

Convergenze etiche e culturali per un nuovo Umanesimo al tempo dell'I.A.

Ethical and cultural convergences for a new Humanism in the age of A.I.



Homo sum, humani nihil a me alienum puto
(Publio Terenzio Afro)

In quale direzione va la società contemporanea? Perché tante criticità sociali con comportamenti estremi, auto ed etero lesivi, specialmente tra i più giovani?

Ci ponevamo queste domande già nel lontano 1994, quando presso il duecentesco palazzo comunale di Anagni organizzammo un convegno multidisciplinare, durato tre giorni, sul tema *Angoscia sociale e disagio giovanile. Il seme violento degli anni '90*. Si osservavano manifestazioni di ridotta coesione sociale e fenomeni di allarme per nuove emergenze sanitarie, come quelle dell'AIDS. Era l'inizio della diffusione della rete internet e della realtà virtuale, di epocali cambiamenti geopolitici dopo la caduta del muro di Berlino. Quello che ci colpiva maggiormente, come psichiatri, erano le nuove manifestazioni di disagio giovanile e l'aumento della violenza nella società con il rischio di sovvertire i luoghi della convivenza civile, come nell'immagine già allora proposta quale logo dell'evento. Era stata presa da un vecchio libro francese che riportava stampe paradossali del Medioevo, intitolato *Le monde à l'envers*. Quella di un mondo sottosopra è un'immagine che ricorre quando si vivono cambiamenti

epocali della storia con rapidi travolgimenti sociali, politici ed economici. Evoca generalmente angoscia, che può essere cavalcata strumentalmente, oppure interpretata correttamente nel contesto delle dinamiche sociali.

In questo ambito anche gli psichiatri possono assicurare un valido contributo studiando gli aspetti psicologici e culturali che contribuiscono allo spirito del tempo. E' lo *Zeitgeist* della storiografia filosofica tedesca, che implica quel "sentire comune" in una determinata epoca. Su questo influiscono anche dibattiti e pubblici discorsi, che, accettando le sfide del cambiamento, consentono quel dialogo, che noi siamo, che ci apre a nuovi orizzonti umani.

Con questo "spirito" abbiamo affrontato ad Anagni anche la complessa problematica della malvagità e della stupidità umana, in particolare la drammatica attualità dell'incremento di condotte antisociali, specialmente tra i più giovani, di inaudita violenza ed apparente insensatezza, che non devono essere semplicisticamente etichettate come emergenze psichiatriche solo perché ritenute incomprensibili e inaccettabili. E' facile farsi confondere dalla "follia", che abita negli abissi della nostra mente, nei luoghi indistinti di ataviche paure che spesso proiettiamo sugli altri ed in particolare su quello che degli altri non conosciamo, per distanziarla da noi.

La storia della psichiatria è superamento della follia, studio delle differenze, ricerca delle risorse scientifiche ed umane per distinguere gli stati psicopatologici e curarli, restituendo al malato la sua libertà. Come altre scienze, deve però individuare i limiti delle proprie competenze dando loro un senso. I confini della psichiatria sono comunque permeabili. Non servono solo a distinguere, ma anche a comunicare e cooperare, senza confusione di ruoli, con formazioni e competenze altre, come quelle dell'educazione, dell'orientamento etico e spirituale.

La complessità delle dinamiche sociali oggi richiede una grande alleanza antropocentrica, non solo per usare correttamente le nuove tecnologie, ma anche per fronteggiare pericolose ideologie, che possono essere più devastanti di

quelle totalitarie del '900.

Dal nostro osservatorio psicosociale constatiamo una nuova ideologia che si aggira nel mondo: quella del *narcisismo* nelle sue molteplici e pericolose espressioni individuali e collettive (suprematiste), che rappresentano modi opinabili di essere e di agire con scelte di vita non condizionate da patologie psichiatriche ma da sottoculture del potere e della violenza.

Si esibiscono spesso, a vari livelli, *nuovi alieni, figli di Eco e di Narciso*, che non condividono il nostro mondo della vita, né il senso della civiltà, né quello di un'armoniosa convivenza sociale basata sul giusto equilibrio di diritti, doveri e responsabilità. Talora sono piccole ombre che escono da una folla anonima alla ricerca delle luci della ribalta mediatica con progetti criminali che fanno clamore. Spesso sono giovanissimi che non accettano una vita insignificante, senza visibilità. Non sono affetti da disturbi mentali ma esprimono una realtà sociale e culturale inaridita e frammentata, disorientata e disorientante. Possono uccidere per noia o per provare sensazioni forti in una sorta di erotizzazione della violenza. Possono accoltellare, riprendersi con il cellulare e fare stragi nelle strade e nelle scuole. Possono trovare facilmente loro emuli.

Sono difficilmente accettabili in una prospettiva teleologica dello sviluppo storico della civiltà umana. La partecipazione responsabile alla comunità e alla vita civile ha promosso la *Civilitas* (lo ricordava *Marco Tullio Cicerone* nelle sue *Tuscolanae Disputationes*). In essa ci si fa custodi e promotori di *Humanitas*, patrimonio interiore di una comunità di destino che fonda la sua coesione sulla cultura della relazione. Questa è basata sul riconoscimento dell'intersoggettività, aperta all'incontro, al dialogo, all'attenzione e alla compassione. *Robert Kennedy*, nella commemorazione di *Martin Luther King*, sosteneva: "Ciò di cui abbiamo bisogno negli Stati Uniti non è odio, non è violenza e rifiuto della legge, ma è amore, saggezza e compassione gli uni verso gli altri".

La *com-passione* è quella del buon Samaritano. Significa *sentire insieme il pathos*, quel soffrire che accomuna tutti gli esseri viventi.

I nuovi alieni sociali non condividono questa cultura e questo soffrire. Non condividono il mondo dell'altro, non ne accettano le fragilità. La loro ideologia narcisistica è quella di un potere smisurato e di un'immagine personale idolatrata, di un'*egocrazia* che si gratifica e si rinforza nell'eco mediatica. E' quella che tende ad appropriarsi anche delle nuove tecnologie per dominare il mondo entrando senza scrupoli nelle coscienze e nelle vite degli altri.

In questo scenario si pone la complessa sfida dell'**Intelligenza Artificiale**, che si gioca tra rischi ed opportunità. Di per sé essa rappresenta una risorsa stupefacente, frutto dell'ingegno umano, ma può costituire un rischio se controllata da pochi e non al servizio di tutti gli uomini. Per queste ragioni *Papa Francesco*, nel G7 del 2024, la defi-

niva uno "strumento affascinante e tremendo al tempo stesso", riflettendo sulla condizione tecno-umana vocata all'ulteriorità. Ora *Leone XIV* propone di camminare insieme nella sua recente Enciclica "*Magnifica Humanitas*", precisando:

"...L'umanità corre il pericolo di smarrire il proprio volto...ogni generazione riceve in eredità il compito di dare forma al proprio tempo, di far maturare la storia come luogo in cui la dignità di ogni persona sia custodita, la giustizia promossa e la fraternità resa possibile. Ma su ogni epoca incombe il rischio di costruire un mondo disumano e più ingiusto..."

E' chiaro che la responsabilità non è della tecnologia ma di chi ne fa un cattivo uso, quello del potere, nelle sue *varie forme di idolatria* del profitto (economico, politico, etc.), che può esercitare effetti seduttivi, ammalianti e reificanti in una nuova peste delle coscienze. Essa diventa pandemica specialmente se si riducono gli "anticorpi" della cultura della relazione, della prossimità e della cura, che si esprimono nei comportamenti individuali e nelle reti solidali.

Essi garantiscono in modo autentico dignità, libertà e giustizia, alimentati dalla passione per l'umano, per il suo mistero e la sua verità. Sosteneva *Agostino*: "In interiori homine habitat veritas". Si riferiva a quella dimensione interiore, spirituale, la più autentica dell'uomo. E' quella che, in una prospettiva fenomenologica, ci induce a progettarci per qualcuno, per qualcosa, alla ricerca di un orizzonte di senso della propria esistenza. In questa dimensione non c'è fuga dalla realtà, bensì un modo diverso di viverla, nella maggiore consapevolezza di sé e dei propri limiti, nella condivisione di valori universali e nella cura del mondo che ci è affidato.

Dal nostro osservatorio di psichiatri, inclini ad esplorare gli abissi misteriosi della mente umana, deriviamo la consapevolezza non solo della complessità delle condizioni psicopatologiche di cui ci prendiamo cura, ma anche di quelle povertà interiori, correlate a criticità educative e relazionali, sempre più frequenti in un mondo frammentato e disorientato, in cui dilaga quella ideologia narcisistica che alimenta il potere dell'apparire, dell'effimero, del tutto e subito, dell'indifferenza e dell'anestesia morale derivante dalla digitalizzazione e virtualizzazione delle relazioni umane in una Rete che disincarna il mondo.

Dilagano fantasie di onnipotenza, ideologie suprematiste e settarie, strumentali semplificazioni della complessità di un mondo che, con l'arretramento della cultura della relazione, tende alla sua deumanizzazione con inevitabili lacerazioni della convivenza civile e della coesione sociale. Perdendo il *senso del limite*, la nostra capacità di fare è diventata enormemente superiore a quella di prevedere gli effetti negativi del nostro fare. *L'attuale sfida dell'Intelligenza Artificiale* impone saggezza, prudenza e responsabilità perché la posta in gioco è troppo alta:

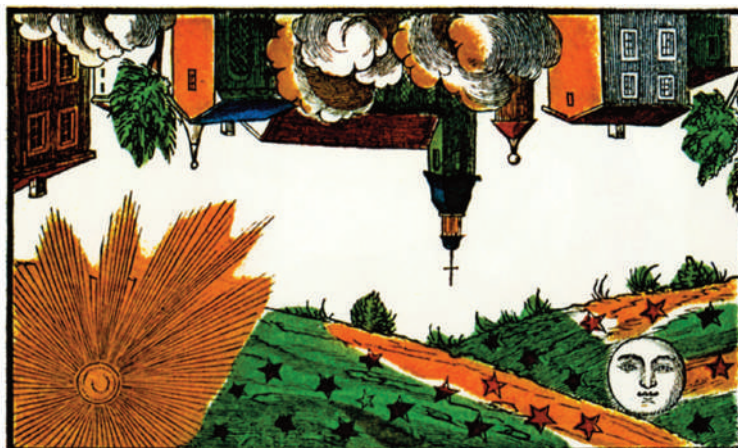
quella della verità, della libertà e della dignità dell'uomo. Nella sua Enciclica sulla "custodia della persona umana nel tempo dell'Intelligenza Artificiale" *Leone XIV* precisa: "La tecnologia può anche dividere, scartare, generare nuove ingiustizie... non è neutrale, perché assume il volto di chi la pensa, la finanzia, la regola, la usa..."

Negli stessi giorni della pubblicazione di questa Enciclica si è tenuta nella Città del Vaticano la *Conferenza internazionale* organizzata dalla *Fondazione "Centesimus Annus Pro-Pontifice"*, presieduta dal *Prof. Paolo Garonna*, che nella giornata del 28 maggio 2026 ha affrontato la tematica *Catholic Social Thought Facing the Challenges to Freedom and Pluralism* con gli interventi, molto apprezzati, dei colleghi *Donatella Marazziti* e *Mauro Mauri*. I lavori sono proseguiti il 29 maggio nella New Synod Hall ed hanno previsto la sessione plenaria su *How Spirituality Enlightens Personal Development and Community Engagement*.

Abbiamo così proseguito il cammino ideale già iniziato ad Anagni, dando il nostro contributo di psichiatri ad un evento di grande profilo etico, spirituale e culturale. In questo contesto (ricordando Henri Ey e i lavori di Luciano Bonuzzi su questa rivista) ho trattato il rapporto tra psichiatria e libertà, la corrispondenza tra percorsi di cura e recupero di opzioni di vita, di inclusione sociale e di opportunità di sviluppo della persona, nel rispetto della sua dignità. Pertanto il campo della psichiatria è quello della patologia della libertà, che riconosce radici storiche e naturali. Con questa convinzione ci prendiamo cura della vita psichica e della libertà dell'altro.

Con tale cultura la nostra generazione di psichiatri ha chiuso i manicomi in Italia, realizzando quel fondamentale passaggio antropologico dall'alienus all'alter, al riconoscimento della persona umana con tutte le sue fragilità.

Essa è al centro di quella relazione terapeutica che non potrà mai essere sostituita da nessun chatbot perché questo non potrà mai assicurare reciproca donazione di sé, né il tempo del Kairos, che è quello unico dell'incontro con il volto dell'altro, né l'ascolto partecipe, né attenzione responsabile. Non potrà mai usare "parole emozionali" ed ascoltare i silenzi dell'altro. Non potrà mai incarnare la forza della speranza e l'orizzonte dell'utopia. Queste dimensioni della "cura", che l'algoritmo non può conoscere né surrogare, sostengono il nostro sviluppo professionale e il nostro impegno comunitario. Su questi temi abbiamo portato il nostro contributo di psichiatri, dialogando con economisti, eticisti, teologi e imprenditori. Ci siamo sentiti accolti in una casa comune dove formazioni ed istanze diverse, culturali, etiche e spirituali, hanno mostrato ampie convergenze per il futuro dell'umano.



Les maisons éclairent le soleil et la lune



Il senso della vita: l'orizzonte smarrito

The Meaning of Life: The Lost Horizon

*La tecnica ha vinto: abbiamo perso
Il senso della vita.*

La natura, Dio, la ragione.

Nel corso della sua storia l'uomo

Ha sempre cercato e trovato un

Orizzonte a cui ancorarsi.

Ora rischia di smarrirlo.

U. Galimberti Repubblica luglio 2025.

*E pensare che c'era il pensiero,
ers un po' che sembrava malato,
ma ormai sta morendo,
in un tempo che tutto rovescia si parte da zero..*
Giorgio Gaber 1995-96.

Oggi c'è ancora un orizzonte di senso per la nostra esistenza ? è la domanda che si pone U. Galimberti ed aggiunge : la domanda sorge spontanea se solo pensiamo che l'uomo ha sempre compreso se stesso a partire da un orizzonte di senso a cui fare riferimento.

Qualche anno prima Gaber aveva pronosticato la morte del pensiero.

Nel maggio 2025 Aldo Schiavone ha pubblicato un saggio dal titolo : Occidente senza pensiero.

Occidente senza pensiero

- Solo una rivoluzione intellettuale e morale potrà impedire all'Occidente di perdere se stesso, ricongiungendolo invece alla parte migliore della sua storia.

• ALDO SCHIAVONE OCCIDENTE SENZA PENSIERO IL MULINO 2025

Tav. 1

Che cosa dunque in Occidente è accaduto al pensiero ed al mondo delle idee, mondo considerato tipico degli umani?

Secondo Galimberti all'età moderna che aveva trovato

la sua massima espressione nell' Illuminismo ed il suo orizzonte di senso nella promozione della Ragione, è subentrata

l'età postmoderna che egli chiama "età della tecnica".

"Per la prima volta –afferma Galimberti- nell'età della tecnica l'uomo vive privo di un orizzonte di senso, perché la tecnica non tende ad uno scopo, non promuove un senso, non apre scenari di salvezza, non redime, non svela la verità che non rientra tra i suoi compiti : la tecnica funziona e siccome il suo funzionamento è diventato planetario occorre congedarsi dai concetti tradizionali di individuo, identità, libertà, salvezza, verità, senso, scopo, ma anche da quelli di natura, politica, etica, religione, storia, di cui si nutrivano le età pre-tecnologiche". Per di più "abbiamo perso il senso greco del "limite" perché, come scrive Hans Jonas, mentre i greci avevano incatenato Prometeo che aveva portato la tecnica agli uomini, noi l'abbiamo scatenato. Il risultato è che oggi la nostra capacità di fare è enormemente superiore alla nostra capacità di prevedere gli effetti del nostro fare. Quindi ci muoviamo a mosca cieca".

Il prevalere della tecnica ha dunque portato uno stravolgimento dei valori con il passaggio

dai criteri qualitativi a quelli quantitativi.

Vito Mancuso nel saggio "Destinazione speranza" (Garzanti 2024) discute sulla stupidità umana e le sue forme.

"Oggi la stupidità –afferma Mancuso- è molto più devastante di un tempo perché il parere delle masse è determinante per la conduzione del mondo, di questo nostro mondo il cui criterio di governo non è più qualitativo ma puramente quantitativo, non solo a livello economico ma anche politico e culturale. L'economia capitalistica ha imposto dovunque la sua logica, quella secondo cui vale di più chi ha di più: più denaro, più voti, più lettori, più visualizzazioni, e questo a prescindere dal valore intrinseco. La partita tra avere ed essere descritta da Fromm nel saggio "Essere o Avere", si è chiusa a favore dell'avere, della logica quantitativa, massificante, intrinsecamente tendente verso il basso e quindi inevitabilmente generatrice di stupidità. La decadenza e l'impoverimento del linguaggio ne sono un indice : non importa quel che si dice, importa parlare con sicurezza il più a lungo possibile".

Ed allora " quando una società si riduce a calcolo e a quantità – ricorda M.Niola citando G.,Durand- vuol dire che è entrata in una irreversibile parabola di crisi. La modernità per Durand è una società in agonia dove i mezzi si

sono resi progressivamente autonomi dai fini, al punto di trasformare se stessi in fini”.

La conseguenza di tutto ciò è la cosiddetta sacralizzazione dei consumi.

La sacralità dei consumi

- La secolarizzazione si sarebbe trasformata, secondo Pasolini, nel contesto di quell'ordine orrendo dell'inferno capitalista, in una rimozione della sacralità del sacro accettata e sostituita dalla sacralità dei consumi.
- Pasolini denunciava la secolarizzazione come una dissacrazione illusoriamente liberatrice perché, di fatto, avrebbe finito per sancire la sacertà delle merci e del loro consumo.
- «Io sono convinto che il Vangelo è lo strumento perenne di liberazione dell'uomo» (PP. Pasolini).

• ANDREA CECCONI TESTIMONIANZE N. 543-44, 2022.

Tav. 2

In una situazione come questa non possiamo non contestare il mito di Prometeo anche per affrontare i limiti imposti dalla nostra vulnerabilità.

“in una società come la nostra –afferma Paolo Rodari – permeata dai valori e dai disvalori di un capitalismo che incalza, dall'ossessione di una vita senza ostacoli e dal consumo di un godimento senza limiti, l'esperienza della vulnerabilità appare come una vergogna da nascondere”.

In definitiva assistiamo alla metamorfosi del mito, dei miti fondanti della nostra civiltà. Citiamo a questo proposito il pensiero di Glen Slater, psicologo analista.

IL MITO

- Ciò che abbiamo rimosso nella modernità sono gli dei stessi.
- Abbiamo rimosso principi archetipici, valori, forze simboliche.
- Viviamo in un mito in cui crediamo di essere noi gli dei, capaci di controllare la natura, invece di entrare in relazione con lei.
- Esiste una funzione che potremmo chiamare religiosa di cui l'anima ha bisogno: un principio spirituale, una fonte di significato. Se non lo coltiviamo consapevolmente, ritorna in forma inconscia e sintomatica.
- Oggi per molti denaro, tecnologia e scienza sono diventati le vere religioni. Ma ovviamente non nutrono l'anima.

• GLEN SLATER psicologo analista. La Repubblica 23. 7. 2025.

Tav. 3

Ed allora che cosa può nutrire l'anima? Carlo Petrini

suggerisce il ritorno alla spiritualità.

La spiritualità patrimonio di tutti

- Un elemento dovrà tornare ad essere patrimonio di tutti: *La spiritualità*. Per troppo tempo in Occidente abbiamo nutrito l'illusione che l'uomo potesse prescindere dalla spiritualità perché guidato dalla scienza, dal progresso tecnologico, dalla mera ragione. Si è trattato di un errore madornale, perché abbiamo confuso la spiritualità con la religione, abbiamo pensato che tutto ciò che non riguarda il mondo materiale fosse il retaggio di un passato oscurantista e ci siamo preclusi un elemento cardine di ciò che è umano, ovvero lo slancio verso qualcosa di altro da noi, la ricerca di un disegno universale, di una connessione tra tutti gli esseri umani e tra gli umani e il loro ambiente. (C. Petrini Terrafutura 2020).

Tav. 4

Spiritualità –ricorda il filosofo Romano Madera- è una dimensione ed un bisogno tipicamente umano e non va confusa con la religione.



Vivere una spiritualità laica è possibile se si sceglie di esplorare la dimensione spirituale come ricerca di senso e apertura al trascendente.

Tav.5

Una spiritualità laica

- Si può ragionevolmente dire che la spiritualità non è, e non può essere, monopolio di nessuna Chiesa e di nessuna religione, così, altrettanto ragionevolmente, si può dire che la laicità non è, e non può essere, monopolio di chi è ateo, agnostico, indifferente o contrario alla religione.

• ROMANO MA'DERA 'UNA SPIRITUALITÀ' LAICA BOLLATI BORINGHIERI 2025

Tav.6

In definitiva nasce oggi la richiesta e la speranza di un ritorno alla spiritualità da considerarsi come la terza dimensione degli umani e Sergio Latouche afferma “L’arte e la bellezza devono tornare a intercettare il rapporto tra l’essere umano e il sacro, non accettare di farsi ridurre a un valore di mercato”.

Lavorare sulla terza dimensione dell’uomo, quella spirituale, ci permetterebbe di ritrovare un orizzonte di senso di cui gli esseri umani non possono fare a meno. IL significato della vita non vuole morire.

La nostra attenzione dunque d’ora in poi deve essere focalizzata particolarmente sulla dimensione antropologica del soggetto, sui suoi bisogni, sui suoi desideri, sulle sue risorse, sulle capacità, sui livelli di interesse alla vita e di atteggiamenti riguardo al futuro; su tutto ciò, in altre parole, che connota la sua “presenza al mondo”.

“Il valore di un essere umano – ricorda Vito Mancuso – dipende dalla sua capacità di creare relazione, di dedicarsi, di uscire da sé, di aprirsi, di abbracciare, di amare”.

Più incisivo ancora è il pensiero di G. Piana : “la scoperta della propria identità non avviene nel ripiegamento su se stessi, ma nell’apertura ad un’alterità, che non si attinge proiettando se stessi, ma accogliendo la perenne novità dell’altro, mai totalmente codificabile. L’esperienza dell’amore, quando è autentica, comporta la *fuoriuscita da sé*, il disancoramento dalla propria terra per entrare nella terra sconosciuta dell’altro, affidandosi radicalmente a lui”.

Non a caso Bloch afferma : Noi siamo una utopia, qualcosa che ancora possiamo realizzare al di là della nostra rassegnazione. Tuttavia per realizzare qualcosa dobbiamo fare le nostre scelte di fondo, riconoscendo peraltro anche i nostri limiti, e programmando, ove necessario, il cambiamento. Non vale nascondersi dietro gli alibi o dietro presunti perbenismi.

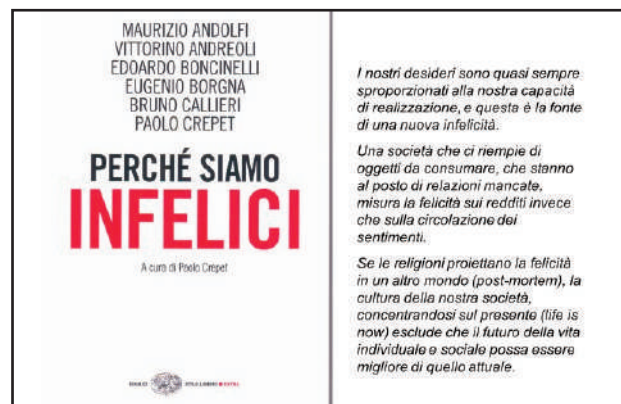
Che cosa significa *cambiamento* ? Qui può essere utile riprendere il concetto di *apocalisse culturale*.

