicoanalisi 1994, XL).
Meglio non dire nulla e questo non dire è anche la consegna data ai congiunti. Oppure il medico dà un'informazione sbrigativa che non ammette discussione o comunque un ulteriore contatto con il malato.
Il medico dovrebbe seguire il paziente e aiutarlo ad adattarsi alla nuova situazione nella misura e per come è in grado di farlo; dirgli quello che è capace di capire, (la verità va dosata), accettare la negazione, se occorre, ma fare attenzione agli spiragli di dubbi che il più deciso diniego può offrirci per elaborarli quando affiorano, poiché la negazione ad un certo punto non può più reggere.

Cosa dire?
Si comincia ad abbandonare la domanda: "si deve o meno dire la verità ai morenti?".Ciò che importa è continuare la relazione. C'e nel paziente un oscillare tra la consapevolezza della morte e il suo disconoscimento: meccanismi che possono essere compresi ma forse non "attraversati"[2]. La psicoanalista *Vigneri Matilde ("I*ntendere la vita e la morte", F.Angeli,2010*)* parla di espansione del campo ermeneutico, della necessità della ricerca di una costruzione simbolica sulla nuova identità del paziente alle prese con la morte. E scrive: una discreta percentuale di pazienti prevalentemente in fase terminale o pre-terminale di malattie oncologiche mostrano in vari modi il rifiuto della consapevolezza dell' estrema gravità della propria malattia e il rifiuto dell'idea della propria prossima morte.
L'operazione psichica di rinnegamento assume in questi casi una forma di difesa estrema della mente. Essa risulterebbe da una doppia azione, una produzione negativa a fronte di una percezione intollerabile e mortale per la psiche e una rappresentazione inconscia d'attesa che nel premere contro le barriere del pensiero (inconscio-conscio) " lascia lo spazio vacante": l'idea della bronchite, per esempio, al posto di un cancro terminale non può essere considerata neanche sostitutiva…in tali malati prossimi alla morte si tratta di un fenomeno di cancellazione di quel che dovrebbe essere percepito o pensato; in simili situazioni il disconoscimento è un occultamento indispensabile a garantire la non disgregazione dell'Io di fronte all'angoscia.
"Non trovai parole per dirle qualcosa e del resto lei era già oltre il tempo. Fu il mio modo di partecipare alla sua morte, quel restare senza parole. Quel continuare a pensare dentro la mia testa alla funzione analitica e ai suoi limiti, i miei limiti.
Sarebbe bastata l'unica cosa che ero stata in grado di fare? Ascoltarla, capire, accompagnarla in quel luogo di sogno, in cui lei sapeva"[3].
Che cosa deve fare l'essere umano che è vicino a un morente in questo supremo frangente: medico, infermiere, volontario, parente che sia? Deve innanzi tutto dare la sua presenza, la sua vicinanza.
[Nel tempo della pandemia da coronavirus persone amate soffrirono e morirono in una solitudine privati della mano che sempre le aveva accompagnati nella vita e di cui avrebbero avuto più bisogno nella sofferenza e nell'angoscia. Le regole impedirono di toccare quella mano e di vivere toccati da essa.]
Anche un piccolo gesto di attenzione può avere un grande significato. Episodi apparentemente insignificanti possono custodire tesori di sentimenti. Noi che per fortuna non abbiamo, come i malati terminali, i giorni contati, tendiamo a sottovalutare l'importanza di un sorriso, una mano stretta, uno sguardo non pietoso ma partecipe. L'aria che si respira è desiderata quando manca. Quando c'è, è normalità trascurabile. L'amore per la vita non si esaurisce con una diagnosi infausta. Continua nel malato e nei suoi familiari che sentono il dovere di dare al loro caro, nel limite del possibile, più vita al tempo residuo, riempiendolo di affetti, sensazioni, gioie supplementari.
Esiste sempre una parte relativamente integra – pur nella (talora) straziante vulnerabilità del corpo – con la quale è possibile cercare di allearsi, così la persona che va incontro alla morte non è solo un insostenibile groviglio di angoscia di morte: dentro di sé mantiene una parte che ancora rivolge i suoi investimenti emotivi verso gli oggetti e le persone del mondo; interrompere o falsare la comunicazione con il moribondo significa rinunciare a

sostenere questa parte e ad appoggiarla nel fronteggiare l'angoscia e la paura che l'attraversa.
Quello che conta è creare una situazione relazionale in cui della morte può essere, se il paziente lo desidera, fatta parola sobria e attenta, lasciando, alla fine, che sia il silenzio a parlare.
Che cosa deve fare l'essere umano che è vicino al morente in questo supremo frangente: medico, infermiere, volontario, parente che sia? Deve innanzi tutto dare la sua presenza, la sua vicinanza. Risolvere i piccoli problemi, spostare un bicchiere, somministrare i farmaci che tolgano il dolore e ascoltare. Non si tratta di verità sì o verità no, nel senso del logos. Si tratta di ascoltare. Se il paziente è ascoltato, è lui stesso che trova dentro di sé quel tanto di verità di cui ha bisogno" *–Malliani A.*, in "L'ascolto che guarisce", a cura di *Spinsanti S.* et al., op. cit., p. 39.
"Bisogna ascoltare anche chi tace" (*Paul Celan*, Archinto 2005, p. 47, "Cerca di ascoltare anche chi tace").
In uno stato di silenzio (parola taciuta) veramente realizzato si stabilisce una comunicazione con l'altro mediante il contatto con il proprio sé a livelli assai profondi.
In quel silenzio, tutte le parole.

Per Pier Aldo Rovatti ("Un velo di sobrietà, Il Saggiatore 2012) il silenzio è una qualità costruttiva dello stile di vita se riusciamo a trasformarlo in un'arte dell'ascolto dell'altro. Ma questa possibilità di ascoltare gli altri chiede un ascolto di noi stessi, e cioè che creiamo delle pause nell'affollamento che ingombra le nostre teste.

In dialogo con il dolore
La sofferenza acuisce l'introspezione, la nostalgia della verità, il bisogno di partecipazione, l'umanità delle proprie aspirazioni: trasformandoci nei nostri modi di essere con gli altri.
"La vita in me va verso l'avvenire e io invece vado verso la morte" scrive *Minkowski*. Questa, che in linea teorica potrebbe essere una verità, denuncia la disperata distanza del tempo dell'Io dal tempo del mondo: un torpore depressivo consistente nell'essere separati da se stessi – e anche dagli altri.
Il rapporto tra medico e paziente deve trasformare la solitudine della persona cui è stata identificata una malattia in una forma di relazione, la diagnosi essendo «conoscienza e ascolto nell'incontro» – *Lingiardi V.*, "Diagnosi e destino", Einaudi 2018 – "diagnosi" contiene proprio la preposizione che fa da prefisso a «dia-logo», «tra» in greco. E «tra» indica attraversamento, avvicinamento, colloquio.

Il valore magico della parola
Come ha scritto una volta la poetessa *Cvetaeva Marina*, è difficilissimo scoprire le parole che aprono un dialogo e quelle che il dialogo lo spengono, lo inaridiscono, lo pietrificano. Le parole che diciamo a chi chiede il nostro aiuto, le parole con le quali noi riflettiamo su quelle che sono le condizioni di sofferenza degli altri, hanno un'importanza decisiva. Ma non sempre siamo consapevoli delle enormi risonanze che le nostre parole destano in chi sta male, in chiunque chieda il nostro aiuto.
La parola autentica e incisiva deve avere bagliori di sincerità, scintille di verità; la parola di profonda pace nasce dal silenzio, ossia dalla riflessione e dall'intensità e apre alla speranza.
Le parole non sono solo parole: ci sono mondi dietro le parole.
Ci sono parole che oggettivano l'altro, che fanno dell'altro un oggetto, e che fanno di noi degli estranei, e ci sono parole che danno ali alla speranza e alle attese:"parole che sono luce dei pensieri, parole leggere, profonde, gentili e assorte, fragili e sincere, che fanno fiorire nei discorsi la grazia, la solennità, la forza" (*Runfolo Patrizia*, op. cit., pp. 64-65).
Con *Wittgenstein:* cambiano le parole e cambia il mondo.
Le parole, una volta dette, non ci appartengono più, e sono determinanti nell'aprire i cuori alla speranza, o nel condurli alla disperazione.
La medicina ha sempre bisogno di parole capaci di creare relazioni di cura.
La "parola giusta" è quella che sempre esprime e dice amore e che ha in sé il potere davvero straordinario di abbattere le "muraglie cinesi" che separano e isolano tra di loro gli uomini condannandoli ad un'impotente solitudine - *Zucal S.*, *Ferdinand Ebner*. La "nostalgia" della parola, Morcelliana, Brescia 1999, p. 229.
Ogni medico dovrebbe essere in grado di comunicare con chiarezza, umanità e in maniera adeguata con persone sofferenti e familiari. E con gentilezza che è la capacità di ascoltare e accogliere le fragilità altrui – e anche generosità, altruismo, amorevolezza –
La gentilezza non è un orpello, è parte dell'etica medica e non del galateo, è un dovere professionale, un contenuto normale della prestazione sanitaria: apprendere come si entra in rapporto con persone così fragili - come prima o poi finiscono col diventare tutti i malati - deve far parte della formazione base di chi opera in sanità - *Flamigni C.* e *Mengarelli M.*, " Nelle mani del dottore", *Angeli F.*, 2014, p.124.
Il "grido" di sperdimento, se intercettato è allora la premessa di ogni azione terapeutica; nel riconoscimento di questo "grido" si costruisce la relazione medico-paziente (non più sbilanciata a favore del medico) e la speranza che per *Don Giussani* è "luce della luce, colore del colore. L'altro dell'altro" –
Il medico, garante della dignità del paziente, lo aiuterà a proseguire la strada nel suo (del paziente) destino, che è anche il destino di ogni medico. (*Gebsattel V. E. von,* "imago hominis", Newes Forum, Schweinfort 1963). Riunisce il dolore di chi è curato e quello di chi cura. Fermo

restando che la competenza del medico è prerequisito alla professione sanitaria, la spinta a farsi carico della sofferenza altrui affonda le radici nella notte dei tempi – si può dire che l'incrociarsi di sguardi un colloquio muto di protezione e di riconoscenza è alla base di tutti i legami sociali e di linguaggio. "Se si è aperti umanamente, il dolore dell'altro è tuo" (*Don Giussani*, in "Ciò che abbiamo di più caro", BUR 2011, p. 183).
Nella pratica medica, al di là di legittime e realistiche richieste di riduzione o scomparsa della sofferenza, di miglioramento e guarigione dei sintomi, confluiscono aspettative magiche ed onnipotenti, angosce irrazionali e fantasie peggiorative, per le quali – esse occulte o palesi – sono necessari da parte del medico comprensione e accoglimento almeno parziali di tensioni e pressioni provenienti dal mondo interno sia del curante che del paziente. Il medico adempie a questa funzione psicologica di contenimento e tolleranza sia con capacità innate affinate dall'esperienza sia e specialmente con qualità precocemente acquisite, 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 inconscio della scelta professionale. Non solo nel contesto analitico (ma di ogni approccio clinico), la speranza che il paziente possa migliorare è inscindibile dalla capacità di interrogare l'idealizzazione e le "illusioni" del proprio lavoro (cfr. recensione di *Vittorio Lingiardi* a "per una psicoanalisi esistenziale..." di *Steve M. Cooper*, Mimesis Ed., 2018 – in "il Sole 24 ore", 16.12.2018 –
Essere buoni medici non è semplicemente un questione di bravura e competenza essendo necessarie prerogative di natura emozionale quali l'empatia che è una condizione intrapsichica e relazionale privilegiata, che pone in contatto due esseri umani, consentendo la percezione delicata e sensibile dell'interiorità, in una situazione di consapevole separatezza e di integrazione del capire con il sentire – *Bolognini S.* e *Borghi L.*, Rivista di Psicoanalisi, 1989; XXXV; 4.
La vita d'ospedale rappresenta per ogni ricoverato un'esperienza sempre significativa.
Il confinamento e la restrizione, la rottura di rapporti sociali, le limitazioni dell'autonomia personale, le invasioni del "Se" possono talora produrre reazioni psicologiche a volte così imponenti da richiedere interventi specifici. L'accoglimento del paziente terrà conto della necessità di rispondere alle esigenze basilari dell'essere umano: offrendo una qualità peculiare di un messaggio che fornisca al paziente un senso di fiducia e di motivazione.
Che cosa accade in noi quando si «spengono le luci della salute?» – Avviene, dice *Virginia Wolf* «Dell'essere malati», "Voltando pagina"), «un tremendo cambiamento spirituale» accompagnato dalla scoperta di «paesi sconosciuti» – «un leggero attacco d'influenza» può portare alla luce «desolazioni e deserti dell'anima», «un minimo aumento della temperatura» può svelare «precipizi»...
La malattia, il dolore fisico, la sofferenza interiore ci ammutoliscono, ci riconducono all'esperienza della nostra particolarissima fragilità.
Chiunque fossimo, ora non lo siamo più; non siamo altro che "il malato", "il paziente", "il sofferente" che chiede, oltre che essere compreso nei suoi bisogni fisici, di essere accolto nel suo bisogno di stima, di esistere come uomo. Solo se circondato da solidarietà affettuosa, il malato riesce ad accettarsi e a superare anche il pudore che è la consapevolezza – come affermava il filosofo *Max Scheler* – di "un certo squilibrio, di una certa disarmonia tra il significato e le esigenze della sua persona spirituale, da una parte, e i suoi bisogni corporei, dall'altra*"*. Scrive *Gina Lagorio* (cfr. in "Approssimato per difetto", Garzanti): "...entrare in un giro come quello in cui ho dovuto entrare – e soccombere – io, è disumanarsi, diventare una cosa, un pezzo di carne più o meno dolorante, di cui tutti usano, che indagano e valutano, senza rispetto della dignità, dei sentimenti, delle reazioni di quella carne che è, e resta, dolorosamente persona".
Occorre una svolta culturale nel campo della nostra medicina, che trasformi l'opera del medico da "curare" in "prendersi cura" nel rispetto di un fondamentale diritto del malato: mantenere la propria dignità e un tenore decoroso di vita durante la malattia.
L'Ospedale, quale contenitore-cornice di un progetto di cura, è sistematicamente insidiato da esigenze gestionali e di produttività; il linguaggio che vi si apprende è quello della malattia, mentre le parole che si perdono sono quelle dell'amore, della comprensione, dell'ascolto. Che tante volte vale di più delle parole, soprattutto di quelle che tentano di confortare e che non sono credute né da chi le dice né da chi le sente. Ma *assistenza e terapia* devono intrecciarsi - come nell'affinità della loro etimologia: l'assistenza definisce (dal latino *ad* "presso" e *sistere* "stare") l'operazione dello stare accanto al paziente; ma non dissimile è l'etimo greco *therapòn* "servo, sono al servizio".
La quotidianità in un reparto potrebbe anche essere un po' diversa, si potrebbe dare un po' di spazio a delle autentiche conversazioni tra gli operatori e i malati... «Ma non c'è tempo!» (*Fontanella Lucia* "La comunicazione diseguale", Il Pensiero Scientifico Editore, 2011.) –
(Sulla povertà di tempi e di qualità della comunicazione fra pazienti e medici, cfr. *Papadakis et. al.*, "Intern. Med.», 148-861-876, 2008; – *Hickson et. Al.*, "Acad. Med.", 82 (11) 10'40-48, 2007) –
Il futuro medico viene addestrato fondamentalmente a sviluppare nei confronti dei pazienti quella che *Lai* definisce come una "relazione manipolativa", in cui il paziente costituisce l'oggetto passivo degli interventi del medico, detentore del sapere scientifico. Quanto più si specializza la relazione manipolativa, tanto più essa si spoglia delle proprietà non pertinenti, come il contatto con le emozioni e con tutti gli aspetti che caratterizzano come

"persona" il paziente.
L'iperspecializzazione tecnologica è una promessa meravigliosa o anche una minaccia alienante? La sfida è garantire un'assistenza umanamente completa.

Un obiettivo davvero irraggiungibile? È un interrogativo aperto.

La dignità[4] di ogni persona debole, di ogni persona, malata e anziana, è un bene intangibile, incrinato soprattutto dalle parole che diciamo: solo l'ascolto (l'attenzione è la preghiera spontanea dell'anima) e il dialogo infinito (la parola è creatrice, crea un/il mondo) possono ridare un senso alla cura e alla assistenza ai malati.
La relazione si allaccia nell'incontro con l'altro, con l'altro, con l'estraneo, riconosciuto come tale. Ma riconoscere non è sinonimo di comprendere. «Comprendere» implica l'idea di prendere con sé, di stendere le braccia per cogliere e trascinare.
Il paziente sia sostenuto nella sua sofferenza e l'ospedale sia luogo dove siano rispettate la dignità e l'unicità di chi sta male. La malattia coinvolge tecnica e umanità, potremo dire scienza etica e sapienza: la speranza? Quella di *Weil Simone*: sostituisce l'astratta *dichiarazione dei diritti* dell'uomo con quella dei "doveri verso la creatura umana". Rispettare "l'esistenza concreta di tutti" (in "Il taccuino di *Weil S.*, di *Risari Giulia*, Editore Rueballu, Palermo 2014) così che il"noi" torni a porsi come scialuppa di salvataggio.
Nella pratica medica confluiscono aspettative magiche ed onnipotenti, per le quali sono necessari da parte del medico comprensione e accoglimento almeno parziali di tensioni e pressioni provenienti dal mondo interno sia del curante che del paziente. Il medico adempie a questa funzione psicologica di contenimento e tolleranza sia con capacità innate affinate dall'esperienza sia e specialmente con qualità precocemente acquisite, proprio perché anch'egli può essere stato "ferito" (come il paziente) da analoghe esperienze passate importanti per l'assetto motivazionale inconscio della scelta professionale. "Accanto all'aspetto demiurgico del sapere e della tecnica, c'è sempre un dolore, contenuto nella comune matrice umana, corporea e mortale, che unisce al di là dei ruoli, medico e paziente" – *V. Lingiardi*, "Diagnosi e destino"", Einaudi, 2018.
Al cospetto del dolore altrui non può non instaurarsi una prossimità che è risonanza empatica, percezione e cognizione della comune appartenenza al fragile dominio del senziente, umano e animale. Oggi un buon medico è quello che sa sviluppare una empatia e condividere con il paziente il peso psicologico della malattia senza perdere la lucidità del suo sapere.

W.Kandinsky - Dipinto blu,1924

Il dolore psichico nelle Unità di Terapia Intensiva Cardiologica

La psicologia medica ha sottolineato come in generale qualunque perturbazione della condizione di benessere psico-fisico-sociale (qualunque sia il ruolo giocato da elementi emozionali nell'instaurarsi di tale perturbazione) induca comunque una complessa serie di conseguenze sul piano emotivo e relazionale, attraverso l'organizzazione di attitudini cosiddette difensive, atte a fronteggiare le angosce connesse al venir meno della salute.
La malattia provoca una reazione di perdita a *seconda dell'organo colpito* ed in rapporto al valore esistenziale e simbolico ad esso attribuito.
L'infarto, dal punto di vista psicologico, ha un alone simbolico che va ben al di là del mero fatto somatico. È sentito come un momento drammatico di rottura di un equilibrio vitale, un vero "colpo al cuore dell'esistenza", cui deve far seguito una complessa riorganizzazione – in *Barale* e *Politi*, "Rassegna di studi Psichiatrici", 76, n.4 1987. È importante, sul piano terapeutico, aiutare il paziente a ridimensionare le risonanze più drammatiche e irrealistiche. Spesso inoltre si tratta di persone giovani: ed è proprio questo affacciarsi alla precarietà della vita e dell'immanenza della morte che segna drammaticamente, per questi soggetti, il valico della linea d'ombra della maturità e la caduta brusca delle fantasie onnipotenti della giovinezza.
Posto improvvisamente di fronte all'intensità ed alla pericolosità di questa esperienza, l'individuo abbozza una serie di difese nel tentativo di fronteggiare il pericolo creatosi internamente e schermare in qualche modo il flusso di angosce radicali che riemerge improvvisamente nel campo psichico. La negazione ha la funzione di scher-

mare un'angoscia eccessiva in una situazione d'emergenza. Bisogna considerare tuttavia, come fin dalle prime fasi dell'IMA gli atteggiamenti difensivi compresi genericamente sotto il nome di negazione possano svolgere, accanto al loro ruolo protettivo, una funzione dereistica. È noto che il ritardo con cui il paziente infartuato giunge in ospedale è in qualche modo espressione della negazione: esso esprimerebbe "la non accettazione, da parte del paziente, della grave minaccia alla sua vita e della conseguentemente messa in atto di meccanismi di negazione"; non necessariamente, a nostro avviso, del paziente, ma anche, ad esempio dei suoi familiari (*Bellaterra M.*, *Matteoli S.* – "La cardiopatia ischemica". In: Trattato di medicina psicosomatica, edited by *P. Pancheri*, pp. 445-517, USES, Firenze, 1984).

Il protrarsi di un atteggiamento rigido di negazione può creare problemi di adattamento alle limitazioni e alle regole che la condizione di post-infarto impone e all'eventuale programma riabilitativo. In questo caso la negazione finisce col porsi non più al servizio dell'Io, ma testimonia invece di una reale incapacità ad affrontare la fisiologica depressione ed i sentimenti di ferita narcisistica che succedono alle prime fasi dell'infarto miocardico acuto, ad elaborare positivamente questi sentimenti e ad impegnarsi in un realistico lavoro di reinvestimenti emotivi a partire dalla nuova condizione.

Deve però essere ricordata anche un'altra area di movimenti emozionali, spesso suscitati in maniera molto intensa dall'infarto, che può interferire con il normale decorso psicologico e con il processo di riabilitazione. Si tratta dei sentimenti di marcata dipendenza regressiva che l'angoscia di morte mobilita.

È da notare come l'Unità Coronarica, il suo personale, il suo assetto, le attrezzature elettroniche, il monitoraggio continuo, l'assistenza intensiva, possano indurre in breve tempo nel paziente una situazione di straordinaria dipendenza e passività. Entrambe queste caratteristiche possono esprimersi sul piano clinico nel tentativo di differire il momento della dimissione: questa viene a significare per il paziente il distacco dai monitor che lo ponevano sotto lo sguardo vigile delle caposala, dall'attenzione costante dei medici, dall'assiduo accadimento del personale infermieristico.

L'esperienza emozionale tipica delle settimane immediatamente successive alla dimissione del paziente infartuato è un'esperienza depressiva (*Hackett T.P.*, *Cassem N.H.* – "Psychological management of the myocardial infarction patient" J. Human Stress, 3, 25-38, 1975).

Il paziente che è andato incontro ad un infarto di necessità si trova ad affrontare un vero lavoro di lutto. È attraverso questo lavoro che il paziente elabora la ferita narcisistica, l'incrinatura dell'immagine di sé precedente, inizia una riorganizzazione dei suoi investimenti a partire dallo sconvolgimento provocato dall'irruzione dell'angoscia di morte.

Mario è un uomo di 56 anni che ha fatto una rapida e brillante carriera come operatore informatico. Terzo in famiglia, ha un fratello e una sorella più anziani di lui. Il padre, morto per infarto, era un autoritario dirigente d'azienda; ma anche Mario ha avuto un infarto cinque mesi or sono. Vorrebbe recuperare nei confronti della sua salute la stessa padronanza che esercitava nel suo lavoro ("riuscivo a prevenire errori nei progetti elaborati da altri del mio gruppo") e gli è insopportabile l'idea di adattarsi alle limitazioni e alle regole che la condizione di post-infartuato impone. La preoccupazione per la sensazione di debolezza, provata al primo tentativo di riprendere il lavoro, lo ha costretto a smettere. E c'è l'impotente squallore dell'animo e una struggente sensazione che tutto così rimarrà. È astenico ed insonne.