L’evoluzione della civiltà in realtà avviene per passaggi progressivi nel tempo, ma a volte viene interrotta da una apocalisse culturale con una forte richiesta di cambiamento. Il cambiamento richiesto è di tipo 2, cioè una alternativa all’assetto precedente. Spesso però si trasforma rapidamente in un cambiamento di tipo 1, ossia in una alternanza : finora hai comandato tu, ora comando io. Quando la rivoluzione si istituzionalizza prevale l’alternanza : la borghesia al posto dell’aristocrazia, il proletariato al posto della borghesia, ecc.. Nell’alternanza prevale l’antagonismo, nella alternativa è possibile la cooperazione sinergica.

Storicamente è prevalsa per lo più l’alternanza, anche in campo degli onesti e dei credenti.

Oggi i tempi sarebbero maturi per l’alternativa, occorrerebbe però riscoprire la fraternità.

Una vita priva di senso ci spiega perché siamo infelici. (vedi il saggio a cura di P.Crepet)



Tav. 7

Magistrale a questo punto è l’analisi di C. Lasch nel saggio “L’Io minimo”.

L’Io minimo

- Deluso da tutti i miti (il mito religioso, il mito del progresso e quello dell’impegno politico) l’uomo occidentale sembra avere un’unica preoccupazione, quella del proprio «Io».
- Ai miti di Prometeo, di Faust e di Sisifo si sostituisce oggi quello di Narciso. La sensibilità politica e liberatrice degli anni 60 ha lasciato il posto a una «sensibilità terapeutica» caratterizzata dall’incapacità di agire al di là di se stessi e dal ripiegamento verso la sfera privata e l’intimità.
- È una mentalità di sopravvivenza, un sorta di ritirata emotiva di fronte al futuro, agli impegni a lungo termine.
- A. DE PAZ Paese Sera 30.5.85 recensendo il saggio di C. Lasch «L’Io minimo».

Tav. 8

A sua volta Galimberti prende in esame il rapporto tra i giovani d’oggi ed il futuro in un’epoca nichilista :

Un’epoca nichilista

- Nietzsche così definisce il nostro tempo : «manca lo scopo, manca la risposta al perché, tutti i valori si svalutano».
- I giovani oggi sono passivi e rassegnati perché il futuro per loro è così vuoto da non offrire alcuna risposta al perché impegnarsi, perché darsi da fare, al limite perché stare al mondo. L’incursione nel mondo della droga e dell’alcool non è tanto una ricerca del piacere quanto un modo per anestetizzarsi dall’angoscia di un futuro vuoto e non motivante.
- U. GALIMBERTI Repubblica D 2.2.2019.

Tav. 9

D’altronde – ricorda Galimberti – i giovani del nostro

tempo prima di essere privi di interiorità sono innanzitutto privi del mondo, perché non abitano il mondo ma il web. Per la prima volta nella storia l'esperienza dei padri non può trasmettersi ai figli, perché radicalmente diversi sono i mondi che padri e figli abitano (Repubblica D 11.5.2019).

In un simile contesto non può non accadere altro che la caduta della progettualità.

La caduta della progettualità – afferma F. Napolitano – è l'indicatore più attendibile della crisi attuale ed è accompagnata dal venir meno della coesione sociale e dal dilagare dell'indifferenza. Per di più – ricorda M. Recalcati – il disagio della civiltà che per Freud era rappresentato dalla repressione, oggi si è trasformato nel disagio della precarietà. Il soggetto è spinto verso un individualismo esasperato e verso una bulimia di godimento, generando il passaggio dal tempo creativo del desiderio a quello compulsivo del godimento.

Cade il progetto e l'uomo tende a chiudersi in se stesso.

L'uomo senza tempo

- L'ideologia della merce (il tempo produttivo nella sua quantità) e l'ideologia del tutto e subito (il tempo produttivo nella sua velocità) hanno progressivamente eliso il *tempo umano*, con una serie di conseguenze psicologiche.
- Avendo troppo poco tempo umano infatti, l'uomo tende a difenderlo dall'Altro, in una sorta di riflesso di barricamento: la tecnologia che dovrebbe collegarci, connetterci al mondo, di fatto ci isola. Avendo il mondo a casa mediante internet viene superato il dovere di andare al mondo. Una surrogante autosufficienza ci abitua a sentire come intruso il mondo vero, quando sempre più raramente irrompe sotto forma di persona come Altro, interrompendo la solipsistica onnipotenza della circolarità mediatica.

• C. PARMENTOLA Prendersi cura, Ed Giuffrè 2003.

Tav. 10

Più drastico è il pensiero del filosofo tedesco coreano Byung-chul Han in un'intervista su un quotidiano :

Le non cose

- Lo smartphone rende ogni cosa immediatamente disponibile e consumabile. In tal modo distrugge l'Altro, che si sottrae a qualsiasi disponibilità. La perdita dell'empatia deriva dal fatto che noi facciamo dell'Altro, del tu, un oggetto consumabile.
- Insieme allo smartphone ci ritiriamo in una bolla narcisistica che ci protegge dalle imponderabilità dell'Altro.
- La scomparsa dell'Altro è proprio il motivo ontologico per cui lo smartphone ci rende soli.

• BYUNG-CHUL HAN La Repubblica 5.2.2022

Tav. 11

Secondo il filosofo coreano la digitalizzazione e la virtualizzazione delle relazioni umane nell'epoca della Rete,

rappresentano la vera anestesia, in quanto abolizione ipocrita dell'abissale lontananza che inaugura una falsa vicinanza. In altri termini la digitalizzazione disincarna il mondo.

La conseguenza di quanto detto è l'*uomo blasé*, come lo ha definito G. Simmel. È l'uomo distaccato da sé e dagli altri che interiorizza ed assimila i meccanismi del mercato, cerca zone franche di disaffezione e disinteresse, in relazione ad una logica di pura sopravvivenza ed autoprotezione (Guanzini).

La società globale

- La società globale tardo-capitalistica e liberal-democratica che esce dalla sconfitta storica dei totalitarismi novecenteschi promette di esaltare ulteriormente l'autonomia e la libertà degli individui, ma di fatto ne accentua la "solitudine".
- Ciò avviene in virtù di una progressiva *privatizzazione dell'esistenza sociale*, prodotta dalla dissoluzione di qualsiasi ordine di significati e ideali che vadano oltre l'orizzonte della cura del corpo e della gratificazione di desideri ed esperienze di consumo.

• F. DEI Testimonianze n. 462, dicembre 2008.

Tav. 12

Tuttavia "durante la parabola della modernità è accaduto che l'autonomia iniziale dell'individuo si è trasformata in un *imperialismo dell'individuo*, che finisce per inibire il riconoscimento dell'Altro da sé per innescare logiche di dominio invece che di libertà. Si scivola così da una concezione

L'uomo blasé

- Siamo alienati da un principio di prestazione che non lascia tregua, viviamo sotto il dominio dell'infatuazione narcisistica per il nostro io, l'atmosfera che ci circonda è fredda, non conosce *pietas*, non risparmia i deboli, rigetta la vulnerabilità di cui è costituito l'uomo, enfatizza il mito del successo, il culto del denaro e la violenza.
- Il modello antropologico che si impone è quello della durezza, dell'imperturbabilità, della concorrenza, del feticismo tecnologico, del funzionalismo e dell'indifferenza.

• M. RECALCATI recensendo il saggio di I. Guanzini: Tenerezza. Ponte alle Grazie, in: Robinson Repubblica 5.2.2017.

Tav. 13

universalistica a una concezione particolarista dell'individuo, che mette a rischio ogni legame sociale e apre il varco a derive ideologiche di tipo relativistico e nichilistico. (P. Onorato).

Una ricerca dell'università del Michigan ha studiato per

10 anni gruppi di studenti di diverse università USA. Secondo tale ricerca la capacità di provare empatia e quindi di praticare l'altruismo, è crollata del 40% dopo il 2000. Mentre si è impennato il narcisismo : l'attenzione smisurata verso di sé.

L'io come individuo – afferma Callieri – è un'astrazione e solo l'io che sta in rapporto costitutivo “ab origine” con un Tu nel “Mondo” ha concretezza. L'Ego preso come “solus” precede solo concettualmente la vita inter-soggettiva. Nel melanconico ad es. si evidenzia la mancanza del con-esserci, la mancanza di *noità*, come chiusura alla dimensione del dialogo, come solitudine radicale.

La visione del mondo

Secondo Thomas Merton “il collasso di quel vago umanesimo materialista che era stato moneta corrente negli scorsi 2 o 3 secoli ha lasciato il mondo tragicamente

consapevole della propria *bancarotta spirituale*”. Siamo in presenza di una vera crisi della trascendenza.

La crisi dell'istruzione

- Ci troviamo nel bel mezzo di una crisi di proporzione globale : la crisi mondiale dell'istruzione. Sono in corso radicali cambiamenti riguardo a ciò che le democrazie insegnano ai giovani : vengono accantonati quei saperi indispensabili a mantenere viva la democrazia perché siamo attratti sempre più dall'idea di profitto.
- I paesi di tutto il mondo produrranno ben presto generazioni di docili macchine anziché cittadini in grado di pensare da sé, criticare la tradizione e comprendere il significato delle sofferenze e delle esigenze delle altre persone. Il futuro delle democrazie di tutto il mondo è appeso ad un filo.
- (M. C. Nussbaum Non per profitto, Il Mulino 2011.

Tav, 14

Smarrimento, angoscia e solitudine possono portare , secondo A. Di Nola, ad una vera e propria *apocalisse individuale*.

Crisi della trascendenza

- La crisi temporale è crisi del senso dell'essere. Senza un significato, una direzione, un orientamento verso qualcosa di più ampio, durevole e consistente del godimento immediato e già pianificato, il tempo non «profuma» più, si riduce a un movimento meccanico, freddo e amorfo, di fronte al quale l'essere umano, che per sua natura rifugge l'insignificante e l'insensato come il peggior dei mali, non può fare altro che sperimentare smarrimento, angoscia e solitudine.
- D. NAVARRIA Agg. Soc. ott. 2018, recensendo Byung-Chul Han «il profumo del tempo», 2018 Vita e Pensiero.

Tav. 15

La fuga nel nulla è il riflesso del nulla che viene offerto

all'individuo.

Nietzsche così definisce il nostro tempo : manca lo scopo, manca la risposta al perché, tutti i valori si svalutano” (Galimberti Repubblica D 2.2.2019).

A sua volta R. Esposito afferma che la moltiplicazione compulsiva degli oggetti, provocata dal crollo delle ideologie, anziché riempire il vuoto di senso che scava le nostre esistenze, lo ha allargato a dismisura, determinando nuove melanconie. Le melanconie contemporanee nascono dall'incapacità di conferire senso all'esperienze. (R. Esposito Repubblica 10.11.2019 recensendo il saggio di M. Recalcati *Le nuove melanconie* Cortina ed. 2019).

Il progetto esistenziale

La nostra presenza al mondo non può non manifestarsi mediante un progetto di vita.

“L'esserci nella sua presenza al mondo -ricorda Cianciusi – è possibile solo come movimento “da-qualcosa” a “qualcosa-altro”, come trascendenza, *oltrepassamento* che rende possibile l'esistenza nella dimensione aspiatale e temporale, ulteriorità che trapassa dal piano ontologico egoico a quello del mondo che così egli rischiara”.

L'apocalisse individuale

- Per apocalisse individuale intendo per esempio il crescente istinto di morte fra i giovani. Lo si riscontra nel numero crescente di suicidi e tentati suicidi, nelle confessioni desolate e autolesionistiche che appaiono nei giornali della sinistra extraparlamentare, nel successo della pornografia, nell'auto-cancellazione attraverso la droga e la violenza. In definitiva nell'isolamento di tanti giovani.
- Ciò è il riflesso dell'impossibilità di vivere in *un mondo senza senso* : un mondo che non è socialista ma nemmeno a capitalismo avanzato, una società tardo-borghese che non offre niente a nessuno e ancor meno ai giovani. La fuga nel nulla è il riflesso del nulla che viene offerto all'individuo.
- A. DI NOLA Panorama, 27.3.1979.

Tav. 16

La mancata realizzazione di un progetto di vita è la causa principale dell'angoscia che si manifesta per l'assenza di un progetto esistenziale, o per la sua nullificazione o per la previsione di una nullificazione.

Per di più bisogna tener conto del fatto che nella società attuale è saltato il concetto del “limite.” (Vietato vietare è il motto del 68). Tutto è possibile e spesso il soggetto si sente inadeguato a raggiungere dei risultati, senza dei quali non viene considerato in linea con i paradigmi di efficienza e di successo che la società richiede a ciascuno di noi. Si determina in questo modo una vera e propria patologia dell'azione. Di conseguenza gli uomini di oggi non “credono” ma “funzionano”. Ogni sforzo è finalizzato alla sopravvivenza ed al benessere materiale, ma in un contesto culturale in cui vengono meno ogni senso autentico e ogni fine umano.

Occorre invece riassumere la consapevolezza dei nostri

limiti umani, interrompendo la spirale prometeica dell'illimitatezza. (Pulcini La cura del mondo . Bollati Boringhieri 2009)).

In conclusione l'uomo gettato-nel-mondo deve invece pro-gettarsi verso il mondo, verso gli altri, verso le cose, costruendo il suo progetto di vita. Operazione oggi ancora più difficile di un tempo perché, come abbiamo visto, l'abolizione dei limiti spinge ad andare oltre il consentito in una società sempre più esigente e che ti giudica e ti riconosce solo se funzioni secondo le regole di un mercato sempre più competitivo.

Dobbiamo dunque recuperare la responsabilità : “con la responsabilità siamo capaci non solo di uscire dal pantano di un egoismo intergenerazionale senza precedenti, ma di compiere uno scatto ulteriore : dalla responsabilità *di* alla responsabilità *per* (per l'altro, il mondo, le generazioni future) impegnandoci ad essere responsabili *insieme*. (Pulcini E. Un sentimento e un grappolo di significati. L'INDICE Speciale : i dialoghi di Trani. Sett.2019). Sulla scorta di quanto detto finora Galimberti si pone la domanda : a che punto è l'umanità?

Gettato e progettarsi

Poiché originariamente aperta al mondo l'esistenza è definita dalla sua progettualità, derivante dall'essere-gettato nel mondo. Quando l'essere gettato nel mondo ha il sopravvento sul progetto-nel-mondo, abbiamo la caduta esistenziale dove l'esistenza, invece di esprimersi nelle sue possibilità autentiche, rassegna il suo poter-essere a una possibilità già data e quindi inautentica. (L.E. BERRA)

Tav. 17

Di tutto questo viene data la responsabilità al predominio della tecnica sulla cultura umanistica.

A che punto è l'umanità ?

- Siamo nel post-umano nel senso che noi occidentali siamo precipitati in una sorte di alienazione, che neppure Marx avrebbe sospettato. Si tratta di una alienazione che non consiste nel fatto che chi lavora non riceve l'equivalente del suo lavoro, ma dal fatto che chi lavora deve mettere tra parentesi la sua persona, perché sa di essere valutato unicamente per la sua efficienza e la sua produttività. In una parola *per quello che fa e non per quello che è*.
- L'umanità occidentale è giunta a un punto di non ritorno, dove ciò che conta non è l'uomo ma la sua prestazione.

• U. GALIMBERTI Repubblica D 17.11.2018.

Tav. 18

- *La cultura umanistica era rivolta alla persona.*
- *La cultura tecnologica è rivolta agli oggetti.*
- L'homo faber con le sue conquiste tecnologiche ha sopraffatto l'homo sapiens con la sua responsabilità morale.

Tav. 19

A questo proposito Papa Francesco osserva:

La razionalità della tecnica

- L'obiettivo della tecnica è quello di ottenere *il massimo degli scopi con l'impiego minimo dei mezzi*. Tutto quello che fuoriesce da questa razionalità è insignificante se non di disturbo. Una volta che questa razionalità viene introiettata dal nostro io, dalla nostra parte egoica, assisteremo ad un rafforzamento dell'ego che esaspera le componenti egoistiche di ciascuno al punto da farci apparire «logico» perseguire unicamente i propri interessi.
- Il diffondersi della razionalità tecnica genera *egoismo* sul piano etico, *individualismo* sul piano sociale, e *narcisismo* sul piano psicologico.

• U. GALIMBERTI Repubblica D 30.5.2020

Tav. 20

Alla *carestia della speranza* dobbiamo aggiungere il fatto che siamo nel secolo della solitudine, sensazione che secondo Sartre è connaturata alla natura umana.

I tre nemici

Ci sono tre nemici del dono sempre accovacciati alla porta del cuore : *il narcisismo, il vittimismo e il pessimismo*.

In questi tre – l'idolo narcisista dello specchio, il dio-specchio, il dio-lamentela e il dio-negatività, ci troviamo nella *carestia della speranza* e abbiamo bisogno di apprezzare il dono della vita, il dono che ciascuno di noi è.

PAPA FRANCESCO Omelia di Pentecoste 31.5.2020.

Tav. 21

Tale sensazione di solitudine coincide, secondo L. Zoja, con “la morte del prossimo”.

L'uomo è solo

- *L'uomo non può voler niente finché non abbia compreso che deve contare unicamente su se stesso; che è solo e abbandonato sulla terra nel pieno delle sue infinite responsabilità, senza aiuti, senza altra meta che non sia quella che ha imposto a se stesso, senza altro destino che non sia quello che plasma lui stesso su questa terra.*

• JEAN PAUL SARTRE

Tav. 22

In un'epoca in cui vige l'etica del consumo dobbiamo prendere atto, come afferma Galimberti, che “oggi la nostra teologia è l'economia, quel tempio che accoglie tutti e dal quale i mercanti non sono stati cacciati. La civiltà che ne nasce è tenuta insieme non dalle idee di bellezza, di verità, di giustizia o di destino, ma dalle idee di commercio, proprietà, profitto, denaro che in modo conscio o inconscio governano la vita dell'uomo occidentale”. (Repubblica 5.6.1996).

Da qui “l'individualismo edonistico che riduce l'uomo a semplice consumatore di emozioni come di prodotti di moda” (G. Ferretti. Coscienza n.1-2, 14, 2014).

In altri termini siamo in presenza di quella che E. Balducci definisce la “*sindrome da delusione storica* : l'ideologia liberistica e quella marxista alla radice avevano un elemento in comune : la promessa che le leggi economiche avrebbero finalmente liberato l'umanità dal suo stato di schiavitù. Oggi siamo al *disincantamento* : il dio che ha fallito non è solo il dio dell'Est, ma anche il dio dell'Ovest”.

Con altre parole Benasayag e Schmit parlano di “*rottura dello storicismo teleologico*” ossia di quella credenza a fondamento della nostra società che si manifestava nella speranza di un futuro migliore. “Oggi ci sovrasta un senso di minaccia che si associa ad una ideologia dell'emergenza con inevitabili conseguenze sull'equilibrio psichico dei singoli e sul disagio sociale “(F. Borrelli Nuovi disagi della civiltà. Einaudi 2013).).

A questo punto M. Recalcati osserva :” il senso religioso della vita e quello laico della polis sembrano entrambi esauriti. Oggi non è in gioco l'esperienza della perdita dei valori, lo spettro del nulla, la morte di Dio. Oggi quel grande smarrimento ontologico lascia il posto al frastuono della vita spensierata, prigioniera della idolatria degli oggetti. Al centro non vi è più il nulla che minaccia l'essere, ma un troppo pieno, un eccesso di presenza, una *mananza della mananza*, come direbbe

Lacan. L'uomo dell'occidente è un uomo stanco della vita o di questa vita ? vi è una domanda latente di pausa, di sconnessione dalla connessione perpetua a cui siamo obbligati, di silenzio”.

Come ricorda Borgna la possibilità della sofferenza è radicata nella condizione umana. Non ci sono farmaci che possono lenire un'esperienza di sofferenza quando sia determinata da un'evenienza umana che, al di là di ogni condizione di malattia, ci faccia precipitare nel nonsenso della vita : nella disperazione kierkegardiana.

Dunque le persone, a differenza degli statisti che puntano esclusivamente alla crescita economica, cercano qualcosa di diverso : cercano una vita che abbia significato. Non basta avere di che vivere, ma serve qualcosa per cui vale la pena di vivere.

La ricerca di senso tuttavia è sempre più difficile in un mondo dominato dalla tecnica. Lo ricorda bene Galimberti :

- *Dopo la morte di Dio, la morte del prossimo è la scomparsa della seconda relazione fondamentale dell'uomo.*
- *L'uomo cade in una profonda solitudine.*
- *È un orfano senza precedenti nella storia.*
- *Lo è in senso verticale —è morto il suo Genitore celeste, ma anche in senso orizzontale : è morto chi gli stava vicino.*
- *È orfano dovunque volti lo sguardo.*

• L. Zoja La morte del prossimo. Einaudi, 2009.

Tav. 23

Ed allora dobbiamo domandarci : come si fa a restituire un *orizzonte di senso* in un'epoca caratterizzata dal disincantamento, in cui, come afferma E. Balducci, anche il dio dell'Ovest ha fallito ? basterà tornare a miti, credenze, religioni con cui l'uomo ha realizzato sin dall'inizio la sua presenza al mondo ?

Quali sono le armi a nostra disposizione per restituire un senso ad una vita che rischia sempre di più di essere senza senso ?

In nostro aiuto a questo punto può venire una Antropologia esistenziale che tenga conto delle tre dimensioni dell'uomo (corpo, mente e spirito). Per troppo tempo siamo stati bloccati dal dualismo cartesiano ed abbiamo messa da parte la *dimensione spirituale* degli esseri umani.

Un elemento a nostra disposizione è ritrovare le *proprie radici nel passato*. Significativo a questo proposito è il pensiero di Morin che ha parlato di *retrotopia* e pregnante ci sembra il commento di Paglia :

La ricerca di senso

- Oggi i riferimenti tradizionali –i miti, gli dei, le trascendenze, i valori – sono stati erosi dal disincanto del mondo.
- Il paradigma tecno-scientifico infatti non si propone alcun fine da realizzare ma solo dei risultati da raggiungere come esiti delle sue procedure. Questa abolizione dei fini destituisce fin dalla sue fondamenta ogni possibile *ricerca di senso* per quel tipo di uomo, l'occidentale, cresciuto nella *cultura del senso* secondo cui la vita è vivibile solo se iscritta in un *orizzonte di senso*. A questa domanda la tecnica non risponde perché la categoria del senso non appartiene alle sue competenze.
- U. GALIMBERTI Repubblica 1.8.1996 recensendo il saggio di F. VOLPI *Il nichilismo*, Laterza, 1996.

Tav.24

A questo punto interviene il pensiero di Borgna nel suo saggio “Speranza e disperazione (ENAUDI, 2020)”. La speranza, secondo Borgna è *la passione del possibile, è ricerca del senso della vita*. Quando il senso viene meno essa diventa disperazione. Non a caso Gunther Anders ha parlato del *principio di disperazione*.

Contro la disperazione non resta che ricorrere all'*ottimismo*. Secondo Bohnoefffer “l'essenza dell'ottimismo non è guardare al di là della situazione presente, ma è una forza vitale, la forza di sperare quando gli altri si rassegnano, la forza di tener alta la testa quando sembra che tutto fallisca, la forza di sopportare gli insuccessi, una forza che *non lascia mai il futuro agli avversari*, ma lo rivendica per sé (D. Bohnoefffer *Resistenza e resa*. Ed. S.Paolo, 2015).

Un altro elemento a nostra disposizione è quello che viene definito *il recupero dell'umano, ossia l'elaborazione di un nuovo umanesimo*. È la situazione di fronte alla quale si colloca oggi l'uomo europeo.

retrotopia

- La società contemporanea appare ormai rassegnata ad un presente narcisista ove «conta solo se stessi e pensare a se stessi».
- L'attitudine delle donne e degli uomini di oggi a cercare nel passato il senso della vita, visto che anche «la speranza è stata sequestrata», viene interpretata da Baumann come una forte domanda di senso che deve essere assolutamente ascoltata. Questa «retrotopia» cela in realtà una disperata domanda di futuro, di utopia appunto : di una società che sappia riscoprire la prossimità e tessere relazioni solidali fraterne.
- V. PAGLIA Il crollo del noi. Laterza, 2017.

Tav. 25

Ed allora dobbiamo chiederci se la fraternità è una nuova utopia massimalista o se è la presa di coscienza della comunità di destino degli esseri umani. La storia dell'uma-

nità – afferma M. Ceruti – è la storia del modo in cui l'io diventa tale sempre attraverso l'altro, fin dalla nascita individuale e dalla nascita della società (Testimonianze n.470, 2010).

Non è facile oggi proporci l'approdo alla fraternità. Vito Mancuso, nel saggio “A proposito del senso della vita” (Garzanti, 2021), afferma che sappiamo alla perfezione cosa vogliamo avere – ricchezza, piacere, potere – ma non sappiamo più chi vogliamo essere. Nella grave crisi in cui siamo immersi, necessitiamo continuamente di avversari per definire la nostra identità, e spesso ci scopriamo nemici di noi stessi, in una sorte di permanente guerra interiore.

Diversa è invece la situazione in Italia dopo i decreti sicurezza (2017), appena attenuati nel 2020. Siamo dinanzi ad una *inversione morale*, ad un capovolgimento dei valori.

L'uomo europeo

- L'uomo europeo ha sempre narrato la propria storia come se fosse *la Storia*, ha parlato del proprio pensiero come se fosse il *Pensiero*. Ora giunta di fronte ad una soglia planetaria, la cultura moderna è diventata consapevole dell'impossibilità di estendere a tutti gli uomini il proprio modello di sviluppo.
- Di fronte alla possibilità della propria autodistruzione, l'umanità deve compiere un salto se non vuole scomparire.
- Occorre elaborare un nuovo umanesimo, che gratta la pelle del nero, del giallo, del bianco...per scoprire un comune codice, una comune memoria, una comune umanità.
- Siamo obbligati a rinunciare alla pretesa di essere in possesso dell'unica forma di sapere. L'io deve percepire il Tu come identico a sé. (E. REBUFFIN IL TETTO N.187,1995).

Tav. 26

In un clima siffatto sono nate le “nuove melanconie” come descritte da M. Recalcati.

L'inversione morale

Oggi assistiamo ad una vera e propria inversione morale : con la *damnatio actionis* delle Ong, con l'introduzione surrettizia del cosiddetto «reato umanitario» (che non è un crimine contro l'umanità ma di «eccesso di umanità»), addirittura con lo sdoganamento della espressione «estremismo umanitario» rivolta a chi «per ideologia» pensa «solo» al salvataggio delle vite senza farsi carico della ragione di Stato o di partito..., con tutto ciò si è prodotto una sorte di rovesciamento di tutti i valori : quanto era considerato vizio diventa virtù (l'indifferenza per la vita altrui) e ciò che era virtù (l'altruismo, la solidarietà) diventa colpa. Per la prima volta su iniziativa dello Stato l'*humanitas* appare extra legem e in qualche caso contra legem.

E. MAURO LA REPUBBLICA 9.8.2017.

Tav. 27

A questo punto ovvia è la domanda che si pone S. Natioli : come può l'uomo, nella sua finitezza, dispiegare le sue capacità senza cadere in deliri di onnipotenza ? questa è la ragione della nostra condizione disperante. La nostra epoca caratterizzata dalla dismisura mette a rischio lo stato del mondo.

Ed allora a soffrirne maggiormente è la nostra soggettività. Afferma a proposito Hans Jonas :

Le nuove melanconie

- L'edonismo consumistico ha preso il posto delle passioni politiche, in un vero e proprio culto degli oggetti (vedi la diffusione illimitata degli smartphone).
- Questa moltiplicazione compulsiva degli oggetti, provocata dal crollo delle ideologie, anziché riempire il vuoto di senso che scava le nostre esistenze, lo ha allargato a dismisura, determinando nuove melanconie.
- Le melanconie contemporanee nascono dall'incapacità di conferire senso all'esperienza. Priva di desiderio, chiusa in se stessa, la vita è inchiodata alla propria insensatezza, mentre il corpo diventa un peso morto da trascinare.

• R. ESPOSITO Repubblica 10.11.2019 recensendo il saggio di M. RECALCATI *Le nuove melanconie* Cortina.

Tav. 28

E dunque Prometeo non deve essere né incatenato né scatenato ma deve cedere il posto ad Ulisse che ci invita a "non vivere come bruti ma a seguir virtude e conoscenza", affinché l'amore dell'Essere bruci più di quello dell'Avere.

Il futuro non è il tempo che viene e sopraggiunge, è il tempo che si costruisce, e sarà inevitabilmente per ciascuno di noi come lo abbiamo costruito e non come lo vorremmo sognando o lo attendiamo aspettando (Galimberti Repubblica D 15.11.2008).

Se vogliamo costruire il futuro e non limitarci ad attenderlo o a sognarlo, se vogliamo dare spazio alla nostra libertà, dobbiamo ricorrere all'utopia.

La soggettività

- La scienza, e la fede che noi riponiamo in essa, ci stanno portando via l'anima, ossia la nostra soggettività.
- Se ogni espressione umana si risolve in puro determinismo meccanico di ordine fisico, o biologico, o genetico, che ne è della nostra *volontà*, della nostra *libertà*, della nostra *responsabilità*, e infine della nostra possibilità di fondare un'etica e di pretendere comportamenti etici ?
- L'organismo è una cosa nel mondo mentre il corpo *dischiude* intorno a sé un mondo.
- Prometeo incatenato all'epoca degli antichi greci, oggi è irresistibilmente scatenato.

• HANS JONAS *Potenza o impotenza della soggettività ?* Medusa 2006.

Tav. 29

Secondo Fromm la struttura fondamentale dell'uomo è

definita dalla *intenzionalità* : essere uomo vuol dire rivolgersi verso qualcosa che sta oltre se stesso, che è diverso da se stesso. Qualcosa o qualcuno, un significato da realizzare o una persona da incontrare. Come si vede la cultura del futuro ha dei punti di incontro : speranza, utopia, fratellanza faranno parte di un linguaggio comune prossimo futuro. "Ogni persona – ricorda Genna (L'Espresso 13.12.2019) – è un produttore di idee, di senso, di azione e di mistero. Il personalismo, su cui è imminente l'incontro delle istanze socialiste e di quelle cristiane, è la profonda visione dell'umano come *relazione tra tutti i produttori di senso e di mistero*".

Ecco un suggerimento pregnante per il terapeuta : l'uomo è un produttore di senso ed il nostro compito è quello di aiutare il soggetto a ritrovare il senso, il significato della sua presenza al mondo. È il pensiero di Borgia :

Utopia

- L'utopia è al centro del pensiero della libertà; di più è la libertà fatta pensiero. «La grande missione dell'utopia – scrive Ernst Cassirer– è di creare spazio al possibile; contro ogni passiva acquiescenza allo stato presente.
- È il pensiero dell'uomo che supera la naturale inerzia dell'uomo e gli conferisce una capacità nuova, la capacità di dare forme sempre diverse al suo universo».

• R. ESPOSITO IL MATTINO 29/9/1984.

Tav. 30

Ma è anche il pensiero di Papa Francesco : *l'appartenenza è molto collegata con l'identità, l'identità è avere appartenenza. L'identità distillata non esiste, deve essere inserita in una società e in una comunità. E così l'appartenenza.* (in Petrini C. Terra futura ed. La Repubblica, 2020)

D'altra parte la fenomenologia ci aveva già insegnato che l'Esserci (Dasein) si realizza pienamente nell'Esserci con (Mitdasein).

Nella società di Narciso l'Esserci è invece bloccato nella Egoatria, puntando molto spesso verso l'Egocrazia, ossia sul dominio sull'Altro. È la "volontà di potenza", come ricorda Mancuso e come descritto a suo tempo da Adler

In definitiva, tornando al titolo di questa relazione, c'è speranza che l'uomo possa ritrovare un senso alla propria vita in un'epoca in cui prevalgono gli aspetti quantitativi su quelli qualitativi (Mancuso), o per dirla con Dante l'uomo ha perso il "ben dell'intelletto" (la morte di Dio) ?

Possiamo sperare nel ritorno del buon senso? iUno spunto ci viene da Manzoni : "il buon senso c'era ma se ne stava nascosto per paura del senso comune" Dinanzi al capovolgimento dei valori, al prevalere degli egoismi individualistici dobbiamo lottare tutti uniti per favorire il ri-

torno del buon senso e riscoprire gli aspetti positivi della natura umana.

**Presidente Onorario S.I.F.I.P., Dir. Scientifico Comunità terapeutica "Aquilone", Solopaca (BN)*

BIBLIOGRAFIA

BALDUCCI E. Ecumenismo creaturale. Testimonianze n.329, 1990.

BENASAYAG M. SCHMIDT G. L'epoca delle passioni tristi. Feltrinelli 2004.

BERNA L. Manuale di Psicoterapia esistenziale. Libr. Univ. It. 2010.

CALLIERI B. Appunti per una psicopatologia della reciprocità. In : Io e Tu. Ed. EUR 2008.

GRECO G. – L'INDICE 2.2022 recensendo : "la società senza dolore" BYUNG-CHUL HAN. Einaudi, 2021.

MERTON T. Il primato della contemplazione. EMI, 201
NAPOLITANO FF. IN : AA.VV. Nuovi disagi nella civiltà. a cura di Borrelli F., Einaudi 2013.

ONORATO P. Laicità in bilico. Testimonianze 488-9, 11, 2013.

PIANA G. - .L'altro come fondamento ultimo della moralità. Testimonianze 397, 68, 1998.

SARTRE J. LÉVY B. La speranza oggi. Mimesis, 2019-.



Orfeo solitario
Giorgio De Chirico

SOCIETA' DELL'ARMONIA E SOCIETA' DELLA DISSOLUZIONE

Society of harmony and society of dissolution

Sommario

L'articolo si divide in due parti. Nella prima si mettono a confronto due prototipi di cultura e società: la società dell'armonia e la società della dissociazione. In particolare tre aspetti peculiari: il rapporto con gli estranei e il tipo di economia prevalente; il rapporto con la religione e l'arte; il rapporto con il corpo e la sessualità.

Nella seconda parte si esamina in quali punti la società italiana e occidentale si collochi nella scia dell'armonia e in quali altri si definisca società della dissoluzione.

Intendendo per armonia l'inclusione e per dissoluzione l'esclusione ed emarginazione. Si prendono in considerazione gli effetti della riforma psichiatrica in Italia; l'atteggiamento dei paesi occidentali verso i migranti; gli effetti della povertà. La conclusione è un'amara riflessione sull'iniziale declino e regressione della società e cultura occidentale che sfocia nella lirica sulla guerra fratricida tra Russia e Ucraina.

Summary

The article is divided into two parts. The first compares two prototypes of culture and society: the "society of harmony" and the "society of dissociation." In particular, three key dimensions are examined: the relationship with strangers and the prevailing economic model; the relationship with religion and art; and the relationship with the body and sexuality.

The second part analyzes the extent to which contemporary Italian and Western societies align with the model of harmony or, conversely, with that of dissolution. Harmony is understood as inclusion, whereas dissolution refers to exclusion and marginalization.

The discussion considers the effects of the psychiatric reform in Italy, Western countries' attitudes toward migrants, and the impact of poverty. The paper concludes with a critical reflection on the early signs of decline and regression in Western society and culture, culminating in a lyrical reflection on the fratricidal war between Russia and Ukraine.

Keywords: social anxiety; youth distress; social inclusion; marginalization; psychiatric reform; migration; poverty; Western societies; cultural models

In Estasi e Pathos, raccolta di saggi pubblicati con Armando Editore, nel 2000, un capitolo era dedicato a "Cultura della dissociazione e Cultura dell'armonia".

Evidenziavo come alcune società privilegiavano lo scambio e assimilavano quanto c'era di meglio in altre comunità, così da arricchirsi economicamente e culturalmente. Erano società abbastanza aperte verso gli estranei, anche quando consideravano superiore il proprio modello di organizzazione. All'opposto, altre società si presentavano piuttosto chiuse, diffidenti se non ostili verso gli estranei, poco disposte al cambiamento di organizzazione sociale e di governo.

Molto spesso le società aperte erano di tipo mercantile, anche quando disponevano di ottime capacità di difesa. Viceversa le società chiuse avevano un'economia prevalente, se non esclusiva, basata sulla coltivazione della terra e sull'allevamento. Chiaramente, si tratta di semplificazioni, ma danno un indirizzo per il discorso affrontato in questa relazione.

Nel saggio citato si proponevano, come società dell'ar-

monia, quella greca, in particolare Atene, la società romana nel periodo di massima espansione, la società rinascimentale, con il prototipo di Firenze, il periodo illuministico.

Come società della dissociazione, si dava l'esempio del medioevo di stampo germanico, il romanticismo con le sue derivazioni del nazionalismo, fino alle degenerazioni del concetto di razza.

Come si è accennato, si tratta di pure approssimazioni, di schemi di riferimento. Alla base di ognuna di queste società c'è una ideologia, che può prendere le vesti di religione.

Al fine di chiarire meglio il discorso, si prendono alcuni parametri che distinguono i due modelli riportati, di cultura dell'armonia e cultura della dissociazione.

Il rapporto con gli estranei e il tipo di economia prevalente

Il rapporto con la religione e l'arte.

Il rapporto con il corpo e la sessualità

Il rapporto con gli estranei e il tipo di economia pre-

valente.

Se si prende il caso di Atene, va distinto il rapporto con quei popoli ritenuti parte integrante della Coinè ellenica, come Sparta e Tebe, rispetto ai popoli considerati estranei a tutti gli effetti, come i Persiani.

Rispetto alle altre popolazioni greche, l'atteggiamento era lo stesso che in una famiglia esiste fra parenti. Pure tra contrasti e lotte spesso sanguinose, rimane il reciproco riconoscimento e accettazione di appartenere allo stesso ceppo.

Verso gli estranei propriamente detti, definiti barbari, l'atteggiamento è di superiorità, a volte di disprezzo. Mai di totale chiusura e rifiuto. Piuttosto di curiosità e interesse. A volte, trapela persino ammirazione e desiderio di assimilazione per quegli aspetti in cui i popoli stranieri sono particolarmente progrediti e organizzati. Come nel caso degli Egizi.

La società ateniese non è comunque xenofoba. Si tratta di una società fondata sull'economia di scambio, con elevati traffici e commerci con i popoli dell'area mediterranea. Anche con altre aree, sia pure attraverso intermediari quali Fenici, Egizi, Persiani, Etruschi.

Non è tecnicamente possibile che un'economia di tipo mercantile sviluppi un atteggiamento xenofobo o di rifiuto di ciò che non appartiene.

C'è un abisso tra la società ateniese e quella spartana.

Ancora più abissale è la differenza tra società come quella ateniese citata, quella romana di epoca tardo repubblicana e imperiale, quella rinascimentale, rispetto alle società del medioevo cristiano. Queste ultime appaiono connotate da atteggiamenti di ripulsa per ciò che è estraneo a livello religioso, nazionale, linguistico. Xenofobia e settarismo sono l'atteggiamento culturale prevalente. Anche se vi sono differenziazioni enormi tra le Repubbliche Marinare e le comunità prevalentemente contadine del Centro Nord Europa.

Il rapporto con la religione e l'arte.

La religione d'una cultura dell'armonia, come quella greca, è costituita di dei antropomorfi o umanizzati. Non è l'uomo che viene alienato in una dimensione ultraterrena. Essendo al centro dell'universo e di ogni interesse, l'uomo crea un Olimpo dove vivono e agiscono divinità con virtù e vizi umani, includendo sublimità e abiezioni. Anzi, agli dei sono consentiti comportamenti che per gli uomini parrebbero aberranti. Ma è chiaro che i Greci non mirano a creare un distacco incolmabile tra uomini e dei, semmai trasferiscono in quelli le proprie doti e attitudini. Già in Omero appaiono divinità speculari agli omologhi umani, in continua competizione tra di loro e con i mortali. A dire il vero, è forse il primitivo Olimpo omerico, dell'Iliade la rappresentazione più antropomorfa e realistica degli dei.

Nell'Odissea si verifica un'idealizzazione ed elevazione delle divinità.

Anche nella costruzione dell'Olimpo e della religione, i

Greci appaiono piuttosto preoccupati di un principio dell'estetica più che dell'etica. Siamo debitori ai Greci del termine stesso di etica, che oggi non esisterebbe nella forma in cui la conosciamo senza il loro contributo determinante. Eppure i Greci non appaiono preoccupati di costruire un'etica e una regola morale che alieni l'uomo dalle caratteristiche umane, per trasferire il sublime su di un'entità irraggiungibile, Dio, abbassando l'essere umano fino all'abiezione e all'asservimento totale. Come è avvenuto per le religioni mediorientali, in particolare nel culto israelitico di Jahvé. Da cui la trasmissione, sia pure attenuata, nel cristianesimo.

E' l'estetica o principio dell'armonia il pilastro della società greca.

Tra arte e religione esiste una stretta interdipendenza nella società greca, così da parlare di prototipo della cultura dell'armonia. Nessuna cultura conosciuta ha sviluppato tanto intensamente e a livello così sublime il culto del bello. Un bello che assume i connotati dell'armonia. Il termine cosmo, con cui si indica l'universo, è indice di bellezza armonica, in cui tutto è collocato e si muove sulla base di principi. Ogni aspetto della natura e della vita umana viene trasfigurato e rappresentato nelle varie espressioni artistiche, pittura, scultura, architettura, letteratura. Al centro di tali manifestazioni si colloca l'uomo espresso nella piena corporeità, senza veli.

Si dà molto rilievo a ogni forma di espressione artistica e attività creativa. Particolare importanza assumono le ricorrenze festive e gli eventi dello sport, quale momento di aggregazione sociale, anche tra le diverse Polis, oltre all'esaltazione dell'armonia fisica. Grazie a questo non si esasperano i conflitti all'interno della comunità, ma vengono composti. Il culto del bel vivere, della bellezza e della divinità si fondono armonicamente in un nuovo sistema che è al contempo naturalistico ed umanistico.

In sintesi, per esprimere il rapporto tra religione e arte, si può dire che la società greca è una cultura dell'etica dell'estetica e dell'estetica dell'etica.

Roma, all'apice dello splendore dell'epoca imperiale, non raggiungerà un livello paragonabile di armonizzazione. Nemmeno sotto l'imperatore esteta, Adriano, e l'imperatore filosofo, Marco Aurelio.

L'umanesimo, che nasce al tramonto del Medioevo, recupera tale principio dell'armonia, esaltando il culto dell'arte e del bello e riproponendo l'uomo al centro di ogni interesse. Un filo lega l'Ellade a Roma e, tramite Roma, conduce al Rinascimento Umanistico.

L'etica protestante e il romanticismo, filiazioni dirette del Medioevo germanico, ripropongono l'esasperazione bipolare. Su questa sono fondati i principi dell'economia capitalista, e il nazionalismo col corollario colonialista e razzista.

Il rapporto con il corpo e la sessualità

Un elemento di estremo interesse e rilievo nei due tipi di cultura è il rapporto con la sessualità che è l'aspetto più

caratterizzante del rapporto con il corpo e per le relazioni intime con gli altri. Considerando quali forme di sessualità siano ammesse o esaltate e quali siano invece ritenute devianti e interdette. Quali conseguenze l'interdizione e la persecuzione dei devianti abbia avuto nello sviluppo delle società appartenenti ai due modelli.

La società ateniese è un prototipo di cultura edonistica, vale a dire indirizzata alla ricerca del piacere nelle varie accezioni, da quelle più elevate della sfera propriamente intellettuale o mentale in generale, ai piaceri più istintuali. Va detto che anche nella ricerca e appagamento di pulsioni meno elevate gli ateniesi manifestano un gusto raffinato sconosciuto a quasi tutti gli altri popoli. O perché costoro censuravano qualunque forma di edonismo esplicito, come nel caso degli israeliti, o perché quando si sfrenavano perdevano ogni senso della misura, come piuttosto nel caso dei latini.

Nessun popolo, nemmeno gli etruschi, per altro raffinatissimi, esprime la nudità dei corpi con tanta naturalezza. Anche tra alcuni popoli orientali, in particolare gli indiani, non c'è una disinibizione paragonabile a quella degli artisti ateniesi. Ripresi successivamente dagli ellenisti e, assai più tardi dagli artisti del rinascimento italiano. E' vero che i corpi vengono spesso idealizzati. Tuttavia gli artisti di Atene si mostrano sublimi anche nel rappresentare deformità e bruttezze. Il culto, quasi senza limiti, per il corpo spiega l'atteggiamento libero verso la sessualità. Non è che la società ateniese ammetta ogni comportamento sessuale e ogni sregolatezza. Vi sono regole ferree da rispettare. Non a tutti è concessa la stessa libertà. Intanto in Atene le donne subiscono in proporzione più restrizioni e hanno meno libertà delle omologhe spartane. Altrettanto vale tra uomini liberi e schiavi.

L'omosessualità che è un tema tabù nella maggioranza delle altre culture, in Atene assume il carattere della forma più elevata e raffinata di rapporto. Si tratta d'una forma di omosessualità particolare. Il rapporto tra adulto d'una certa posizione sociale e culturale con l'adolescente o giovane maschio, l'efebo, oggetto di attenzione, desiderio, adorazione, nonché destinatario di principi pedagogici, per l'avviamento al ruolo di cittadino della Polis.

Nella società spartana ha preminenza il legame dell'adulto, in genere lo zio materno, esperto in arti marziali, che alleva nella rude disciplina il giovane cadetto affidatogli. Una variante si ha nella società tebana per il legame di coppia strettissimo dei legionari amanti della falange. Nella versione femminile, si ha l'esperienza cantata da Saffo nella raffinatissima società di Lesbo. Dove, nel tiaso, si formavano comunità di fanciulle all'arte e al bello da una colta e aristocratica donna adulta. Prima di essere destinate al matrimonio. Sublimi e mai uguagliate le liriche dedicate da Saffo alle allieve in vista delle nozze, con note di abbandono e nostalgia.

Sulla scia della società greca si collocano quella etrusca, di visione non meno edonistica, e quella romana d'età

tardo repubblicana e imperiale. Va sottolineato che la società etrusca era più evoluta di quella greca e romana riguardo al rapporto tra uomo e donna. Dai meravigliosi dipinti tombali e dai sarcofagi, in particolare quello degli sposi conservato nel museo etrusco di Villa Giulia a Roma, si rappresentano i coniugi amorevolmente allacciati sul Kliné che brindano. Indice di una relativa parità tra uomo e donna. Una scena del genere è inimmaginabile nell'evoluta Atene, in cui la donna era reclusa nell'ambiente domestico, con il compito di moglie, madre, con competenza sull'andamento domestico, incluso il controllo dei servi. Era interdetta la vita pubblica. Solo le etere vi potevano partecipare, spesso con un ruolo importante per la cultura. Il caso più celebre è quello di Aspasia, amata da Pericle, del quale diviene moglie, che attrae il meglio dell'arte e del pensiero di quel periodo d'oro. Situazione analoga nella Roma repubblicana. Solo nell'età imperiale vediamo emergere figure femminili di rilievo come Agrippina, madre di Nerone, Poppea e Messalina, sue mogli.