Un mese prima dell'infarto miocardico acuto aveva saputo che il figlio più piccolo era in Neurochirurgia per un trauma cranico-encefalico. Il figlio aveva interrotto gli studi e il padre ne era rimasto profondamente deluso avendolo da sempre additato, per l'ubbidienza e la scrupolosità, al figlio più grande, trasgressivo e invece noncurante. Mario era rimasto molto spaventato dalla notizia dell'incidente cui era rimasto coinvolto il figlio che adesso da due settimane si trovava in ambiente neurologico per approfondimenti diagnostici.

Nei dieci gg. successivi alla notizia del ricovero in NCH del figlio, Mario aveva presentato angina notturna; dieci gg. dopo, la figlia, a sua volta, veniva ricoverata per addome acuto: si sarebbe trattato di cisti ovarica torta sul peduncolo, ma intanto l'infarto si era verificato.

Ricordando queste vicende, Mario per profonda necessità di controllo sulle emozioni, ha come un nodo in gola ma neanche una lacrima gli esce dagli occhi.

Potrebbe, nel caso di Mario, sembrare molto importante il ruolo svolto dagli eventi reali, ma, in Mario, l'incalzare degli eventi ci appare meno importante della loro risonanza in un sistema di rappresentazioni alle quali egli è attaccato con modalità narcisistiche – quello che lo tormenta essendo il fatto di vedere tradita la fiducia che aveva riposta nel figlio piccolo, il valore cioè che egli attribuisce ad una immagine ideale di sé e degli altri: tanto più fragile,quanto più esigente.

La razionalità, la logica, la predittività, che caratterizzano l'attività professionale di Mario dandogli la sensazione di prevedere e controllare ogni elemento con il vissuto gratificante di dominare il mondo, contrastano con gli eventi della propria vita imprevisti ed imprevedibili, avvertiti con un senso di impotenza ("infarto dell'Io" – nell'espressione di *Cassem* e *Hackett*) e che sfuggono ad ogni possibilità di poterli modificare. Mario non può del resto manifestare attraverso il corpo l'angoscia che lo sommerge: questa incapacità, unità al senso pratico e al bisogno di realismo che caratterizzano il suo stile di vita, costituiscono fattori di rischio coronarico – uniti alla familiarità.

La depressione del post-infarto è un processo complesso, dal punto di vista psicodinamico. Vi gioca certamente un ruolo importante, in molti casi, il problema della rielaborazione delle valenze aggressive che sono ritenute da molti un elemento importante nella psicodinamica della genesi dell'infarto. Ed è nota l'importanza dell'intensità delle valenze aggressive e dei conseguenti sentimenti di colpa nell'elaborazione, in genere delle esperienze depressive. È dall'esito maturo di un processo riabilitativo che dipende la qualità della ripresa del paziente infartuato: la riabilitazione essendo la possibilità di affrontare la crisi per poter ricongiungere un "prima" e un "dopo" che sembrano insanabili, inconciliabili con lo sconvolgimento provocato dall'irruzione dell'angoscia di morte.

**Professore di psichiatria Palermo*

Note

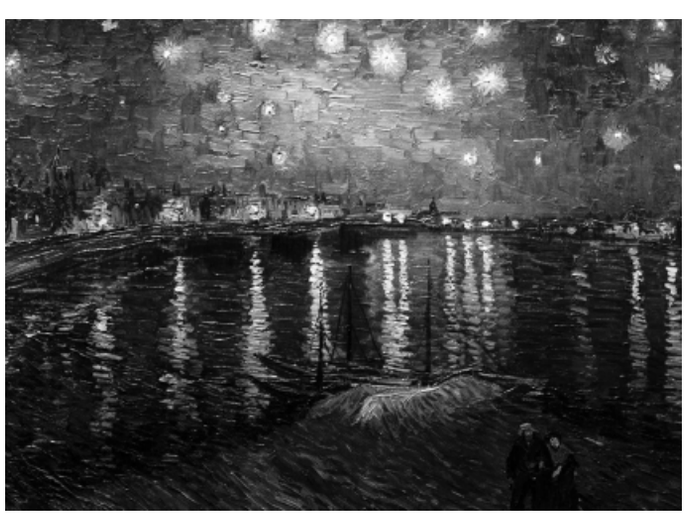
[1] Ecco un esempio tratto da *Guyotat J.*, "Le psicoterapie mediche", Marson 1980, p. 54, vol. I. Si tratta di un uomo di 66 anni al suo quarto infarto. Nel corso nel colloquio spiega l'infarto: "il sangue ha delle difficoltà a passare per le arterie che sono impregnate di grassi". Poi parlando della vita che conduce dopo il primo infarto, constata amaramente che ha dovuto sopprimere le sigarette, gli sforzi fisici, i "manicaretti", il ballo che gli piaceva molto. Fa allusioni alla "vergogna" che prova quando la moglie porta le valigie. Egli parla di nuovo dell'infarto ed allora fa un lapsus, dice infratto. Il medico glielo fa notare, egli risponde "ciò mi stupisce perché io so che è infarto. Ma se ho detto infratto forse è a causa della frattura. Del resto c'è una frattura dei vasi coronarici: ve ne sono alcuni mortali ed altri no. In quest'ultimo caso, il sangue riesce ugualmente ad andare avanti faticosamente per altri vasi". Questo paziente è interessante perché il lapsus/infratto fa apparire due registri del discorso: infarto funziona come il significante del discorso medico che il malato conosce molto bene; infratto funziona come significante del soggetto, reperibile in questo vissuto di effrazione, di infrazione, di punizione che descrive il paziente di fronte alla malattia e che introduce direttamente alla dimensione della castrazione.

[2] È difficile dire se la negazione totale della morte, sia negazione vera e propria. Certo, c'è sempre una tendenza a mantenere la speranza ed è molto frequente, in una persona che ha una malattia mortale, coltivare l'illusione che tutto si sistemerà, credere alle bugie che vengono dette. E, anche se inconsciamente si sa di dover morire, trasformare la fobia della morte in una elaborazione del lutto e dirottarla su un pericolo non mortale, permette di salvarsi dall'annientamento.

[3] Spesso soltanto attraverso il silenzio diventa possibile, ad un certo punto, un'effettiva e calda relazione con il malato. In effetti, da un lato il malato è come se mostrasse di avere bisogno di quel silenzio per imparare a sopportare la presenza ravvicinata ed intrusiva del medico, dall'altro è solo durante il lungo periodo in cui le parole tacciono che lo stesso medico può pienamente, e realmente, avvicinarsi all'altro. Qui il silenzio non significa nulla, non allude a ad una comunicazione ulteriore, qui è proprio e soltanto quello che è, silenzio. In realtà il silenzio è la condizione per lo stabilirsi di una relazione fra malato e medico, come se le parole fossero allo stesso tempo necessarie e d'ostacolo – *Chiatti Felice*, Rivista di Psicoanalisi, 2009, LV, 3.

[4] La dignità è un attributo di tutti gli esseri umani, basata sul loro valore intrinseco di persone con la capacità di agire. Il senso interiore della dignità cerca riconosci-

V.Kandinsky - Rosso-giallo-blu, 1925



V. Van Gogh - Notte stellata sul Rodano, 1888

*Salvatore Merra**

La follia della guerra nella storia e nell'attualità

Dopo due anni di incubo della Pandemia da COVID-19, siamo nel vortice della follia della guerra. Una tragedia che finora ci era stata risparmiata. Sarà un percorso doloroso con riflessioni e citazioni da studiosi e poeti. Chiedo venia se, come il personaggio dantesco, *parlar e lagrimar vedraimi insieme.*

Introdurrò con il pianto di Andromaca per il figlio Astianatte ucciso per mano dei Greci, ripreso dalla tragedia *Troiane* di Euripide.

Andromaca: *Mio diletto, creatura così onorata, dunque morirai per mano dei nemici, lascerai la tua povera madre. Sarà il valore del padre ad ucciderti, ch'è salvezza per altri, la nobiltà del padre a te non arrecò fortuna. Ah, mio connubio sventurato, nozze che portarono un giorno me alla casa di Ettore, non già per generarvi una futura vittima dei Greci, bensì un sovrano dell'Asia feconda. Figlio, tu piangi: capisci i tuoi guai? Perché mi tieni stretta con le mani e alle mie vesti t'avvinghi, e sotto le mie ali cerchi riparo come un uccellino? Ettore non verrà, brandendo la sua celebre lancia, non spunterà dal suolo per recarti una salvezza, né verranno i parenti di tuo padre, né la forza dei Frigi. Con un salto pietoso a capofitto cadrai dall'alto inesorabilmente e spirerai. Fresco abbraccio carissimo alla mamma, alito dolce delle carni! Invano, dunque, quand'eri in fasce ti nutrì questo mio petto, a vuoto mi travagliai, struggendomi di pene. Ecco, è l'ultima volta, abbraccia stretto tua madre, stringi chi ti generò, gira le braccia attorno alle mie spalle e dammi un bacio. Greci, inventori di supplizi barbari, è un bambino, non ha colpa di nulla, e perché mai l'uccidete?*

Come si crea il nemico.

Chi è il nemico? La definizione che ne dà la Treccani: Chi nutre verso altri sentimenti di avversione, di ostilità e si comporta di conseguenza, cercandone il danno e desiderandone, e spesso anche cercando di procurarne, il male.

Da cosa ha origine il sentimento di inimicizia o di ostilità. Vi sono fattori evolutivi molto precoci. Sappiamo da Sigmund Freud (Tre saggi sulla teoria sessuale, 1905) e Melanie Klein (Invidia e gratitudine, 1957) che il bambino sperimenta amore e odio verso il seno materno, fonte indispensabile di vita, ma al contempo potenziale fonte di morte, perché non dà sufficiente nutrimento o elargisce un latte cattivo. Tale esperienza primaria segna l'atteggiamento successivo dell'individuo verso gli altri.

Con la crescita, si sovrappongono le esperienze all'interno del gruppo familiare.

Freud ha elaborato il complesso edipico, nel quale il bambino vive come castratore il padre rivale e nutre pulsioni omicide verso di lui. (Tre saggi sulla teoria sessuale, 1905).

Accanto a tali aspetti evolutivi individuali, il soggetto riceve una serie di condizionamenti culturali. Sulla cui base sceglie le

persone e i gruppi ritenuti amici e le persone e i gruppi vissuti come nemici.
Un'importanza rilevante ha la formazione dalla prima infanzia e la propaganda. Si creano i pregiudizi su chi è portatore di pregi e valori positivi e chi invece va disprezzato. Già i Greci distinguevano due categorie fondamentali: Chi apparteneva alla Koinè greca e chi era barbaro, vale a dire non parlava la lingua greca e "balbettava".
Al fondo di questi aspetti culturali, vi sono meccanismi inconsci, in particolare la proiezione, in base alla quale si attribuiscono i propri elementi negativi all'altro. (Anna Freud, L'io e i meccanismi di difesa).
La propaganda utilizza tali meccanismi per creare pregiudizi e odio verso minoranze interne o comunità esterne.

Come si giustifica l'aggressione.

Sulla base di quanto accennato, chi detiene il potere ha gioco facile a creare ideologie dell'odio, scatenando risentimenti e intenzioni di punizione. L'esempio più terribile della storia recente è stato il Nazismo con i concetti di razza superiore e razze inferiori, da assoggettare o eliminare. Adolf Hitler scrisse il Mein Kampf in prigione e lo pubblicò nel 1925. Espose il proprio odio verso i marxisti e gli ebrei e il diritto del popolo tedesco di espandersi ad Est (Lebensraum), assoggettando le razze inferiori a quella ariana. Joseph Goebbels (Herr Doctor), il suo ministro della propaganda fu il più abile propalatore delle teorie naziste e il motore dell'ascesa al potere del peggior demone del XX secolo. Il pregiudizio e l'odio giustificano l'aggressione e gli omicidi, fino al genocidio. L'Europa è stato forse il continente più funestato nella storia da una sequela ininterrotta di guerre all'insegna di motivazioni giuste. Le guerre di religione sono state l'esempio più tragico. Sia quando si è trattato di sterminare gli infedeli, come i Crociati in Terra Santa, sia quando i papi hanno incitato i sovrani a eliminare gli eretici.
Si pensi alle crociate contro gli Albigesi, eretici catari, prevalenti in Linguadoca e Sud della Francia. Sappiamo bene che il vero motore degli aggressori era acquisire terre e bottino. Non a caso nella cultura araba viene utilizzato il termine Franchi, anziché Crociati, per indicare gli invasori della Palestina, Normanni e Francesi.
Nell'era in cui le informazioni determinano ogni atto della vita quotidiana, tramite i cosiddetti media, la propaganda assume ancor più rilevanza nel suggestionare le masse. Dal sistema sovietico, i nuovi governanti della Federazione Russa, a cominciare dallo Zar Putin, hanno ripreso e perfezionato la tecnica della *Disinformacija*.
A onor del vero, ciò vale altrettanto per le Democrazie Occidentali, in primis gli USA. Con una differenza sostanziale rispetto ai sistemi totalitari. La stampa e gli altri mezzi di comunicazione, il Quarto e Quinto Potere, sono in grado di verificare e criticare informazioni e direttive dei governanti.
In guerra la verità è la prima vittima. L'aforisma viene attribuito a Eschilo, il primo grande drammaturgo ateniese, 2500 anni fa.
I suddetti meccanismi si ripetono in epoca moderna. A parte le ultime due guerre mondiali che hanno ridotto l'Europa a un ruolo marginale, in tempi più vicini c'è stato il massacro nella ex Iugoslavia. Anche qui gli appetiti egemonici degli esponenti della Grande Serbia, Slobodan Milosevic e Ratko Mladic, Il boia di Srebrenica, furono all'insegna della diversità religiosa tra ortodossi serbi, musulmani bosniaci e cattolici croati. Una nota amara. Il massacro di Srebrenica, il peggiore finora in Europa, dopo la Seconda guerra mondiale, con 8000 vittime, fu possibile grazie alla viltà dei Caschi Blu e le tre compagnie olandesi che non intervennero, lasciando campo libero alle belve assassine. Un tema che si ripete in molte fughe dell'Occidente.
Adesso siamo di fronte a un evento che ha del paradossale. La nazione russa aggredisce una comunità sorella, quella ucraina, che è stata il primo nucleo fondante della Russia. Tribù di Vichinghi, capitanati da Rjurik nel '880 fondarono la Rus di Kiev, tra le tribù variaghe (Slave). Difficile trovare tante affinità di lingua, di cultura, di religione, di stirpe come tra russi e ucraini. Assurdo giustificare distruzioni e stragi in nome della tutela di una minoranza russofona, prima vittima della guerra. Come immaginare che gli abitanti di Kharkiv o di Odessa possano essere grati a un liberatore che li massacra e distrugge le loro dimore e la memoria?

Gli effetti della guerra

In primo luogo, i morti sul campo, per lo più giovani vite mietute all'altare dell'onnipotenza e arroganza dei potenti. La volontà di potenza ottenebra la loro mente. Dice l'aforisma: i vecchi scatenano le guerre e mandano i giovani a sacrificarsi per loro.
Non seconde, le vittime civili, anziani, donne, bambini, disabili che subiscono l'effetto atroce di bombardamenti e assedi prolungati.
Con il corteo di ferite, malattie e traumi che segneranno il resto dei giorni. Seguono spesso le deportazioni, se non si sono attuati genocidi espliciti o camuffati. Intere comunità sono costrette, come estremo rifugio o spinta, a emigrare e cercare nuova terra e nuova patria. Sperando nella favorevole accoglienza.
Nulla può rendere meglio il tema della prigionia e della deportazione, come la tragedia greca.

Coro delle prigioniere. Da *Ecuba*, tragedia di Euripide

Vento, vento di mare
che rechi sul gonfio dell'acqua
navi che rapide varcano mari,
dove, povera me, mi vuoi portare?
A quale casa andrò,
schiava comprata? Forse
alla dorica terra approderò?
O al paese di Ftia,
dove il fiume Apidaro, con quell'acqua

bella, impingua la terra?
O a quell'isola bella,
l'abbrivo dei remi mi scorta
verso una misera vita d'ancella.
L'Italia è un esempio di popoli migrati da altre terre, in particolare dalla vicina Grecia e dal Medio Oriente. Dori, Ioni, Etruschi, Fenici, sono approdati sul suolo italico, mescolandosi alle popolazioni autoctone e creando un melting-pot dai prodigiosi risultati. Successivamente sono sopraggiunti Celti, Germani, Slavi.
Riporterò alcuni personaggi sulla guerra.
Lev Tolstoj:"Togli il sangue dalle vene e versaci dell'acqua al suo posto: allora sì che non ci saranno più guerre."
"Lasciamo che i morti seppelliscano i morti, ma fin quando si è vivi, bisogna vivere ed essere felici."
Gino Strada:"Io non sono pacifista. Io sono contro la guerra. Perché la guerra non si può umanizzare, si può solo abolire. E non mi piace la parola utopia, preferisco parlare di progetto non ancora realizzato"
Freud afferma che la guerra fa cadere definitivamente l'illusione che il processo di civilizzazione si sia sedimentato nell'animo e nel comportamento degli uomini: al contrario, è sufficiente che lo Stato consenta e obblighi i cittadini all'uso legittimo della violenza affinché riemergano le più violente pulsioni aggressive

Considerazioni sull'uso del terrore
Alla luce di quanto sta accadendo negli ultimi mesi nella martoriata Ucraina, vorrei integrare il tema della guerra, con una riflessione sul ricorso al terrore. In ogni guerra è lo strumento del terrore, non meno che l'uso delle armi, il mezzo per fiaccare la resistenza del nemico. In primo luogo si fa terra bruciata, si interrompono i canali per portare viveri e gli acquedotti. Gli Assiri impalavano i notabili delle città conquistate, come ammonimento. Ancora più celebre è stato Vlad Tepes, Principe di Valacchia, noto come il Conte Dracula. Un grande condottiero che sconfisse e fermò per molti anni gli Ottomani, ma è stato reso noto in modo leggendario dal romanziere irlandese Bram Stoker.
Il Medio Evo è colmo di ogni tipo di atrocità. I mongoli con Gengis Khan e Tamerlano hanno lasciato un segno indelebile del loro passaggio fino al cuore dell'Europa. Altro evento terribile è stata la Guerra dei Trentanni, che ha coinvolto quasi tutte le potenze continentali d'Europa nel Seicento.
Riflettendo bene, la stessa religione ha fatto del terrore il basamento per imprimersi nelle masse. Il messaggio di Cristo che nasce all'insegna dell'amore e del perdono del nemico prende poi veste nel castigo dell'Inferno. Intere generazioni ne sono state funestate fino a tempi recenti.
Per venire ai tempi nostri, c'è l'uso metodico del terrore, attraverso i bombardamenti a tappeto da parte dei Nazisti, nella Seconda Guerra Mondiale. Ognuno ha la visione di Guernica, la tela in cui Picasso ha pietrificato l'orrore e il terrore di animali e uomini colti dai bombardieri nazisti. Hitler fece ricorso massiccio nella prima fase della guerra al terrore come forza per fiaccare la resistenza delle popolazioni. A cominciare dagli Inglesi, che poi hanno restituito con gli interessi.
In tempi più vicini, l'uso del napalm sui villaggi vietnamiti è stato elemento devastante sui telespettatori americani. La bambina in fuga, nuda e ustionata, rimane l'abominio di quella impresa, conclusa con la fuga precipitosa da Saigon.
Il terrore è l'antipasto di ogni invasione.
Putin sta sfoggiando il ghigno di Ivan il Terribile con ogni forma di distruzione metodica della terra ucraina e del suo popolo.
Ricordo le passeggiate estive di sera sul parapetto del fiume Bug a Vinnitza, con il giovane Kostya, che si concludevano nel "Suono e Luci", nell'isolotto al centro dell'ansa. Rivedere le piazze e i palazzi in fumo, i selciati cosparsi di corpi e bici, è il mutamento angosciante dei tempi. Poiché ognuno si chiede: Quando finirà tutto questo? Soprattutto, riuscirà mai l'uomo ad astenersi da tali strumenti?

Una riflessione conclusiva.
Il virus ha reso gli uomini ostili, diffidenti, fobici fino alla paranoia.
Come in ogni epidemia della storia, la paura del contagio crea separazioni, esclusioni, reclusioni e allontanamento. Si pensi alle epidemie di peste del Medioevo, di cui abbiamo un saggio nel *Decameron* del Boccaccio, al vaiolo, al colera, soprattutto alla lebbra. In tempi più recenti, alla pandemia detta "Spagnola", che si sovrappose e fu confusa con l'Encefalite Letargica di Von Economo, di un secolo fa, protrattasi per anni, che provocò oltre 50 milioni di vittime. Negli ultimi decenni del secolo scorso è insorto il terrore da HIV, con il corteo di pregiudizi.
La guerra paradossalmente, mentre genera orrori e sofferenze, sta risvegliando la solidarietà, la pietà, la compartecipazione in tutto il mondo. *Homo sum, humani nihil a me alienum puto (Terenzio).*
Non farò mancare una riflessione sul ruolo delle donne.
In guerra come in ogni tragedia umana, privata o collettiva. Se si scorre la trama dei drammi di Eschilo, Sofocle, Euripide, sono i personaggi femminili che lasciano una traccia di emozioni indelebili. Ecuba, Andromaca, Elena, Elettra, Medea e molte altre eroine. Su tutte la fulgidissima Antigone che anticipa un concetto fondante dell'umanesimo, precursore del Cristianesimo: Sono nata per l'amore, non per l'odio… Vi sono leggi divine nel cuore degli uomini che sovrastano le leggi scritte.
Anche nell'Eneide spicca per intensità Didone, rispetto all'ingessato Enea, l'eroe perfetto, con la sua *Pietas* spietata.

Le donne nel ruolo di madri, sorelle, figlie, amanti, accompagnano i maschi dalla nascita alla morte e infondono coraggio. Esse fuggono con i figli verso nuove destinazioni, ma portano con sé la fiamma della speranza, come le Vestali cui era affidato il fuoco sacro.
Chiudo con un brano ripreso dal mio *Sta – mater,* pubblicato nel 2005, moderno Stabat Mater, dedicato *Alle vittime dell'odio e della sorte*.
Riprende la vicenda di due giovani innamorati, durante la guerra in Bosnia con l'assedio di Sarajevo. Si perdoni l'evidente richiamo alla Divina Commedia.

XI Stazione di STA - MATER

Bosko e Admira

Narratore:

Arrivammo a uno scoglio
D'un piccolo fiume in secca
Piuttosto spoglio.
Si levarono contro di noi rapaci
E uccelli meno audaci .
Belve di folta criniera
E bestie di domestica carriera .
Avanti non andammo per lo spavento.
Scoprimmo oltre lo strano evento
Degli animali due giovani abbracciati.
Lei levò il viso:" Di Bosnia sono Admira".
" E io sono il serbo Bosko .
Qui ci hanno portato le fila
D' un destino fosco".
Riposammo un poco
Ricevuto il consenso
In quell' insolito luogo
E della storia ci dissero il senso.
" In una notte tentammo insieme
Di fuggire da Sarajevo
Evitando dell' odio il seme
Cercando nell' amore sollievo.
Mentre passavamo all' altra sponda
La luna traditrice
Aprì la notte fonda.
Sentimmo il crepitio
Dei fucili e della mitragliatrice.
Non ebbe scampo lei né io .
Qui rimanemmo in disparte
Dai fratelli assassini
Dell' una e l' altra parte .
Questi uccelli rapaci e i felini
Di noi hanno più pietà .
Tra queste acque calme
Mantengono fiera guardia
Alle nostre salme".
Gocce di sangue di Sebastiano
Caddero sul suolo duro .
Si riempì di fiori il piano
Dall' odio reso sterile e impuro .
Città martire Sarajevo
Già crocevia di popoli e illusioni
Dove un profondo Medioevo
Inghiottì civili nazioni.
Ora che è finita la mattanza
Verrò pellegrino io spero
Superando più private disperazioni
Dai due innamorati senza speranza.

Coro:

Dolci amanti porteremo un fiore
Omaggio allo sfortunato amore.