Armonia e dissoluzione nelle società attuali

La società Italiana si è dimostrata un prototipo di società dell'armonia quando ha compiuto un enorme balzo in avanti, sul piano politico, sociale e culturale, grazie alla chiusura degli Ospedali Psichiatrici. **L'evento viene fatto coincidere con il varo della Legge 180 del Maggio 1978.**

In realtà, tutti sappiamo che si trattò di un punto di arrivo di un lungo lavoro di trasformazione radicale.

Iniziò con un manipolo di psichiatri coraggiosi, sotto la leadership di Franco Basaglia, che arrivò all'Ospedale Psichiatrico di Gorizia nel 1961. Si trasferì a Trieste nel 1969, da cui il movimento si diffuse a macchia d'olio nel Nord e nel Centro Italia.

Il principio base era l'inclusione sociale dell'individuo affetto da malattia mentale, che costituiva uno stigma permanente. Vi sono testi classici che parlano del "label", etichetta, come Asylums di Erving Goffman, pubblicato nel 1961. La storia della psichiatria ha tentativi generosi di liberazione dallo stigma, come quello di Philippe Pinel alla Salpetriere di Parigi, durante la Rivoluzione Francese. Successivamente, è John Conolly che, a metà Ottocento in Inghilterra, applica nella sua comunità i principi del no restraint e dell'open door. Per arrivare alla comunità terapeutica di Maxwell Jones nel dopoguerra. Basaglia e il suo gruppo, in testa Giovanni Jervis e Agostino Pirella, applicano principi di trasformazione sociale che inizia nell'ospedale psichiatrico e si diffonde a tutta la società circostante. Non negando la malattia mentale, ma affermando il principio che la guarigione è strettamente connessa all'inclusione della persona malata, restituendole dignità e cittadinanza.

Dalle ceneri del manicomio sono sorti i servizi di salute mentale che hanno come pilastri il centro di salute mentale, il servizio psichiatrico di diagnosi e cura ospedaliero,

il centro diurno e, soprattutto, le comunità terapeutiche suddivise per bisogni e progetti dei sofferenti psichici. Ogni regione si è data una propria organizzazione, ma ognuna ha al centro il dipartimento di salute mentale. Con il tempo, il Dipartimento di Salute Mentale ha incluso l'età evolutiva e le patologie legate alle forme di dipendenza: sostanze, gioco, disturbi alimentari.

La riforma italiana rimane tuttora un riferimento per altre nazioni e costituisce un reale esempio di inclusione e accettazione di una delle fasce più fragili della popolazione, i sofferenti psichici.

Come si è detto, è un esempio di società dell'armonia fondata su legami solidali e senso condiviso, contrapposta alla precedente società dell'esclusione e dell'emarginazione che vedeva l'emblema nell'istituzione totale. Non ci si può nascondere che ogni processo evolutivo, dopo la spinta iniziale, ha le sue tappe di arresto, se non di regressione. La riduzione delle risorse in favore della salute mentale, come della sanità in generale, rischia di generare tale condizione.

Un altro versante su cui sia la società italiana che occidentale si trovano a misurarsi

l'accoglienza dei migranti.

La Comunità Europea, grazie ai padri fondatori, Jean Monnet, Robert Schuman, Alcide De Gasperi, Konrad Adenauer, Altiero Spinelli, nacque su principi di superamento di secolari conflitti e diversità, privilegiando l'assimilazione e l'accettazione di più culture, più credi religiosi, più libertà civili per singoli e gruppi, sulla base di più eguaglianza economica.

Oggi, purtroppo si intravedono i segni della dissoluzione, attraverso il risorgere di antichi nefasti nazionalismi con il respingimento di chi approda dopo fughe da guerre, genocidi, carestie e indigenza.

Mettiamo a confronto la situazione attuale della Comunità Europea e dell'Italia in particolare, riguardo all'accoglienza dei migranti. Quanto le nostre comunità si rivelino accoglienti, quindi nel segno dell'armonia, e quanto respingenti, quindi nel segno della dissoluzione. Nel dopoguerra, si sono verificati grandi movimenti migratori, soprattutto nell'Europa occidentale. Un flusso di migranti italiani, successivamente spagnoli, portoghesi, greci, turchi, sono approdati in Germania, i Paesi Bassi, la Francia, l'Inghilterra, la Scandinavia, di cui hanno consentito il progresso industriale ed economico. In base anche alla personale esperienza di brevi periodi estivi, come studente lavoratore, ad Amburgo, che considero una città civilissima, l'accoglienza era nel complesso positiva. Si garantiva alle famiglie migranti, in prevalenza meridionali, una casa, un lavoro stabile e tutte le garanzie sociali per un buon inserimento nella comunità locale. Non si vuole idealizzare una singola esperienza. Di fatto, i migranti che rimasero nelle città adottive, con il tempo hanno acquisito una condizione non dissimile dagli autoctoni. La maggior parte ha preferito rientrare nei paesi

d'origine, contribuendo al loro sviluppo economico. Un elemento che ha favorito indubbiamente l'inclusione è stata la comune matrice culturale, l'umanesimo occidentale e la condivisione di valori cristiani.

Non a caso, le difficoltà verso i nuovi migranti extracomunitari, sono determinate da culture e credi religiosi diversi, come l'Islam.

Negli ultimi decenni, le crisi economiche hanno determinato meccanismi di respingimento dei nuovi migranti. Le attuali politiche migratorie della Comunità Europea tendono a essere più restrittive e consentono l'espulsione di soggetti considerati un rischio e non una risorsa. Un problema che si è evidenziato prima nella società americana e, di recente, nella comunità europea è l'insorgere di conflitti ed emarginazione nelle generazioni successive delle famiglie migranti. La cronaca riporta con enfasi episodi di violenza, di spaccio, di sfruttamento della prostituzione e altri reati. Una percentuale molto più elevata di migranti affolla le carceri. Questo per una reale maggiore incidenza di reati, ma anche per la minore capacità di tutela di fronte alla legge.

I servizi di salute mentale vedono un accesso crescente di utenti migrati.

Si pone il problema della vulnerabilità di questa fascia di popolazione e dell'adeguamento dei servizi alla multiculturalità.

Per quanto riguarda specificamente l'accesso alle cure, i dati Istat 2024 mostrano una chiara disuguaglianza socio-economica. Circa il 9,9% della popolazione rinuncia a prestazioni sanitarie, con una quota del 4,2% per motivi economici.

L'accesso ai Servizi di Salute Mentale riguarda il 3-4 per cento della popolazione, a fronte di una prevalenza di disturbi depressivi pari ad almeno il 4,3 per cento. Le fasce a basso reddito presentano una prevalenza di disturbi psichici fino al doppio, rispetto ai gruppi più favoriti, ma una maggiore rinuncia alle cure, stimabile tra il 10 e il 15 per cento, contro il 3-5 per cento delle fasce più abbienti.

La disuguaglianza economica si traduce quindi in disuguaglianza terapeutica: chi ha più bisogno accede meno e più tardi ai servizi.

Nel complesso, l'Italia e la Comunità Europea sono tutt'ora nella scia di una cultura dell'Armonia, piuttosto che della Dissoluzione. L'ineluttabile tramonto sul piano economico e del primato culturale la stanno avviando verso una spinta di minore accoglienza.

Un terzo esempio di confronto tra Armonia e Dissoluzione l'abbiamo nel campo della povertà.

Intendendo la parola come povertà economica, culturale e relazionale. Attualmente la percentuale di soggetti ritenuti poveri in Italia è in continua crescita, con aumento delle fasce di reddito basso, assottigliamento del ceto medio e potenziamento dell'oligarchia dei super ricchi. Il numero di soggetti considerati poveri, secondo i dati Istat riferiti al 2024 (report pubblicato a ottobre 2025), è

su livelli elevati:

Povert  assoluta (individui): coinvolge circa 5,7 milioni di persone, pari al 9,8% dei residenti.

Povert  assoluta (famiglie): coinvolge oltre 2,2 milioni di nuclei, pari all'8,4% delle famiglie residenti.

L'incidenza   massima nel Mezzogiorno 10,5% delle famiglie. Seguito dal Nord Ovest con l'8,1%; dal Nord Est 7,6% e dal Centro che registra i valori pi  bassi 6,5%.

Alla povert  economica si associa la povert  culturale, che si manifesta nell'incapacit  di accesso a beni simbolici e opportunit  di sviluppo personale. I dati mostrano che il 31,1% delle famiglie   costretto a tagliare sul cibo e il 9,9% delle persone ha rinunciato alle cure mediche. La povert  culturale si evidenzia anche nella stratificazione educativa. Il 48% delle persone, con basso titolo di studio e condizione povera sta peggio rispetto alla generazione parentale. L'ascensore sociale funziona "solo in discesa". Alla povert  economica si associa quella relazionale, che colpisce soprattutto le famiglie numerose e quelle degli stranieri.

Coerentemente con il tema del forum "Angoscia sociale e disagio giovanile" vanno riportati alcuni dati interessanti. I minori da 0 a 17 anni in povert  assoluta sono il 13,8%. In rilevante crescita rispetto al 2014.

I giovani da 18 a 34 anni in povert  assoluta sono l'11,7% anch'essi in crescita rispetto al decennio precedente.

Conclusione

In questa relazione, che affonda le radici in fonti molto antiche, non si   perso di vista il fulcro del tema del convegno.

Parlando di angoscia giovanile, mi vien da dire come la Didone virgiliana: *Agnosco veteris vestigia flammae*. Scorgo i segni premonitori di un antico incendio. Temo che le Societ  Occidentali, esempi luminosi dell'Armonia, citando Atene, Roma, il Rinascimento, l'Illuminismo fino ai Padri Fondatori della Comunit  Europea, stiano imboccando un terribile Medioevo della Dissoluzione. Come un secolo fa, quando si affermarono funeste dittature in Italia, nella Penisola Iberica, in Germania, con la tragica conclusione della Seconda Guerra Mondiale, dell'Olocausto, non solo del popolo ebraico, ma anche di altre minoranze, zingari, omosessuali, disabili, quasi mai citati nelle commemorazioni.

Anche la societ  americana che si fonda sulla Dichiarazione di Indipendenza del 4 Luglio 1776, formulata dai Padri Fondatori, sta decisamente deragliando su ben altre rotte, con l'attuale vertice esecutivo, che viola palesemente e consapevolmente i Diritti Fondamentali dei propri cittadini e il Diritto Internazionale, oltre alla violenta espulsione di migranti irregolari. Lo stesso Popolo Eletto, dopo millenni di persecuzione, con l'apice dell'Olocausto, mostra una volont  espansiva che ignora i diritti dei vicini con cui avrebbe interesse a convivere e prosperare. Tuttavia, nessun evento storico   ineluttabile poich  dipende dalla volont  degli uomini e soprattutto di chi go-

verna. Spetta alle generazioni come la mia, nate dopo la CATASTROFE, mettere in guardia le nuove generazioni.

Chiudo con una lirica.

Ballata della Vita

(Nel quinto anno di guerra fratricida)

Sento gridare sopra di me
Sia gloria alla Patria
La Terra mia che di fiori
Splende e di colori
Ora che si affaccia la primavera
Ma qui sotto c'  l'eterna sera
Del gelo della Morte
Madri che irrorate di lacrime
Queste zolle nere
E voi Padri che frenate il dolore
Per un virile pudore
Non sia benedetto
Chi port  noi a questa fine prematura
Dicono che   per la Madre Terra
Ma a me ne basta assai poca
In questo campo di confine
Tu Fratello che sei pi  in l 
In vita nemico
Brinda al megalomane invasore
E io al commediante eroe
Che ci difese con vigore
Dio giudichi i loro cuori
Fratello vorrei stringerti la mano
E scaldarla dal gelo
Se potessi io avere calore
Bello sarebbe combatterci
Su di un campo di calcio
O sotto le stelle in una calda estate
Cantare e brindare e stringerci
In un'orgia della giovinezza
Tra Coppiette inghirlandate di ciclamini
Che ballano sotto le stelle
Dentro un girotondo di Madri e Padri

**Presidente Comitato Scientifico A.R.F.N., Dir. San. Strutture Psichiatriche accreditate Villa Palma, Roma*

***Dirigente Medico Psichiatra DSMDP e dell'infanzia e dell'adolescenza, ASL Roma 5*

Depressione mista. Nuove evidenze cliniche, psicopatologiche e terapeutiche.

Mixed depression. New clinical, psychopathological and therapeutic evidences

Summary

Mixed depression is a common subtype of severe depression, accounting for 50% of depressive episodes when non-restrictive diagnostic criteria are adopted. It is not always easy to diagnose and requires specific treatment strategies. Three recent observational studies have provided new information regarding its diagnostic-nosographic classification and treatment. The main symptoms that are specific to mixed depression were found to be an irritable or hyperthymic temperament, mixed onset and a course with predominantly mixed recurrences, as well as the presence of psychic agitation and internal tension. For the differential diagnosis between mixed and anxious depression, which occur in approximately 50% of cases, reference should be given to clinical differences (irritable temperament, polarity of onset and subsequent relapses of a mixed type in the first case, polarity of “pure” depressive onset and comorbidity with generalised anxiety disorder in the second) and treatment response (stabilisers/second-generation antipsychotics in the first case, antidepressants in the second). Finally, they highlighted that, contrary to commonly held belief, antidepressants can also be used, albeit only in selected patients who, after an appropriate period of treatment with mood stabilisers and/or second-generation antipsychotics, have experienced resolution of the (hypo)mania but not the depressive symptoms.

Key word: mixed depression, anxious depression, major depressive disorder, bipolar disorder, bipolar spectrum disorder, treatment

Riassunto

La depressione mista è un sottotipo di depressione grave di frequente riscontro (costituisce il 50% degli episodi depressivi se si adottano criteri diagnostici non restrittivi), non sempre facile da diagnosticare e che richiede strategie di cura specifiche. Tre recenti studi osservazionali hanno fornito nuove informazioni sia per il suo inquadramento diagnostico-nosografico, sia per il trattamento. Sintomi patognomici sono risultati il temperamento irritabile o ipertimico, l'esordio misto, il decorso con prevalenti ricorrenze miste e, sul piano trasversale, la presenza di agitazione psichica e tensione interna. Per la diagnosi differenziale tra depressione mista e ansiosa, che concomitano in circa il 50% dei casi, si dovrebbe fare riferimento alle differenze cliniche (temperamento irritabile, polarità di esordio e delle successive recidive di tipo misto nel primo caso; polarità di esordio depressiva “pura” e comorbidità con disturbo d'ansia generalizzata nel secondo) e di risposta al trattamento (stabilizzatori/antipsicotici di seconda generazione nel primo caso, antidepressivi nel secondo). Infine, gli studi evidenziano che, contrariamente a quanto comunemente ritenuto, è possibile utilizzare gli antidepressivi anche se solo in pazienti selezionati, quelli che dopo un periodo congruo di trattamento con stabilizzatori dell'umore e/o antipsicotici di seconda generazione hanno ottenuto la risoluzione della componente mista ma non della sintomatologia depressiva.

Parole chiave: depressione mista, depressione ansiosa, disturbo depressivo maggiore, disturbo bipolare, disturbi dello spettro bipolare, trattamento

Introduzione

Gli stati misti, caratterizzati dalla contemporanea presenza di sintomi depressivi e (ipo)maniacali, sono un complesso sottotipo di disturbo dell'umore che pone spesso problemi anche ai clinici più esperti sia per quanto riguarda la diagnosi, sia per il trattamento. Nelle precedenti edizioni del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV e DSM-IV-TR), per formulare la diagnosi di stato misto dovevano essere contem-

poraneamente soddisfatti i criteri completi per l'episodio maniacale e depressivo per almeno una settimana. Per definizione, quindi, la diagnosi era limitata al solo disturbo bipolare di tipo I. Criteri così restrittivi finivano con l'escludere la forma di stato misto più comunemente osservata nella pratica clinica, la cosiddetta “depressione mista” caratterizzata dalla presenza dei sintomi pieni dell'episodio depressivo e da alcuni sintomi maniacali sottosoglia. Nelle edizioni più recenti del DSM (APA 2013;

APA 2022) la diagnosi di stato misto è stata sostituita dallo *specificatore* “con caratteristiche miste”, che può essere applicato agli episodi maniacali, ipomaniacali e depressivi unipolari o bipolari quando sono presenti anche alcuni sintomi di opposta polarità. Pertanto, questo *specificatore* si utilizza sia per il disturbo bipolare di tipo I e II, sia per il disturbo depressivo maggiore. In particolare, per la diagnosi di depressione con caratteristiche miste devono essere pienamente soddisfatti i criteri per l'episodio depressivo ed essere presenti almeno 3 dei seguenti sintomi: 1) umore elevato, espanso; 2) autostima ipertrofica o grandiosità; 3) maggiore loquacità del solito o continua spinta a parlare; 4) fuga delle idee o esperienza soggettiva che i pensieri si succedano rapidamente; 5) aumento delle energie o dell'attività finalizzata; 6) eccessivo coinvolgimento in attività con un alto potenziale di conseguenze dannose; 7) diminuito bisogno di sonno. I sintomi misti devono essere osservabili da altri, rappresentare un cambiamento rispetto all'abituale comportamento della persona e non possono essere attribuiti all'effetto fisiologico di sostanze o farmaci. Il DSM sottolinea che la presenza di manifestazioni miste nella depressione unipolare costituisce un fattore di rischio per una successiva evoluzione in disturbo bipolare di tipo I o II. Purtroppo, anche i criteri della più recente edizione del DSM sono risultati insoddisfacenti perché descrivono una condizione raramente osservata nella pratica clinica con una prevalenza compresa tra lo 0 e il 7.5% (Kim et al., 2016; Koukopoulos and Sani, 2014; Takeshima and Oka, 2015). Gli estensori del Manuale, infatti, per il timore di una “sovradiagnosi” di depressione mista, hanno escluso alcuni sintomi espansivi tipici di questa condizione come la labilità dell'umore, l'agitazione psicomotoria, distraibilità e l'irritabilità.

Diversi ricercatori e clinici esperti in disturbi dell'umore, in considerazione della limitata affidabilità dei vecchi e nuovi criteri ufficiali, hanno proposto propri criteri operativi per identificare la depressione mista potendo variare dalla presenza di un solo sintomo contropolare (per esempio accelerazione del pensiero) a condizioni più complesse in cui umore, pensieri e comportamenti hanno differenti orientamenti (Malhi et al., 2014). Tra i criteri più utilizzati nella pratica clinica a partire dal 1992 ci sono quelli di Koukopoulos (Koukopoulos e Tundo, 1992; Koukopoulos e Koukopoulos, 1999,) validati da Sani et al. (2014). Questi criteri richiedono la presenza di tre o più dei seguenti sintomi durante un episodio depressivo unipolare o bipolare: (a) agitazione psichica o tensione interna; (b) pensieri accelerati o affollati; (c) irritabilità o sensazione immotivata di rabbia; (d) assenza di rallentamento; (e) loquacità; (f) descrizione drammatica della sofferenza o frequenti crisi di pianto; (g) labilità dell'umore e marcata reattività emotiva; (h) insonnia iniziale.

Quando si fa riferimento a criteri più ampi rispetto a quelli del DSM, come quelli di Koukopoulos, la prevalenza

della depressione mista varia dal 20% al 70% e il quadro clinico che emerge è quello di una depressione con umore labile o disforico, ansia, impulsività, tensione interna, accelerazione ideica, spinta a parlare, irrequietezza motoria, ridotte ore di sonno fino a un'insonnia sub-totale, idee e tentativi di suicidio (fino al 50% dei casi). Secondo alcune osservazioni, non confermate in tutti gli studi, gli episodi misti si differenziano da quelli non misti per un esordio più precoce, maggiore gravità e durata dell'episodio, più frequente associazione con temperamento ipertimico, maggiore rischio life-time di tentativi di suicidio e ricoveri, maggior numero di ricadute, maggiore prevalenza di comorbidità con disturbi d'ansia, abuso di sostanze e disturbo borderline di personalità, peggiore risposta alle cure e peggiore prognosi (Natale et al., 2022; Perugi et al., 2015; McIntyre et al., 2015; Sthal, 2017; Tondo et al., 2018). È stato inoltre osservato che i pazienti con depressione mista hanno prevalenti recidive miste e, se bipolari, una polarità di esordio di tipo misto (Tundo et al., 2015a).

Sul piano patogenetico le manifestazioni miste all'interno di un episodio depressivo potrebbero essere causate o, più probabilmente, peggiorate dall'uso di alcol, sostanze, psicostimolanti (come la caffeina) o farmaci attivi sul sistema nervoso centrale (come antidepressivi o corticosteroidi), dall'abuso o dall'astinenza da benzodiazepine o dalla presenza di un disturbo neurologico. Non può essere comunque esclusa una specifica predisposizione, probabilmente su base familiare, a sviluppare stati misti, ipotesi supportata dall'osservazione che alcuni pazienti hanno un decorso caratterizzato prevalentemente da recidive miste (Tundo et al., 2015a).

Sebbene in questi ultimi 10 anni il numero delle pubblicazioni sulla depressione mista sia aumentato esponenzialmente, passando da 924 nel 2014 ai 2.577 nel 2025 (fonte PubMed, 10 gennaio 2026), rimangono ancora diversi aspetti controversi sul piano clinico, psicopatologico e terapeutico.

In primo luogo, le caratteristiche cliniche trasversali e *life time* che differenziano la depressione con e senza manifestazioni miste non sono ben definite, in quanto gli studi presenti in letteratura sono stati condotti su popolazioni eterogenee e i risultati sono spesso contraddittori.

In secondo luogo, rimane tutta da chiarire la relazione tra depressione mista e depressione ansiosa. L'ultima edizione del DSM ha proposto specifici criteri per la diagnosi di depressione ansiosa che prevedono la presenza di due o più dei seguenti sintomi durante la maggior parte dei giorni: 1) sentirsi tesi o “sul filo”; 2) sentirsi insolitamente irrequieti; 3) difficoltà di concentrazione a causa della preoccupazione; 4) paura che qualcosa di terribile possa accadere; 5) sensazione che l'individuo possa perdere il controllo di sé. Diversi studi hanno supportato la validità di questi criteri e hanno rilevato che si tratta di una presentazione clinica comune, con una prevalenza compresa

tra il 54% e il 78% (Gaspersz et al., 2017a,b; McIntyre et al., 2016; Tundo et al., 2019; Zimmerman et al., 2014; Zimmerman et al., 2017). Recenti osservazioni hanno evidenziato un alto tasso di sovrapposizione tra diagnosi di depressione mista e ansiosa ma non è ancora chiara la relazione tra queste due condizioni. (Tundo et al., 2021; Tundo et al., 2023)

In terzo luogo, ci sono dubbi sulla collocazione nosografica della depressione mista unipolare. Secondo le classificazioni ufficiali dovrebbe essere diagnosticata come un disturbo depressivo maggiore, mentre secondo alcuni clinici e ricercatori esperti in disturbi dell'umore dovrebbe essere più appropriatamente inclusa nello spettro bipolare (Faedda e Marangoni, 2017).

Incertezze rimangono infine sul trattamento della depressione mista e, in particolare, sull'uso degli antidepressivi. Le linee guida internazionali raccomandano come prima scelta gli antipsicotici di seconda generazione (SGA) e sconsigliano il ricorso agli antidepressivi, soprattutto in monoterapia (per una revisione, si veda Natale et al., 2022), in quanto possono aggravare la componente mista e aumentare il rischio di switch e di suicidio (Grover e Adarsh, 2023). Tuttavia, i dati empirici a supporto di questa posizione sono scarsi perché nei trial controllati la presenza di sintomi (ipo)maniacali all'interno di un episodio depressivo costituisce in genere un criterio di esclusione. Tre recenti studi osservazionali (Tundo et al., 2021; Tundo et al., 2023; Tundo et al., 2024) hanno prodotto nuove evidenze su questi punti ancora controversi fornendo informazioni sul piano psicopatologico, clinico e terapeutico utili agli specialisti per una più precisa sottotipizzazione dei disturbi dell'umore e per una cura personalizzata.

Scopo del presente studio è analizzare i risultati di questi studi valutandone le ricadute pratiche.

Metodologia degli studi

Caratteristiche del campione

I tre studi sono stati condotti su 241 pazienti adulti con episodio depressivo maggiore reclutati consecutivamente presso l'Istituto di Psicopatologia di Roma e presso la Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Pisa. Trentuno (13%) pazienti avevano una diagnosi di disturbo bipolare I, 87 (36%) di disturbo bipolare II e 123 (51%) di disturbo depressivo maggiore, ricorrente (n= 81) o episodio singolo (n= 42). La maggior parte dei pazienti era donna (75%), coniugata (61%) e occupata (49%). L'età media era di 47,7 anni [deviazione standard (DS)13,6] e la durata mediana della malattia era di 13 anni [intervallo interquartile (IQR) 4; 24]. Le più frequenti comorbidità erano con disturbo ossessivo compulsivo (n= 64, 27%), disturbo somatoforme (n= 32, 13%), ansia generalizzata (n=37, 16%), abuso di alcol (n= 20, l'8%) e abuso di cannabis (n= 20, 8%). Centodiciassette pazienti (48,5%) soddisfacevano i criteri di Koukopoulos (Koukopoulos e Koukopoulos 1999) per la

depressione mista e 142 (59%) per depressione ansiosa del DSM (APA, 2013).

Assessment

In tutti e tre gli studi la sintomatologia depressiva veniva valutata con l'*Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS-21) (Hamilton, 1960), quella (ipo)maniacale con la *Young Mania Rating Scale* (YMRS) (Young et al., 1968), la gravità e il miglioramento clinico con la *Clinical Global Impression severity* (CGI-s) and *improvement* (CGI-i) (Guy, 1976) e il livello globale di funzionamento con la *Global Assessment of Functioning* (GAF) (Jones et al., 1995). La depressione ansiosa era diagnosticata in accordo con i criteri del DSM-5 (APA, 2013) e quella mista in accordo con i criteri di Koukopolulos (Koukopoulos e Koukopoulos 1999). Per il temperamento era utilizzato il *Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, and San Diego* (TEMPS-M) (Erfurth et al., 2005), un questionario di autovalutazione di 35 item che misura cinque temperamenti affettivi (depressivo, ciclotimico, irritabile, ansioso e ipertimico). Le scale di valutazione erano somministrate al momento dell'inclusione e successivamente ogni 4 settimane per 12 settimane da psichiatri esperti in disturbi dell'umore, non coinvolti nel trattamento dei pazienti.

Trattamento

La terapia era stabilita dai due ricercatori senior degli studi (Laura Musetti per Pisa e Antonio Tundo per Roma) in base alla loro esperienza clinica e alle linee guida internazionali disponibili al momento dell'arruolamento (Gelenberg, 2010; Cleare et al., 2015; Pacchiarotti et al., 2013; Yatham et al., 2013). In generale, per la depressione unipolare di lieve-moderata gravità era prescritto un inibitore selettivo della ricaptazione della serotonina (SSRI), mentre per quella grave un inibitore della ricaptazione della serotonina e noradrenalina (SNRI) o un triciclico (TCA). Nei pazienti con depressione bipolare e decorso a cicli rapidi o con switch (ipo)maniacali o misti in anamnesi erano utilizzati sali di litio o un antiepilettico e/o un antipsicotico di seconda generazione (SGA), prevalentemente quetiapina. Nei pazienti con depressione bipolare senza queste caratteristiche alla terapia stabilizzante (sali di litio e/o antiepilettico e/o un SGA) veniva aggiunto un SSRI e, in caso di non risposta, un SNRI o un TCA. In linea con le raccomandazioni di Stahl et al. (2017) per la depressione mista unipolare o bipolare era utilizzato un SGA (principalmente quetiapina) e/o un antiepilettico (valproato o carbamazepina); un antidepressivo veniva aggiunto se si risolvevano i sintomi espansivi ma non quelli depressivi. In caso di resistenza a 2 o più cicli di antidepressivi sia nella depressione unipolare quanto in quella bipolare venivano utilizzate strategie di combinazione o potenziamento (Tundo et al., 2015b).

Misure di esito

Indicatore primario di esito era la *remissione*, definita dal raggiungimento dopo 12 settimane di cura di un punteggio totale alla HDRS-21 < 7. Indicatori secondari erano la

risposta (riduzione >50% del punteggio totale basale della HDRS-21 dopo 12 settimane di cura) e il *miglioramento* (punteggio della CGI-i ≤ 2 dopo 12 settimane di cura).

Risultati

2.1 Caratteristiche cliniche trasversali e longitudinali che differenziano la depressione con e senza manifestazioni miste

Come riportato nella **tabella 1**, sul piano *trasversale* l'episodio misto, rispetto a quello non misto, risultava più grave (per come valutato dal clinico attraverso la GCI-s), con un maggior numero di sintomi (ipo)maniacali (punteggio YMRS più elevato) e con una più frequente presenza di agitazione psichica, tensione interna, pensieri accelerati e di comorbidità con depressione ansiosa. Era invece più rara la comorbidità con depressione melanconica. Importanti differenze tra i due sottotipi di depressione si evidenziavano anche a livello longitudinale. I pazienti con depressione mista, rispetto a quelli senza manifestazioni miste, avevano più spesso un temperamento premorbo di tipo irritabile o ipertimico, una polarità di esordio di tipo misto e un successivo decorso caratterizzato da prevalenti recidive depressive miste. Queste caratteristiche sono state costantemente documentate nelle ricerche precedenti, indipendentemente dal campione studiato o dai criteri diagnostici utilizzati, e dovrebbero essere considerate patognomoniche della depressione mista. Non emergevano differenze significative tra soggetti con depressione mista e non mista per quanto riguarda alcune variabili demografiche (ad esempio sesso femminile, disoccupazione, stato civile non coniugato o separato) e cliniche (come familiarità per disturbo bipolare e suicidio, temperamento ciclotimico, comorbidità con disturbo ossessivo compulsivo, abuso di alcol, sostanze o benzodiazepine, diagnosi di disturbo unipolare o bipolare, esordio più precoce, maggior numero di ricoveri e tentativi di suicidio *life-time*, lunga durata dell'episodio indice) riportate in studi precedenti. Le discrepanze nei risultati possono essere spiegate da differenze nei criteri diagnostici (spesso più restrittivi negli studi precedenti), nei campioni esaminati (alcuni studi precedenti includevano sia pazienti ospedalizzati sia ambulatoriali o esclusivamente soggetti con disturbo bipolare) e nel disegno dello studio (frequentemente retrospettivi nelle ricerche precedenti).

Depressione mista e depressione ansiosa: due facce della stessa medaglia?

Depressione mista e depressione ansiosa risultavano due modalità di presentazione dell'episodio depressivo maggiore molto comuni, con una frequenza rispettivamente del 48,5% e del 59% dell'intero campione, con un alto tasso di sovrapposizione (38% dei casi). La presenza di pazienti che soddisfacevano solo l'una o l'altra diagnosi (rispettivamente 10% e 22% del campione) farebbe pensare che si tratti di due condizioni distinte ma non facili da differenziare. Secondo gli Autori una possibile causa di

confusione potrebbero essere gli attuali criteri diagnostici. Utilizzando la *network analysis* emergeva infatti un'ampia sovrapposizione tra il primo criterio per la depressione mista secondo Koukopoulos ("agitazione psichica o tensione interna") e il primo criterio per la depressione ansiosa secondo il DSM ("sentirsi nervoso o teso"). Si tratta di due stati psicopatologici differenti: nel primo caso l'agitazione psichica o la tensione interna costituiscono la manifestazione fisica primaria (descritta come "un tremore interno" o "una sensazione di corrente elettrica che attraversa il corpo") che crea secondariamente ansia e paura (Koukopoulos); nel secondo caso è invece primaria l'aspettativa ansiosa verso le situazioni di vita quotidiana, tipica del disturbo d'ansia generalizzato, che secondariamente genera nervosismo o tensione (DSM). Si tratta di una sottile differenza psicopatologica che è spesso difficile da valutare durante il tempo limitato di una visita e in presenza di un episodio depressivo comunque grave.

In attesa di una più precisa definizione dei criteri diagnostici, gli Autori hanno testato la possibilità di migliorare la diagnosi differenziale analizzando le caratteristiche socio-demografiche, cliniche e di risposta alla terapia dei pazienti con forme di depressione mista e ansiosa "pure" (**tabella 2**). È emerso che i pazienti con depressione mista erano più spesso single, con un temperamento premorbo di tipo irritabile, una polarità di esordio mista, un precedente decorso con ricorrenze depressive miste e un maggior numero di sintomi (ipo)maniacali nell'episodio indice. I pazienti con depressione ansiosa erano più spesso coniugati, avevano una polarità di esordio depressiva pura, una più frequente comorbidità con disturbo d'ansia generalizzata e pochi sintomi (ipo)maniacali nell'episodio indice. Nonostante il tipo di terapia fosse diverso (prevalentemente stabilizzatori dell'umore per i primi e antidepressivi per i secondi), le percentuali di risposta, remissione e recupero funzionale a 12 settimane erano simili. Questo dato conferma che si tratta di due condizioni distinte che necessitano di terapie, almeno in parte, differenti.

Poiché la relazione tra depressione mista e ansiosa non era stata indagata in precedenza, questi risultati non sono stati confrontati con precedenti evidenze della letteratura.

Quale collocazione nosografica per la depressione mista unipolare?

Analizzando separatamente i pazienti con disturbo depressivo maggiore e quelli con disturbo bipolare, emergeva che la presenza delle caratteristiche tipiche dello stato misto e di un temperamento irritabile consente di distinguere più chiaramente le forme miste da quelle non miste nel primo gruppo rispetto a quanto avviene nel secondo gruppo. Secondo gli Autori questo dato suggerisce, anche se solo in modo indiretto, che i pazienti con depressione mista unipolare dovrebbero essere più appropriatamente inquadrati nell'ambito dello spettro bipo-

lare. La validità di questa ipotesi richiede tuttavia ulteriori conferme attraverso studi longitudinali.

2.4 Depressione mista: antidepressivi o non antidepressivi?

Le linee guida raccomandano di evitare l'uso degli antidepressivi nella depressione mista a causa della loro limitata efficacia, scarsa tollerabilità e del rischio di peggioramento dei sintomi (ipo)maniacali e di suicidio (per una revisione si veda Faedda e Marangoni, 2017). Sebbene queste raccomandazioni, circa il 60% dei pazienti con depressione mista inclusi negli studi in revisione era trattato con antidepressivi, una percentuale simile a quella dei pazienti senza manifestazioni miste (65%). Questo dato è coerente con quanto riportato in due precedenti studi osservazionali nei quali gli antidepressivi erano prescritti nel 60%-80% delle depressioni miste (Perugi et al., 2015; Tondo et al., 2018).

Per quanto riguarda le altre classi di farmaci, gli SGA erano utilizzati più spesso in presenza di sintomi misti, mentre l'impiego di sali di litio e anticonvulsivanti non differiva nei due sottogruppi diagnostici.

Nonostante l'uso di antidepressivi, i pazienti con depressione mista e non mista non differivano in modo significativo in termini di sicurezza del trattamento (drop-out, aderenza alle cure, ospedalizzazioni, tentativi di suicidio e switch indotto) e di risposta alla cura (miglioramento, risposta, remissione e recupero funzionale). Questi risultati non suggeriscono un uso sistematico degli antidepressivi nella depressione mista perché, ricordavano gli Autori, seguendo le linee guida proposte da Stahl et al. (2017), in presenza di sintomi misti il primo intervento prevedeva la prescrizione di SGA e/o di stabilizzatori dell'umore. Gli antidepressivi erano riservati a quei pazienti che con questa terapia ottenevano un adeguato controllo delle manifestazioni (ipo)maniacali ma continuavano a presentare sintomi depressivi clinicamente rilevanti.

Sottolineavano inoltre che l'efficacia e la sicurezza degli antidepressivi nei pazienti con depressione mista nel loro campione potrebbero essere almeno in parte influenzate dalla significativa sovrapposizione diagnostica tra depressione mista e ansiosa. È possibile che una percentuale di pazienti sia stata classificata erroneamente come affetta da depressione mista, presentando in realtà un quadro di depressione con ansia e questa possibilità potrebbe spiegare la risposta favorevole agli antidepressivi.

Infine, è opportuno considerare che gli studi avevano una durata limitata e, di conseguenza, non davano informazioni sui potenziali effetti negativi a lungo termine, come la transizione da disturbo depressivo maggiore a disturbo bipolare o un aumento della frequenza delle ricadute fino alla rapida ciclicità.

Discussione

L'analisi dei risultati dei tre studi osservazionali inclusi

in questa revisione fornisce elementi utili sia per quanto riguarda l'inquadramento diagnostico-nosografico, sia il trattamento della depressione mista.

In primo luogo, i risultati confermano che la depressione con manifestazioni miste, definita secondo i criteri di Koukopoulos, non rappresenta una semplice variante quantitativamente più grave della depressione non mista, ma configura un sottotipo qualitativamente distinto. Sul piano trasversale, si caratterizza per una maggiore gravità globale dell'episodio, per un maggior numero di sintomi (ipo)maniacali, per una più frequente presenza di agitazione psichica e tensione interna e per una significativa sovrapposizione con la depressione ansiosa. Sul piano longitudinale, gli elementi discriminanti sono il temperamento premorbo irritabile o ipertimico, l'esordio misto e il decorso caratterizzato da prevalenti ricorrenze miste. Queste caratteristiche, alcune delle quali già segnalate in studi precedenti, sono marcatori clinici stabili, dovrebbero essere considerate le manifestazioni patognomoniche della depressione mista e dovrebbero essere sistematicamente indagate in presenza di un quadro depressivo tanto durante la prima valutazione, quanto durante le visite successive.

In secondo luogo, individuano in due specifici criteri diagnostici la causa dell'elevata percentuale di sovrapposizione tra depressione mista e ansiosa. In attesa di una ridefinizione degli stessi, possibili riferimenti per la diagnosi differenziale possono essere le differenze sul piano clinico (temperamento irritabile, polarità di esordio e successive recidive di polarità mista nel primo caso, polarità di esordio depressiva "pura" e comorbidità con disturbo d'ansia generalizzata nel secondo) e di risposta al trattamento (stabilizzatori/SGA nel primo caso, antidepressivi nel secondo).

In terzo luogo, forniscono elementi a supporto dell'ipotesi che la depressione mista unipolare rappresenta un fenotipo che rientra nello spettro dei disturbi bipolari. Si tratta, tuttavia, di un'osservazione preliminare che richiede conferme longitudinali.

Infine, i risultati forniscono un contributo concreto a un dibattito ancora aperto sul piano terapeutico. Nonostante le raccomandazioni presenti in letteratura, l'uso di antidepressivi nei pazienti con depressione mista è risultato frequente e non si è associato, nel breve termine, a un peggioramento degli indicatori di sicurezza o di efficacia. Questi dati non giustificano un impiego indiscriminato degli antidepressivi, ma suggeriscono che possono essere utilizzati in sottogruppi selezionati di pazienti all'interno di strategie terapeutiche sequenziali e in associazione con stabilizzanti e/o antipsicotici di seconda generazione. Resta irrisolta la questione del loro effetto a lungo termine.

Conclusioni

La depressione con manifestazioni miste costituisce un

sottotipo di depressione grave, di frequente riscontro, non sempre facile da diagnosticare e che richiede specifiche strategie di cura. Dovrebbe pertanto diventare di routine nell’*assessment* dell’episodio depressivo unipolare e bipolare un’attenta valutazione della presenza di caratteristiche cliniche patognomiche dello stato misto per effettuare una più precisa sotto-tipizzazione del quadro clinico e proporre una terapia personalizzata. Ulteriori studi prospettici, con follow-up a lungo termine e disegni controllati, sono necessari per chiarire definitivamente lo status nosografico della depressione mista, la sua relazione con lo spettro bipolare e il profilo rischio-beneficio delle diverse strategie di cura.

Finanziamento

Questo studio è stato finanziato da “Istituto di Psicopatologia per la Ricerca ETS – Roma”

Tabella 1. Principali differenze trasversali e longitudinali tra depressione mista e non mista

VARIABILE	DEPRESSIONE MISTA	DEPRESSIONE NON MISTA
VARIABILI TRASVERSALI		
Gravità clinica	↑	↓
Sintomi (ipo)maniacali	↑	↓
Agitazione psichica / tensione interna	Frequente	Rara
Pensieri accelerati	Frequenti	Rari
Comorbidità con depressione ansiosa	Più frequente	Meno frequente
Caratteristiche melanconiche	Meno frequenti	Più frequenti
VARIABILI LONGITUDINALI		
Temperamento irritabile	Più frequente	Meno frequente
Temperamento ipertimico	Più frequente	Meno frequente
Polarità di esordio mista	Frequente	Rara
Decorso con ricorrenze miste	Frequente	Raro
Diagnosi unipolare vs bipolare	Simile	Simile

Tabella 2. Principali differenze cliniche tra depressione mista “pura” e ansiosa “pura”

VARIABILE	MISTA PURA	ANSIOSA PURA
Stato civile single	Più frequente	Meno frequente
Temperamento irritabile	Più frequente	Raro
Polarità di esordio mista	Frequente	Rara
Comorbidità GAD	Rara	Frequente
Sintomi (ipo)maniacali	Numerosi	Pochi
Terapia	Stabilizzanti/ SGA	Antidepressivi
Remissione/risposta a 12 settimane	Simile	Simile

Abbreviazioni: GAD= Disturbo d’Ansia Generalizzata

**Antonio Tundo, Sophia Betrò, Federica De Angelis, Roberto Felici, Chiara Lucangeli, Roberta Necci
Istituto di Psicopatologia - Roma*

Bibliografia

American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. Fifth ed. Arlington, VA. American Psychiatric Publishing. 2013.

American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th Edition, text revision. 2022.

Cleare A, Pariente CM, Young AH, et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology Guidelines. *J Psychopharmacol.* 2015; 29(5): 459-525.

Erfurth A, Gerlach AL, Hellweg I, et al. Studies on German (Munster) version of the temperament auto-questionnaire TEMPS-A: construction and validation of the brief TEMPS-M. *J Affect Disord.* 2005; 85: 53-69.

Faedda GL, Marangoni C. What is the role of conventional antidepressants in the treatment of major depressive episodes with mixed feature specifier? *CNS Spectr.* 2017; 22: 120-125.

Gaspersz R, Lamers F, Kent JM, et al. Anxious distress predicts subsequent treatment outcome and side effects in depressed patients starting antidepressant treatment. *J Psychiatr Res.* 2017a; 84: 41–48.

Gaspersz R, Lamers F, Kent JM, et al. Longitudinal predictive

- validity of the DSM-5 anxious distress specifier for clinical outcomes in a large cohort of patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2017b; 78(2): 207–213.
- Gelenberg AJ. A review of the current guidelines for depression treatment. *J Clin Psychiatry*. 2010; 71, e15
- Grover S, Adarsh H. A comparative study of prevalence of mixed features in patients with unipolar and bipolar depression. *Asian J Psychiatr*. 2023; 8 1: 103439.
- Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. US Department of Health Education, and Welfare publication (ADM) 76-338. Rockville, MD. National Institute of Mental Health 1976, pp. 218-222.
- Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960; 23: 56–62.
- Jones, SH, Thornicroft G, Coffey M, et al. A brief mental health outcome scale-reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *Br J Psychiatry*. 1995; 166: 654-659.
- Kim H, Kim W, Citrome L. More inclusive bipolar mixed depression definition by permitting overlapping and non-overlapping mood elevation symptoms. *Acta Psychiatr Scand*. 2016;134(3):199–206.
- Koukopoulos A, Koukopoulos A. Agitated depression as a mixed state and the problem of melancholia. *Psychiatr Clin North Am*. 1999; 22: 547-564.
- Koukopoulos A, Tundo A. A mixed depressive syndrome. *Clin Neuropharmacol*. 1992;15 Suppl 1 Pt A, 626A-627A.
- Koukopoulos A, Sani G. DSM-5 criteria for depression with mixed features:a farewell to mixed depression. *Acta Psychiatr Scand*. 2014;129(1): 4–16.
- Natale A, Mineo L, Fusar-Poli L, et al. Mixed depression: a mini review to guide clinical practice and future research developments. *Brain Sci*. 2002;12 (1): 92.
- Malhi GS, Lampe L, Coulston CM, et al. Mixed state discrimination: a DSM problem that won't go away? *J Affect Disord*. 2014; 158: 8–10.
- McIntyre RS, Soczynska JK, Cha D, et al. The prevalence and illness characteristics of DSM-5-defined “mixed feature specifier” in adults with major depressive disorder and bipolar disorder: Results from International Mood Disorders Collaborative project. *J Affect Disord*. 2015;172: 259-264.
- McIntyre RS, Woldeyohannes HN, Soczynska JK, et al. The prevalence and clinical characteristics associated with Diagnostic and Statistical Manual Version-5-defined anxious distress specifier in adults with major depressive disorder: results from the International Mood Disorders Collaborative Project. *Ther Adv Chronic Dis*. 2016; 7(3):153–159.
- Pacchiarotti I, Bond DJ, Baldessarini RJ et al. The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) task force report on antidepressant use in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2013; 170 (11): 1249-1262.
- Perugi G, Angst J, Azorin J-M, et al. Mixed features in patients with a major depressive episode: the BRIDGE-IOI-MIX study. *J Clin Psychiatr*. 2015; 76 (3): e351-358.
- Sani G, Vöhringer PA, Napoletano F. Koukopoulos' diagnostic criteria for mixed depression: a validation study. *J Affect Disord*. 2014; (164): 14-18.
- Stahl SM. Mixed-up about how to diagnose and treat mixed features in major depressive episodes. *CNS Spectr*. 2017; 22: 111-115.
- Stahl SM, Morrisette DA, Faedda G, et al. Guidelines for the recognition and management of mixed depression. *CNS Spectr*. 2017; 22: 203-219.
- Takeshima M, Oka T. DSM-5 defined ‘mixed features’ and Benazzi’s mixed depression: which is practically useful to discriminate bipolar from unipolar depression in patients with depression? *Psychiatry Clin Neurosci*. 2015; 69(2):109–116
- Tohen M, Frank E, Bowden CL, et al. The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) Task force report on the nomenclature of course and outcome in bipolar disorders. *Bipolar Disord*. 2009; 11, 453–773.
- Tondo L, Vazquez GH, Pinna M, et al. Characteristics of depressive and bipolar patients with mixed features. *Acta Psychiatr Scand*. 2018; 138: 243-252.
- Tundo A, Musetti L, Benedetti A, Berti B, Massimetti G, Dell’Osso L. Onset polarity and illness course in bipolar I and II disorders: The predictive role of broadly defined mixed states. *Compr Psychiatry*. 2015a; 63:15-21.
- Tundo A, de Filippis R, Proietti L. Pharmacologic approaches to treatment resistant depression: evidences and personal experience. *World J Psychiatry* 2015b; 5 (3): 330-341
- Tundo A, Musetti L, de Filippis R, et al. Is there a relationship between depression with anxious distress DSM-5 specifier and bipolarity? A multicenter cohort study on patients with unipolar, bipolar I and II disorders. *J Affect Disord*. 2019; 245: 819–826.
- Tundo A, Musetti L, Del Grande C, et al. The relationship between depression with anxious distress DSM-5 specifier and mix depression: a network analysis. *CNS Spectr*. 2021; 26 (3): 251-257.
- Tundo A, Musetti L, Betrò S, et al. Are anxious and mixed depression two sides of the same coin? Similarities and differences in patients with bipolar I, II and unipolar disorders. *Eur Psychiatry*. 2023; 66(1): e75.
- Tundo A, Musetti L, Iommi M, et al. Mixed depression: clinical features and treatment response in a prospective observational study on bipolar and unipolar patients. *Italian Journal of Psychiatry* 2024; 10: 1-17.
- Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatment (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients of patients with bipolar disorder: update 2013. *Bipolar Disorders* 2013; 15 (1): 1-44.
- Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, et al. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatr*. 1978; 133: 429-435.
- Zimmerman M, Chelminski I, Young D, et al. A clinically useful self-report measure of the DSM-5 anxious distress specifier for major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2014; 75: 601–607.
- Zimmerman M, Clark H, McGonigal P, et al. Reliability and validity of the DSM-5 anxious distress specifier interview. *Compr Psychiatry*. 2017; 76:11–17.