**Psichiatra, Presidente Comitato Scientifico A.R.F.N. onlus*
Dir. San. Strutture psichiatriche accreditate "Villa Palma"

*Donatella Marazziti**

Il disturbo da stress post-traumatico Review e nuovi target farmacologici

Post-traumatic stress disorder Review and farmacological target

Sommario

Obiettivo: Il disturbo da stress post-traumatico è un disturbo psichiatrico che insorge in seguito all'esposizione ad eventi stressanti di gravità oggettiva estrema, con minaccia per la vita o l'integrità fisica propria o altrui, e caratterizzato da un corteo sintomatologico molto ampio e variabile. Scopo di questo lavoro è stato quello di rivedere i dati della letteratura sul PTSD, con particolare attenzione ai alle nuove strategie terapeutiche.

Metodi: Nel presente studio abbiamo effettuato una revisione della letteratura attualmente disponibile utilizzando i principali database scientifici. A tal proposito è stata effettuata una ricerca bibliografica considerando le pubblicazioni risalenti al periodo 1980-2021.

Risultati e conclusioni: Dalla revisione della letteratura emergono dati interessanti riguardo alle prospettive per l'impiego clinico di nuovi farmaci nel trattamento del PTSD.

Parole chiave: PTSD, disturbo da stress post-traumatico, nuovi trattamenti farmacologici.

Abstract

Objective: Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a psychiatric disorder developing as a result of exposure to stressful events of extreme objective severity, with threat to one's or others life or physical integrity, and characterized by wide and variable symptoms. The present paper aimed at reviewing literature data on PTSD, with particular focus on novel therapeutic strategies.

Methods: In this study, we examined current available literature using major scientific databases. A literature research was carried out for papers published in the years 1980-2021.

Results and conclusions: The literature review reveals interesting evidence regarding the potential clinical use of new drugs in the treatment of PTSD.

Key words: PTSD, post-traumatic stress disorder, new pharmacological treatments.

Introduzione

Il disturbo da stress post-traumatico (PTSD) è un disturbo psichiatrico che insorge in seguito all'esposizione a gravi eventi stressanti, con minaccia per la vita o l'integrità fisica propria o altrui, vissuti con intensa angoscia, paura e orrore, e caratterizzato da un corteo sintomatologico molto ampio e variabile. Descritto inizialmente a seguito dei disastri ferroviari del XIX secolo, il PTSD è stato definito e studiato negli Stati Uniti soprattutto a partire dalla guerra del Vietnam e dai suoi effetti sui veterani. Tali effetti sono stati poi riproposti in tutti i più recenti eventi bellici, terroristici, pandemici e nelle calamità naturali. Attualmente gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) e gli inibitori della ricaptazione di serotonina-noradrenalina (SNRI) rappresentano le opzioni farmacologiche di prima scelta, mentre gli antidepressivi triciclici (TCA) sono farmaci di seconda linea. I sistemi glutammatergico, adrenergico e GABAergico costituiscono promettenti bersagli molecolari dei nuovi farmaci impiegati nel trattamento del disturbo.

Epidemiologia e fattori di rischio

L'incidenza lifetime del PTSD sembra interessare il 7,8% della popolazione generale, con picchi fino al 10% nelle popolazioni urbane statunitensi e fino al 60-70% in popolazioni esposte a disastri naturali o civili; il disturbo ha inoltre una maggior prevalenza nelle donne rispetto agli uomini (fino al 16% in giovani donne) (Kessler et al., 1995). Il PTSD si presenta spesso in comorbidità con altri disturbi psichiatrici, in particolare con depressione maggiore e abuso di sostanze (Kessler et al., 2005). Fattori di rischio associati allo sviluppo di PTSD sono rappresentati da varie condizioni (Schnurr et al., 1993; Brewin et al., 2000; Hales et al., 2017; Koenen et al., 2008; Tull et al., 2019) presenti prima dell'evento traumatico (storia di un pregresso evento traumatico, anamnesi personale e familiare positiva per disturbi psichiatrici, abuso di sostanze, disturbi dell'umore e disturbi d'ansia, tratti di personalità evitante, borderline e antisociale), durante (minaccia di morte, sentimenti di orrore, impotenza, colpa o vergogna, sintomi dissociativi, presenza di bambini), o

dopo il trauma stesso (assenza di supporto sociale, come vivere da soli o senza una relazione sentimentale stabile). Inoltre sono stati identificati fattori di rischio indipendenti per lo sviluppo del disturbo, come il genere femminile, l'appartenenza a un gruppo etnico di minoranza e un basso stato socio-economico. I traumi che avvengono nelle prime fasi della vita, durante un periodo di massima plasticità neuronale quale, appunto, l'infanzia, sembrano rendere il sistema neuroendocrino di risposta allo stress e, conseguentemente, il sistema immunitario, più sensibili. Tali alterazioni rappresentano verosimilmente dei fattori di rischio a lungo termine per lo sviluppo di disturbi psichici conseguenti all'esposizione a ulteriori traumi nel corso della vita . Secondo l'ipotesi della vulnerabilità ai glucocorticoidi (Conrad, 2008), questi ormoni risultano essenziali per un'efficace risposta allo stress ma la loro eccessiva secrezione (come nello stress cronico) contribuisce alla degenerazione dell'ippocampo, valutabile nell'8-12% delle TC e RMN come diminuzione del volume dell'ippocampo stesso.

Sintomi

Come definito dalla V edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali (DSM-5) (American Psychiatric Association, APA, 2013), per porre diagnosi di PTSD sono necessari criteri precisi. L'**esposizione all'evento traumatico** costituisce il *primum movens* del disturbo, una vera e propria *conditio sine qua non*, ed il DSM-5 elenca gli eventi traumatici che possono generare il PTSD (in generale tutto ciò che causa esposizione a morte o minaccia di morte, grave lesione o violenza sessuale). Tra gli altri, vengono nominati come esempi di eventi traumatici: eventi bellici, attacchi terroristici, aggressione, rapina, sequestro di persona, disastri naturali, catastrofi mediche riguardanti il proprio figlio. Allo stesso tempo il Manuale esclude molti eventi traumatici "minori" come il divorzio, l'aborto, la rottura di amicizie, i cambiamenti di lavoro e di domicilio, fallimenti ripetuti nella scuola o nel lavoro, frequenti discussioni in famiglia, molestie psicologiche o sessuali, denunce o azioni disciplinari, arresto o incriminazione, che non rientrano tra gli eventi in grado di provocare il PTSD, ma che possono tuttavia causare altri tipi di disturbi, descritti anch'essi, come il PTSD, nel capitolo dei "Disturbi correlati ad eventi traumatici e stressanti". Nel PTSD, l'esposizione al trauma può avvenire a) per esperienza diretta, b) assistendo direttamente ad un evento traumatico accaduto ad altri, c) venendo a conoscenza di un evento traumatico accaduto ad un familiare o ad un amico stretto, d) per ripetuta ed estrema esposizione a dettagli crudi dell'evento. Elemento fondamentale del PTSD è la presenza di ricorrenti e spiacevoli **sintomi intrusivi**, come ricordi dell'evento e sogni legati all'accaduto. L'individuo può presentare reazioni dissociative (ad esempio *flashback*) e addirittura avere la sensazione che l'evento traumatico si stia ripresentando (*re-experiencing*). Altri sintomi intrusivi sono rappresentati da intensa sofferenza psicologica e da marcate risposte fisiologiche in risposta all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico (e.g. anniversari, luoghi, persone che ricordano il trauma). L'evento traumatico viene rievocato dal soggetto con sentimenti e vissuti di vergogna, colpa, rabbia, tristezza, paura o terrore, associati a sentimenti di irrealtà (riferiti dai pazienti come la sensazione di vivere in un sogno), estraneità (trovarsi in un film), percezione del proprio corpo come diverso, abnorme o estraneo, assieme a confusione e assenza di riferimenti spazio-temporali. La rievocazione dell'esperienza traumatica frequentemente è accompagnata da sensazioni fisiche quali sudorazione profusa, dispnea, pianto improvviso, tachicardia, nausea, diarrea e tremori. Il soggetto inoltre compie sforzi persistenti per **evitare** ricordi, pensieri, sentimenti, luoghi, persone, conversazioni, attività, etc. associati al trauma. A fronte di un evento traumatico possono presentarsi inoltre **sintomi di natura cognitiva ed emotiva a coloritura negativa**. Questi, nel DSM-5, hanno sostituito il concetto di *numbing* (ottundimento affettivo) presente nelle precedenti edizioni del Manuale. Nello specifico il paziente affetto da PTSD può sviluppare idee negative nei confronti di se stesso, degli altri e del mondo fino a configurare i sintomi di un vero e proprio episodio depressivo caratterizzato da un calo del tono dell'umore, apatia e anedonia, sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri, compresi familiari e amici con riduzione marcata dell'interesse o della partecipazione ad attività significative precedentemente importanti che ora perdono di significato o di senso. Talvolta può verificarsi l'incapacità di ricordare qualche aspetto importante dell'evento (amnesia dissociativa). Infine il soggetto affetto da PTSD presenta sintomi di **ipervigilanza (iperarousal) e iper-reattività**, con difficoltà all'addormentamento o a mantenere il sonno, irritabilità o scoppi di collera, difficoltà a mantenere la concentrazione, esagerate risposte di allarme, come sussulti improvvisi all'ascolto di rumori, irrequietezza motoria, sensazione di "nervi tesi"e incapacità ad "abbassare la guardia", fino a comportamenti spericolati o distruttivi. In aggiunta ai sintomi nucleari del disturbo, in questi pazienti è possibile osservare lamentele e dolori somatici, sintomi psicotici (ad esempio pseudo-allucinazioni uditive e ideazione paranoide), abuso di alcol, farmaci e altre sostanze stupefacenti che determinano una compromissione socio-lavorativa del paziente (divorzi, rottura di amicizie, perdita del lavoro). Il PTSD è quindi un disturbo che causa un disagio clinicamente significativo e menomazione del funzionamento globale del soggetto (APA, 2013). La presenza di idee, progetti o tentativi di suicidio (TS) è una delle complicanze più rilevanti e frequenti del PTSD, con una prevalenza di TS nei pazienti reclutati nella popolazione generale fino al

25% (Davidson et al., 1997; Ferrada-Noli et al., 1998; Marshall et al., 2001; Tarrier & Gregg, 2004; Waldrop et al., 2007). I principali fattori di rischio associati alla suicidalità sono rappresentati da: comorbidità con disturbi dell'umore, gravità dell'evento traumatico, gravità delle lesioni riportate in guerra, sentimento di colpa per le azioni commesse in guerra, sentimento di vergogna in seguito al trauma (e.g. in donne abusate), l'essere responsabili di omicidio o al contrario l'esserne testimoni, storia di violenze familiari sessuali e fisiche in adolescenza, essere rapiti, storia di alti livelli d'impulsività e un inadeguato supporto sociale (Kilpatrick & Williams, 1987; Farberow et al., 1990; Hendin & Haas, 1991; Fontana et al., 1992; Bullman & Kang, 1994; Marshall et al., 2001; Kotler et al., 2001; Oquendo et al., 2003; 2005; Tarrier & Gregg, 2004). Importante risulta anche la fase della vita in cui il soggetto esperisce il trauma (Hales et al., 2017): i bambini, sebbene gravemente colpiti, hanno una prognosi migliore a lungo termine, mentre la prognosi peggiore è riportata dalle donne adolescenti vittime di stupro. Una correlazione statistica significativa tra PTSD ed elevato tasso di suicidi è stata rilevata non solo nei soggetti che manifestano il disturbo con piena espressione clinica (in conformità ai criteri del DSM-5), ma anche nei pazienti che presentano forme sottosoglia o parziali di PTSD (Marshall et al., 2001). Per quanto riguarda la dimensione temporale, ai fini della diagnosi di PTSD i sintomi devono persistere almeno 1 mese e in base alla durata degli stessi si distingue una forma ad andamento acuto, che si risolve nell'arco di 1-3 mesi dall'esordio, e una forma ad andamento cronico che perdura oltre 3 mesi; esistono inoltre casi ad espressione ritardata, nei quali trascorrono almeno 6 mesi tra l'evento traumatico ed il pieno soddisfacimento dei criteri diagnostici. Come riportato da diversi autori (Kessler et al., 1995; Davidson et al., 1997; Breslau et al., 2008), la durata media dei sintomi varia dai 36 mesi nei pazienti in trattamento ai 64 mesi nei pazienti non trattati, con un tempo medio per la remissione di 24.9 mesi. Tuttavia quasi 1/3 dei pazienti non ottiene mai la remissione completa. La prognosi del disturbo varia a seconda delle caratteristiche dell'evento traumatico, del vissuto del soggetto, della fase del ciclo di vita in cui l'individuo è colpito, del tempo di insorgenza dei sintomi, dell'instaurarsi di un trattamento e della presenza di un supporto sociale. In generale la prognosi risulta più favorevole nei traumi di massa e con insorgenza più precoce, mentre è sfavorevole negli eventi traumatici estremi sul singolo soggetto e nelle forme ad insorgenza tardiva. Pertanto, un trattamento farmacologico precoce troverebbe il proprio razionale nell'ipotesi che le modificazioni strutturali del sistema nervoso centrale (SNC) richiedano un certo periodo di tempo per verificarsi e stabilizzarsi.

Il trattamento farmacologico del PTSD

Il trattamento preventivo del PTSD (Steckler & Risbrough, 2012) dovrebbe iniziare prima della comparsa dei sintomi nelle popolazioni a rischio individuate precocemente, come ad esempio i soldati impegnati in combattimento, nei quali è possibile effettuare un trattamento farmacologico prima dell'esposizione all'evento traumatico (prevenzione prospettica o primaria). In alternativa, il trattamento preventivo potrebbe essere praticato nel periodo immediatamente successivo all'evento traumatico, ma prima che si sviluppino i sintomi del disturbo conclamato (prevenzione retrospettiva o secondaria), con l'obiettivo di prevenire o bloccare l'induzione o il consolidamento dei processi che portano alla patologia franca.

Gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) si sono dimostrati una valida risorsa terapeutica nel ridurre la gravità dei sintomi e nella prevenzione delle ricadute nei pazienti con PTSD. Questa classe di farmaci rappresenta infatti la prima scelta terapeutica sebbene sia stato messo in evidenza che solo il 60% circa dei pazienti risponde al trattamento e solo il 20-30% presenta una remissione completa (Stein et al., 2002; 2006). Oltre agli SSRI, nella pratica clinica sono impiegati numerosi altri trattamenti farmacologici, inclusi gli inibitori (SNRI), gli antidepressivi triciclici (TCA), gli antagonisti dei recettori adrenergici, gli anticonvulsivanti, e gli antipsicotici atipici (Stein, 2002; Asnis et al., 2004; Berlin, 2007; Shad et al., 2011; Alexander, 2012; Shiner et al., 2017; Ehret, 2019).

Nuovi target farmacologici nel PTSD

I nuovi potenziali approcci terapeutici nel PTSD includono la modulazione degli effetti dello stress sul consolidamento della memoria dopo un trauma, sottolineando l'importanza del coinvolgimento di adrenalina, glucocorticoidi e fattore di rilascio della corticotropina (CRF), nonché presunti modulatori cognitivi che prendono di mira i meccanismi di estinzione e riconsolidamento della paura condizionata (e.g. modulatori del recettore dei glucocorticoidi, modulatori della segnalazione del glutammato, inibitori del trasportatore della glicina o agonisti della glicina). Per quanto riguarda le dimensioni sintomatologiche del disturbo, è importante notare che i trattamenti dei sintomi non cognitivi del PTSD sono l'unica strategia farmacoterapeutica attualmente approvata.

Secondo studi recenti la prazosina, antagonista del recettore adrenergico (AR) α1, sembra promettente (Peskind et al., 2003; Raskind et al., 2003; 2007) per la sua capacità di ridurre gli incubi legati al trauma e l'insonnia, mentre prove recenti supportano l'uso dell'antagonista β-AR propranololo (Grillon et al., 2004), per smorzare il contenuto emotivo dei ricordi traumatici. Molto efficace si è rivelato anche il trattamento farmacologico combinato di prazosina e propranololo, con il potenziale di indirizzare più di una serie di sintomi del disturbo e ottimizzare il trattamento (Shad et al., 2011). In sintesi, sono stati com-

piuti tentativi di normalizzare l'iper-reattività noradrenergica, suggerita essere alla base dei sintomi dell'iperarousal nel PTSD. La facilitazione dell'estinzione del condizionamento della paura è stata osservata a seguito della somministrazione di un agonista del recettore dei cannabinoidi CB1 (Pamplona et al., 2006). Tuttavia, è probabile che il potenziale abuso associato all'agonismo CB1 renda inutilizzabile questo approccio per il trattamento dei pazienti con PTSD a causa di un aumento del rapporto rischio/beneficio.

La stimolazione dei recettori NMDA ed il conseguente aumento della produzione di ossido nitrico (NO) sono fondamentali per la formazione della memoria della paura. In seguito all'attivazione dei recettori NMDA, una produzione efficiente di NO richiede il legame della proteina di densità postsinaptica di 95 kDa (PSD95) all'ossido nitrico sintasi neuronale (nNOS). E' stato ipotizzato che l'interruzione dell'interazione tra nNOS e PSD95 nell'amigdala possa ridurre la paura condizionata. A tal riguardo, il trattamento con ZL006, un composto che interrompe il legame nNOS/PSD95, attenua la memoria della paura rispetto al suo isomero inattivo ZL007 (Li et al., 2018).

I dati derivanti da studi in vitro indicano che i recettori NMDA svolgono un ruolo critico nella plasticità sinaptica nel SNC. Più recentemente, studi in vivo hanno suggerito che processi NMDA-dipendenti possono essere coinvolti in forme specifiche di plasticità comportamentale. Per quanto concerne i cambiamenti indotti dall'apprendimento che comportano la riduzione o l'eliminazione di una risposta precedentemente acquisita, l'estinzione sperimentale è un esempio primario dell'eliminazione di una risposta appresa. L'estinzione sperimentale è ben descritta nella letteratura sulla terapia comportamentale, ma non ha ricevuto la stessa attenzione nella letteratura neurobiologica. Di conseguenza, i meccanismi neurali che stanno alla base di questa importante forma di apprendimento non sono affatto compresi. E' stato dimostrato che l'infusione dell'antagonista NMDA D,L-2-amino-5-fosfonovalerico acido (AP5) nell'amigdala, una struttura limbica nota per avere un ruolo cruciale nell'elaborazione della paura, blocca in modo dose-dipendente l'estinzione della paura condizionata; quindi il potenziamento della funzione del recettore NMDA facilita l'apprendimento dell'estinzione della paura, intesa come eliminazione di una risposta appresa (Falls et al., 1992; Lee et al., 2006), al punto che la D-cicloserina (un agonista parziale del recettore NMDA) è stata proposta come opzione terapeutica nel PTSD (Averill et al., 2017; Baker et al., 2018). Alcune evidenze suggeriscono che la somministrazione di morfina subito dopo l'evento traumatico possa ridurre la probabilità di sviluppare un PTSD (Saxe et al., 2001; Bryant et al., 2009). Il potenziale meccanismo di questo effetto è sconosciuto, tuttavia è possibile che possa essere dovuto ad una riduzione indiretta dell'attività noradrenergica, o ad un'azione diretta sulle cellule intercalate dell'amigdala, che sono critiche per i processi di estinzione della paura (Likhtik et al., 2008).

I veterani di guerra soffrono di molti disturbi psichiatrici a causa di lesioni cerebrali concussive che provocano traumi cranici e dell'importante esposizione a traumi psicologici che si traducono in alti tassi di PTSD. I microRNA (miRNA) sono stati associati a diversi processi patologici relativi al SNC, sostenendo il potenziale uso dei miRNA come biomarcatori di prossima generazione per il trattamento di condizioni neuropsichiatriche. E' stato, tra l'altro, proposto l'utilizzo dei miRNA come biomarcatori per la diagnosi, la prognosi ed il trattamento di disturbi psichiatrici, incluso il PTSD, nei veterani (Gupta et al., 2021).

Per quanto riguarda il CRF, studi preclinici mostrano che gli antagonisti del recettore CRF1 sono efficaci in modelli animali in cui questi recettori si trovano in uno stato di iperattivazione. Pertanto, gli antagonisti del recettore CRF1 potrebbero essere un approccio utile per il trattamento di una serie di disturbi legati allo stress, e associati ad un'eccessiva stimolazione del recettore CRF1 (Kehne, 2007).

Conclusioni: Vari trattamenti, farmacologici e non, sono attualmente disponibili per la cura del PTSD, consentendo di prevenire nella maggioranza dei casi una cronicizzazione della patologia con riduzione della morbilità. Nel prossimo futuro nuovi farmaci rappresenteranno il bersaglio per una cura sempre più specifica e mirata al trattamento delle singole dimensioni psicopatologiche che sottendono il disturbo. Si aprirà così la strada ad una terapia sintomo-specifica indirizzata alla remissione degli aspetti nucleari del disturbo.

Bibliografia

Alexander, W. (2012). Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder in combat Veterans: Focus on antidepressants and atypical antipsychotic agents. *P & T: A Peer-reviewed Journal for Formulary Management*, *37*(1), 32–38.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA.

Asnis, G. M., Kohn, S. R., Henderson, M., & Brown, N. L. (2004). SSRIs versus non-SSRIs in post-traumatic stress disorder: An update with recommendations. *Drugs*, *64*(4), 383–404.

Averill, L. A., Purohit, P., Averill, C. L., Boesl, M. A., Krystal, J. H., & Abdallah, C. G. (2017). Glutamate dysregulation and glutamatergic therapeutics for PTSD: Evidence from human studies. *Neuroscience Letters*, *649*, 147–155.