Suicidio in Struttura

RIASSUNTO

L'evento suicidio costituisce la più grave e tragica complicanza della cura psichiatrica. Certamente la malattia mentale è la causa più frequente di tentato suicidio e di suicidio realizzato. Nonostante questa importante incidenza nella pratica psichiatrica, non si conoscono ancora le cause biologiche e come trattare il fenomeno con gli strumenti di cui dispone la medicina e la psicologia clinica. Le misure preventive restano quelle da sempre adottate, basate cioè su misure custodiali, residenziali, personali, assistenziali. Quando l'evento suicidio o grave tentativo suicidario si verifica in strutture sanitarie, e soprattutto psichiatriche è obbligatorio adottare misure di intervento che riguardino aspetti strutturali e procedure cliniche dedicate. Infatti nella gerarchia degli "eventi sentinella", il suicidio o grave tentativo suicidario occupa il secondo posto per frequenza. L'esame della letteratura scientifica a tutto oggi porta a ritenere questi eventi, suicidio e tentato suicidio, come eventi prevedibili ma non prevenibili. Tuttavia, non è trascurabile l'impatto che questi eventi hanno dal punto di vista giuridico (obbligo di garanzia) e sull'insieme sistemico, sanitario e civile. Addestramento e preparazione del personale con processi di formazione continua su questa importante materia clinica ed esistenziale devono coesistere con le misure preventive generiche e specifiche di rischio sanitario, per fronteggiare queste situazioni emergenziali che mettono a dura prova la coerenza e la forza della organizzazione sanitaria rispetto alle necessità della popolazione assistita.

SUMMARY

Suicide is the most serious and tragic complication of psychiatric care. Mental illness is certainly the most common cause of attempted and completed suicide. Despite this significant impact on psychiatric practice, the biological causes and how to treat the phenomenon with the tools available to medicine and clinical psychology are still unknown. Preventive measures remain those traditionally adopted, based on custodial, residential, personal, and welfare measures. When suicide or a serious suicide attempt occurs in healthcare facilities, especially psychiatric facilities, intervention measures addressing structural aspects and dedicated clinical procedures are mandatory. Indeed, in the hierarchy of "sentinel events", suicide or a serious suicide attempt ranks second in frequency. A review of the scientific literature to date suggests that these events, suicide and attempted suicide, are predictable but not preventable. However, the impact these events have from a legal perspective (obligation of guarantee) and on the systemic, healthcare, and civil system as a whole is not negligible. Staff training and development through ongoing education on this important clinical and existential issue must coexist with general and specific preventive measures for health risks, to address these emergency situations that severely test the coherence and strength of the healthcare organization with respect to the needs of the population served.

Introduzione

La cultura dell'accreditamento nasce negli Stati Uniti intorno agli anni '90. Di fronte al crescere dei rischi sanitari e delle richieste di risarcimento si cercò di adottare degli standards di qualità delle strutture sanitarie che costituissero il riferimento strutturale e clinico per tutte le strutture sanitarie del territorio nazionale. E' su questo indirizzo che si sono individuati quegli eventi, rari ed evitabili, riguardo ai quali l'attenzione sanitaria deve essere massima e, nell'eventualità del verificarsi, si adottassero immediate ed efficienti misure di prevenzione. Nella definizione del Ministero della Salute un evento sentinella è «un evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che causa morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti

del sistema sanitario». Le caratteristiche dell'evento sentinella consistono in gravità elevata, evitabilità, indicatore di rischio sanitario e necessità di analisi immediata. Per gravità si deve intendere un evento che causa la morte o un danno biologico importante al paziente. Per evitabilità si deve considerare la necessità che l'evento sia prevedibile e prevenibile. Come indicatore di rischio per la salute del malato si intende che l'evento funge da segnalatore di una rilevante criticità del sistema dal punto di vista organizzativo, aprendo quindi alla maggiore probabilità che vengano commessi errori. Quando incorre un "evento sentinella" diventa obbligatorio da parte del *management* effettuare un puntuale e immediato controllo sul sistema (*audit*) e una precisa e immediata analisi delle condizioni che hanno reso possibile l'evento stesso (*root*

cause analysis). Gli eventi sentinella sono considerati, per la loro gravità e il loro significato, un problema prioritario per la sicurezza dei pazienti, con importanti ripercussioni sulle organizzazioni sanitarie, sui professionisti e sulle amministrazioni locali e regionali. L'elenco ufficiale emesso dal Ministero della Salute comprende attualmente 23 categorie di "eventi sentinella". L'osservatorio nazionale degli "eventi sentinella" viene gestito dal Ministero della Salute attraverso il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES). Dal 2005 al 2020 sono stati segnalati in Italia 8974 eventi sentinella, dei quali 799 solo nel 2020. Da un recente *report* del 2024 l'evento più frequente continua ad essere la caduta del paziente con morte o grave danno (40,87% degli eventi). Il suicidio o tentato suicidio in Ospedale almeno negli ultimi 10 anni costituisce il secondo evento sentinella più frequente. Il dato è sostanzialmente stabile, a differenze di altri che sono in ascesa, in particolare la violenza sugli operatori. Ottenere un numero preciso e aggiornato in tempo reale per i suicidi avvenuti specificamente all'interno delle strutture ospedaliere è complesso, in quanto questi dati vengono classificati dal Ministero della Salute nella categoria degli "eventi sentinella".

Secondo il Report Eventi Sentinella 2023 (pubblicato a marzo 2026), la categoria "Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale" è storicamente una delle più frequenti tra le segnalazioni. Nel 2022 sono segnalati 107 suicidi o tentati suicidi, e nel 2023 in numero di 89. Sebbene i dati consolidati per il 2024 e il 2025 siano ancora in fase di validazione definitiva, i rapporti precedenti e le analisi storiche indicano una media che oscilla tra gli 80 e i 110 casi l'anno (sommando decessi e tentativi gravi con esiti di invalidità permanente).

Durante il periodo pandemico (2020-21), le segnalazioni hanno subito variazioni dovute alla riorganizzazione dei reparti, ma il suicidio in ospedale è rimasto costantemente tra le prime 3-5 cause di evento sentinella. Tra il 2020 e il 2024 si è stimato un numero complessivo di circa 450-500 eventi segnalati come "suicidio o tentato suicidio" nelle strutture sanitarie italiane. Gli esperti sottolineano spesso che i dati del SIMES potrebbero sottostimare il fenomeno reale, poiché la segnalazione di un evento sentinella è un atto su base volontaria da parte delle aziende sanitarie, sebbene fortemente raccomandato. La maggior parte di questi eventi si verifica nei reparti di Psichiatria (SPDC), ma una quota non trascurabile avviene anche in reparti di medicina generale o chirurgia, spesso legata a diagnosi infauste o stati depressivi reattivi. In Italia avvengono circa 3.800 - 4.000 suicidi l'anno in totale (dati ISTAT/ISS), quelli che avvengono in strutture sanitarie è del 2-3%. Si tratta quindi di una piccola frazione, tuttavia considerati i più "evitabili" se vengono osservati idonei protocolli di sicurezza ambientale e personale (es. finestre di sicurezza, controlli sulle persone relativamente a oggetti dal potenziale lesivo, e sulle vie di fuga, non ac-

cessibilità a farmaci o prodotti tossici, presenza numerica sufficiente del personale di assistenza, sorveglianza adeguata, etc.). La Riforma Psichiatrica del 1978, stabilendo un criterio di uguaglianza tra malati mentali e pazienti con problemi medici di altra natura, ha fortemente inciso sulle misure di sicurezza da adottare nelle strutture psichiatriche. Queste sempre più estesamente si sono integrate e adeguate all'edilizia sanitaria in genere, trovando allocazione all'interno degli Ospedali Generali. Pertanto i pazienti ricoverati nelle strutture psichiatriche godono delle stesse libertà di movimento che hanno gli altri pazienti dell'ospedale, e non vengono soggetti a specifiche restrizioni ambientali o costrizioni per quanto riguarda effetti personali e diritto alla privacy.

Le criticità

Il SSN si presenta come servizio al cittadino con carattere universalistico ed efficiente (*mission*). La visione teorica dalle illimitate aspettative si è inevitabilmente scontrata con la realtà. Dal 1978 - l'anno dell'avvio della grande riforma della sanità pubblica in Italia - a seguire, il sistema si è rivelato fragile e condizionato da aspetti economici e legislativi. Ha avuto il sopravvento una medicina frammentata dal punto di vista organizzativo, con notevoli differenze tra regioni "virtuose" e regioni "non virtuose". Dal punto di vista legale, una medicina sempre più difensiva, col crescere dei contenziosi. Dal punto di vista della fiducia del cittadino, una medicina sempre meno riconosciuta e apprezzata, in gran parte a causa di una vulgata mediatica tendenzialmente avversa e pretenziosa. Così ogni evento, più o meno grave è stato riportato al concetto di "malasanità", attribuibile a errori medici evitabili, a carenze organizzative, al prevalere di una politica burocratica e invadente, rispetto al merito dell'eccellenza e delle buone pratiche. La medicina privata si è facilmente inserita nelle falle del sistema, offrendo servizi più accessibili ed efficienti. D'altro canto sono aumentati i costi della salute esclusivamente a carico del cittadino. Una sanità pubblica inefficiente e costosa, una sanità privata altrettanto costosa hanno determinato una sfiducia del cittadino rispetto ad una medicina che non cura e crea danni. L'utente si avvicina alle strutture sanitarie già con un pregiudizio di fondo, che i servizi devono affannarsi a smentire. Ma così facendo essi perdono ancor più in autorevolezza e credibilità, creando scontento negli utenti e frustrazione negli operatori. Allora, gli "eventi sentinella" oltre che indicatori negativi di fiducia del cittadino nel Servizio Sanitario, possono essere importanti indicatori atti a posizionare l'attenzione del sistema su rischi ricorrenti e inevitabili, la cui criticità è utile ad esercitare azioni di innovazione e cambiamento. Il suicidio in struttura porta a considerare due fattori predisponenti. È più frequente nei malati mentali, indipendentemente dal tipo e dalla gravità psicopatologica. Il ricovero ospedaliero anche in ambito non psichiatrico co-

stituisce di per sé un fattore di rischio. Entrambi questi fattori, apparentemente ovvii e condivisi, contengono aspetti ambivalenti. La fragilità mentale, l'esposizione a sostanze che modificano le qualità psichiche individuali, una malattia medica importante, un aspetto di contesto o situazionale che la mente non riesce a superare e vive come fatto catastrofico sono aspetti non necessariamente configuranti una malattia mentale, classificabile come tale. Piuttosto l'evento suicidio costituisce una scelta esistenziale, quando le risorse individuali in alternativa al dolore fisico/mentale si sentono esaurite. Per la prima volta nella storia della psichiatria, il DSM -5 – TR (APA, 2022) affronta la questione suicidio – *Suicidal Behavior Disorder* - come una possibile categoria diagnostica, includendola nel paragrafo di disturbi che richiedono ulteriore ricerca (*Conditions for Further Study*). Un passo avanti rispetto a quanto inizialmente evidenziato nel DSM 5 (APA, 2013) come condizione che può essere solo oggetto di attenzione clinica (*Conditions That May Be a Focus of Clinical Attention*). Il secondo fattore predisponente, il ricovero ospedaliero in genere, in struttura psichiatrica nello specifico, dovrebbe costituire un fattore protettivo piuttosto che un fattore di rischio. E così è, infatti di per sé il ricovero ospedaliero, o il solo accesso al Pronto Soccorso, funge da fattore migliorativo dello stato di benessere del malato, che si sente sicuro quando accolto e curato da personale professionale che in caso di urgenza, è pronto a intervenire con tutte le competenze e le tecnologie disponibili. La *milieu therapy* è stata ideata e realizzata su modelli psichiatrici istituzionali e recentemente è stata introdotta e perfezionata in ambito ospedaliero anche in discipline non strettamente psichiatriche (Yong Tae & Young Soon, 2025). Quando con l'avvio della Riforma Psichiatrica del 1978 molti malati uscirono dai manicomi, furono segnalati diversi casi di suicidio. Questo a dimostrare che l'Ospedale Psichiatrico, per quanto istituzione ritenuta anti terapeutica, desse comunque ad alcuni individui quella sicurezza assistenziale che non ebbero più con la dimissione e il ritorno a casa. Quindi l'ospedalizzazione, in quanto tale, costituisce un fattore di rischio suicidario e/o di protezione. Se è vero che l'attenzione al rischio suicidario deve essere applicata durante la degenza ospedaliera, specie in struttura psichiatrica, è anche vero che il ricovero ospedaliero non può essere negato né rinviato a chi soffre di un disturbo mentale e chiede soccorso. Ciò non vuol dire che il ricovero ospedaliero con le misure idonee atte a prevenire il suicidio e il tentato suicidio costituisca un elemento di assoluta sicurezza o almeno di grande sicurezza per questo tipo di eventi. La ricerca in tal senso da parte delle organizzazioni sanitarie si è molto sviluppata, pur mantenendo una rigorosa cautela e attenzione nelle misure restrittive, come ad esempio la contenzione (*physical restraint*), e una accurata perquisizione sugli effetti personali e quanto potenzialmente lesivo, farmaci, oggetti taglienti e lame,

corde e lacci etc.. Lo stesso vale per gli aspetti strutturali e le procedure di controllo, sia clinici che “*ad personam*”.

L'evento

Quando il fatto accade, vanno considerati tre importanti conseguenze che riguardano la giustizia, il trauma negli operatori, l'organizzazione sanitaria. In questa disamina non tratteremo delle conseguenze del suicidio nei familiari, aspetto questo che troppo spesso viene trascurato. Le ragioni di questa “rimozione” o “evitamento” dipendono senz'altro da fattori psicologici e sociali. Chi è vittima (i famigliari) del suicidio prova sentimenti contrastanti, dolore e rabbia, sentimenti di colpa che molto spesso sono accesi dagli scritti di commiato delle persone che si suicidano. Ma anche viene immediatamente sentita la necessità di dimenticare, dimenticare in fretta, per non subire la compassione degli altri, e la vergogna. “In quella famiglia c'era qualcosa che non andava ...”, questo è quello che si percepisce da parte degli altri, e che effettivamente viene pensato e detto. Il suicidio è un dramma individuale e famigliare, che resta impresso e non si cancella. Ma ora dobbiamo parlare della struttura e di quanti vi partecipano. I primi rilievi, di carattere giudiziario, vengono immediatamente svolti dalle forze dell'ordine, che effettuano una sommaria ricognizione del fatto, interrogando i presenti, medico di guardia, infermieri in servizio. Il suicidio è una morte violenta, non naturale. Successivamente, su incarico della Procura della Repubblica, possono seguire ulteriori accertamenti che si estendono ai responsabili della struttura, in particolare il dirigente medico responsabile e il direttore sanitario. Viene sentito anche il rappresentante legale della struttura, che si avvale dei suoi tecnici, per il controllo dell'esistenza ed efficienza dei mezzi di sicurezza, in particolare amministrativi e strutturali (ambiente e personale in numero sufficiente secondo lo standard previsto dalle norme di autorizzazione all'esercizio e accreditamento). L'articolo di legge che vincola la struttura alle sue responsabilità legali in merito alla sicurezza è l'art. 40 del Codice Penale intitolato “posizione o obbligo di garanzia”. La struttura attraverso i suoi rappresentanti legali è tenuta a garantire la sicurezza dei suoi assistiti, dal momento in cui essi sono affidati alle cure fino alla dimissione, e anche dopo. Tutto ciò che avviene nella struttura e configurar un fatto che dovrebbe/potrebbe essere evitato, equivale a cagionarlo. “*Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo*” (comma 2 dell'art. 40 CP). La posizione di garanzia è la situazione giuridica per cui un soggetto è obbligato a proteggere un bene giuridico oppure a impedire un evento dannoso. Non tutelare il bene affidato che subisce un danno equivale a provocarlo. La posizione di garanzia estende la responsabilità dell'evento, dalla persona giuridica, operatore sanitario, individuato come direttamente interessato (reato di omicidio colposo o lesioni personali

gravi)², all'intera struttura organizzativa. La Legge Gelli-Bianco 24/2017, riguardante la responsabilità professionale sanitaria e la sicurezza delle cure, ha modificato il profilo della responsabilità personale dell'operatore sanitario, associandola a quella più estesa della struttura. La Legge insiste su protocolli e procedure validate da linee guida e letteratura scientifica che gli operatori sanitari devono correttamente osservare. Viene così assegnato alla organizzazione il compito di stilare protocolli di procedure adeguate ed efficienti, nonché formare il personale alla loro corretta esecuzione. Tornando alla "posizione di garanzia", essa presenta due diverse tipologie: la prima, posizione di controllo, attiene alla prevenzione dell'evento, la seconda, posizione di protezione, riguarda la tutela dell'individuo. La posizione di controllo è connessa al dominio che taluno esercita su un oggetto o su un'attività dalla quale derivano pericoli per gli interessi di terzi. In tal caso l'oggetto è rappresentato dalla attività sanitaria esercitata che deve tener conto del potenziale pericolo rappresentato da un paziente che potrebbe tentare o realizzare un suicidio. La posizione di protezione è connessa ad un legame giuridico in virtù del quale taluno è tenuto a proteggere beni giuridici di un altro soggetto che sia totalmente o parzialmente incapace di provvedervi autonomamente. In tal caso il bene da proteggere è l'integrità e la vita del malato, quando egli/ella non sia in grado, per infermità, a provvedervi autonomamente. Sono state formulate riguardo all'origine della posizione di garanzia diverse tesi, quelle più importanti sono le seguenti due. La teoria formale dell'obbligo ritiene che l'obbligo giuridico di agire possa derivare solo dalla legge o dal contratto. La teoria funzionale ritiene che l'obbligo predetto possa sorgere solo a carico di chi abbia un effettivo dominio sui fattori che determinano l'evento da impedire. Entrambe sono applicabili al sistema salute. La prima - teoria formale dell'obbligo - in quanto nel momento di presa in carico del malato, si attualizza un contratto tra individuo e organizzazione, relativo all'affidamento in cura e agli interventi che si appellano al consenso informato. La seconda - teoria funzionale - assegna agli operatori sanitari, ciascuno secondo il suo livello di competenza e responsabilità il compito di governare, presiedere e, secondo le favorevoli o non favorevoli circostanze, portare a termine il processo clinico. Sempre in tema di posizione di garanzia, un problema di rilievo è stabilire chi ne sia titolare nelle organizzazioni complesse (come ad esempio una grande azienda, organizzata in forma articolata). Normalmente si ritiene che la posizione di garanzia spetti in questo caso ai soggetti posti in posizione apicale. Capita tuttavia piuttosto spesso che tali soggetti deleghino funzioni ai loro sottoposti. Bisogna allora comprendere se la delega di funzioni produca o meno effetti in ambito penale, se cioè sia idonea a trasferire la posizione di garanzia dal delegante al delegato o, quantomeno, ad estenderla a quest'ultimo assieme al primo. La delega produce ef-

fetti solo se è effettiva, il delegato deve ricevere i poteri e i mezzi necessari per esercitare le funzioni delegate e possedere i requisiti tecnici richiesti da tali funzioni. La delega deve essere certa, cioè conferita in forma scritta, deve essere conosciuta dal delegato, deve essere impartita nel rispetto delle regole proprie dell'organizzazione complessa. Il delegante inoltre deve dimostrare di aver assolto ai suoi doveri non delegabili derivanti dalla posizione apicale. La tesi ormai prevalente è nel senso dell'ammissibilità della delega che viene quindi considerata uno dei modi attraverso i quali il titolare originario della posizione di garanzia può assolvere il proprio obbligo giuridico. In altri termini, il titolare originario della posizione di garanzia non è considerato colpevole dell'evento che aveva l'obbligo di impedire se prova di avere delegato la funzione corrispondente e di avere vigilato adeguatamente sul delegato. Quest'ultimo punto è assai importante per chi occupa una funzione apicale. Ciò vuol dire che la prevenzione del suicidio in struttura si attua non solo attraverso compiti generici di vigilanza e cura, ma soprattutto con espliciti indirizzi su questa tema. La delega che ha il medico di guardia, nella sua funzione, e hanno i collaboratori di ogni profilo sanitario, rispetto al problema, deve essere esplicitata dalla dirigenza apicale attraverso regolamenti applicativi, linee guida, direttive e quant'altro utile che sia documentato, aggiornato e consegnato con l'attenzione che merita. Pertanto non soltanto deve esistere un protocollo specifico di prevenzione al suicidio, ma su questo è richiesta una specifica, aggiornata e monitorata formazione.

Il trauma

Ne sono colpiti in maniera diversa tutti gli operatori, sia quelli presenti all'evento, sia l'insieme dell'equipe sanitaria. I più esposti sono senz'altro coloro che non hanno mai vissuto questa tragica esperienza. I più giovani si sentono coinvolti personalmente, non solo in quanto temono i risvolti giudiziari da cui potrebbero essere interessati, ma è soprattutto l'aspetto umano e professionale che entra in gioco nella sfera emotiva. Ricordo il caso di una infermiera che interrogata dai carabinieri si è sentita colpevole di un delitto che non avrebbe mai pensato di commettere. *"Non sono venuta al lavoro per uccidere qualcuno!"* mi disse. Viene vissuto il suicidio come un tradimento alla fiducia riposta in una relazione di aiuto, una sensazione di impotenza e inutilità del lavoro che si è svolto o si è chiamati a svolgere come scelta vocazionale. D'altro canto, per molti operatori il suicidio di un malato viene considerato come un evento cui ci si deve abituare come la morte in un reparto di rianimazione o di oncologia. Anche questo è un atteggiamento che deve essere valutato e corretto. Sostegno, conforto e incoraggiamento, ma anche consapevolezza della responsabilità e della importanza di ciò che si fa quando si entra in una corsia d'ospedale. Gli effetti del trauma possono essere negativi, neutri o po-

sitivi. Gli effetti negativi riguardano la reazione acuta immediata (panico, paura, dolore), la risposta psicologica (risposta di adattamento emotivo), il disordine psichiatrico (malattia psichiatrica franca, come disturbo da stress post traumatico, depressione, lutto, psicosi etc.). L'effetto neutro è dato dalla resilienza. I soggetti con buona resilienza riescono a fronteggiare l'evento traumatico. Gli effetti positivi consistono in processi di sviluppo e crescita esistenziale attivati dalla condizione avversa («adversity-activated development»). E' ciò che succede in persone che subiscono un evento gravemente traumatico e invalidante, o devono affrontare una diagnosi di cancro. Il trauma permette al soggetto di migliorarsi nella sua esperienza soggettiva e relazionale, e sviluppare una visione del mondo e degli altri positiva e costruttiva. Il sostegno degli operatori sanitari nell'impatto traumatico dell'evento suicidio in struttura è il primo passo da compiere. L'analisi dell'evento dovrà essere sviluppata e seguita nel tempo. Meglio se in gruppo, ma è necessario anche individualmente. Mettere in evidenza le criticità, senza timore di segnalare o ipotizzare anche le minime fratture della rete assistenziale, è fondamentale per intervenire nell'aggiornamento dei protocolli. E questo deve essere documentato, perché un "evento sentinella" è molto più che un evento accidentale. "E' successo, e sicuramente qualcosa non è andato come sarebbe dovuto andare", è la premessa dell'analisi dell'evento. La questione riguarda non tanto la difesa da eventuali procedimenti di interesse giudiziario, seppure ciò è assai rilevante per la reputazione della struttura, quanto la ferma convinzione da tutti condivisa che ciò che è avvenuto non debba più accadere.