Baker, J. F., Cates, M. E., & Luthin, D. R. (2018). D-cy-

closerine in the treatment of post-traumatic stress disorder. *The Mental Health Clinician*, *7*(2), 88–94.
Berlin, H. A. (2007). Antiepileptic drugs for the treatment of post-traumatic stress disorder. *Current Psychiatry Reports*, *9*(4), 291–300.
Breslau, N., Peterson, E. L., & Schultz, L. R. (2008). A second look at prior trauma and the post-traumatic stress disorder effects of subsequent trauma: A prospective epidemiological study. *Archives of General Psychiatry*, *65*(4), 431–437.
Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(5), 748–766.
Bryant, R. A., Creamer, M., O'Donnell, M., Silove, D., & McFarlane, A. C. (2009). A study of the protective function of acute morphine administration on subsequent post-traumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, *65*(5), 438–440.
Bullman, T. A., & Kang, H. K. (1994). Post-traumatic stress disorder and the risk of traumatic deaths among Vietnam veterans. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *182*(11), 604–610.
Conrad, C. D. (2008). Chronic stress-induced hippocampal vulnerability: The glucocorticoid vulnerability hypothesis. *Reviews in the Neurosciences*, *19*(6), 395–411.
Davidson, J. R., Book, S. W., Colket, J. T., Tupler, L. A., Roth, S., David, D., Hertzberg, M., Mellman, T., Beckham, J. C., Smith, R. D., Davison, R. M., Katz, R., & Feldman, M. E. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, *27*(1), 153–160.
Ehret, M. (2019). Treatment of post-traumatic stress disorder: Focus on pharmacotherapy. *The Mental Health Clinician*, *9*(6), 373–382.
Falls, W. A., Miserendino, M. J., & Davis, M. (1992). Extinction of fear-potentiated startle: Blockade by infusion of an NMDA antagonist into the amygdala. *The Journal of Neuroscience: The Official Journal of the Society for Neuroscience*, *12*(3), 854–863.
Farberow, N. L., Kang, H. K., & Bullman, T. A. (1990). Combat experience and post-service psychosocial status as predictors of suicide in Vietnam veterans. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *178*(1), 32–37.
Ferrada-Noli, M., Asberg, M., Ormstad, K., Lundin, T., & Sundbom, E. (1998). Suicidal behavior after severe trauma. Part 1: PTSD diagnoses, psychiatric comorbidity, and assessments of suicidal behavior. *Journal of Traumatic Stress*, *11*(1), 103–112.
Fontana, A., Rosenheck, R., & Brett, E. (1992). War zone traumas and post-traumatic stress disorder symptomatology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *180*(12), 748–755.
Grillon, C., Cordova, J., Morgan, C. A., Charney, D. S., & Davis, M. (2004). Effects of the beta-blocker propranolol on cued and contextual fear conditioning in humans. *Psychopharmacology*, *175*(3), 342–352.
Gupta, S., Guleria, R. S., & Szabo, Y. Z. (2021). MicroRNAs as biomarker and novel therapeutic target for post-traumatic stress disorder in Veterans. *Psychiatry Research*, *305*, 114252.
Hales, T., Kusmaul, N., & Nochajski, T. (2017). Exploring the dimensionality of trauma-informed care: Implications for theory and practice. *Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance*, *41* (3), 317–325.
Hendin, H., & Haas, A. P. (1991). Suicide and guilt as manifestations of PTSD in Vietnam combat veterans. *The American Journal of Psychiatry, 148*(5), 586–591.
Kehne, J.H. (2007). The CRF1 receptor, a novel target for the treatment of depression, anxiety, and stress-related disorders. *CNS & Neurological Disorders Drug Targets*, *6*(3), 163–182.
Kilpatrick, K. L., & Williams, L. M. (1997). Post-traumatic stress disorder in child witnesses to domestic violence. American Journal of Orthopsychiatry, 67(4), 639–644.
Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602.
Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *52*(12), 1048–1060.
Koenen, K. C., Stellman, S. D., Sommer, J. F., Jr, & Stellman, J. M. (2008). Persisting post-traumatic stress disorder symptoms and their relationship to functioning in Vietnam veterans: A 14-year follow-up. *Journal of Traumatic Stress*, *21*(1), 49–57.
Kotler, M., Iancu, I., Efroni, R., & Amir, M. (2001). Anger, impulsivity, social support, and suicide risk in patients with post-traumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *189*(3), 162–167.
Lee, J. L., Milton, A. L., & Everitt, B. J. (2006). Reconsolidation and extinction of conditioned fear: Inhibition and potentiation. *The Journal of Neuroscience: The official Journal of the Society for Neuroscience*, *26*(39), 10051–10056.
Li, L. P., Dustrude, E. T., Haulcomb, M. M., Abreu, A. R., Fitz, S. D., Johnson, P. L., Thakur, G. A., Molosh, A. I., Lai, Y., & Shekhar, A. (2018). PSD95 and nNOS interaction as a novel molecular target to modulate conditioned fear: Relevance to PTSD. *Translational Psychiatry*, *8*(1), 155.
Likhtik, E., Popa, D., Apergis-Schoute, J., Fidacaro, G. A., & Paré, D. (2008). Amygdala intercalated neurons are required for expression of fear extinction. *Nature*, *454*(7204), 642–645.

Marshall, R. D., Olfson, M., Hellman, F., Blanco, C., Guardino, M., & Struening, E. L. (2001). Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *The American Journal of Psychiatry*, *158*(9), 1467–1473.

Oquendo, M., Brent, D. A., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., Zelazny, J., Burke, A. K., Firinciogullari, S., Ellis, S. P., & Mann, J. J. (2005). Post-traumatic stress disorder comorbid with major depression: Factors mediating the association with suicidal behavior. *The American Journal of Psychiatry*, *162*(3), 560–566.

Oquendo, M. A., Friend, J. M., Halberstam, B., Brodsky, B. S., Burke, A. K., Grunebaum, M. F., Malone, K. M., & Mann, J. J. (2003). Association of comorbid post-traumatic stress disorder and major depression with greater risk for suicidal behavior. *The American Journal of Psychiatry*, *160*(3), 580–582.

Pamplona, F. A., Prediger, R. D., Pandolfo, P., & Takahashi, R. N. (2006). The cannabinoid receptor agonist WIN 55,212-2 facilitates the extinction of contextual fear memory and spatial memory in rats. *Psychopharmacology*, *188*(4), 641–649.

Peskind, E. R., Bonner, L. T., Hoff, D. J., & Raskind, M. A. (2003). Prazosin reduces trauma-related nightmares in older men with chronic post-traumatic stress disorder. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, *16*(3), 165–171.

Raskind, M. A., Peskind, E. R., Hoff, D. J., Hart, K. L., Holmes, H. A., Warren, D., Shofer, J., O'Connell, J., Taylor, F., Gross, C., Rohde, K., & McFall, M. E. (2007). A parallel group placebo controlled study of prazosin for trauma nightmares and sleep disturbance in combat veterans with post-traumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, *61*(8), 928–934.

Raskind, M. A., Peskind, E. R., Kanter, E. D., Petrie, E. C., Radant, A., Thompson, C. E., Dobie, D. J., Hoff, D., Rein, R. J., Straits-Tröster, K., Thomas, R. G., & McFall, M. M. (2003). Reduction of nightmares and other PTSD symptoms in combat veterans by prazosin: A placebo-controlled study. *The American Journal of Psychiatry*, *160*(2), 371–373.

Saxe, G., Stoddard, F., Courtney, D., Cunningham, K., Chawla, N., Sheridan, R., King, D., & King, L. (2001). Relationship between acute morphine and the course of PTSD in children with burns. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *40*(8), 915–921.

Schnurr, P. P., Friedman, M. J., & Rosenberg, S. D. (1993). Premilitary MMPI scores as predictors of combat-related PTSD symptoms. *The American Journal of Psychiatry*, *150*(3), 479–483.

Shad, M. U., Suris, A. M., North, C. S. (2011). Novel combination strategy to optimize treatment for PTSD. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, *26*, 4–1.

Shiner, B., Westgate, C. L., Bernardy, N. C., Schnurr, P. P., & Watts, B. V. (2017). Anticonvulsant medication use in veterans with post-traumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *78*(5), e545–e552.

Steckler, T., & Risbrough, V. (2012). Pharmacological treatment of PTSD - Established and new approaches. *Neuropharmacology*, *62*(2), 617–627.

Stein, M. B., Kline, N. A., & Matloff, J. L. (2002). Adjunctive olanzapine for SSRI-resistant combat-related PTSD: A double-blind, placebo-controlled study. *The American Journal of Psychiatry*, *159*(10), 1777–1779.

Stein, D. J., Ipser, J. C., & Seedat, S. (2006). Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder (PTSD). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2006*(1), CD002795.

Tarrier, N., & Gregg, L. (2004). Suicide risk in civilian PTSD patients: Predictors of suicidal ideation, planning and attempts. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, *39*(8), 655–661.

Tull, M. T., Forbes, C. N., Weiss, N. H., & Gratz, K. L. (2019). An investigation of the effect of trauma script exposure on risk-taking among patients with substance use disorders and posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *62*, 77–85.

Waldrop, A. E., Hanson, R. F., Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Naugle, A. E., & Saunders, B. E. (2007). Risk factors for suicidal behavior among a national sample of adolescents: Implications for prevention. *Journal of Traumatic Stress*, *20*(5), 869–879.

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

Corresponding author:

*Dr Donatella Marazziti, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Sezione di Psichiatria, Università di Pisa, Via Roma, 67 - 56100, Pisa, Italy, indirizzo e-mail: dmarazzi@psico.med.unipi.it

Pietro Pellegrini, Giuseppina Paulillo,
Cecilia Paraggio, Clara Pellegrini, Lorenzo Pelizza,
*Raffaella Signifredi, Emanuela Leuci, Gilberto Gerra**

Persone con Disturbi mentali: diritti e doveri in ambito civile

Riassunto
Per quanto la legge 180/1978 abbia restituito diritti e doveri alle persone con disturbi mentali restano ancora molte diseguaglianze. Queste sono basate sul pregiudizio della persona con disturbi mentali come pericolosa a sé e agli altri, irresponsabile, imprevedibile, improduttiva. Alla luce dei nuovi concezioni in ambito psicopatologico e dei cambiamenti intervenuti nella salute mentale di comunità è possibile superare le legislazioni e norme speciali per le persone con disturbi mentali quali ad esempio sui Trattamenti Sanitari Obbligatori. La Convenzione O.N.U. sui diritti delle Persone con disabilità, approvata il 13 dicembre 2006, ratificata in Italia con L.18 del 3 marzo 2009 rappresenta il riferimento per assicurare i diritti all'autodeterminazione, alla vita, dignità, libertà e di cittadinanza creando al contempo le migliori condizioni per una cura efficace, evitando pratiche coercitive e custodiali. Una via per aprire a nuovi diritti, al progetto di vita, al senso, alla speranza, all'oblio. (Diritti civili, Disturbi mentali, Trattamenti sanitari obbligatori, Pregiudizio, Recovery)

Summary
Although the law 180/1978 has restored rights and duties to people with mental disorders, many inequalities are still affecting this population. Discrimination is based on the prejudice that the persons with mental disorders are dangerous to himself and others, irresponsible, unpredictable, unproductive. In light of new concepts in psychopathology and changes in in the vision of community mental health, it was made possible to overcome special laws and regulations for people with mental disorders such as for example on Compulsory Health Treatments. The UN Convention on the rights of Persons with disabilities, approved on 13 December 2006, ratified in Italy with Law 18 of 3 March 2009, represents the reference for ensuring the rights to self-determination, life, dignity, freedom and citizenship, while creating the best conditions for effective care, avoiding coercive and custodial practices. A way to open up to new rights, to the project of life, to meaning, to believes, to hope, to oblivion. (Civilrights, Mentaldisorders, Mandatory Healthtreatments, Injury, Recovery)

Introduzione
La legge n. 180/1978 ha restituito i diritti e i doveri alle persone con disturbi mentali e tuttavia molto resta da fare. In un precedente contributo[2]abbiamo evidenziato le discriminazioni ancora presenti in ambito penale. La situazione in tema di diritti civili, oggetto del presente contributo, seppure migliorata rispetto all'epoca manicomiale, richiede ancora attenzione e interventi.
Infatti, persistono pregiudizi che si traducono in culture e prassi, nonché in leggi per le quali le persone con disturbi mentali hanno diritti diminuiti. Condizione alla quale è speculare quella dei professionisti che si prendono cura di loro, i quali nelle pratiche sono condizionati dalla posizione di garanzia (art. 40 c.p., comma 2) e dalle possibili conseguenze civili[3] per azioni commesse da pazienti in cura. Uno spettro giudiziario può aleggiare nei servizi di salute mentale in relazione al timore del giudizio in caso di incidenti o per reati o danni commessi da pazienti con i quali talora basta un solo incontro (c.d. "responsabilità da contatto"). In questo modo si realizzano le peggiori condizioni per affrontare la sofferenza e la cura della persona in quanto si altera la percezione del rischio.

La cultura
Il pregiudizio porta a rappresentare la persona con disturbi mentali come irresponsabile, imprevedibile, improduttiva, incurabile e inguaribile, irrecuperabile. Se non è più da rinchiudere è comunque da vigilare, sorvegliare e da curare in un qualche modo obbligato come se fosse ancora in vigore l'abrogato art. 1 della legge 36 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".
Il linguaggio incide sulla dignità, crea stigma e sofferenza, come il riferirsi alle persone con disturbi mentali (anche in diversi articoli di legge) con i termini "internati", "minorati".
Nonostante le evidenze scientifiche vi è la convinzione che i disturbi mentali in relazione alla loro componente genetico-biologica durino tutta la vita, abbiano un andamento sfavorevole e non vi siano cure efficaci. Una prognosi infausta di cui il pessimismo e il nichilismo terapeutico rappresentano la logica conseguenza.
Le persone con disturbi mentali giustamente rivendicano

di essere considerate come le altre, senza alcuna discriminazione. Infatti, per quanto i disturbi mentali possano compromettere il funzionamento mentale, persiste sempre una parte sana e la parte malata può essere curata e guarita (recovery). La persona può essere capace di una vita attiva e produttiva in famiglia e nella comunità. Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono (di noma) volontari (legge 180/1978) e non vi è obbligo di cura, se non per brevi periodi ed in presenza di precise condizioni previste dal trattamento sanitario obbligatorio (TSO). Al di fuori di questo non vi sono né provvedimenti giudiziari, né altre forme di privazione della libertà che possano coercire alle cure. La persona non è solo malattia ma molto di più, il disturbo può essere temporaneo, ed anche quando è di lunga durata, vi sono sempre parti libere dalla malattia.

Il rapporto tra disturbo, cura e libertà è cambiato profondamente e la libertà, insieme a responsabilità e partecipazione, diviene fondamentale per un prendersi cura interiore, dove la persona è protagonista e la relazione con l'altro, la reciprocità diventano la base del consenso, di decisioni condivise, specie se sofferte, difficili, incerte nel rapporto rischi/benefici.

In relazione alla psicopatologia evolutiva, i disturbi mentali sembrano correlare con una componente biologica ma sempre più rilevanti sono le evidenze circa il ruolo della sintonizzazione, dell'attaccamento, della regolazione/autoregolazione, sui quali possono agire gli eventi sfavorevoli dell'infanzia come traumi, violenze, abusi e neglect in grado di compromettere funzione riflessiva, empatia, responsabilità, giudizio e relazioni mature. Una nuova concettualizzazione che quindi vede una complessità di fattori alla 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 ma non sempre compromette totalmente il funzionamento psichico e sociale, la possibilità di autodeterminarsi ("nulla su di me senza di me" rivendicano i pazienti) e quindi di rispondere degli atti commessi.

I sintomi sono espressione di una sofferenza, di un complesso di fattori biopsicosociali e ambientali interagenti che non necessariamente hanno carattere persistente e possono essere modificati con diversi interventi. In questo la persona, la sua famiglia ed il contesto hanno un ruolo attivo. Pur avendo un fondamento biologico, i disturbi mentali si connotano come espressione nel neurosviluppo di un'interazione fra genetica ed epigenetica, tra biologia e psicosociale, su cui possono agire i determinanti sociali della salute.

Nuove concettualizzazione del suicidio (Shneidman, 1985[4] ,1993a, b[5]) e delle azioni eteroaggressivee dell'omicidio specie nelle relazioni affettive[6] sono fondamentali ai fini della cura e della definizione del ruolo professionale dello psichiatra. Controllore di una follia imprevedibile, di un possibile pericolo sociale, oppure colui che accoglie, accompagna e sostiene la persona nell'affrontare e curare un disturbo. La definizione dell'altro è essenziale per la propria identità.

Se l'altro non viene riconosciuto nei suoi diritti e doveri, se l'incontro non è reciproca responsabilità bensì diseguaglianza e mancato 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, non solo a quelle con disturbi mentali.

Le persone con disturbi mentali non hanno bisogno di meno diritti e meno doveri ma di un surplus di entrambi, in un quadro di accoglienza, riconoscimento e rispetto reciproco non violento. Questo significa affrontare le condizioni di disabilità e svantaggio sociale (handicap) con adeguate misure di supporto ai diritti/doveri che si realizzano con la presenza dell'altro (familiari, amministratori di sostegno, fiduciari), di una comunità curante e solidale.

Prendere atto dei cambiamenti

a) Il Diritto ad abitare il mondo

La società italiana deve 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 ma non con il Codice Penale del 1930, che invece fa riferimento all'abrogata legge 36 del 1904.

Il diritto ad abitare il mondo va affermato in modo forte, 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.

Questi sono diritti fondamentali e 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. La 180 apre anche a "nuovi diritti": quello alla speranza, nel momento in cui spalanca le porte del manicomio per offrire una possibilità reale di cura non realizzabile nell'ospedale psichiatrico, che non solo aveva il significato di "chiudere la porta e buttare via la chiave" ma anche di "gettare la spugna", consegnando i malati ad un ineluttabile destino di progressivo deterioramento mentale e relazionale. Una regressione facilitata dalla dipendenza istituzionale talora persino scambiata per miglioramento, come purtroppo ancora accade anche in tante attuali Residenze.

b) Persona nella Comunità

L'accoglienza nella comunità consente alla persona di ritrovare un proprio posto come essere vivente nella società, permettendole di sperare che le cose siano, in qualche modo, nuovamente possibili nonostante le limitazioni dei disturbi. La persona è sempre parte della comunità e questa è sana e in condizioni di benessere se è in grado di promuovere percorsi di accoglienza e sostegno a tutti i suoi membri nei loro bisogni di base, nell'abitare e nel lavoro. È la comunità che cura, che si prende cura

delle persone e al contempo di se stessa, essendo i destini comuni. Una logica diversa da quella delle società individualiste e competitive che tendono ad emarginare e a produrre le c.d. "vite di scarto".
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 al contempo istituzioni totali, nonché a quel vissuto di disperazione e talora di "morte psichica" sperimentata dai pazienti e dalle loro famiglie. Percorsi personalizzati di ordine medico, farmacologico, psicologico e sociale possono contribuire a migliorare le condizioni di vita nell'ottica del prendersi cura in modo "sufficientemente buono" senza abbandonare nessuno. In questo non vi è onnipotenza, né terapeutica né sociale, ma è elevata la coscienza del limite, primo tra tutti quello delle conoscenze scientifiche, alle quali pure occorre fare riferimento, in quanto importanti per attivare le risorse umane ed etiche secondo i principi della rilevabilità e modificabilità dei fenomeni. In ciò si sostanzia il tentativo di coniugare pratiche basate sulle evidenze scientifiche e quelle derivate dalle prassi reali e dalle esperienze (anche spirituali e religiose) di vita vissute dalle persone. Queste ultime sono tanto più rilevanti quanto più è ridotta la possibilità di cure mediche.
c) Norme per soggettivazione e recovery
La riforma psichiatrica è fatta da leggi insature, che enunciano dei principi ispiratori la cui realizzazione effettiva è affidata alla continua messa in opera di strategie di cura della malattia mentale nella comunità, quindi da parte della sanità di concerto con le amministrazioni locali, il sociale, la scuola, la giustizia.
La salute mentale e la presa in carico della persona con sofferenza mentale non è astorica bensì legata alle condizioni sociali ed economiche specifiche, non solo alle evoluzioni in campo scientifico e terapeutico. La 180 ha permesso il divenire e ne fa la sua forza, apre al possibile e persino all'utopia, dove sempre nuove contraddizioni coesistono e preservano nella realtà libertà, diritti di cittadinanza, legami di solidarietà. Un diritto vivente che, in questo ambito, rende possibile il complesso processo di soggettivazione, che deve tenere conto delle concezioni di salute/malattia e cura della persona, della sua comunità e cultura nonché del significato interiore e relazionale del sintomo e le sue funzioni. Un'ottica nuova nella quale la persona, sempre portatrice di bisogni/risorse, diviene protagonista fondamentale per perseguire la recovery[7] clinica[8] e personale. Quest'ultima prevede l'acquisizione/restituzione di potere e controllo sulla propria vita, l'"essere connessi", cioè avere relazioni interpersonali e partecipare alla vita sociale e, nonostante la malattia e la disabilità, ricostruire un'identità e un ruolo.
La recovery personale, facilitata da quella clinica, permette di andare oltre il disturbo mentale, la perdita delle capacità e delle opportunità per riprendere attività che hanno un valore per il paziente. Le cure e l'auto aiuto possono essere fondamentali e confermare l'autostima della persona.
La speranza è una componente essenziale di questo processo e richiede uno sforzo sistematico, che comprende l'assunzione del rischio, piuttosto che il suo evitamento, la sua valutazione e condivisione. Il diritto di sbagliare è parte integrante del percorso ed implica uno spostamento del focus dal modello del deficit da rimediare a quello basato su punti di forza da incrementare. Un approccio che è complementare alla recovery clinica e alla psichiatria evidence-based.
La recovery dei servizi per la salute implica il superamento delle posizioni paternaliste, prendere atto dei limiti conoscitivi e predittivi della psichiatria[9] e dell'effetto sulla salute mentale delle pratiche privative della libertà. La persona che soffre è il massimo esperto della sua situazione e questa conoscenza e consapevolezza è basilare per muoversi verso pratiche centrate sulla persona, sempre parte della comunità e dell'equipe di cura. Occorre sostenere la persona per prevenire la perdita di diritti e doveri, ruoli sociali e ridurre i vissuti di fallimento. Se ciò è accaduto bisogna favorire il recupero della responsabilità, dell'autodeterminazione come migliore strumento per il controllo dei disturbi e delle conseguenti perdite in termini di diritti, ruoli, decisioni e potenzialità.
L'approccio invalidante rischia di accentuare gli aspetti regressivi ed emarginanti dei disturbi mentali e di favorire i vantaggi secondari.
L'approccio capacitante invece, sviluppato di concerto con servizi sociali e sanitari, permette di ridurre lo stigma. Le evidenze basate sulle pratiche indicano quanto sia rilevante programmare interventi ed attività che sostengano gli utenti nei contesti reali e nei bisogni di base. Inoltre sottolineano l'efficacia della riabilitazione "in situazione" piuttosto di quella "di transizione", e rimarcano i rischi regressivi della residenzialità.[10] L'approccio dei servizi basato sul "mantenimento" e sulla "stabilizzazione" ha mostrato di favorire i processi di cronicizzazione e spinte alla neo-istituzionalizzazione.
Le pratiche evolutive e abilitative attribuiscono responsabilità e competenze, portano ad individuare bisogni/risorse e desideri, fornendo un supporto per superare le barriere che la persona sperimenta come connesse alla disabilità. Occorre minimizzarne l'impatto mantenendo la persona nel contesto di vita da lei scelto. Questo significa cercare o creare ambienti di vita che favoriscano l'incremento della fiducia, della speranza, dell'accettazione di sé e dell'autostima.
Bisogna passare da pazienti passivi fruitori di trattamenti basati su prestazioni, a persone corresponsabili del loro programma di cura e protagoniste del progetto di vita.
Le pratiche fondate su ristretti criteri "evidence-based" si mostrano poco applicabili nei contesti reali. Di ciò occorre tenere conto nelle attività di "governo clinico" e in

esso vanno inseriti, come risorsa, anche tempo, disponibilità e negoziazione, speranza, potere degli utenti.[11]
Dal lavoro quotidiano dei servizi si hanno evidenze esperienziali circa l'efficacia di pratiche collaborative e democratiche[12], in grado di coniugare competenze "professionali" e valori quali la confidenza, empatia e familiarità. Il sapere degli utenti proveniente dall'esperienza vissuta nel superamento e nella gestione dei problemi di salute mentale è essenziale ed indica che sempre maggiore attenzione va prestata alla scelta delle persone alla loro vita quotidiana, imparando a vivere con i disturbi, gestirli, e ad avere una vita piena malgrado essi. Questo non significa rinunciare alla guarigione clinica ma qualora questa non sia raggiungibile se non in tempi lunghi, occorre "prendersi cura" delle persone nel loro contesto di vita, prevenire la perdita di ruoli incrementando l'accesso a tutte le opportunità di vivere, lavorare e partecipare alla vita sociale, offrendo il supporto in vivo affinché esse approfittino al meglio di tali opportunità.

Le norme "speciali" per le persone con disturbi mentali

Prendendo come riferimento la Convenzione O.N.U. sui diritti delle Persone con disabilità, approvata il 13 dicembre 2006, ratificata in Italia con la legge n.18 del 3 marzo 2009, analizzeremo come nonostante i cambiamenti intervenuti persistano norme "speciali" per le persone con disturbi mentali.

a) Diritto all'autodeterminazione

La legge 180 prevede che accertamenti e trattamenti sanitari siano ("di norma" aggiunge la Legge n. 833/1978) volontari. Se da un lato il consenso alle cure è riconosciuto, la stessa legge prevede anche le condizioni per il TSO. Una norma a tutela del diritto alla salute della persona che tuttavia suscita diverse perplessità.
In ambito giuridico[13] vi sono rilievi di costituzionalità in riferimento al TSO, che determina una riduzione della libertà personale, prevedendo una coercizione alle cure che non vengono specificate bensì lasciate alla discrezionalità del medico, il che può sconfinare nell'arbitrarietà. Cure che solitamente consistono in forme di trattamento farmacologico e contenimento ambientale di cui andrebbe dimostrata appropriatezza, sicurezza ed efficacia nel singolo caso secondo precisi riferimenti tecnico-scientifici e Linee guida.
L'altra perplessità è relativa al fondamento clinico che permette l'azione coercitiva e cioè l'assenza di consapevolezza di malattia e di avere bisogno di trattamenti, che si sostanzia in un rifiuto delle cure.
Il 50% dei pazienti affetti da schizofrenia assume regolarmente la terapia[14]. Tuttavia questo dato, di norma correlato con il disturbo psicotico, trova una sovrapposizione con molte altre malattie croniche. Ad esempio nell'ipertensione arteriosa è del 52-55% e nel diabete del 45%.[15]
Si può pensare che nel caso di questi disturbi si tratti di scelte consapevoli senza conseguenze per gli altri. In realtà non è così, in quanto il mancato trattamento può costituire un elemento di danno per la persona e per il prossimo, come può ad esempio accadere a seguito di una crisi ipertensiva o di una grave ipo o iperglicemia mentre si è alla guida di veicoli. "La scarsa aderenza alla terapia causerebbe 194.500 morti all'anno in Europa e si stima che costi circa 125 miliardi di euro/anno in Europa e 300 miliardi di dollari/anno negli Stati Uniti".[16]
È evidente che fa parte del patto sociale, di una cultura ampiamente condivisa, l'accettazione di un rischio fondato sulle libere scelte delle persone tanto che nemmeno nella pandemia da Covid 19 l'obbligo alla vaccinazione è diventato coercitivo. In questo quadro il TSO per i pazienti con disturbi psichiatrici ha ancora un senso? Si configura una giustificata attenzione "speciale"? O siamo di fronte ad una possibile lesione dei diritti della persona in quanto obbligata alle cure perché persiste nel profondo il timore della pericolosità del malato di mente, della sua violenza imprevedibile?
Un fantasma che agita e mobilita portando ad istanze di controllo piuttosto che ad una comprensione, condivisione e contenimento della sofferenza. Questo nonostante le ricerche non evidenzino un maggiore numero di reati commessi da persone con disturbi mentali rispetto alla popolazione generale.
In altre parole i pazienti con disturbi mentali, quanto ad adesione alle cure, commissioni di reati non sono molto diversi dagli altri, e questo restringe molto il razionale del trattamento obbligatorio e coercitivo. Questo è limitato al solo ambito dell'urgenza.
Si può obbligare al trattamento per condizioni cliniche, comportamentali e sociali nelle quali il cambiamento dello stile di vita può avvenire solo mediante la volontarietà e la motivazione e per le quali non vi sono evidenze scientifiche di cure certamente efficaci?
Quindi le ragioni per interventi coatti sembrano essere in crisi per ragioni giuridiche, culturali e cliniche, specie se si considera che in termini generali la responsabilità è terapeutica e che il consenso espresso sulla base del diritto all'autodeterminazione (il "nulla su di me senza di me") implica anche il rispetto delle preferenze, delle disposizioni anticipate di trattamento.

b) Il TSO e le garanzie

La legge 180 prevede diverse garanzie: i medici devono essere due,uno proponente e uno convalidante, chedeve essere del servizio pubblico;la procedura prevede motivazione, notifiche, ordinanza del sindaco, convalida del Giudice Tutelare, possibile nomina di amministrazione di sostegno; chiunque può opporsi; diritto alla notifica; diritto della persona alla comunicazione. La legge richiede inoltre che tutta la procedura sia preceduta e accompagnata dalla ricerca del consenso.
Nonostante questo, nell'attuale situazione vi sono molteplici ragioni per prevenire il TSO e per migliorarne l'appropriatezza e la sicurezza, ampliando le garanzie.

Non va dimenticato che sul piano esecutivo vi sono stati gravissimi incidenti, come nel caso Soldi a Torino[17].
Nelle condizioni non urgenti sarebbe auspicabile prevedere, prima del TSO, pratiche di mediazione, dialogo aperto[18]con la persona coinvolgendo le persone significative, in modo da tendere al consenso "allargato".
Dunque far precedere al provvedimento di TSO, come fase obbligatoria, un tentativo di aggancio (con i c.d. "dialoghi anticipatori") anche mediante il coinvolgimento del medico di medicina generale e servizi sociali oppure di mediatori, di associazioni di volontari privati che svolgono attività di cura, sostegno e aiuto volta a facilitare l'accettazione dell'intervento professionale dei servizi, nel rispetto del principio del consenso informato, per giungere ad un piano di cura capace di cogliere i diversi bisogni della persona magari con l'aiuto dell'eventuale Amministratore di Sostegno.
Prevedere in ogni Dipartimento di Salute Mentale un garante per i TSO e forme di tutela legale per il paziente da poter attivare in fase preliminare ed esecutiva. Poter attivare un secondo e un terzo parere psichiatrico anche esterni al Dipartimento di Salute Mentale.
La Legge n. 219/2017 prevede le Disposizioni anticipate di trattamento e la nomina di un Fiduciario e quindi andrebbero sviluppate anche in ambito psichiatrico, vedendo le tematiche specifiche. Favorire la nomina di Fiduciari e i Piani per la prevenzione delle Crisi e le disposizioni anticipate di trattamento. Con la formazione occorre evitare che le azioni dell'Amministratore di Sostegno siano ispirate da visioni custodiali e coercitive.
Le proposte di terapia dovrebbero essere parte della costruzione del consenso e fare riferimento a nozioni derivanti dall'ambito scientifico e non "pseudoscientifico", quindi dovrebbero tenere conto della reale efficacia degli interventi farmacologici, psicoterapici, dei fattori terapeutici aspecifici e dell'effetto placebo.
Ai professionisti viene chiesta la capacità di accettare il dissenso e il conflitto, migliorare la possibilità di interventi preventivi e di alternative come le forme di ospedalizzazione domiciliare, attivazione di Budget di salute per l'alta intensità di cura domiciliare, centri crisi e modalità di trattamento non farmacologico. Il lavoro delle equipe potrebbe inoltre essere integrato con la presenza e l'intervento di Utenti Esperti.
L'essere sottoposti a TSO apre situazioni nelle quali trovare casa e lavoro diventa assai difficile. Occorre poter fruire di sostegni e garanzie per una ripresa dell'inclusione sociale, anche mediante Budget di salute.
Concetti ribaditi dalla Convenzione ONU: ogni individuo, senza alcuna distinzione di sesso, etnia o religione, ha il diritto a programmi diagnostici o terapeutici quanto più possibile adatti alle sue personali esigenze e difficoltà.
I servizi sanitari devono garantire, a questo fine, programmi flessibili, orientati quanto più possibile agli individui, assicurando che i criteri di sostenibilità economica non prevalgano sul diritto alle cure.
La garanzia offerta dallo Stato sociale è un presupposto inderogabile all'esercizio dei diritti civili e politici, nella misura in cui, senza un vero e proprio dovere pubblico di soddisfare i bisogni basilari, incluso quello alla salute, gli altri diritti diventano meno significativi e irraggiungibili per certi gruppi sociali. Ma non vi è diritto vivente se non vi sono le condizioni per renderlo esigibile e realizzarlo. Quindi il diritto alla salute di tutti deve prevedere un sistema di welfare pubblico e universale.
c) Se la cura si deve svolgere in un ambito paritario ciò deve permeare ogni ambito e non possono esistere norme penali, civili, carte dei diritti/doveri della persona e dei familiari improntate ad un sostanziale paternalismo nei confronti della persona con disturbi mentali.
Si fa riferimento alla posizione di garanzia (ex art 40 c.p. comma 2°) in base al quale lo psichiatra può essere chiamato a rispondere delle azioni commesse da un paziente in cura e all'art. 1374 c.c.. che configura l'obbligo della struttura sanitaria di sorvegliare il paziente in modo adeguato rispetto alle sue condizioni, al fine di prevenire che questi possa causare danni a terzi o subirne.
Il dovere di sorveglianza sorge legalmente in capo alle strutture sanitarie ove sono ricoverate persone maggiorenni le quali, sebbene non interdette, siano, per infermità di mente, incapaci di intendere e di volere (Cass. Civ. n. 16803 /2008).
Quindi se l'autore del danno è persona incapace di intendere e di volere (sia che si tratti di minore soggetto a responsabilità genitoriale, sia che si tratti di maggiorenne, soggetto o meno a tutela), trova applicazione l'art. 2047 c.c. che individua nel soggetto tenuto alla sorveglianza il responsabile per il fatto illecito dell'incapace.
La responsabilità civile del soggetto tenuto alla sorveglianza di una persona incapace, la quale abbia cagionato danni a terzi dà luogo ad una responsabilità diretta e propria di coloro che sono tenuti alla sorveglianza, per inosservanza dell'obbligo di custodia, ponendo a carico di essi una presunzione di responsabilità, che può essere vinta solo dalla prova di non aver potuto impedire il fatto malgrado il diligente esercizio della sorveglianza impiegata.
La circostanza che il paziente sia capace di intendere o di volere, ovvero il fatto che non sia soggetto ad alcun trattamento sanitario obbligatorio, non esclude il suddetto obbligo, ma può incidere unicamente sulle modalità del suo adempimento.
La prova liberatoria (la formula contenuta nell'art. 2047, sostanzialmente equivalente a quella contenuta nell'art. 2048, è "salvo che provi di non aver potuto impedire il danno") è poi di solito intesa in modo molto rigoroso, ovvero come prova di un impedimento assoluto di aver potuto impedire il fatto dannoso.
Posizioni di garanzia e obbligo di sorveglianza sono in sintonia con una visione della psichiatria di tipo custodiale e contrastano profondamente con la concezione

della salute mentale che si realizza nella comunità, la quale prevede il protagonismo della persona, la sua assunzione di responsabilità, la valutazione condivisa dei rischi e benefici, la definizione dei fattori di crisi, protettivi o precipitanti. I comportamenti umani sono multideterminati e lo psichiatra non può rispondere di agiti che non può prevedere e per scelte che magari non condivide affatto ma che la persona comunque realizza, come quella di cessare una terapia farmacologica o di assumere sostanze psicoattive.
In questa direzione va giustamente la legge 219/2017, che all' art 1 punto 6. prevede: "Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale". Questo approccio, quindi, deve affermarsi nella cultura giuridica.
Tutto viene condizionato dall'esistenza della "capacità di agire" che la persona con disturbi mentali, per pregiudizi, vede sempre a rischio.
Essere messi in discussione su questo punto mina profondamente identità e ruoli, fa sì che il mondo interno, i vissuti siano messi in dubbio, alimentando così i fraintendimenti, le incoerenze, in base ai quali "ha detto questo ma voleva dire quello" e allo psichiatra erroneamente si accolla la funzione di stabilire la verità e l'autenticità. Sono elementi psichici autentici della persona sia quelli della malattia, sia quelli della parte sana, ed è con entrambi e con la loro storia che lo psichiatra entra in relazione, costruendo con il paziente una realtà terza, un soggetto transizionale, in grado di evolvere perché relativa, cioè capace di ricreare una dinamica tra spazio-tempo, tra presente e futuro, tra attuale e potenziale.
Riconoscere e condividere i deficit non invalidando il vissuto e senza bollarlo come una totale incapacità di agire è in sé un'azione terapeutica. Capire quindi il vissuto e le scelte alla luce del progetto di vita è una prospettiva che dovrebbe vedere unite le azioni di supporto di eventuali amministratori di sostegno al fine di conservare e valorizzare la capacità di scelta ed autodeterminazione presenti. Non invalido e ininfluente, ma potenzialmente valido e capace di decidere, magari supportato dalla presenza dell'Altro.
Il diritto alla salute si declina quindi sia nelle forme dei diritti di libertà che dei diritti sociali. Le libertà trovano tutele essenzialmente tratte dal contesto dei diritti civili e politici: il diritto di autodeterminazione sul proprio corpo e sulla propria salute, il diritto alla libertà sessuale e riproduttiva e la libertà da interferenze, che include il diritto di non essere sottoposto a tortura o a trattamenti medici senza il proprio consenso. I diritti sociali, invece, comportano l'affermazione di un «diritto a un sistema di tutela della salute che fornisca pari opportunità alle persone di godere del più elevato livello di salute possibile».
d) La Convenzione ONU garantisce all'art. 10 il diritto alla vita, all'eguaglianza (art 12), l'accesso alla giustizia (art. 13), alla libertà e sicurezza (art. 14), alla dignità, a non essere sottoposto a tortura, a pene o a trattamenti crudeli, inumani o degradanti (art 15), diritto di non essere sottoposto a sfruttamento, violenza e maltrattamenti (art. 16), alla salute (art.25).
I diritti alla salute, alla libertà e alla dignità della persona, all'intimità, alla libertà corporea e personale, all'immagine devono essere assicurati tutti insieme ed essere reali in ogni ambito. Così il diritto all'abilitazione e alla riabilitazione (art. 26).
Ovviamente, essi devono avere vigenza anche all'interno del rapporto terapeutico, quindi il rispetto della persona umana significa in primis che il trattamento sanitario imposto deve migliorare o comunque non danneggiare la salute di chi vi è sottoposto, non potendo comportare conseguenze negative per la stessa, se non quelle tollerabili data la loro "temporaneità e scarsa entità"[19]: tale non può essere considerata la contenzione fisica.
È fondamentale il diritto alla vita indipendente (al reddito) e all'inclusione nella società (art. 19) che si realizza anche mediate i diritti al lavoro, alla partecipazione, al voto.
Il diritto alla vita privata e familiare (diritto all'affettività, alla sessualità, alla genitorialità) è fondamentale: poter decidere dove, come, con chi vivere realizza in pieno la persona. I diritti devono essere esigibili a prescindere da tutto. Ad esempio, il diritto alla vita e al cibo non può essere condizionato dalla capacità di alimentarsi autonomamente; vi sono tante forme diverse per realizzarlo. Questo vale per tutti i diritti fondamentali che non devono essere condizionati alla presenza di abilità specifiche. Una linea che dovrebbe essere il riferimento degli Amministratori di sostegno. Partecipazione viene prima delle abilità e approcci nuovi come Housing First e Budget di Salute dimostrano come la capacitazione possa far accedere ai diritti.
e) Nonostante la dichiarazione di Edimburgo[20], in ambito lavorativo persiste una normativa speciale per i malati mentali. Infatti, la legge 68/99 all'art. 9, comma 4, prevede che i disabili psichici siano esclusi dalle selezioni nella pubblica amministrazione mentre invece vengono avviati su richiesta nominativa, mediante le convenzioni di cui all'art.11.
Nei Paesi OCSE solo il 40% dei disabili ha un lavoro. Stigma sociale, diffidenza delle aziende e difficoltà nell'inserimento emarginano ulteriormente i più fragili: solo il 25% di chi soffre di una patologia psichica ha trovato un'occupazione. In Italia l'inserimento di chi soffre di handicap fisici o mentali è ancora più basso, 18 persone su 100 disabili.
Tra tutte le forme di disabilità, i disturbi psichici sono associati con i più alti tassi di disoccupazione: normalmente tra il 70% e il 90%. Esistono, infatti, grandi differenze nei tassi di disoccupazione tra le persone con problemi di salute mentale, le persone con disabilità fisiche e la popo-

lazione in generale.[21]
L'Istituto per lo sviluppo della formazione professionale dei lavoratori (ISFOL)[22] fornisce un quadro del numero complessivo dei lavoratori con disabilità psichica presenti nel mondo del lavoro privato. "Da un campione rappresentativo della realtà nazionale composta da 495 aziende con più di 15 dipendenti e quindi tenute al rispetto della legge 68/99 si ricavano due dati particolarmente significativi: solo il 45,5% delle aziende rispetta l'obbligo di legge; nel campione preso in esame su 570 disabili assunti solo 62 sono psichici, il che significa che sul totale dei disabili assunti gli psichici rappresentano poco più del 10 per cento". Nell'attuale fase di crisi economica, la tendenza al mancato rispetto delle norme previste dalla L. 68/99 ha sicuramente subito un rafforzamento: le aziende reputano "costoso" in termini organizzativi l'inserimento dei disabili, soprattutto quelli con problemi di tipo psichico. Il trade off tra sanzioni amministrative e "costo dell'inserimento" del disabile psichico appare sfavorevole, per cui le imprese preferiscono non rispettare gli obblighi di legge. Più in generale, questa tendenza persiste a causa di credenze che prescindono da una reale conoscenza della persona e dei suoi disturbi, quali la scarsa produttività, l'incapacità di rispettare compiti e orari, l'imprevedibilità dei comportamenti, l'aggressività. In una rassegna della letteratura sul tema dell'inserimento lavorativo dei disabili psichiatrici [23], oltre alle false credenze sulla malattia e alla bassa produttività, vengono individuati altri due fattori: le difficoltà relazionali, ossia l'incapacità di gestire lo stress lavorativo e la scarsa affidabilità dei servizi di supporto, intesa come sfiducia nelle figure professionali di accompagnamento e preoccupazione sulla situazione al termine del periodo di inserimento supportato. Conoscere permette di superare i pregiudizi: nelle ditte private dove si realizza l'inclusione della diversità migliora il clima aziendale e la produzione.
Un'indagine sull'adempimento dell'obbligo da parte degli Enti pubblici sarebbe molto importante.
Un adulto con meno di 65 anni con limitazioni ad un lavoro produttivo ha diritto ad un sostegno economico, non dovrà essere una pensione di invalidità o inabilità ma un "reddito di inclusione", comunque volto all'abilitazione e ad esprimere attività produttive di senso.
f) Le persone con disturbi mentali devono poter accedere senza alcuna discriminazione ai diritti assicurati alle persone con disabilità e alle loro famiglie/care giver (legge n. 104/1992, legge 112/2016 ed al.). Il carico familiare e la qualità della vita dei care giver devono essere adeguatamente sostenuti sia in termini economici, sociali e psicologici per evitare solitudine, l'abbandono e le povertà.
I pazienti cronici anziani, disabili, poveri non possono essere assistiti solo dai Dipartimenti di Salute Mentale, come se non avessero i diritti di cittadinanza, ieri in manicomio, oggi in quella rete, a parte della psichiatria di comunità. Nell'esperienza quotidiana, dietro diagnosi, valutazioni e problemi di budget si consuma una triste battaglia per l'accesso al welfare di persone che in molti casi sono in condizioni di povertà estrema e talora considerati colpevoli del loro stato. Pazienti che eroicamente vivono con pochissimo si sentono evitati e ricevono umilianti e inappropriate "romanzine". Fino a non poter accedere a servizi che prevedono tecnologie e conoscenze informatiche. La transizione digitale, se non accompagnata da presenze umane, rischia di creare nuova emarginazione e abbandono.
I malati mentali hanno livelli diversi di disabilità e ciò dipende anche dall'ambiente. In questa direzione va l'OMS che nel 2001 ha introdotto la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF), la quale identifica le difficoltà di funzionamento della persona sia a livello personale che nella partecipazione sociale.[24]L'ICF ha promosso un sostanziale cambiamento nell'approccio, definendo un quadro di riferimento rivoluzionario e un linguaggio unificato per descrivere lo stato di salute di una persona. Si assiste così a un rovesciamento dei termini di riferimento, parlando in positivo di funzioni, strutture, attività e partecipazione anziché di menomazioni, disabilità e handicap.[25]

Nuovi diritti

A tutte le persone sempre parte della comunità, dell'ambiente nel loro essere nel mondo vanno assicurati, reciprocamente, in un rinnovato patto sociale, nuovi diritti. Questi devono valere per ciascuno e per tutti nel senso che ne siamo al contempo produttori e fruitori. Non esiste un erogatore e un fruitore ma la persona esplica sempre entrambi i ruoli. Su questa base possono essere ripensati sia le modalità di vivere il mondo[26] sia le forme di creazione e sostegno ai diritti/doveri.
La crisi climatica, la pandemia, la guerra richiedono con urgenza, specie per le giovani generazioni, di cominciare a rendere effettivo, concreto il diritto al progetto di vita, il diritto a dare senso al tempo, a ricercarlo nel dialogo, nella partecipazionee nella pace. Anche con chi viola e sbaglia. I protagonisti della relazione di cura, con pazienza, lentamente se questa regge, tra rotture e ricomposizioni, maturano la convinzione che sia richiesta una nuova configurazione della realtà, possibile solo nel raggiungimento di un'armonia nuova, dinamica, fragile e imprevedibile.
Vi è bisogno di riconoscerci l'un l'altro il diritto al futuro, alla recovery, alla speranza, al perdono.
Diritto alla creatività e ad essere visionari nel ridefinire obiettivi e finalità. "Incontrare un uomo significa essere tenuti svegli da un enigma: nell'incontro con l'Altro nulla è mai scontato e il modo nel quale ci manifestiamo è indissociabile dal modo nel quale le cose e gli altri appaiono a noi. Tutte queste "centralità plurali" che interagiscono e si connettono nella "rete a nodi protagonisti" vanno sostenute, incoraggiate, capite e non lasciate sole anche nel sapersi "decentrare", cioè nel saper uscire da se stesse per

assumere lo sguardo, la prospettiva e l'aspettativa dell'altro".[27]

Per i malati (non solo psichiatrici ma anche per quelli oncologici) emerge la necessità di assicurare non solo il diritto a non essere stigmatizzati per sempre, ma anche quello al non 'oblio, cioè al superamento della condizione di malato, per la quale l'essere stati in cura presso un centro di salute mentale viene sempre ricordato, messo al primo posto, ad esempio quando capita di andare magari per altra ragione, al Pronto Soccorso oppure quando presenta una domanda ai servizi sociali. Le storie di inveterate discriminazioni rendono "matti per sempre" e non guaribili. Il diritto all'oblio è talora preliminare al diritto ad accedere al lavoro, ad un mutuo o a un prestito, a stipulare un'assicurazione.

Così le misure di sicurezza e la pericolosità sociale non devono essere un marchio che si imprime sulla personalità morale determinando una specie di status, tale da mettere il soggetto che ne è colpito in una condizione di subordinazione speciale.

Conclusioni

Abbiamo visto come la rappresentazione della persona con disturbi mentali rispecchi quella dello psichiatra, e il tutto risuoni all'interno di un patto sociale dove interpretazione delle norme, culture, pregiudizi, bisogni e attese si stratificano e vivono dinamiche solo in parte esplicitate ma per lo più vissute e praticate implicitamente. Questo è tanto più importante per la psichiatria che purtroppo vede convivere leggi contraddittorie. Le leggi 180 e 81 fanno riferimento alla Costituzione mentre è ancora vigente il codice penale Rocco del 1930 che è in sintonia con la legge 36 del 1904. Nonostante siano passati oltre 40 anni dalla 180 persiste una visione custodiale e autoritaria della psichiatria. L'indebolimento delle capacità di dialogo e di mediazione sociale porta a vedere disagi e conflitti come fatti privati, da affrontare con la cura o la legge.

I diritti della persona debbono entrare pienamente nel rapporto terapeutico, a tutela del paziente e dello psichiatra. Serve una parità di diritti e doveri a partire dall'autodeterminazione e questo può essere un obiettivo strategico comune a psichiatri, persone che soffrono e alle loro famiglie. La convenzione dell'ONU rappresenta un importante punto di riferimento per intraprendere percorsi volti a superare le persistenti discriminazioni. Serve la crescita di nuovi diritti per realizzare al meglio la cura e la qualità della vita di tutte le persone, non solo quelle con disturbi mentali o di altro tipo, condizione che prima o poi riguarda il destino mortale di ogni essere umano.

[1] Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl di Parma

[2] "Persone con disturbi mentali in ambito penale. Diritti e doveri: molto resta da fare!
Pietro Pellegrini, Giuseppina Paulillo, Cecilia Paraggio, Clara Pellegrini, Lorenzo Pelizza, Emanuela Leuci, L'Altro n. 2- 2021 25-30

[3] Art. 2047 "In caso di danno cagionato da persona incapace di intendere o di volere, il risarcimento è dovuto da chi è tenuto alla sorveglianza dell'incapace, salvo che provi di non aver potuto impedire il fatto.
Nel caso in cui il danneggiato non abbia potuto ottenere il risarcimento da chi è tenuto alla sorveglianza, il giudice, in considerazione delle condizioni economiche delle parti, può condannare l'autore del danno a un'equa indennità.