Il suicidio in struttura è prevenibile?

Il suicidio è un evento possibile e probabile, ma non prevenibile. La possibilità del suicidio è di per sé dimostrata dal fatto che si tratta di un evento che avviene, come parte della natura umana. Ma anche nel mondo degli esseri viventi, dagli animali inferiori a quelli superiori e più prossimi, nella scala evoluzionistica, agli umani, il sacrificio individuale è evento non soltanto frequente ma parte integrante dell'essere così come esso è. La consapevolezza e il controllo del Sé negli umani, fanno sì che questo evento sia raro e incomprensibile. Albert Camus scriveva che non bisogna chiedersi perché gli umani si suicidano, ma perché non lo fanno, attribuendo alla consapevolezza della inconsistenza dell'essere e al suo non senso la razionalità del suicidio. Ma, nella visione comune delle cose umane il suicidio è un fatto incomprensibile e irrazionale. Non è la follia stabile o momentanea la ragione che spiega il suicidio, perché il suicidio potrebbe avere anche una causa ragionevole. Pensiamo al suicidio assistito. Abbreviare una vita invivibile per sofferenze ineludibili è il motivo perché oggi si discute e si ammette, anche con

provvedimenti legali, il suicidio. O diciamo eutanasia. Se oggi si parla di questo si ammette implicitamente che il suicidio è una scelta individuale e non un incidente da prevenire. Il pensiero comune porta sicuramente a questo: il suicidio si deve accettare come possibilità umana e attuazione di una scelta "consapevole". Ma, quando parliamo di malattia mentale le cose non sono affatto così. E' vero che questo gesto tragico e inevitabile viene accettato e suscita semmai pietà, comprensione, qualche volta rabbia e tristezza. Così come è raro che qualcuno interessato e vittima del fatto si senta portato a chiedere spiegazioni attraverso indagini e procedimenti giudiziari, non tanto per sapere perché è avvenuto il fatto, piuttosto per aver individuato in atti imprudenti o omissivi la causa del tragico gesto. Comunque, pur non esistendo statistiche sui casi di condanna definitiva per omicidio colposo di medici o altri operatori sanitari nei suicidi di malati mentali, si può dire che la condanna non è l'esito prevalente. Più frequentemente il procedimento si arresta con l'archiviazione o l'assoluzione. Tra i numerosi studi riguardanti la mortalità per suicidio, ne riporto uno recente svolto in Spagna da Florez et Al. (2025). Gli Autori hanno analizzato i dati relativi al periodo 2010-2023. Essi concludono constatando il fatto che, nonostante i piani socio-sanitari messi in atto per prevenire il fenomeno, non c'è stata una sua significativa riduzione. Ciò confermerebbe, in senso generale, da un lato la necessità di adottare misure preventive più efficaci, dall'altro la natura costante del fenomeno che lo rende possibile, probabile, ma non ancora prevenibile. In una recente revisione della letteratura in materia di biomarkers suicidari (Johnston JL et Al., 2022) sono stati segnalati alcuni che potrebbero essere interessati alla prevenzione: il sistema serotoninergico, il sistema HPA, la risposta infiammatoria, il ruolo dei trigliceridi e del colesterolo, il ruolo degli endocannabinoidi. Questi fattori interconnessi, accanto all'indagine psicologica e clinica potrebbero essere utili nel ridimensionare la triste statistica attuale che, secondo la stima dell'OMS riconosce circa un milione di soggetti l'anno che nel mondo commettono suicidio. Si tratta di ipotesi da confermare, intanto potrebbero essere presi in seria considerazione come indagini preventive, anche se impegnative, laddove si individuasse clinicamente un serio rischio suicidario. In uno studio sui suicidi – in numero di 30 - compiuti in reparti psichiatrici di tre ospedali austriaci tra il 2004 e il 2011 (Deisenhammer EA et Al., 2020), il tasso di incidenza è risultato di 46 suicidi ogni 100.000 ricoveri. I pazienti che si sono suicidati presentavano alcune caratteristiche comuni: tentativi di suicidio antecedenti il ricovero, persistenza di sintomi depressivi nonostante le cure, mancanza di prospettive dopo la dimissione. Gran parte dei suicidi è avvenuta dopo la dimissione non programmata, e soprattutto fuori dell'ospedale. Da qui, è sollevata la necessità di monitorare per tutto il tempo della degenza la presenza di ideazione suicidaria, seguire con follow up i

malati dopo la dimissione e assicurarsi che le condizioni situazionali e di contesto siano adeguate alla ripresa. Il suicidio dei bambini e degli adolescenti sta diventando un fenomeno in crescita. Si parla della seconda causa di morte, dopo gli incidenti stradali, nella popolazione compresa tra i 9 e i 19 anni. I ricoveri nelle strutture pediatriche specialistiche è aumentato di oltre il 150% negli ultimi cinque anni. Uno studio condotto in Canada (Albaum C. et Al., 2025) ha cercato di tracciare indici di efficacia nelle misure di prevenzione adottate. Le conclusioni sono deludenti, in quanto gli strumenti di prevenzione non hanno dato evidenza di una accertata efficienza nel prevenire il suicidio nella speciale popolazione giovanile.

Il Protocollo PS

Le raccomandazioni del Ministero della Salute e della Regione Veneto riguardanti la prevenzione del suicidio in struttura ospedaliera e in particolare in quella psichiatrica, in quanto “evento sentinella”, ha comportato l’adozione di un protocollo di prevenzione del rischio suicidario (PS) da parte della organizzazione della Casa di Cura neuropsichiatrica convenzionata con il SSN Park Villa Napoleon di Preganziol (TV). L’ultimo aggiornamento è del 26.11.2025, la 4° versione negli ultimi 10 anni (Fig.1). I principi su cui si basa il PS si possono riassumere in: misura di intervento sulla persona e non medicina difensiva, valutazione/osservazione/assistenza, coinvolgimento dell’intera equipe in quanto emergenza di sistema, formazione dedicata, Aggiornamento/modifiche basate sull’evidenza e sull’esperienza (EBM – evidence/experience based medicine). L’aspetto su cui è utile soffermarci è che la prevenzione del rischio suicidario è intesa come cifra di una attenzione finalizzata alla persona, in quanto portatrice di malattia e di sofferenza. Il compito etico deve prevalere sulla medicina difensiva. Quando oggi qualcuno sostiene che l’attenzione e l’ascolto del malato e dei suoi familiari può abbattere il rischio di contenziosi, rischia di mettere in ombra quella vocazione al malato e alla sua sofferenza che è fondamento della professione sanitaria. L’altro aspetto da rimarcare è la costruzione e revisione del “Protocollo PS” che viene redatto dalla convergenza e partecipazione dell’equipe professionale costituita da psichiatri, psicologi e infermieri. Infine, la necessità di richiamare costantemente a se stessi e ai colleghi dell’equipe la questione suicidio che, per quanto non prevenibile, va comunque preso nella razionale considerazione della difesa della vita umana, come possibilità unica e irripetibile. Dico razionale, intendendo con ciò i limiti che ruolo sociale e scienza si impongono all’operatore sanitario. La distinzione non solo semantica tra cura, trattamento e terapia si intreccia con i corrispettivi doveri di custodia, vigilanza e assistenza. Nell’operare clinico questi concetti si fondono in azioni complesse che possono portare a successo o insuccesso, dove l’elemento relazionale terapeuta-malato può giocare

un ruolo decisivo, seppure in contesti e situazioni ambientali «tossici». Proprio la tossicità dei contesti e delle situazioni, la refrattarietà del malato al contatto terapeutico interpersonale e la «stanchezza» del terapeuta stesso sono tutti fattori determinanti che tuttavia non è detto possano attivare nel malato l'impulso al suicidio. Prendersi cura e accudimento del malato sono elementi essenziali, ma quando sussistono fattori esterni di contesto e situazionali, spesso non rivelati, negati e sottosoglia, questi stessi elementi risultano inefficienti nel motivare una affermazione di vita.

ALGORITMO PREVENZIONE RISCHIO SUICIDIO

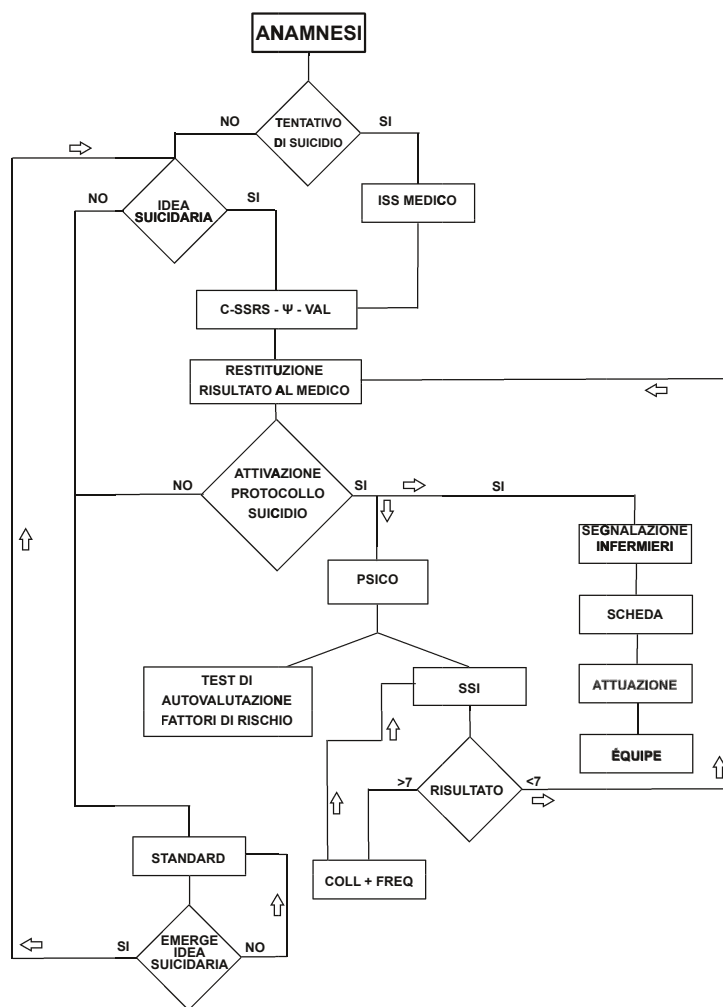


Fig. 1 Algoritmo del Protocollo Suicidio adottato nella Casa di Cura Park Villa Napoleon

Conclusioni

La prevedibilità e non prevenibilità dell'evento suicidio, allo stato delle attuali conoscenze, riguarda anche il suicidio messo in atto in struttura sanitaria. Nello specifico della struttura psichiatrica, ovviamente, la prevenzione in senso strutturale (edificio, quantità e competenze del per-

sonale), procedurale (percorsi di cura e trattamenti), e di valutazione degli esiti (diagnosi, monitoraggio clinico all'inizio, durante e al termine del ricovero) deve essere particolarmente attenta, in quanto l'infermità mentale è tra le cause più frequenti di suicidio e la condizione clinica del malato lo espone ad una maggiore inconsapevolezza e perdita di controllo. Questa attenzione particolare non deve tuttavia far venir meno l'importante valore terapeutico del clima relazionale e ambientale, caratterizzante il processo di cura e riabilitazione psichiatrica, ancor più fondato sul rispetto della dignità e della libertà della persona. Se è vero che in alcuni casi di soggetto con malattia mentale sono le stesse caratteristiche della patologia a renderlo a maggior rischio di atti autolesivi e autosoppressivi, è altrettanto vero che non deve essere ammesso l'uso di strumenti farmacologici, fisici e ambientali, che compromettano la salute personale e la sua libertà di agire, salvo che ricorrano gli estremi previsti dall'art. 54 del Codice Penale che disciplina lo "stato di necessità". Accertamento Sanitario Obbligatorio e Trattamento Sanitario Obbligatorio sono condizioni previste dalla Legge che vengono applicate facendo ben distinzione tra il ricovero obbligatorio e la terapia che potrebbe anche non essere obbligatoria. Inoltre la loro durata è temporanea e sottoposta alla valutazione del Giudice di merito. Diventano di fatto provvedimenti sempre meno usati nella prevenzione del suicidio in generale, in particolare non sempre funzionano come deterrenti. Anzi possono costituire il movente per un atto violento, determinare uno stato emotivo di sfiducia nei confronti della struttura sanitaria, vista come repressiva e stigmatizzante. Sempre più frequentemente assistiamo a richieste di utenti dei servizi psichiatrici che chiedono a professionisti contattati privatamente di essere dichiarati sani di mente e non necessitanti cure psichiatriche. D'altro canto la minaccia di compiere suicidio è diventata una modalità comunicativa per ottenere o prolungare un ricovero ospedaliero che l'osservazione obiettiva ritiene non appropriato. Il suicidio del malato in cura è un evento che colpisce il terapeuta in maniera severa, sia dal punto di vista professionale che umano. Sono descritti diversi casi in cui ottimi professionisti sono colti così impreparati e così emotivamente coinvolti da abbandonare la professione per dedicarsi ad altra medicina o ad altre attività. In medicina la morte del paziente è evento che si deve considerare parte della disciplina e dei suoi strumenti tecnologici. Il suicidio no. Si comprende solo attraverso posizioni filosofiche o ipotesi teoriche, non verificabili scientificamente. Se la follia fa parte dell'umana natura, si può arrivare a sostenere che essa non è malattia, e quindi non oggetto della medicina. In questa direzione cito una frase di Fagioli estratta da un dibattito cui aveva preso parte a proposito dell'eutanasia, pubblicato il 13 dicembre 2000 sul quotidiano "La Gazzetta del Sud": "La pulsione di morte non è suicidio, né sadismo, è fantasia di

sparizione, annullamento dell'altro e di se stessi, virus invisibile della pazzia umana".

*Dir. San. Park Villa Napoleon, Preganziol (TV), Prof. Facoltà di Psicologia IUSVE, Venezia

Riferimenti Bibliografici

Albaum, C. et Al (2025). Safety Planning Intervention for Suicide Prevention in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Pediatrics*, 179(9), 886–895.
American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.).

Deisenhammer, E. A. et Al. (2020). Suicide in psychiatric inpatients: A case-control study. *Frontiers in Psychiatry*, 11, Articolo 591460. g

Fagioli, M. (2017). *Istinto di morte e conoscenza*. L'Asino d'Oro.

Florez, G. et Al (2025). Suicide prevention plans and suicide mortality in Spain, 2010–2023. *Frontiers in Psychiatry*, 16, Articolo 1709920.

Johnstone, J. L., et Al (2022). Suicide biomarkers to predict risk, classify diagnostic subtypes, and identify novel therapeutics targets: 5 years of promising research. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 25(3), 197–214.

Yong TK, Young SY, (2025) Milieu Therapy in Patients with Dementia. *J. Pers. Med.*, 15, 222.

¹ Direttore Sanitario della Casa di Cura Park Villa Napoleon di Preganziol (Treviso) – Professore di Psicofarmacologia Università IUSVE, Venezia

²L'art. 589 del Codice Penale prevede un "reato per colpa" quando si configura un evento letale o gravemente lesivo non voluto dall'autore, ma che si verifica a causa di negligenza, imprudenza, imperizia (colpa generica) o per violazione di specifiche leggi, regolamenti o ordini (colpa specifica).



Casa di Cura Park Villa Napoleon - Preganziol , TV

Cattiveria, stupidità e...dintorni

Nastiness, stupidity, and...the surrounding stuff

Riassunto

La stupidità si rivela spesso un nemico più pericoloso della malvagità. Lo stupido provoca danni a sé stesso e agli altri senza trarne vantaggio, agendo in modo irrazionale, testardo e privo di empatia. Spesso la stupidità non è un deficit intellettuale, ma una forma di immaturità morale o una chiusura cognitiva che impedisce di comprendere le conseguenze delle proprie azioni.

La cattiveria viene definita come la disposizione a fare del male, a godere della sofferenza altrui e a mancare di empatia. A differenza dello stupido, chi è cattivo spesso agisce in modo calcolato per ottenere un vantaggio personale o per esercitare potere, agendo con piena consapevolezza.

La combinazione di cattiveria e stupidità è la più minacciosa. Una persona cattiva e stupida è pericolosa perché combina l'intento malevolo con l'incapacità di prevedere le conseguenze, agendo spesso con una violenza inaudita o una perseveranza cieca nel fare del male.

Summary

Stupidity often proves to be a more dangerous enemy than evil. Stupid people cause harm to themselves and others without gaining any benefit from it, acting irrationally, stubbornly, and lacking empathy. Stupidity is often not an intellectual deficit, but a form of moral immaturity or a cognitive closure that prevents one from understanding the consequences of one's actions.

Evil is defined as the disposition to cause harm, to revel in the suffering of others, and to lack empathy. Unlike stupid people, evil people often act calculatedly to gain personal advantage or to exercise power, acting with full awareness.

The combination of evil and stupidity is the most threatening. An evil and stupid person is dangerous because they combine malicious intent with an inability to foresee the consequences, often acting with unprecedented violence or blind perseverance in doing harm.

La cattiveria e la stupidità sono considerate costanti storiche, spesso intrecciate tra loro in modi complessi e quindi difficili da definire in modo univoco, che hanno segnato l'umanità, agendo come motori di comportamenti distruttivi ed irrazionali. La storia umana può essere interpretata come la storia della stupidità, evidenziata ad esempio nelle guerre e nelle azioni autolesionistiche compiute dall'uomo nel corso dei secoli. Da sempre ci si è interrogati se cattiveria e stupidità siano innate o apprese nel corso della vita e nel contesto socioculturale di appartenenza, essendo il risultato di frustrazione, ostinazione, e fanatismo. Sicuramente non si tratta di categorie nosologiche per cui vengono a mancare i criteri diagnostici definitivi tipici dei manuali classificatori delle infermità mentali, pur trattandosi di quadri sintomatologici connotati da giudizi di valore decisamente negativi per la salute dell'uomo.

La cattiveria

Iniziando queste brevi riflessioni dalle prese di posizione sul tema della cattiveria da parte dei maggiori filosofi, secondo Socrate nessuno fa il male volontariamente, derivando la cattiveria dall'ignoranza del bene. Per Platone la parte irrazionale dell'anima può prevalere anche solo transitoriamente per un fenomeno di disarmonia interiore. Aristotele è più pessimista sull'entità reale della

cattiveria nell'animo umano, affermando: "Chi ha deciso di fare del male non fatica a trovare un pretesto per farlo". Su posizioni analoghe lo stesso Confucio ci ammonisce: «Se nel prossimo vedi il buono, imitalo; se nel prossimo vedi il male, guardati dentro». Per il Cristianesimo l'uomo nasce con il fardello del peccato originale, ma gli è concesso di comportarsi secondo il libero arbitrio (Agostino e Tommaso). Anche per Kant il male è una scelta consapevole: quella di subordinare la legge morale ai propri interessi. Secondo Hegel la cattiveria è la negazione del riconoscimento del prossimo.

Se dalla filosofia passiamo alla Psico(pato)logia, la "cattiveria" non è un'etichetta diagnostica, ma si manifesta come aggressività, mancanza di empatia, e tratti legati a disturbi della personalità (come quello antisociale o narcisistico), spesso radicati in traumi infantili (abuso, negligenza) che impediscono lo sviluppo di un senso morale e di relazioni sane.

Dietro la crudeltà si celano spesso vulnerabilità, paura del rifiuto e meccanismi di difesa come la proiezione, mentre alcune varianti genetiche e fattori ambientali possono aumentare il rischio di comportamenti dannosi, legando la cattiveria a un imprigionamento in schemi distruttivi che si manifesta nell'incapacità di agire diversamente, come nel caso del sadismo o del narcisismo. pa-

tologico. Il modello della *Triade Oscura* identifica tre tratti di personalità distinti ma spesso sovrapposti, caratterizzati da mancanza di empatia e tendenza alla manipolazione:

Il primo tratto è il *Narcisismo*, caratterizzato da grandiosità, senso di superiorità e un costante bisogno di ammirazione. Il secondo è il *Machiavellismo*, definito dalla manipolazione interpersonale, da un cinico disprezzo per la moralità e da una concentrazione strategica sul proprio interesse. Infine il terzo tratto è la *Psicopatia*, contraddistinta da bassi livelli di empatia, impulsività, ricerca del brivido e comportamento antisociale.

Un perfezionamento del modello della Triade oscura è derivato dai risultati dello studio condotto nel 2018 da Moshagen e coll. dell'Università di Ulm in Germania su un campione di 2500 persone, secondo cui sembra che la cattiveria sia riconducibile ad un unico fattore, *il fattore D (DARK)* che comprende 9 tratti:

Individualismo, sono persone orientate verso l'acquisizione di un certo status sociale e l'accumulo di beni materiali

Egoismo, ovvero l'essere centrati sui propri bisogni e interessi anche quando questo porta svantaggi agli altri

Sadismo, cioè il trarre piacere dall'infliggere dolore agli altri

Disimpegno morale che consiste nell'assenza del Super-Io

Machiavellismo (l'essere Manipolatori) queste persone sono spregiudicate, strategiche e distaccate

Superiorità psicologica (pensare di essere migliore degli altri)

Narcisismo questa caratteristica rende impossibile a queste persone vedere gli altri poiché eccessivamente centrati su di sé

Psicopatia declinabile in scarsa empatia, impulsività, poca sensibilità, tendenza a mentire (mancanza di auto-controllo e di empatia),

Perfidia o Malevolenza, ovvero la tendenza all'ostilità verso l'altro, agita in svariati modi.

In sintesi *il fattore D* viene definito come la tendenza a massimizzare il proprio interesse a scapito degli altri, spesso usando la menzogna e la manipolazione.

Tra gli psicoanalisti è stato soprattutto Carl Gustav Jung ad occuparsi della cattiveria da lui considerata non un tratto innato, ma l'espressione della nostra *Ombra*: «Purtroppo non c'è alcun dubbio che, in generale, l'uomo è meno buono di quanto egli stesso immagini o voglia essere. Ognuno ha un'ombra, e tanto più questa è nascosta rispetto alla vita cosciente dell'individuo, tanto più diventa nera e densa. Non si raggiunge l'illuminazione immaginando figure di luce, ma portando alla coscienza l'oscurità interiore.» Nella psicologia analitica di Carl Jung, l'archetipo dell'ombra rappresenta il "lato oscuro" della nostra personalità. La "cattiveria" non è una qualità innata ma deriva dal mancato riconoscimento della

propria Ombra, che racchiude tutto ciò che la nostra coscienza rifiuta: invidia, cattiveria, gelosia e propositi vendicativi. Riconoscere questa parte in noi è fondamentale per evitare di proiettarla sugli altri. La vera trasformazione personale avviene quando l'individuo accetta la propria parte "cattiva" come energia vitale, smettendo di proiettare il male all'esterno. Secondo Jung quindi, la personalità umana è caratterizzata da una parte di Luce e una di Ombra, che corrispondono al bene e al male e che andrebbero integrate nel corso di un intervento psicoterapeutico.