[4]Shneidman, E. S. (1985). Definition of suicide. Aronson, Northvale.

[5]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

[6] Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, eds. Worldreport on violence and health. Geneva: World Health Organization,2002.
Bronfenbrenner V. The ecology of human development: experimentsby nature and design. Cambridge: Harvard University Press,1979.
Lineeguida nazionali dei programmi di trattamento per uomini autori di violenza contro le donne nelle relazioni affettive, Relive Relazioni libere dalle violenze, Firenze https://www.associazionerelive.it/joomla/images/LineeGuidaRelivea.pdf

[7] Maone A. D'Avanzo B. (a cura di) RecoveryNuovi paradigmi per la salute mentale, Raffaello Cortina Ed., 2015

[8] Criteri operativi di Recovery(Liberman, Kopelowitz, Ventura and Gutkind, 2002)
1. Remissione o stabilizzazione dei sintomi; 2. Lavorare o studiare in contesti normali; 3. Vivere indipendente: autoresponsabilizzazione per la gestione del denaro e dei farmaci; 4. Attività di tempo libero in contesti normali
5. Relazioni sociali al di fuori dei "ghetti"/setting psichiatrici; buone relazioni con i familiari; 6. Definire e raggiungere obiettivi ritenuti rilevanti per lapersona. I Miglioramenti devono essere mantenuti per almeno due anni.

[9]Angelozzi A. Problemi della previsione in psichiatria, Psicoterapia e Scienze Umane 2021 Vol 55, n.4, 623-646

[10]Burti L. Attualità di Goffman: quanto contribuisce alla carriera morale di malato mentale la psichiatria italiana contemporanea? Psicoterapia e Scienze Umane, 2017, Vol 51, n.2, 211-246

[11] Pellegrini P. Indicatore 180, https://form.jotform.com/202961324049049

[12] Barone R. (a cura di) Benessere mentale di comunità.

Teorie e pratiche dialogiche e democratiche. Franco Angeli Ed., 2020
[13] Landolfi C. "L'Aporia della coercizione terapeutica "per malattia mentale" in ordinamento liberaldemocratico: profili di incostituzionalità", Diritto Penale Contemporaneo 7-8/2017, 119-130
Landolfi C. L'aporia della coercizione terapeutica per "malattia mentale" in un ordinamento liberaldemocratico: analisi del T.S.O. nella prospettiva delle misure praeterdelictum", Diritto Penale Contemporaneo, 5-2018, 5-18
[14] Mc Evoy J.P. La relazione tra insight nella psicosi e compliance al trattamento in Amador X. David S (a cura di) Insight e psicosi, Consapevolezza di malattia nella schizofrenia e nei disturbi correlati, Giovanni Fioriti Ed., 2009.
[15]World Health Organization Adherence to long term therapies: Evidence for action, World Health Organization 2003
OMS Adesione alle terapie a lungo termine. Problemi e possibili soluzioni. Edizione italiana a cura di E. Grossi, Critical Medicine Publishing Editore, 2006
[16] Pelliccia F., Romeo F. L'impatto della non aderenza alle terapie farmacologiche sulla qualità dell'assistenza e sulla sostenibilità dei sistemi sanitari. Focus sulle malattie cardiovascolari, Recenti ProgMed 2016;107(1 Suppl. 1):1S-14S
doi 10.1701/2148.23242
[17]Spiguglia M. Noi due siamo uno. Storia di Andrea Soldi, morto per un TSO, add Editore, 2021
[18]Seikkula J. Il dialogo aperto. L'approccio finlandese alle gravi crisi psichiatriche. Giovanni Fioriti Editore, 2014
[19]Corte cost.,sent. 22/06/1990, n. 307, in Foro it., 1990, I, 2694
[20]
https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/9aaa1114-7460-4e61-9d70-bd0649301286/WHP_+DichiarazioneEdimburgo.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-9aaa1114-7460-4e61-9d70-bd0649301286-m7.WPPr
[21] "Mental Health and Development: Targeting People with Mental Health Conditions as a Vulnerable Group", realizzato dall'Organizzazione Mondiale per la Sanità (WHO – World Health Organization, 2010,pp.21-23).
[22]Isfol Le prospettive di impiego delle persone con disabilità psichica: opportunità e barriere nei contesti aziendali, Libri del Fondo Sociale Europeo, n. 197, 2014
[23]Mangili E., Ponteri M., Buizza C., Rossi G., Atteggiamenti nei confronti della malattia mentale e delle disabilità nei luoghi di lavoro: una rassegna, in Epidemiologia e Psichiatria Sociale, no. 13/1, 2004, pp. 29-47
[24]Organizzazione Mondiale della Salute (OMS), International Classification of Functioning, Disabilities and Health (ICF), 2001
[25]Organizzazione Mondiale della Salute (OMS), International Classification of Impairments Disabilities and Handicaps (ICIDH), 1980
[26]Ferrajoli L. "Per una Costituzione della Terra. L'umanità al bivio", Feltrinelli, 2022
[27] Emmanuel Lévinas Dalla fenomenologia all'idea di infinito. Aracne, 2010

Aniello Castaldo

LA PAGINA di: SEMIOTICA E CINEMA

Riassunto:
La Pagina della Rivista, che vogliamo inaugurare a partire da questo numero, tratta dei Rapporti interdisciplinari tra la Semiotica - Linguistica - Significazione in relazione al Cinema, inteso come Arte visiva dell'Interiorità ed intersoggettività tra Spettatore/Attore e Personaggio; questa idea è il binario che adottiamo, come un gioco di riflessi di specchi, sia per la comprensione dei sentimenti e delle emozioni basali dell'Uomo che per le Storie cliniche dei nostri Pazienti. Iniziamo con il Cinema dei PADRI E FIGLI con tre film apparentemente lontani come dimensione scenografica, ma vicini nei loro significati esistenziali: "La gatta sul tetto che scotta" di R. Brooks (1958), "Il sorpasso" di D. Risi (1962) ed "E' stata la mano di Dio" di P. Sorrentino (2021).

Summary:
With this Section we want to open a analisys of basic Emotions of the Man with the Cinema's eye, through family' plot, normal and pathological. Focus is Interiority and Intersoggettivity of the Actors/Parts and Spectators with a empatic phenomenological osmosi. To day it'is begin with the Cinema "Fathers and Songs" - three film: "Cat on a Hot Tin Roof" (1958) – "Il Sorpasso" (1962) and "E' stata la mano di Dio" (2021).

Semiotica e Cinema

Con questo numero della Rivista, vogliamo inaugurare una Pagina dedicata a -Semeiotica e Cinema-che vorremmo si avvalesse di una collaborazione di Lettori con un Linguaggio interdisciplinare a Tema. Quello che intendiamo proporre è un Commento a Film che indaghino il complesso rapporto tra Spettatore e Personaggio- tramein un'ottica di Visione sia fenomenologica che neuroscientifica le cui narrazioni diventano centrali per capire, con il Cinema, l'interiorità, l'intersoggettività, l'identità delle Storie dei nostri pazienti e di noi stessi. Ma se, anche senza essere specialisti sappiamo cos'è il Cinema e ce lo dobbiamo ricordare in un momento storico in cui esso viene sommerso da altri Linguaggi, digitali per lo più, e dimenticato come rito collettivo di recarsi in sala anche e purtroppo per il perdurare di misure anti-Covid, dobbiamo dire due parole sul concetto di Semiotica e non me ne vogliano i Lettori che già lo conoscono. Dagli studi di Medicina apprendiamo che con Semeiotica indichiamo un complesso di segni (sintomi), che, a letto del paziente o con metodi strumentali, ci indirizzano verso talune patologie del Corpo, segni disfunzionali della Fisiologia generale. Con la dizione, invece, di Semiotica utilizziamo la definizione che ci dà Umberto Galimberti nel Nuovo Dizionario di Psicologia (2018) (1): "il termine designa la teoria generale dei segni sia verbali (Linguistica) sia non verbali (Gesto) in ordine alla loro significazione, produzione, trasmissione e interpretazione ... il Segno è un entità costituita da un significante e da un significato ed è analizzabile sul piano dell'espressione e sul piano del contenuto".

Filosofi e Linguisti nonché Psicologi si sono occupati o meglio preoccupati di intervenire nel dibattito Segno Realtà Finzione, un po' come noi Professionisti della Salute Mentale, che abbiamo inscenato teatri interpretativi per approfondire gli snodi che alcune Personalità (è ancora attuale il termine?) prefigurano difetti nello sviluppo dell'Io. Perché abbiamo? Allora e non ora? Perché le stagioni di una Psicopatologia fenomenologica alla E. Minkowski (2) tanto utile negli anni 50, ora sono indagini spente o silenti e sotterranee (da leggere e rileggere comunque) che lo stesso E. Borgna s'interroga della loro attualità in una conversazione privata con il sottoscritto. Forse le Realtà virtuali, i Metaverso, la Conoscenza ologrammatica stanno soppiantando il Mondo basale di Husserl, lo stare semplicemente al Mondo o forse è lo studio di altre Forme di Comunicazione e di Osservazioni della Mente-la Neuroimmagine dei Neuroscienziati che devono interfacciarsi con la Fenomenologia comprensiva di Jaspers? Ma ci stiamo perdendo ... torniamo al Cinema, andiamo al Cinema con sottoabbraccio Frammenti di un Discorso amoroso di R. Barthes (3), che declina la Semiologia in una sorta di Teoria generale della Cultura (e siamo negli anni '60), senza dimenticare il Trattato di Semeiotica generale di U. Eco (4) (avvicinandoci agli anni '70). In questo orizzonte semantico di Linguaggio delle Arti-ci stiamo avvicinando al Cinema-rivolgiamo ad esso,

adattandolo, il pensiero di Wittgenstein che dice: "Ogni segno, da solo, sembra morto. Che cosa gli dà vita? Nell'uso, esso vive" (Ricerche filosofiche del '53); bene allora possiamo dire che ogni immagine se ferma è solo fotografia, se assemblata, montata con altre immagini e suoni è movimento. Allora essa diventa Cinema e perché esso ci affascina, non a tutti però allo stesso modo, è dovuto al fatto che "pur stando fermi nelle nostre poltrone, abbiamo la sensazione di muoverci e orientarci nello spazio virtuale dello schermo" per un coinvolgimento del nostro Io con i personaggi delle Storie secondo una risonanza di sentimenti e gesti trasmessi dai neuroni specchio in un gioco di simulazioni in-carnate. (da approfondire con il volume di V. Gallese e M. Guerra dal titolo-Lo specchio empatico-Cinema e neuroscienze 2015) (5). Di queste magie, di questi sortilegi vorremmo parlare insieme ai Lettori un po' visionari, un po' onirici, un po' psicoanalitici.

A proposito di Psicoanalisi è sempre attuale il libro di Christian Metz -Psicoanalisi e Cinema -del 2006 (6) che secondo l'interpretazione lacaniana della visione come primitivo rispecchiamento nel volto della madre del nostro, ci indirizza al riconoscimento dell'Altro/Se stesso rimbalzando lo sguardo identificativo tra spettatore e attore/personaggio. Non dimentichiamo che il Cinema e la Psicoanalisi nascono quasi contemporaneamente intorno al 1895 in Europa da matrici culturali che anche se differenti, contemplano un linguaggio semiotico universale nel gioco del significato/significante della Realtà e della Finzione. Il Cinema nasce muto, poi deve aggiungere alle scene un parlato-scritto com'è nell'evoluzione del Linguaggio umano. Questi sono i filoni culturali sui quali, chi volesse scrivere, amplierebbe il dialogo fra i Lettori e chi scrive. Da parte nostra ora, per rompere il ghiaccio, vorremmo occuparci di come nel Cinema è stato trattato il tema del rapporto PADRI E FIGLI (7) partendo da tre film lontani come anni tra loro: "La gatta sul tetto che scotta" del '58 di R. Brooks", con Paul Newman e Liz Taylor (che riprende per certi versi "La valle dell'Eden" di Elia Kazan del '55 film epocale che crea il mito di James Dean come giovane ribelle con sfumature borderline), "Il sorpasso" di Dino Risi, tratto da una sceneggiatura di Maccari e Scola, opera ancora "giovane" del Cinema italiano (dove il rapporto tra Gassman e Trintignant è quello di un padre "scapestrato" ed un figlio che non vuole diventare adulto ma con un cattivo maestro per un giorno ne prende consapevolezza). Qui padre e figlio sono tali non per discendenza ma perché incarnano, a livello simbolico, due funzioni familiari. Ed il terzo film, questo ultimo di Sorrentino: "E' stata la mano di Dio" del 2021 dove una famiglia "normale" vive una sciagura improvvisa sparigliando le carte di una Felicità impossibile se non nel mito (che è qui quello di Maradona). I film di primo acchito sembrano diversi per temi e negli aspetti formali e risentono della Realtà nella quale sono stati girati; ma sono però paradigmatici per quanto attiene al figlio in crescita nelle modalità di sviluppo quasi naturale, quasi, perché diventare adulti è "quasi" un processo in continuo divenire; e quelli che sono i Romanzi di formazione, cito per esempio Il giovane Holden di J. Salinger (8) e Lolita di V. Nobokov (9) (come esempio di anomala e malata storia sessuale di cattiva formazione) ci aiutano a capire stati d'animo e conflitti psichici: quasi un processo, perché crescere è andare verso e poi fare un passo indietro e quindi progredire ed a volte deviare, termine che indica come si possono prendere strade collaterali e fare cattivi incontri La crescita, intesa in senso ontogenetico, allargato al mentale non è insomma lineare ed a volte le linee-guida possono involontariamente creare continui stigma, se tutto non rientra....Diverso certo lo sviluppo filogenetico della Specie ma anche qui l'albero darwiniano che si slancia al cielo, in studi ormai più recenti, è diventato un cespuglio a forme dendritiche con diramazioni laterali.

Ma perché di tutte le Arti alla fine è il Cinema quella che più si avvicina al desiderio di coloro che si occupano di capire la Realtà dei loro pazienti e delle persone in generale? Perché il Cinema è un lavoro d'insiemi complessi come redigere una Rivista che accoglie più lavori e proposte, quindi perché adotta una trasformazione per immagini di vissuti e stati d'animo che si legano a Letteratura e Biografie. P. P. Pasolini diceva che la critica letteraria era una -descrizione di descrizioni-un po' come lo psicoanalista che deve descrivere i sogni attraverso un'interpretazione della realtà del sogno stesso, da un contenuto latente ad uno manifesto nella traduzione ermeneutica lavorando all'inverso cioè passando da visioni ,immagini del sogno e dell'allucinazione ad un costrutto più o meno organico, appunto significativo, alla ricerca di un messaggio ultimo, di una voce che secondo Lacan è quella del Padre o per Jung forme archetipe più vicine a figure femminili. Adesso passiamo in dettaglio la storia di questi figli e di questi padri reali e simbolici sostituiti da dipendenze, trasgressioni e miti.

La gatta sul tetto che scotta è un film, del '58,tratto da un romanzo del drammaturgo Tennessee Williams, del regista Richard Brooks con la coppia Taylor-Newman al massimo della loro recitazione che narra una storia di una coppia frigida dell'upper class americana, lei sfrontatamente "in calore" e lui sulle scene con in mano alcolici e una stampella per un pregresso incidente sportivo in una squadra di calcio in cui giocava anche il suo migliore amico poi suicidatosi di cui lui se ne addossa la colpa (omosessuale più o meno larvata) e che forse ha avuto con la moglie di lui un approccio sessuale. E poi un padre-padrone gigante nella figura dell'attore Burl Ives ricco e rozzo nei modi che accusa il figlio di essere un debole e

di non pensare all'agiatezza della loro tenuta piena di oggetti preziosi. Il padre è morente, il figlio è ferito, ingessato ad una gamba, si accusano vicendevolmente di mancanza di amore reciproco, finché si comprendono e il protagonista accetterà di fare un figlio per compiacere la moglie ed anche suo padre per la discendenza; il protagonista stesso è, alla fine del film, quel figlio stesso, che è rigenerato e riconciliato nel rapporto con il padre. Di un film con tanti temi si potrebbe fare una psicopatia sessuale seconda, l'alcolismo è una difesa verso i tratti edipici del protagonista, l'omosessualità e l'astinenza sessuale. La debolezza di entrambi li parifica ed è difficile prendere la parte dell'uno e dell'altro, c'è un rispecchiamento nella figura del padre impossibile da sostenere data la sua irruenza e mancanza di sensibilità; d'altra parte il figlio non riesce ad esprimere il suo affetto perché assediato dalla donna - bottiglia...che non molla. Così come il padre sommerso nel deposito cantina da suppellettili preziosi, gli oggetti -paravento dei ricchi che qui non esprimono neppure lo status di appartenenza, morenti perché il "vecchio" ha poco da vivere. La scena in cui il padre ed il figlio rovistano in cantina e buttano tutto sottosopra in un crescendo distruttivo di un tempo che fu ricorda il film di Bellocchio-I pugni in tasca-del 65 anche qui la roba-è da distruggere, è lanciata dalla finestra...il vecchio deve far posto al nuovo che, nel film di Brooks è la nascita di un figlio. Nel film di Bellocchio fratello e sorella alla morte della madre fanno poi un falò (il fuoco purificatore di mobili vecchi e ritratti di famiglia (un altro assalto alla famiglia borghese). Questi sono dopo tutto i veri effetti speciali del Cinema, ritrovarsi in senso diacronico, su temi ricorrenti come la Famiglia e la Società utilizzando una Semiotica comune dopo qualche anno in una unità di luogo molto diversa.

Se Brooks è un regista teatrale e l'impianto del film è tale da essere girato quasi tutto in interni, il film di Risi-Il sorpasso-è en plain air, un'aria, un'atmosfera "romana" che inizia con strade e piazze vuote, metafisiche, alla De Chirico, è Ferragosto, (come se lo spettatore dovesse far piazza pulita di immagini precostituite di una Roma-società affollata precedente e qui si può leggere un'associazione con la rasoiata all'occhio bunueliana del Un cane andaluso 1934 che sussurra al pubblico che le cose si possono vedere in vari modi - l'Io è molteplice e la Realtà è complessa-), poi le successive immagini immettono sulle strade del miracolo economico anni 60, una rincorsa verso la morte che si apposta nelle ultime scene ma di cui il film è percorso per questo eccessivo vitalismo di un Gassman ipomaniacale che quarantenne, adotta uno studente universitari, per insegnare i "trucchi" del vivere adulto, in modo scanzonato, amorale, a tratti indecente. Un road movie accelerato, irrequieto, un'analisi di due personaggi opposti nella psicologia o meglio psicopatologia della vita quotidiana che esprime un malessere mascherato da gioia di vivere ma che è solo l'attimo fuggente di un desiderio sempre inappagato-la fruizione consumistica del piacere che negli anni 70 ed 80 diventerà target di molto cinema italiano pseudo-erotico e satirico. Padre e figlio metaforici naturalmente in cui i ruoli a volte si capovolgono. Ma anche qui sono le cose, i beni di consumo, siamo nel boom economico dell'Italia rinascente che vengono messi all'indice da Risi-psichiatra mancato-ma ottimo regista, che fu all'inizio letto dalla critica come un "divertimento" ma che esprime il vuoto esistenziale o meglio la presa di coscienza finale del protagonista spaccone e che il destino, si anche il destino, decide della vita e della morte. Il significato ridondante che si dà alle cose mondane, alle sue moltitudini, prende il posto dell'evidenza naturale del Soggetto, fino a creare perdita e stordimento e patologie paucisintomatiche psicotiche come ci illustra W. Blankenburg (10). Un Io distratto dalle cose è un Io inconsapevole, disperso che perde di significato; l'io diventa povero, autistico per eccesso ... fatica ad imprintarsi sulla Realtà e si ritira. Lo studente è ritirato invece dal mondo, lo teme...è "normale", ma a metà film è già un essere per la Morte in senso heideggeriano. La maniacalità del padre si controbilancia con la timidezza del ragazzo, come se fossero due polarità dell'Io immaturo.

E quando finisce il percorso iniziatico ed appare "il figlio" soddisfatto per la giornata trascorsa, in un sorpasso dell'auto spinta a tutta velocità (metafora anche di un passaggio oltre la "vecchia personalità"), la spider finisce fuori strada e lui muore nell'incidente. Gassman dirà: non lo conoscevo, con smarrimento e stupore. Qui padre e figlio (in realtà insegnanti l'uno per l'altro) si ritagliano uno spazio fisico e simbolico lontano dagli altri che appaiono mere comparse nella giostra della Vita. Questo binomio è ancora molto forte nel film successivo che analizziamo, un opera di P. Sorrentino del 2021 che si chiama: E' stata la mano di Dio-quel goal di mano di Maradona che fa "il miracolo a Napoli" tratta di una famiglia devota al calciatore dove il rapporto padre figlio è un legame fortissimo, che va per suo conto nella naturalità di una crescita di un sedicenne ancora con gli occhi stuporosi verso le cose sessuali. Anche il rapporto con la madre si regge forte ma con un principio di empatia del ragazzo verso le sofferenze della stessa madre che si sente ed è in effetti tradita dal marito. Un incidente domestico, un avvelenamento da ossido di carbonio spegne la vita dei due genitori in una seconda casa in montagna, l'investimento del padre bancario. La scena girata al Pronto Soccorso dove sono composti i genitori, è altamente drammatica, visivamente è molto esplicativa del dolore del figlio; il ragazzo chiede di poterli vedere ma gli viene negato; la morte è inguardabile; in un campo lungo, alla Kubrick, un medico di spalle allo spettatore (ma quel medico siamo noi) con il camice si inclina leggermente, come se stesse spiando, dalla parete e guarda verso la porta chiusa dell'obitorio,

verso il quale il ragazzo si scaglia .... e le sedie buttate all'aria nelle sale notturne spoglie, prive di vita degli ambulatori, nella rabbia del figlio condensano l'emozione della perdita del baricentro di tutta la famiglia che farà affondare il figlio stesso (il Regista, quindi il film ha spunti autobiografici) nella condizione depressiva di tutta una vita. L'attore feticcio di Sorrentino è Tony Servillo, in questo caso Maradona è il feticcio che diventa l'oggetto transizionale tra padre e figlio e la madre osserva dietro le quinte nell'arrendevolezza delle donne rassegnate, "anonima" come l'altro fratello maggiore di età.

In conclusione, Padri e Figli nel Cinema si ri-trovano in storie familiari paradigmatiche di una normalità sempre in bilico, che si alimenta di conflitti generazionali in contesti sociali simili. Sono storie eterogenee accomunate da un linguaggio semantico comune che è quello del registro cinematografico, ben diverso da quello teatrale o televisivo, un po' come certi gradi di parentela che però si qualificano con atteggiamenti e gesti motori che fanno sì che il sangue non menta, e vengano subito riconosciuti, essendo incarnati - embodiment - per il meccanismo imitativo dei neuroni specchio che ne condiziona anche la Visione dell'Immagine tra interpreti e fruitori dello Spettacolo nel senso proprio etimologico del termine. Spettacolo è guardare. I Terapeuti della Famiglia, per esempio, lavorano con lo specchio unidirezionale, nel gioco dei ruoli, così come lo Psicodramma di Moreno mima le azioni del paziente designato, attraverso il supporto di un secondo Io, ausiliario del medico, in una riflessione a specchio …, ma alla fine solo attraverso la consapevolezza del gesto finalizzato, si prende coscienza della propria Identità e di quella dell'Altro.

Aniello Castaldo

Psichiatra
Cell: 348.2934680

Si prega di inviare gli articoli a nellocastaldo@gmail.com per la selezione e l'eventuale pubblicazione per i numeri in uscita. Il tema è: Cinema, Psichiatria e Psicanalisi.

Bibliografia:

(1) Galimberti U., *Nuovo Dizionario di Psicologia*, Milano, Feltrinelli, 2018.
(2) Minkoswki E., *Il tempo vissuto*, Torino, Einaudi, 2004.
(3) Barthes R., *Frammenti di un discorso amoroso*, Torino, Einaudi, 2016.
(4) Eco U., *Trattato di semeiotica generale*, Nave di Teseo, 2016.
(5) Gallese V., Guerra M., *Lo schermo empatico*, Milano, Cortina, 2015.
(6) Metz C., *Cinema e psicoanalisi*, Venezia, Marsiglio, 2006.
(7) Campari R, *Padri e Figli*, Nave di Teseo, 2021.
(8) Salinger J., *Il giovane Holden*, Torino, Einaudi, 1951.
(9) Nobokov V., *Lolita*, Milano, Adelphi, 1996.
(10) Blankenburg W., *La Perdita dell'evidenza naturale*, Milano, Cortina, 1998.

*Franco Garonna**

Cannabis terapeutica: indicazioni e problemi

Therapeutic cannabis: indications and problems

RIASSUNTO
La Suprema Corte ha deliberato la non ammissibilità del referendum 2022 per quanto riguarda il quesito sul consumo, commercio e produzione di estratti di cannabis per uso voluttuario. Le motivazioni che sono state sinteticamente esposte alla stampa hanno fatto riferimento ad accordi internazionali cui lo Stato Italiano è legato e che sarebbero stati violati da un eventuale abrogazione di leggi riguardanti le sostanze dichiarate stupefacenti e soggette pertanto a controllo normato da parte delle Autorità Sanitarie e di Polizia. A fronte di questa situazione politicamente rilevante, per un acceso dibattito tra forze contrastanti, solo poche voci si sono levate per sottolineare il valore terapeutico degli estratti di cannabis, i cui limiti prescrittivi comportano una difficoltà di reperimento dei prodotti farmaceutici sul mercato, il loro costo elevato, e la disinformazione scientifica rivolta a classe medica e malati. La cannabis con i suoi estratti e derivati sintetici già rappresenta una realtà terapeutica importante se non fondamentale per i trattamenti palliativi del dolore e di altre condizioni di malattia gravemente invalidanti e con scarse possibilità di sollievo.
Parole chiave: cannabis, cannabinoidi, sistema endocannabinoide, sanità, dipendenza da sostanze

SUMMARY
The Supreme Court has ruled the non-admissibility of the 2022 referendum as regards the question on the consumption, trade and production of cannabis extracts for discretionary use. The reasons that have been briefly exposed to the press referred to international agreements to which the Italian State is linked and which would have been violated by a possible repeal of laws concerning substances declared narcotic and therefore subject to regulatory control by the Health Authorities and Police. In the face of this politically relevant situation, due to a heated debate between conflicting forces, only a few voices have been raised to underline the therapeutic value of cannabis extracts, whose prescriptive limits involve a difficulty in finding pharmaceutical products on the market, their cost. high, and scientific disinformation aimed at doctors and patients. Cannabis with its synthetic extracts and derivatives already represents an important if not fundamental therapeutic reality for the palliative treatments of pain and other seriously debilitating disease conditions with little possibility of relief.
Key words: cannabis, cannabinoids, endocannabinoid system, health, substance addiction

Introduzione

Parlare di cannabis (estratti di pianta di canapa ad uso fitoterapico) che costituisce un argomento molto interessante dal punto di vista della ricerca biologica e fitosanitaria apre alla possibilità di evidenziare e argomentare sul complesso intreccio che esiste tra economia, politica, sanità e salute, dominii che sono paritetici sul piano delle decisioni sulle necessità e sugli effetti che riguardano malattie e individui.

Il dibattito politico, tuttora in corso e molto acceso, vede soprattutto due schieramenti contrapposti, chi vuole depenalizzare e liberalizzare il consumo individuale a scopo ricreativo di cannabis e chi vede in questo una definita possibilità di malattia e di degrado sociale.

Sfugge al dibattito l'osservazione scientifica delle accertate potenzialità terapeutiche della cannabis e derivati, oltre al fatto che i disturbi alla salute correlati al consumo di sostanze non è dovuto alle sostanze in quanto tali, bensì alle caratteristiche pre-morbose di particolari soggetti che vanno incontro ad una malattia sia medica che mentale.

Nei disturbi mentali da dipendenza deve essere riconosciuto sia sul piano teorico che clinico pratico l'importanza che ha la persona consumatore e non certo la sostanza. Questa di per sé non ha nessuna responsabilità sulla comparsa di malattia, sul suo decorso e sugli esiti. Criminalizzare la sostanza e chi ne fa uso è un approccio sbagliato alla salute mentale che rende ancor più difficile e complicata la cura se non impossibile.

Se altresì si considera la sostanza per le sue caratteristiche biochimiche e per i suoi potenziali benefici economici e sulla salute si attiva un ventaglio di possibilità sul mercato con tutto ciò che ne deriva. L'accesso alla sostanza a fini terapeutici diventa più semplice, i costi si riducono e l'effettivo beneficio può essere meglio evidenziato, al di fuori di entusiasmi o scetticismi che oggi sono viziati da un certo pregiudizio ideologico.

La cannabis, meglio nota come marijuana, hashish o semplicemente "erba", è stata introdotta largamente sul mercato delle sostanze ad uso ricreativo negli anni '60 del secolo scorso.

Fumata come «droga da combattimento» nel corso della guerra del Vietnam (1964-1975), e come stile di antagonismo alla stessa guerra e espressione di pacifismo e contrasto ai valori borghesi tradizionali. Da una parte la terribile e inutile guerra che ha visto gli Stati Uniti gravemente impegnati per numero di giovani vittime e per i danni arrecati, parallelamente i movimenti hippies, le rivolte studentesche e le manifestazioni di un universo giovanile tradito da valori deprivati di senso e desideroso di essere protagonista di una nuova era.
Fumare hashish e marijuana ha rappresentato per una intera generazione l'espressione di antagonismo e libertà, disinibizione sessuale, evasione, e trasgressione, ottundimento di una coscienza delusa e priva di speranza, rifugio del male di vivere in una società spietata e competitiva.
Solo negli anni '80, con il crescente diffondersi di sostanze naturali e sintetiche nei giovani, si sono evidenziati i danni prodotti da questo uso incontrollato. Le morti per overdose, il degrado personale, le malattie psichiatriche, le epidemie di AIDS ed epatite hanno trasformato un gioco innocente e liberatorio in un pericolo grave per la società, comportante costi enormi diretti e indiretti, l'alimentazione di mercati criminali spietati e invasivi.
A fronte di questo pericolo si sono nel tempo intensificate le misure preventive e restrittive riguardanti sia il consumo individuale sia il mercato con interventi statali e internazionali di contrasto alla produzione, al commercio e allo spaccio di cannabis. Tali misure, con il diffondersi di altre sostanze sintetiche, o naturali come la cocaina, per quanto riguarda la cannabis si sono via via più allentate, portando in alcuni Paesi europei e extraeuropei anche alla depenalizzazione e liberalizzazione. In Italia, dalla proibizione assoluta si è passati alla detenzione di dose per uso personale.
Più recentemente diversi movimenti d'opinione e politici hanno posto il problema anche in Italia, sostenendo la non pericolosità per la salute della cannabis, confrontandone l'uso ricreativo a quello degli alcolici.
Il consumo di cannabis nei giovani italiani è diventato sempre più diffuso, interessando via via soggetti sempre più giovani. Gli osservatori nel mondo della scuola parlano di utilizzo di cannabis anche nei pre-adolescenti.
Da una parte dunque un uso prematuro e diffuso di una sostanza potenzialmente tossica e allucinogena acquistata attraverso un commercio clandestino, dall'altro la necessità di prevenzione sociale e sanitaria, hanno portato ad oscurare quelle potenzialità curative che i derivati di cannabis dalla loro scoperta in poi hanno sempre avuto. Attualmente il consumo terapeutico della cannabis è regolamentato da leggi nazionali e regionali che ne restringono l'utilizzo e la prescrivibilità medica. Ciò comporta un disinteresse del mercato farmaceutico ai prodotti sintetici e naturali a base di cannabis, la difficile reperibilità dei prodotti e il loro costo, peraltro non riconosciuto dal Servizio Sanitario Nazionale se non per particolari condizioni patologiche. La produzione di cannabis a livello farmaceutico industriale si limita in italia a ciò che è prodotto dall'Istituto Chimico Farmaceutico Militare. Quantitativi del tutto insufficienti per la richiesta medica. Si deve ricorrere a preparati importati dall'estero, già confezionati e pronti all'uso oppure lavorati da preparazioni farmaceutiche magistrali.
Siamo fiduciosi che una diversa regolamentazione nazionale attraverso un razionale e condiviso provvedimento legislativo venga presto assunta per restituire ad un prodotto utile alla salute quella accessibilità richiesta da numerosi soggetti affetti da diverse malattie che ne potrebbero trarre beneficio e sollievo.

La storia

La coltivazione della «cannabis sativa», pianta officinale spontanea, resistente e usata a scopo artigianale e alimentare, nel mondo ha inizio dalla sua originaria produzione in estremo oriente, Cina, India e Indocina già prima dell'era cristiana. Nel X secolo è presente nella penisola arabica. Tra il XV e XVII secolo in tutto il continente africano e in sud-america. Dal 19° secolo compare nel continente nordamericano e in Europa.
L'"erba" ("hemp") possiede numerosi utilizzi e benefici. Con la canapa si possono produrre carte e cartoni, tessuti, plastiche, cosmetici, materiali edili, concimi animali, combustibili, imbottiture, integratori alimentari, oli essenziali, farmaci, cibi e bevande.
William Brooke O'Shaugnessy (1809-1889) medico scienziato irlandese, educato in Scozia e a Londra, incrociò la cannabis durante il periodo di militare trascorso a Calcutta. I primi esperimenti di applicazione terapeutica (1838-1840) furono fatti nei confronti degli spasmi tetanici e delle convulsioni infantili.
Le prime indicazioni riguardavano gli spasmi tetanici e da rabbia, i dolori reumatici e le convulsioni infantili. Considerò gli estratti di cannabis come il più sicuro dei narcotici allora esistenti.
Il proibizionismo su produzione, vendita e consumo di alcol e derivati fu introdotto nel 1920 dal «Volstead Act» emendamento alla costituzione americana promosso dal parlamentare repubblicano statunitense Andrew J. Volstead. Le ragioni furono di carattere religioso e politico sotto la pressione delle numerose società di matrice cristiana che erano sorte per frenare l'ondata di crimini legati al consumo di alcol. La cannabis, già nota nel continente americano non era proibita. Fu solo nel 1937 che la cannabis venne considerata droga e stupefacente, entrando nelle tabelle delle sostanze proibite al consumo.
Nel 1933 il proibizionismo nei confronti degli alcolici terminò sotto la pressione politica ed economica. Fu comunque introdotta una forte tassazione sugli alcolici. Se dunque col proibizionismo crebbe la criminalità organizzata finalizzata al contrabbando degli alcolici, l'introduzione della tassazione non arrestò tale processo. Pertanto, col contrabbando venivano elusi gli oneri di tassazione e si poteva disporre di alcolici a prezzo sostenibile.
La ricerca sulla cannabis come farmaco non si è mai arrestata. Così nel 1964 viene identificato il Delta-9THC come

principio attivo della cannabis sativa.
Nel 1980 si assiste allo sviluppo di cannabinoidi sintetici.
Tra il 1988 e il 1992 sono identificati i recettori per i cannabinoidi CB1 e CB2 e viene scoperto il primo ligando endogeno endocannabinoide, la anandamide. Questo è un momento importante per lo studio dei cannabinoidi. La scoperta di un sistema endocannabinoide nel nostro organismo e in generale nell'organismo animale pone una serie di interrogativi sulla funzione di questo sistema e come questo sistema possa interagire con le sostanze cannabinoidi esogene.
Tra il 1994 e il 1997 vengono sviluppati in laboratorio molecole con funzione antagonista dei recettori CB1 e CB2.
Nel frattempo viene scoperto un secondo endocannabinoide, il 2-arachidonoilglicerolo (2-AG). Si va configurando un complesso sistema di recettori e ligandi che vengono a costituire il sistema endocannabinoide, in grado di interagire con i derivati della cannabis assunti a scopo ricreativo. Nel 1998 si incomincia a capire che il sistema endocannabinoide è implicato nei meccanismi di sensibilità al dolore. Sono cioè evidenziate le proprietà analgesiche degli endocannabinoidi.
Nel 2005 esce il primo prodotto farmaceutico a base di estratti di cannabis. Si tratta di uno spray per uso orale, contenente per 100 microlitri parti uguali (2,5 mg.) di Tetraidrocannabinolo (THC) e cannabidiolo (CBD). E' indicato per il dolore neuropatico, la sclerosi multipla e il dolore dei malati di cancro terminale.
Nel 2006 viene approvato dall'Agenzia Europea del Farmaco Rimonabant, della SANOFI AVENTIS. Antagonista del CB1 è indicato per l'obesità-sovrappeso di soggetti adulti.
Il farmaco è dotato di proprietà anti nicotina e quindi con effetti positivi sul tabagismo. Viene ritirato dal mercato nel 2009 per rischio elevato di commettere suicidio in malati affetti da depressione.
Nel 2007 esce in commercio il primo farmaco unicamente a base di CBD (cannabidiolo).
I primi lavori scientifici pubblicati sull'uso medico della cannabis risalgono al 1886. Già negli anni 1967-1973 sono in numero di 200. La vera crescita esponenziale dei lavori scientifici su pubmed si evidenzia nella seconda decade del secolo in corso con oltre 1200 lavori scientifici.
L'interesse scientifico e clinico aumenta con le sempre maggiori evidenze di un sistema cannabinoide endogeno che modula diversi importanti funzioni dell'organismo e che interagisce con la cannabis introdotta dall'esterno.

Il sistema endocannabinoide

Il sistema endocannabinoide è localizzato principalmente in tre organi, il cervello, la muscolatura e il tessuto adiposo.
L'anandamide (AEA) è il primo ligando individuato che agisce da agonista parziale sui recettori CB12 e CB2.
Il 2-arachidonoilglicerolo (2-AG9) è agonista pieno sui recettori CB1 e CB2.
Il 2-arachidonilgliceriletere (2-AGE) è agonista pieno CB1 e agonista parziale CB2.
Il N-arachidonoidopamina (NADA) è agonista pieno CB1 e CB2, agonista pieno sul recettore TRPV1.
Infine il palmitoiletanolamide (PEA) è agonista debole CB1, ma ha un effetto *entourage* sull'intero sistema cannabinoide. Tale effetto si realizza modulando il sistema sia attraverso le molecole che hanno effetto sui recettori ai cannabinoidi sia sul loro metabolismo.
AEA e 2-AG non sono sintetizzati sempre e raccolti in vescicole, ma sono sintetizzati solo *on demand* quando cioè le cellule subiscono per vari motivi un processo di depolarizzazione con ingresso di ioni calcio nella cellula e blocco della trasmissione intercellulare. Assomigliano cioè alle prostaglandine che vengono sintetizzate per effetto di processi infiammatori che rendono le cellule sofferenti e vulnerabili. I sistemi endocannobinoide e prostaglandinergico avrebbero un enzima in comune in grado di trasformare gli endocannabinoidi in prostaglandine. E' l'enzima cicloossigenasi 2, noto come COX2.
Inibitori COX2 sono alcuni antinfiammatori non sterodei che sono stati indicati da AIFA come possibili bloccanti la cascata infiammatoria che precede la fase grave di polmonite COVID-SARS2.
Il sistema endocannabinoide contribuisce alla neuromodulazione delle cellule nervose interagendo con gli altri sistemi, monoaminergico, GABAergico, glutamatergico.
Neuromodulazione e neuroprotezione sembrano essere le principali azioni del sistema endocannabinoide.
L'azione sul dolore è esercitata dalla attivazione del recettore TRPV1, responsabile della nocicezione a livello centrale e periferico.
Il recettore vanilloide (Transient Receptor Potential Vanilloid, TRPV) è presente non solo nei neuroni sensoriali ma anche in molti altri tessuti non neuronali.
Questo recettore (TRPV1 e TRPV2) viene attivato da diversi stimoli fisici e tossici. Recenti studi hanno evidenziato che il ligando endocannabinoide anandamide agisce come agonista endogeno nei confronti del recettore vanilloide (TRPV1).
Il ruolo del recettore vanilloide nella sensazione dolorifica e l'osservazione che durante condizioni infiammatorie l'espressione di TRPV1 è aumentata hanno indotto la ricerca di nuovi antagonisti TRPV1 che potrebbero avere potenziale terapeutico negli stati di dolore cronico. L'attivazione di TRPV da parte di ligandi endocannabinoidi ha effetti analgesici, antinfiammatori e anticonvulsivanti.
L'attività del sistema endocannabinoide è molteplice e, data la diffusione del sistema stesso nell'organismo, interessa vari organi e funzioni.
A livello cardiovascolare, interviene nella regolazione della Pressione Arteriosa in senso vasodilatativo e ipotensivo. A livello immunitario, esso modula la risposta e regola in senso contenitivo la proliferazione cellulare, in particolare quella neoplastica. E' in grado di regolare la funzione riproduttiva, nel maschio e nella femmina. Ma

ciò che a noi più interessa è l'attività sul Sistema Nervoso Centrale e Periferico, soprattutto per l'effetto analgesico, ma anche per la coordinazione del movimento. In base a questo ultimo effetto ricordiamo l'indicazione della cannabis terapeutica nei casi di Sindrome di Gilles de la Tourette sia infantile che nell'adulto.
Importante è l'azione del sistema endocannabinoide nelle funzioni cognitive come l'attenzione, l'apprendimento, la memoria. Ha effetto neurotrofico e neuroprotettivo nel corso dello sviluppo. Regola il sonno e l'appetito.

La cannabis sativa
Pianta officinale, conosciuta da secoli come rimedio fitoterapico, si sviluppa e fiorisce in primavera-estate nei climi temperati. Non è perenne e deve essere annualmente riseminata. Sia i fiori che le foglie e gli steli contengono le diverse sostanze componenti la pianta in varia concentrazione.
Quando si parla di questa pianta si considerano comunemente due molecole che sono in essa presenti, il THC (tetraidrocannabinolo) e il CBD (cannabidiolo).
In realtà la pianta della canapa è un fitocomplesso contenente numerose sostanze bio-attive e con potenziali effetti terapeutici. Di queste circa 120 cannabinoidi, e oltre 150 terpeni e terpenoidi ugualmente con attività fisiologiche, e 150 flavonoidi con proprietà antiossidanti.
Di questi flavonoidi specifico della cannabis e la cannaflavina responsabile del caratteristico odore quando viene "bruciata". I flavonoidi hanno azione antiallergica, antiinfiammatoria, antitumorale, antivirale, anti fungina e antimicrobica,
Terpeni e flavonoidi agiscono in sinergia con i fitocannabinoidi con effetto *entourage*. Ne modulano cioè l'azione sia sui recettori che sul metabolismo.
I principali cannabinoidi interessati all'effetto psico-neurotropico sono il tetraidrocannabinolo, il cannabidiolo, il cannabinolo, il cannabigerolo, il cannabicromene e la tetraidrocannabivarina.
ACBD (Acido Cannabidiolo) e ATHC (Acido Tetraidrocannabinolo) sono presenti nelle efflorescenze essiccate e vengono trasformati in CBD e THC ad alte temperature. Da qui l'effetto psicoattivo di THC quando è fumato. Ma nella struttura di acido, ACBD e ATHC, non hanno effetto psicoattivo, comunque interessanti attività fisiologiche. Da segnalare quelle anti tumorali e anti infiammatorie per antagonismo del TNF-alfa (Tumor Necrosis Factor), funzione questa tra l'altro in grado di rallentare la crescita tumorale. ACBD è un potente antiemetico.
Tra i diversi cannabinoidi presenti nella pianta, CBD (cannabidiolo) è il componente che possiede la maggiore quantità di effetti biologici.
THC (tetraidrocannabinolo), nelle sue varianti Delta 8, Delta 9 e Acido, è la componente fitoterapica con il minor numero di funzioni terapeutiche.
CBD oltre a non possedere effetti psicoattivi (narcosi, allucinosi, condotte psicopatiche), più rappresentati nel THC, ha la importante proprietà di antagonizzare sui recettori CB1 e CB2 gli effetti psicoattivi del THC.
CBD agisce sui recettori serotoninergici, agonista totale su 5HT1a, agonista parziale su 5HT2a, antagonista non competitivo su 5HT3a. Questo effetto serotoninergico fa di CBD un buon antidepressivo e ansiolitico.
Da sottolineare le proprietà di CBD come antipsicotico, sedativo, ipnotico e miorilassante. CBD ha proprietà neuroprotettive, analgesiche, antiinfiammatorie e antitumorali.
In sintesi, gli effetti terapeutici di cannabis sativa, esercitati attraverso i suoi numerosi componenti biochimici consistono in analgesia e quindi nell'utilizzo clinico nel dolore neuropatico, post-operatorio e oncologico. Nella riduzione di spasticità-atassia e debolezza muscolare con utilizzo clinico nella sclerosi multipla, nelle ischemie cerebrali, nelle lesioni del midollo spinale e nelle epilessie. L'effetto antiemetico può essere utilizzato nella prevenzione di nausea e vomito causati da terapie neoplastiche o altre terapie.
La stimolazione dell'appetito viene utilizzata nelle anoressie comunque prodotte, conseguenti a uso cronico di oppioidi, farmaci antivirali (AIDS), e nei tumori terminali.
L'azione broncodilatatoria viene utilizzata nell'asma bronchiale.
La capacità di riduzione della pressione endooculare può essere utilizzata nel glaucoma. E questi sono i benefici terapeutici della cannabis in campo medico. A ciò vanno aggiunti i benefici in campo psichiatrico, in particolare nel trattamento dell'insonnia, del dolore psicogeno, dell'ansia somatizzata e non, dei disturbi psicotici e della depressione.

Produzione commercio e prescrivibilità
La cannabis medica prodotta in Italia e all'estero si è concentrata sulla estrazione dei due fitocannabinoidi THC e CBD. In particolare sulla più alta percentuale di THC rispetto a CBD.
In Italia, Lo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare (SCFM) che in base alla Legge è l'unico Laboratorio Farmaceutico autorizzato alla produzione, rende disponibili due formulazioni note come FM1 e FM2. FM1 contiene 13-19 % di THC, <1% di CBD. FM2 contiene 5-8% di THC e 7,5%-12% di CBD.
La cannabis SCFM è prodotta in maniera rigorosamente controllata per quanto riguarda l'acquisto di piante con caratteri definiti, la coltivazione in serra con temperatura e umidità controllate, concimazione e irrigazione controllata. Infine essiccamento e conservazione con metodi standardizzati. Tutto ciò al fine di stabilizzare il prodotto in percentuali determinate di THC e CBD, con scarti percentuali tollerabili e garantire così alla prescrizione medica una affidabilità di dosaggio, per le finalità mediche autorizzate.
Questo complicato procedimento porta a una produzione limitata, a fronte di una richiesta di gran lunga superiore.
A parte i prodotti contenenti THC in quanto tabellati come stupefacenti e soggetti a regolamentazione da parte del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, in commercio sono

presenti prodotti farmaceutici unicamente a base di CBD, o di altri cannabinoidi non THC. Si tratta di prodotti costosi, che non richiedono peraltro una ricetta medica, in quanto considerati nutraceutici.
Alcuni prodotti possono essere ordinati *on line*. Il contenuto in CBD varia dal 5% al 40%. Per un dosaggio medio indicato ad un soggetto adulto, il costo terapia può superare € 500 al mese.
Sono stati introdotti in commercio endocannabinoidi sintetici a base di palmitoiletanolamide, ad un costo sostenibile in quanto prodotto sintetico e non naturale.
La cannabis ad uso medico come estratto fitoterapico ha dei costi di produzione elevati, a causa delle limitazioni esistenti. Oggigiorno chi vuole coltivare cannabis ad uso medico è obbligato ad avere un partner farmaceutico industriale per essere autorizzato alla coltivazione. Il passaggio dal coltivatore al produttore industriale deve essere trasparente e tracciabile. Pertanto la coltivazione è rara e l'industria non è interessata ad entrare in un mercato così complicato.
L'Ufficio Centrale Stupefacenti della Direzione Generale Dispositivi Medici e del Servizio Farmaceutico ha provveduto a dare attuazione agli articoli 27, 28 e 29 del DPR 9 ottobre 1990, n. 309 recante "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza". Sono state così rilasciate le prime autorizzazioni alla coltivazione di Cannabis Sativa da sementi certificate di varietà consentite dalla normativa europea, per la fornitura di foglie e infiorescenze a officine farmaceutiche autorizzate dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) alla produzione di principi attivi farmaceutici (API – Active Pharmaceutical Ingredient).
La richiesta di autorizzazione alla coltivazione e la richiesta di autorizzazione alla fabbricazione costituiscono due parti dello stesso procedimento e devono pervenire contestualmente all'Ufficio Centrale Stupefacenti.
Sono attualmente disponibili due sostanze attive di origine vegetale a base di Cannabis di produzione nazionale a differente contenuto di THC e CBD per l'allestimento di preparazioni magistrali:
Cannabis FM2 (contenente THC 5% - 8% e CBD 7,5% - 12%)
Cannabis FM1 (contenente THC 13,0-20,0%; CBD<1%)
Si tratta di sostanze attive a base di cannabis coltivate e prodotte da SCFM (Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare di Firenze), in conformità alle direttive europee in materia di medicinali che prevedono un processo produttivo certificato e soggetto a controllo.
Il prodotto Cannabis FM2 è disponibile da dicembre 2016; le Regioni e Province autonome sono state informate dell'inizio della commercializzazione della sostanza con nota del 14 dicembre 2016.
Il prodotto FM1 è disponibile da luglio 2018; le Regioni e Province autonome sono state informate della commercializzazione della sostanza con nota del 23 novembre 2018.
La Legislazione Italiana affida alle singole Regioni il compito di individuare le indicazioni mediche all'uso di cannabis, con criterio di rimborsabilità e pertanto accesso alle cure gratuito.
In Veneto il DGR n. 750 del 4 giugno 2019 stabilisce i criteri e le indicazioni per la prescrizione di estratti di cannabis ad uso medico.
Queste sono le indicazioni terapeutiche e tra parentesi e in sigla le professionalità ammesse alla prescrizione:
ANALGESIA NEL DOLORE CRONICO CORRELATO A SPASTICITA' NELLA SCLEROSI MULTIPLA (N, TD)
ANALGESIA NEL DOLORE CRONICO NELLE LESIONI DEL MIDOLLO SPINALE (N, TD)
ANALGESIA NEL DOLORE CRONICO NEI MALATI NON RISPONFENTI AI TRATTAMENTI CONVENZIONALI O A QUESTI INTOLLERANTI E NEI MALATI ONCOLOGICI (N, R, TD, CP)
EFFETTO ANTICINETOSICO E ANTIEMETICO NEI TRATTAMENTI CHEMIOTERAPICI, RADIOTERAPICI, HIV (ON, MI).
EFFETTO STIMOLANTE L'APPETITO NELLE CACHESSIE, ANORESSIE COMUNQUE PRODOTTE COMPRESA L'ANORESSIA NERVOSA (ON, MI, NPI, P).
EFFETTO IPOTENSIVO NEL GLAUCOMA (OC).
MOVIMENTI INVOLONTARI NELLA S. GILLES DE LA TOURETTE (N, NPI).
Le indicazioni sono limitate ai casi non rispondenti ai trattamenti convenzionali o a questi intolleranti. La prescrivibilità è riservata agli specialisti indicati nel decreto (neurologi-N, terapisti dele dolore TD, di cure palliative CP, reumatologi R, malattie infettive MI, oncologi ON, oculisti OC, neuropsichiatri infantili NPI). Gli Psichiatri P sono prescrittori solo nelle anoressie nervose.

Efficacia della cannabis nella Letteratura Scientifica

Abbiamo già detto come la Letteratura Scientifica sulla cannabis terapeutica si sia espansa enormemente negli ultimi anni confermando in parte le indicazioni terapeutiche già note.
La maggiore evidenza si ha nel dolore cronico compreso quello da cancro, l'epilessia, la sclerosi multipla. Minore o dubbia evidenza nel Disturbo da Stress Post traumatico e nei sintomi da terapie antiretrovirali per HIV/AIDS.
Altri lavori mettono in evidenza i rischi della cannabis medica su struttura e funzioni del cervello. In particolare sulle funzioni cognitive.
L'uso di cannabinoidi in generale e CBD in particolare nel trattamento di numerose condizioni mediche e mentali, tra cui l'autismo, sta crescendo rapidamente.
La potenziale efficacia del CBD nel contesto dell'Autism Spectrum Disorder è ipotesi di studio da validare. Tuttavia nella pratica clinica del trattamento del l'autismo, l'utilizzo di cannabidiolo (CBD) è risultato utile nel mitigare i comportamenti anomali e distruttivi di questi malati ottenendo una buona accettabilità e una buona efficacia. Il CBD ha

dimostrato alcune proprietà pro-sociali negli studi pre-clinici. Questo sarebbe la base razionale per avviare un trattamento nei soggetti con ASD, in assenza di altre terapie.
I soggetti con disabilità e disturbi del comportamento vengono oggi trattati con psicofarmaci sedativi e antipsicotici, non privi di effetti collaterali anche particolarmente gravi.
I derivati naturali o sintetici di cannabis rappresentano dunque una risorsa importante quanto meno per la bassa incidenza di effetti collaterali non gravi.
Infatti, in alcune delle più comuni comorbidità dell'ASD, come disturbi del sonno, agitazione psicomotoria, iperattività e impulsività, disturbi alimentari, ansia e convulsioni, il CBD è risultato efficace come monoterapia o trattamento aggiuntivo.
Nonostante il gran numero di pubblicazioni tuttavia si rileva una scarsa evidenza su efficacia e sicurezza della opzione terapeutica cannabis che attualmente viene comunemente prevista in diverse condizioni patologiche. Solo pochi studi rispondono a criteri di qualità e rigore.
In alcune condizioni patologiche la validità della cannabis è confermata in particolare nella epilessia e nel dolore cronico non legato a malattie tumorali gravi. Ma manca una definita evidenza per la maggior parte delle indicazioni.
All'entusiasmo dei clinici si contrappone un corretto scetticismo da parte di chi fa ricerca farmacologica. Ci sono evidenze pre-cliniche e dati strettamente chimico farmaceutici. Ma le ricerche condotte sono allo stato attuale scarse per dati e non sempre metodologicamente corrette.
Da questo punto di vista il disinteresse del mercato e della ricerca trova una spiegazione anche nello stigma sociale cui è sottoposta la cannabis con tutti i divieti ostativi esistenti.

Conclusioni

La questione che mi preme evidenziare riguarda la confusione, in parte intenzionale, che media e politica presentano alla collettività. Confusione tra cannabis illegale, cannabis terapeutica e cannabis «light».
La cannabis «light» è così indicata perchè in base alla normativa vigente in Italia (legge 6 dicembre 2016 n. 242) ha un contenuto di THC inferiore a 0,2% e pertanto può essere acquistata e liberamente consumata. Una sorta di tè per uso voluttuario che può essere consumato come un alimento.
La cannabis "illegale" è quella che viene importata clandestinamente e affidata alla criminalità per lo spaccio fino al dettaglio del consumatore. Ciò che arriva a quest'ultimo è il risultato di successivi "tagli" con mescolanza di additivi e sostanze, spesso antiinfiammatori e benzodiazepine, ma anche amfetamine, sostanze di sintesi ecc.. La miscela finale può risultare altamente tossica per chi ne fa uso, intenso e protratto. Quindi la responsabilità del danno alla persona non è certo della cannabis ma da tutto un insieme di condotte criminali e patologiche che colpiscono soggetti già fragili con aspetti di co-morbilità e/o pre-morbilità psicopatologica.
La cannabis medica o terapeutica è il risultato di procedimenti industriali complicati e controllati che portano alla resa finale di un prodotto, standardizzato per percentuali "abbastanza" definite di sostanze cannabinoidi.
Dico abbastanza perché la percentuale indicata di THC e CBD si modifica lievemente in difetto dopo qualche tempo dalla preparazione.
Ho già detto come le sostanze contenute nella pianta cannabis sativa sono numerose, e tutte o quasi dotate di proprietà medicamentose. Inoltre ho anche detto che le proprietà terapeutiche del Cannabidiolo (CBD) e di cannabinoidi da esso derivati sono di gran lunga superiori per indicazioni al Tetraidrocannabinolo e derivati. CBD e derivati antagonizzano con il THC per gli effetti psicotizzanti e, a differenza del THC, non presentano effetti collaterali importanti.
L'effetto sul dolore cronico e sul dolore da cancro costituisce una utile indicazione per quei pazienti che non sopportano analgesici oppioidi e altri antiinfiammatori.
L'azione antispastica e miorilassante dei cannabinoidi è utile presidio per i malati con Sclerosi Multipla e Gilles de la Tourette.
Nelle anoressie gravi l'effetto stimolante l'appetito senza indurre sedazione è tra le indicazioni che interessano i disturbi dell'alimentazione e della nutrizione. Tengo a prospettare nelle gravi disabilità dello spettro autistico un potenziale terapeutico dei cannabinoidi certamente più sicuri se non più efficaci degli stessi psicofarmaci che oggi vengono usati per i sintomi più disturbanti.
Promuovere l'uso terapeutico della cannabis non è un invito all'uso voluttuario di questa o altra sostanza da *addiction*.
Combattere la tossicodipendenza è certamente importante compito preventivo della sanità, che non viene a contraddire l'utilizzo a scopo medico di un farmaco utile alla salute.

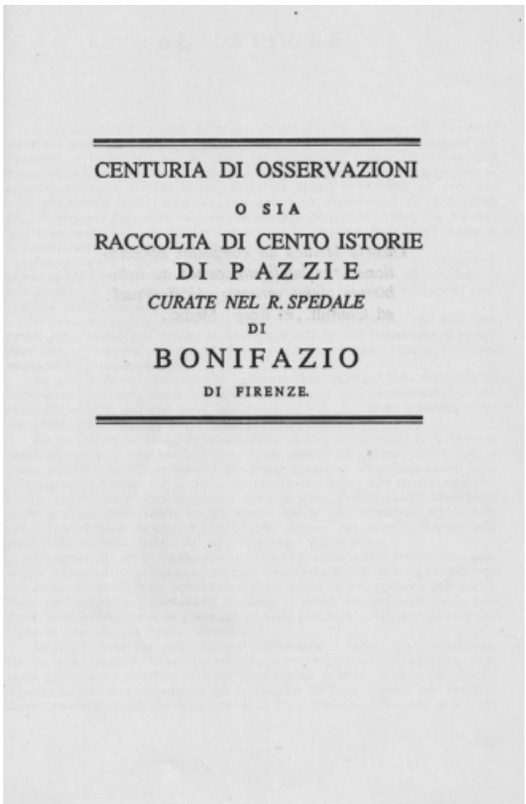
**Franco Garonna, Professore di Psicofarmacologia Università IUSVE di Venezia. Direttore Sanitario della Casa di Cura Neuropsichiatrica Park Villa Napoleon di Preganziol (Treviso)*

NOTE BIBLIOGRAFICHE

Burggren CA et Al.: Cannabis effects on brain structure, function, and cognition, considerations for medical use of cannabis and its derivates. Am J Drug Alcohol Abuse 2019; 45(6):563-579.
Jugl S et Al.: A Mapping Literature Review of Medical Cannabis Clinical Outcomes and Quality of Evidence in Approved Conditions from 2016 to 2019, Med Cannabis Cannabinoids 2021; 4:21-42.
Lev Schleider et Al. Real Life Experience of medical Cannabis Treatment in Autism: Analysis of Safety and Efficacy. Scientific Reports 17 January 2019.
Lim K e Coll.: A Systematic Review of the Effectiveness of Medical Cannabis for Psychiatric, Movement and Neuro degenerative Disorders. Clinical Psychopharmacology and Neuroscience 2017; 15(4):301-312.

*Vincenzo Chiarugi**

MelancolìaVera per passione d'animo



CENTURIA DI OSSERVAZIONI

O SIA

RACCOLTA DI CENTO ISTORIE

DI PAZZIE

CURATE NEL R. SPEDALE

DI

BONIFAZIO

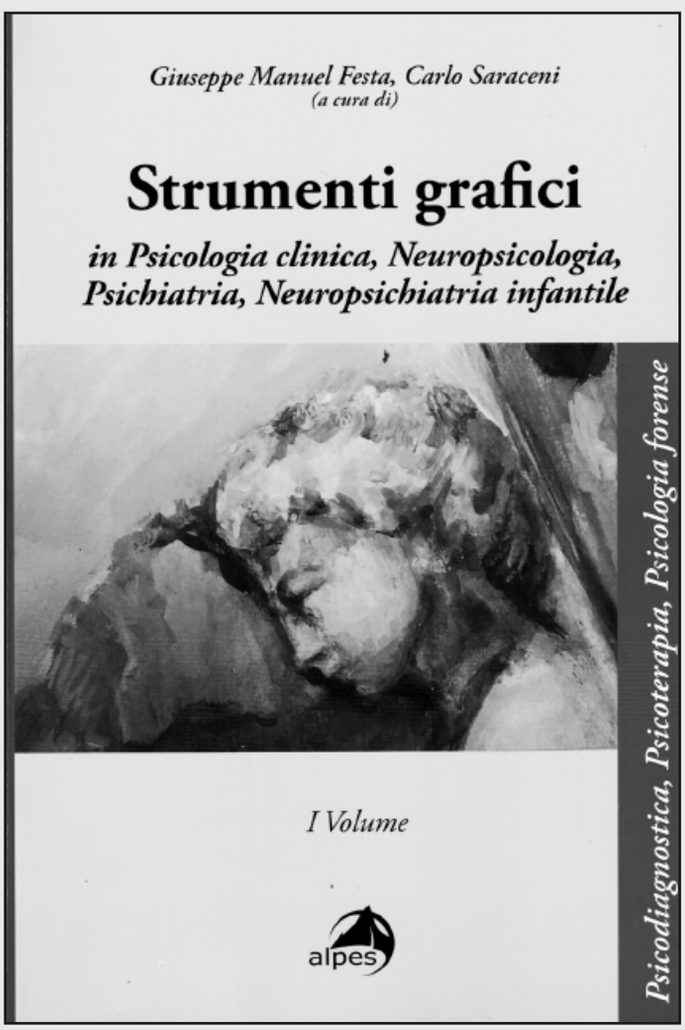
DI FIRENZE.

Una donna di Pisa di circa 35 anni, di temperamento melancolico, d'abito di corpo gracile, e adusto, in seguito d'una passione amorosa aveva già sofferto un corso non molto lungo di Melancolia Vera, che cedè spontaneamente, o almeno con pochi ajuti dietetici. Sul finire dell'estate dodici anni dopo fu nuovamente attaccata da una simile affezione in seguito della morte di suo marito. Trasportata al R. Spedale circa 20 giorni dopo il principio della nuova malattia, fu ritrovata attonita, coi polsi piccoli, deboli, e tardi; con estremo pallore universale, e quasi perpetuamente vigile. Le fu tosto attaccato alla nuca un cerotto Epispastico, che fino dal principio della sua azione la scosse alquanto dalla sua attoneità, e le conciliò un sonno mediocre; ed in appresso le funzioni intellettuali, e volontarie ripresero in essa la nativa libertà, ed una regolarità sufficiente. Ciò non ostante era molto debole; mantenevasi, e forse cresceva in magrezza; mangiava con assai scarso appetito; ed era intanto afflitta da un eccedente, e perpetuo desiderio di ritornare alla propria casa. Otto giorni dopo l'applicazione del Vessicante principiò a fare il bagno caldo universale: ma dopo sei bagnature, o fosse pel calore dell'acqua, o per quella specie di Nostalgia, che l'affliggeva, acquistò il di lei cervello tanta attività, che, sconcertatasi universalmente la fantasìa, diede non dubbj segni d'un prossimo accesso maniaco. Si fece infatti assai loquace, accesa in volto, con occhi lucidi, polso celere ma piccolo, ed in grande smania. Amministrate in tale stato delle discrete dosi di oppio, e continuatosi il bagno, ad una temperatura per altro assai minore del solito, andò decrescendo il delirio, finché sul finire appunto dell'Autunno non restò ad essa, che un leggier grado d'imbecillità di mente. Intanto però principiò a godere d'un mediocre appetito, ed a farsi d'un abito di corpo assai migliore. Così passò l'inverno, senza usare in tal tempo verun presidio farmaceutico, e sempre acquistando forze di corpo, e perfezione nelle funzioni spirituali; finchè al comparire della primavera si trovò bastantemente ristabilita.

***Direttore del Regio Spedale Bonifazio di Firenze A.D. 1793*

Recensioni

Giuseppe Manuel Festa, Carlo Saraceni (a cura di)
"Strumenti grafici – in psicologia clinica, neuropsicologia, psichiatria, neuropsichiatria infantile"
I Volume
Edizioni Alpes - € 23,00



E' il primo volume a cui gli autori, Giuseppe Manuel Festa e Carlo Saraceni, faranno seguire altri che costituiranno una rassegna utilissima in ambito clinico e giuridico –forense. L'uso di strumenti grafici nella lettura della realtà psichica rappresenta una preziosa risorsa in psicologia e psichiatria. L'opera comprende contributi culturali originali e descrizioni approfondite di tali dispositivi, alcuni dei quali di matrice proiettiva, altri di tipo neuropsicologico. Disegni ed altre modalità di esecuzione grafica consentono di approfondire la conoscenza dell'ordinamento mentale, nelle varie età della vita, delle persone di cui ci prendiamo cura.

I curatori di questo primo volume hanno coinvolto nella realizzazione dell'opera prestigiosi Opinion Leader del settore per garantire l'affidabilità e l'autorevolezza dei contenuti trattati (così precisano nella loro prefazione). Ma la migliore garanzia è rappresentata da loro stessi, dal lungo impegno dimostrato nella ricerca, nella didattica e nelle pubblicazioni specialmente in questo settore, che richiede attenzione e rigore scientifico. Con queste qualità vengono descritte nell'opera le tecniche, i target e gli ambiti di applicazione per lo studio di variabili emotive, comportamentali e relazionali, nonché di processi cognitivi, delle funzioni esecutive e della abilità visuo-spaziali, soffermandosi anche nella valutazione dei vantaggi in termini di tempo, costo e facile applicabilità delle tecniche medesime.

L'opera, di alto profilo clinico-scientifico, ha anche un suo valore culturale come dimostra il capitolo II "A proposito di arte e follia" scritto da Ferdinando e Federica Saraceni, in cui ripercorrono tutta la storia degli studi sui disegni dei pazienti psichiatrici. Ricordano Auguste Amboise Tardin che con la sua opera del 1872 iniziava le osservazioni cliniche sui disegni e scritti degli "alienati" valutati ai fini diagnostici tanto per i contenuti quanto per la forma in cui si presentavano. Ripercorrono tante vicende della psichiatria e della c.d. "arte insana" per poi approdare all'Arte-Terapia in un amplissimo orizzonte culturale.

E' un'opera di facile lettura e di grande ausilio professionale.

Francesco Valeriani

Recensioni

Piero Benassi
"Una storia di libertà"
Edizioni Consulta, 2021
Pag. 105
€ 10,00

L'Autore è già noto con i suoi libri monografici sulla Storia della Psichiatria e sulla psicopatologia. Tra quelli già recensiti su questa rivista ricordiamo: "Compendio delle cure psichiatriche e la vulnerabilità della condizione umana", "Storie di una Psichiatria viva", "Ansia, fobie, ossessioni-La relazione che cura".

Non poteva mancare questa bellissima opera autobiografica, corredata da tante immagini e documenti dell'epoca, che ha un valore storico poiché le sue esperienze giovanili accadono nel particolare e difficile contesto del regime fascista, delle vicende belliche e della Resistenza, vissuta come partigiano combattente fino alla liberazione di Modena (con il nome Winny).

Essa rappresenta con la sua testimonianza di vita anche una storia da proporre come lezione di libertà, ancora attuale. Può dimostrare e al contempo insegnare i modi più semplici e autentici di essere al mondo , con tutta la forza morale di chi ama anche la realizzazione della libertà degli altri.

Ritengo che l'opera sia dedicata specialmente ai più giovani, a quanti possono talora banalizzare ed equivocare il significato della libertà in tempi di crisi di ideali, di esasperato narcisismo, spaesamento e confusione identitaria, anche nella nostra professione.

Emozioni, stati d'animo e temperamento, con le caratteristiche dimostrate fin dall'infanzia, si snodano lungo il filo della memoria dell'Autore e ci fanno meglio comprendere il coraggio dell'uomo e il valore dello psichiatra.

Direttore dell'ospedale psichiatrico di Reggio Emilia, che contava oltre duemila degenti, già nel 1959 riusciva a creare un primo reparto aperto (Villa Marchi) a cui seguiva la graduale trasformazione e l'apertura progressiva di tutti gli altri, conclusasi nel 1993 con il consenso e la partecipazione di medici e infermieri. Rappresentava la felice chiusura di una grossa istituzione manicomiale, che avveniva senza abbandoni e clamori.

Piero Benassi costituisce con la sua vita e le sue opere un esempio di particolare impegno civile e professionale, vissuto con la passione, tuttora ardente, per la libertà.

F.V.

Recensioni

Dalla presentazione dei redattori:

"Questo fascicolo di COMPRENDRE, forse mai tanto atteso, accorpa diversi numeri (31-32-33-34), e vede la luce dopo un lungo periodo di silenzio. Il silenzio è dovuto, in parte, alla morte di Lorenzo Calvi, al quale abbiamo dedicato interamente l'ultimo numero, e in parte alla pandemia da Sars-Cov. 2 che, azzerando i corsi di Figline Valdarno, ha anche azzerato l'unica fonte di finanziamento a COMPRENDRE che, come noto, dalla volontà del suo fondatore, è distribuita in modo gratuito, come la conoscenza dovrebbe essere. La morte di Lorenzo Calvi (2017) quella di Arnaldo Ballerini (2015) e di Bruno Callieri (2011) prima, hanno lasciato in noi, allievi diretti formati al loro magistero personale, un vuoto incolmabile…

COMPRENDRE

Archive International pour l'Anthropologie, la Psychopathologie et la Psychothérapie Phénoménologiques

Rivista fondata nel 1988 da Lorenzo Calvi

31/34

ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA PER LA PSICOPATOLOGIA FENOMENOLOGICA

TIPOGRAFIA VENETA – PADOVA
2022

La Rivista rimane un *unicum* prezioso nella letteratura internazionale, sia perché completamente svincolata dai sistemi "accreditati" di pubblicistica in ambito scientifico, sia perché libera da ogni obbligo di conformazione ed aperta a contributi di ampio respiro, che non contemplano *format* predefiniti, ma che seguono, piuttosto, le forme essenziali delle "cose stesse" che raccontano…

Noi rimaniamo… rigorosi esploratori della vita, con il culto appassionato del sogno. Clinici attenti alla metodologia e all'epistemologia, con una spiccata vocazione filosofica, poetica, umanistica. Convinti che chi voglia comprendere la vita debba prendervi parte, immerso fino al collo. Immerso, certo, ma mai sommerso. Noi siamo quelli che vivono, che lavorano e che pensano con sguardo attento alla costituzione dell'esperienza vissuta, del tempo, dello spazio, della carne, dell'incontro.

Del mondo, dell'amicizia, e dell'amore.

Marzo 2022

Gilberto Di Petta e Paolo Colavero