Ancora prima di Jung era stato lo scrittore inglese Robert Louis Balfour Stevenson (1886) a portare alle estreme conseguenze il processo di scissione tra il bene e il male dell'animo umano con il romanzo "Lo strano caso del dottor Jekyll e del signor Hyde". Come il coevo Oscar Wilde, anche Stevenson, prima che lo stesso Jung sviluppasse la sua teoria dell'archetipo dell'ombra, appare affascinato dall'analisi del male e delle ambiguità dell'animo umano. Nel racconto viene evidenziato quel naturale «sdoppiamento», presente in ogni essere umano, che si configura come una rottura dell'integrità della persona, come la scissione del Bene in definitiva della stessa coscienza. Il racconto è una parabola del Male: nell'essere umano vi sono due differenti nature, due tendenze comportamentali (o semplicemente personalità), indirizzate una volta al Bene, l'altra al Male assoluto, che continuamente in contrasto fra di loro, tentano di prendere il dominio dell'individuo. La netta divisione tra se stesso e Mr. Hyde, spiega lo stesso Jekyll, è stata soprattutto influenzata dallo stile di vita troppo rigido che non dava abbastanza sfogo a quello che poi diventerà Hyde. Jekyll isolava la parte cattiva (Hyde) da quella buona (Jekyll), permettendo in tal modo che una sola persona potesse seguire due strade completamente opposte, e realizzarsi in entrambe: le due facce di un Disturbo Dissociativo dell'Identità, in precedenza definito Disturbo di Personalità Multipla. La storia narra delle nequizie, delle infamie e dei delitti commessi dall'alter ego dello stimatissimo dottor Jekyll, uomo rispettato all'interno della moralissima società vittoriana sia per il suo nobile lavoro sia per la sua invidiabile condotta morale.

La Psicologia Sociale si è molto occupata di individuare le influenze del contesto ambientale nel determinare comportamenti intrinseci di cattiveria, anche in soggetti non predisposti: ad esempio Philip Zimbardo, geniale psicologo americano, nel 1971 volle ricreare e simulare le dinamiche di una prigione all'interno dell'Università di Stanford al fine di comprendere i processi di trasformazione o di de-individuazione che si verificano quando persone buone compiono azioni cattive. È stato l'ideatore dell'Esperimento carcerario di Stanford, nel quale a 24 studenti, divisi in 2 gruppi, furono attribuiti a caso i ruoli di "guardia" e "detenuto" in un ambiente carcerario simulato. Dopo una settimana lo studio fu interrotto perché

quei normalissimi studenti si erano trasformati in guardie brutali e in detenuti emotivamente distrutti. Le conclusioni di Zimbardo furono che le persone si uniformano ai ruoli sociali, soprattutto quando si tratta di svolgere ruoli fortemente stereotipati. L'ambiente è stato un fattore determinante per la manifestazione di comportamenti sadici di soggetti che non avevano mai dato in precedenza segni evidenti in tal senso. L'esperimento ha dimostrato che le singole personalità possono essere offuscate quando ricoprono posizioni autoritarie: in altre parole il nostro comportamento è influenzato più dalla situazione che da particolari predisposizioni o tipi di personalità. Le conclusioni di Zimbardo furono che le persone si uniformano ai ruoli sociali, soprattutto quando si tratta di svolgere ruoli fortemente stereotipati. L'ambiente è stato un fattore determinante per la manifestazione di comportamenti sadici di soggetti che non avevano mai dato in precedenza segni evidenti in tal senso. L'esperimento ha dimostrato che le singole personalità possono essere offuscate quando ricoprono posizioni autoritarie, in altre parole il nostro comportamento è influenzato più dalla situazione che da particolari predisposizioni o tipi di personalità.

Il cosiddetto "effetto Lucifero" è un fenomeno che riguarda la psicologia di massa ed in particolare la propensione a compiere atti deprecabili se altri li hanno già compiuti, e se vi sono ottime probabilità che restino impuniti. In un altro esperimento ormai storico lo stesso Philip Zimbardo dimostrò che non solo in aree degradate come il Bronx, ma anche nella civilissima e signorile Palo Alto un atto teppistico impunito invita alla emulazione disinibendo impulsi antisociali e distruttivi. In entrambe le zone un'auto fu lasciata abbandonata per alcuni giorni. Nel Bronx in poche ore venne gravemente danneggiata e ne furono asportate numerose parti (ruote, pezzi del motore ecc.). A Palo Alto per circa una settimana non successe nulla, ma dopo che Zimbardo in presenza di vari passanti colpì violentemente l'auto con un martello, alcuni proseguirono con soddisfazione l'opera fino a sfasciarla completamente.

Un esempio eclatante dell'effetto Lucifero e del fatto che in tutti noi esiste la malvagità è rappresentato dai processi alle streghe nel Medioevo. Infatti in certi momenti storici e culturali si oltrepassa il confine del bene e del male, finendo per fare il male, come ad esempio nella Germania nazista si diffuse senza freno la persecuzione contro gli ebrei. Altro esempio è rappresentato dai pogrom, termine russo che significa «demolire o distruggere con atti violenti», verificatisi tra il 1881 e il 1921, sempre contro la minoranza ebraica o altri gruppi etnici.

La Stupidità

Il termine stupidità deriva dal verbo latino stupēre che nella trasposizione in italiano ha due accezioni distinte: una riguarda chi è "stupito", in una condizione cioè d'incapacità o passività, indotta da stupore momentaneo; l'al-

tra, riferita allo "stupido", esprime una condizione duratura di "carenza" e "lentezza" nel comprendere. Secondo lo storico Carlo Maria Cipolla, autore di un ironico saggio sulla stupidità (*Allegro ma non troppo*), una caratteristica della stupidità è quella di causare «un danno ad un'altra persona o gruppo di persone senza nel contempo realizzare alcun vantaggio per sé o addirittura subendo una perdita».

Il Cipolla ha voluto chiarire meglio il suo concetto definendo le cosiddette cinque Leggi fondamentali che riguardano il fenomeno:

Sempre e inevitabilmente ognuno di noi sottovaluta il numero di individui stupidi in circolazione.

La probabilità che una certa persona sia stupida è indipendente da qualsiasi altra caratteristica della persona stessa.

Terza (ed aurea) Legge Fondamentale: Una persona stupida è una persona che causa un danno ad un'altra persona o gruppo di persone senza nel contempo realizzare alcun vantaggio per sé od addirittura subendo una perdita. Le persone non stupide sottovalutano sempre il potenziale nocivo delle persone stupide. In particolare i non stupidi dimenticano costantemente che in qualsiasi momento e luogo, ed in qualunque circostanza, trattare e/o associarsi con individui stupidi si dimostra infallibilmente un costosissimo errore.

La persona stupida è il tipo di persona più pericoloso che esista.

Corollario: Lo stupido è più pericoloso del bandito.

Il diagramma della Stupidità (di Carlo Maria Cipolla)



La stupidità risulta difficile da definire in quanto è un'assenza rispetto all'intelligenza, non il suo contrario,

come l'insufficienza mentale che si può misurare in base al Q.I.

Si può assimilare ad un «buco nero», in cui ogni logica e ogni ingegno precipitano.

La stupidità è spesso descritta come l'incapacità di imparare dai propri errori o come una forma di rigidità cognitiva in cui si è convinti di avere sempre ragione, chiudendosi a ogni nuova informazione.

Lo stupido danneggia gli altri senza guadagnarci nulla, o addirittura danneggiando se stesso nel processo. Questo rende le sue azioni completamente imprevedibili.

Ma non tutti gli stupidi rientrano in questa definizione dal sapore utilitaristico: molti non nuoceranno mai a nessuno, sia per mancanza di opportunità, sia perché portatori di una forma innocua di stupidità.

Non deve essere confuso con l'inetto così ben descritto da Svevo nella Coscienza di Zeno, come dotato di una sensibilità pronunciata, spiccata capacità di auto-osservazione e profondità di pensieri. Lo stupido non è nemmeno caratterizzato da goffaggine: anzi può apparire addirittura disinvolto in certi ambienti come nei bar o in certi locali pubblici dove conta l'apparenza più che la sostanza. Stupido è colui che non mette nemmeno in dubbio la possibilità di esser stupido, per usare una parafrasi di origine socratica. Non è nemmeno paragonabile all'asino di Buridano che muore di inedia non riuscendo a scegliere tra due balle di fieno perfettamente uguali e poste alla stessa distanza. Malgrado queste difficoltà di definirlo con precisione, è facilmente riconoscibile da come si muove, si atteggia o parla: la prova del 9 è che non afferra l'ironia che per lui rappresenta una lingua straniera, che non riesce minimamente a comprendere.

Lo stolto si affida soltanto al «sentito dire», magari in TV, sul Web o sui social, i cui contenuti per lui rispondono al principio di autorità, che non si può mettere in discussione. Fa di ogni erba un fascio, perché il suo ragionamento si basa solo su generalizzazioni.

Scopre ogni giorno l'America. Non ha alcuna coerenza logica. Dice sempre. «Io qui...io là», pur non esprimendo nulla di autenticamente suo. È fondamentale non confondere l'ignoranza e la stupidità. L'ignorante manca di informazioni o istruzione, ma può apprendere. Lo stupido possiede spesso le informazioni ma non sa usarle correttamente, o peggio, le ignora attivamente a causa dei propri *bias* di conferma. Anche se può apparire paradossale, è la stupidità piuttosto che l'intelligenza ad assicurare l'evoluzione della specie umana, in quanto, in virtù della sua intrinseca semplicità di ragionamento e tendenza al conformismo, l'*homo stupidus* si riproduce e si adatta facilmente all'ambiente molto più rapidamente rispetto alla persona intelligente che opera a 360 gradi e quindi fa fatica ad orientarsi. Lo stupido invece procede con un angolo visuale di 30-40 gradi, come un mulo con i paraocchi.

È triste dover ammettere che la nostra società moderna,

o meglio post-moderna, basata sul consumismo, sull'apparire, sul conformismo non potrebbe reggersi senza gli stupidi che costituiscono la maggioranza della popolazione.

Il conformismo svolge un ruolo protettivo, riducendo ansia sociale ed insicurezza personale, e salvaguardando la propria immagine che rispecchia quella del «vincente». Finisce per essere una scorciatoia cognitiva che fa risparmiare energie mentali e cognitive, a scapito ovviamente di ogni ricerca di innovazione e dell'autonomia dell'individuo.

LE ZONE GRIGIE

Prendendo spunto da Primo Levi che nei suoi capolavori «Se questo è un uomo» e «Sommersi e salvati», ha inteso illustrare l'ambigua area di collaborazione tra oppressori e oppressi nei lager nazisti, possiamo proporre le cosiddette zone grigie, cioè intermedie tra stupidità e cattiveria. Nell'**Ignoranza colpevole** il soggetto tende ad evitare informazioni che obbligherebbero a cambiare comportamento, cercando in ogni modo di minimizzare la gravità del danno: Spesso si auto giustifica affermando: «Potrei sapere, ma non voglio sapere». Ad esempio preferisce ignorare evidenti segnali di pericolo di arrecare un danno.

Dimostra **Indifferenza emotiva** chi non vuole fare del male, ma non gli importa se succede. Rivela una grave povertà empatica nel prendere decisioni fredde, distaccate, come si osserva in alcuni disturbi di personalità (schizoide, narcisistico, antisociale).

Con la **Razionalizzazione del danno** l'individuo si autotringa, attribuendo la colpa a fattori esterni o alla vittima stessa. Protegge se stesso affermando: «È per il suo bene», «Se lo merita». Si tratta cioè di giustificazioni post-hoc, rassicuranti a posteriori.

Viene definita **Cecità situazionale** la condizione di collasso temporaneo della capacità critica: l'intelligenza si spegne in contesti specifici, come l'appartenenza a gruppi estremisti, l'adesione ad ideologie radicali, il provare emozioni forti.

L'Obbedienza conformista è tipica di chi riduce il livello di responsabilità personale, delegando il giudizio morale sul proprio comportamento alle norme di un gruppo (conformismo che risponde a richieste implicite) o agli ordini di un'autorità (obbedienza che risponde a comandi espliciti): «Lo fanno tutti», «Me l'hanno detto».

È famoso l'esperimento di Milgram che ha dimostrato come le persone comuni possano compiere azioni dannose se spinte da una figura percepita come legittima. I partecipanti, nel ruolo di «insegnanti», dovevano somministrare scosse elettriche (in realtà finte) di intensità crescente a un «allievo» (un attore) per ogni risposta sbagliata a un test di memoria. Contrariamente alle aspettative, circa il 65% dei partecipanti obbedì fino alla fine, somministrando la scossa massima di 450 volt, anche quando l'attore simulava dolore estremo o incoscienza.

La **Cattiveria impulsiva** si rivela con un comportamento

aggressivo non pianificato, caratterizzato dall'incapacità di resistere all'impulso di compiere un atto dannoso, senza un reale desiderio di nuocere a lungo termine. Si tratta di una esplosione emotiva, come nel *Disturbo Esplosivo Intermittente* caratterizzato da frequenti e intensi scatti d'ira, o nell'*ADHD* o nella *sindrome di Tourette*. È quindi una disregolazione affettiva temporanea, non una malvagità intrinseca del carattere.

Nella **Stupidità arrogante** si nota il cosiddetto *effetto Dunning-Kruger*, caratterizzato da un *bias* cognitivo che porta individui incompetenti a sopravvalutare notevolmente le proprie effettive capacità. Il senso di competenza del tutto infondata porta questi soggetti a compiere errori enormi a fronte della loro falsa sicurezza.

In sintesi ai fini di un corretto orientamento tra cattiveria, stupidità e zone grigie occorre tener presente che mentre nella CATTIVERIA il danno è voluto, nella STUPIDITA' il danno non è né previsto né capito, ed infine nelle ZONE GRIGIE il danno nasce da combinazioni ambigue di intenzione, consapevolezza e competenza.

La questione se in certe situazioni prevalga la cattiveria, la stupidità o entrambe è un classico dilemma psicologico e filosofico, spesso riassunto nell'adagio noto come "Rasoio di Hanlon": «Non attribuire mai alla malizia ciò che è adeguatamente spiegato dalla stupidità».

La stupidità è considerata da molti pensatori, tra cui Dietrich Bonhoeffer, un nemico più pericoloso della malvagità. Lo stupido, secondo questa visione, causa danni a sé stesso e agli altri senza trarne vantaggio, agendo in modo irrazionale, testardo e privo di empatia. Spesso la stupidità non è un deficit intellettuale, ma una forma di immaturità morale o una chiusura cognitiva che impedisce di comprendere le conseguenze delle proprie azioni.

La cattiveria o malizia è definita come la disposizione a fare del male, a godere della sofferenza altrui e a mancare di empatia. A differenza dello stupido, chi è cattivo spesso agisce in modo calcolato per ottenere un vantaggio personale o per esercitare potere, agendo con piena consapevolezza.

La combinazione di cattiveria e stupidità è la più minacciosa. Una persona cattiva e stupida è pericolosa perché combina l'intento malevolo con l'incapacità di prevedere le conseguenze, agendo spesso con una violenza inaudita o una perseveranza cieca nel fare del male.

Conclusioni

Spesso, soprattutto di fronte alla guerra, ci sembra impossibile assistere, praticamente impotenti, a comportamenti assurdi che sono al limite della follia, o della stupidità o addirittura intrisi di una cattiveria gratuita, in cui l'invidia si combina con il rancore, la rabbia, la assoluta mancanza di empatia.

Tutto il contrario, insomma, di quella che dovrebbe es-

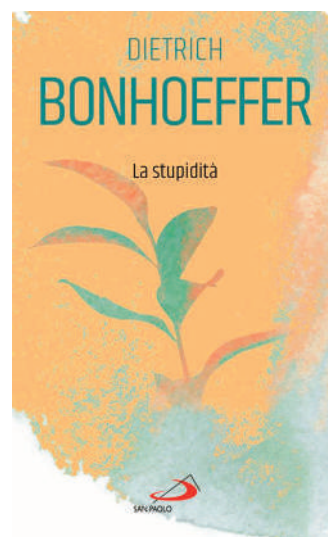
sere una relazione costruttiva, dinamica, capace di sviluppi creativi impensabili, ma sempre possibili tenendo conto che noi uomini siamo dotati di una plasticità che le intelligenze artificiali ci invidieranno sempre.

Se la cattiveria è abbastanza facilmente identificabile nelle motivazioni e prevedibile nelle conseguenze, la Stupidità è difficile da studiare scientificamente perché sfugge alla comprensione, essendo continuamente imprevedibile, sfuggente ad ogni regola o legge prefissate.

*Presidente Comitato Scientifico S.I.F.I.P., già Direttore Clinica Psichiatrica di Trieste

Bibliografia

- Bonhoeffer D., *La stupidità*, San Paolo Ed., 2021
 Castillo R.M., *Breve trattato sulla stupidità umana*, Graphe ed., 2021
 Cipolla C.M., *Le leggi fondamentali della stupidità umana*, Il Mulino ed., 2022
 Diglio J., Tassan R., *De nequitia. Psicologia e fenomenologia della cattiveria*, Viator ed., 2017
 Haslam, S.A. & Reicher, S.D., *Contesting the "Nature" Of Conformity: What Milgram and Zimbardo's Studies Really Show*, PLoS Biol, 2012
 Jacobi, J., *La Psicologia di C.G. Jung*, Boringhieri ed., 1973
 Livraghi G., *Il potere della stupidità*, Monti & Ambrosini ed., 2008
 Milgram S., *Behavioral study of obedience*, J. Abnormal Social Psychology 67, 371-378, 1963
 Odifreddi P., *Dizionario della stupidità*, Bur ed., 2018
 Portello M., *La piccola cattiveria*, Doppiozero ed., 2015
 Toni S., *L'ABC della cattiveria*, Rizzoli ed., 1987
 Zimbardo P. G., *L'effetto Lucifero. Cattivi si diventa?*, Cortina ed., 2007



La stupidità è un nemico più pericoloso della malvagità. Contro il male è possibile protestare, ci si può compromettere, in caso di necessità è possibile opporsi con la forza; il male porta sempre con sé il germe dell'autodissoluzione, perché dietro di sé nell'uomo lascia almeno un senso di malessere. Ma contro la stupidità non abbiamo difese.

Dietrich Bonhoeffer

La cultura MAGA: riflessioni

Make America Great Again (in italiano “Rendiamo l’America di nuovo grande”) viene abbreviato con l’acronimo MAGA che ha assunto il valore di marchio, di slogan e di riferimento politico.

In questo contributo vorrei delineare i principali punti della cultura MAGA per comprendere le differenze rispetto alla cultura della cura che nel nostro Paese è ancora incentrata sul welfare pubblico universale basato sulla Costituzione. Per quanto vi siano stati inseriti limiti economici ed elementi tipici del welfare a domanda individuale, persiste un sistema universalistico che non potrebbe reggere a fronte al progressivo affermarsi della cultura MAGA.

I punti qualificanti della cultura MAGA sono:

a) Nativismo: si riferisce alla difesa e promozione degli interessi dei nati e residenti in una nazione rispetto agli immigrati tendenzialmente, specie se poveri, da non accogliere o da tenere in posizione subalterna, o ancora da espellere (remigrazione) anche con la forza e attaccando tutti coloro che osano opporsi o difenderli.

b) Suprematismo è una visione della società in cui hanno un ruolo predominante e superiore i bianchi. Non vi è uguaglianza tra le persone. In genere nativismo e suprematismo vanno insieme, nativi e bianchi. Una posizione che viene affermata anche a dispetto della verità storica. La via attraverso la quale, in una società democratica e liberale, si affermano nativismo e suprematismo è **la crescente opposizione e l’attacco frontale al movimento “woke”**¹ cioè alle politiche egualitarie e inclusive delle diversità e delle minoranze. Queste vengono descritte in modo negativo, in particolare le battaglie per la giustizia sociale, ritenute eccessive o ipocrite. Viene espresso disprezzo verso il “politicamente corretto” e il “buonismo” fino alla negazione dei diritti umani e di quelli sociali, casa, lavoro, sanità e istruzione. Viene messa in discussione la partecipazione dei disabili e dei diversi, con particolare riferimento ai gender. Il movimento woke per i diritti viene presentato come una limitazione inaccettabile della libertà di espressione. Pertanto sono accettati e talora promossi linguaggi aggressivi, disinibiti e offensivi basati spesso su pregiudizi, falsità e poco importa se sono lesivi o umilianti delle altre persone o vietati dalla legge. L’attacco si estende anche tutti coloro che difendono diversi e disabili compresi i servizi che li assistono. In questo quadro l’empatia diviene un pericolo e addirittura un

peccato: l’Altro non va aiutato e soccorso. Occorre segnare una distanza e rimarcare le differenze rispetto all’altro definito come “nemico”. Un nemico esterno ma anche interno al Paese dimenticando che è in ciascuno. Si afferma un narcismo che può assumere connotati patologici e psicopatici.

Queste posizioni possono diventare anche aggressive e persino violente nell’idea che sia non solo possibile ma necessario e utile “fare del male a fin di bene” per raggiungere uno scopo presentato come positivo, migliorativo e talora persino messianico.

Sul piano istituzionale è l’evidente attacco alla separazione dei poteri, in particolare all’indipendenza della giustizia ma anche di banca centrale e autorità indipendenti. Gli interessi e gli ordini del governo non devono trovare ostacoli di sorta. L’esecutivo tende a sottomettere i poteri legislativo e giudiziario e a controllare l’informazione critica, le università e ogni organismo che difenda i diritti e via via ogni ordine professionale (medici, insegnanti ed al.) tutti chiamati a dare realizzazione a quanto deciso dall’esecutivo.

Questo avviene con le leggi, ma più spesso con regolamentazioni amministrative, accompagnate da burocrazie rigide e autoritarie, intimidazione, minacce anche personali e solo marginalmente nei tribunali. Viene svolta un’azione di condizionamento che mira ad ottenere un’autocensura, a non far prendere posizione fino all’indifferenza. Nell’ambito dello stesso esecutivo il Presidente assume poteri assoluti, basati sulla sua morale, sul suo sentire, sulla sua pelle. Sul e nel corpo del Presidente come nelle monarchie assolute. Un corpo attivo e desiderante ma che potrebbe essere perverso, come negli Epstein file.

Si fa strada una visione pre rivoluzione francese, assolutista che **disconosce la democrazia** (e ne contesta i risultati, quando sfavorevoli, si pensi l’assalto a Capitol Hill del 6 gennaio 2021) e i valori della libertà, uguaglianze e fraternità. Sono evidenti le ricadute sull’intera organizzazione sociale **che viene a stratificarsi in classi** ciascuna con una propria giustizia, sanità, istruzione e sociale. Questo comporta che chi sta al vertice si considera al di sopra della legge e dell’etica. Non vi è pertanto solidarietà né la necessità di contribuire con le tasse, anzi queste vengono connotate negativamente e viene pretesa la detassazione dei ricchi e per loro anche aiuti diretti e indiretti.

Insieme alle disuguaglianze, vengono promosse pratiche discriminatorie, espulsive, e in questo modo **tutti i servizi sociali, sanitari, della giustizia e ordine pubblico vengono piegati alla volontà del governo**. Vengono cioè sostenuti nella misura in cui sono funzionali ai progetti governativi mentre vi è un disinvestimento e una riduzione di ogni forma di welfare pubblico universale. In questo contesto, il mandato della psichiatria passa dalla cura alla custodia e protezione della società. Anche le carceri, spesso date in gestione a privati, sono investite della funzione retributiva, punitiva e correzionale, ammettendo anche pratiche come isolamento e forme di trattamento simili alla tortura.

c) Politica interna basata sul protezionismo: l'economia americana deve essere protetta dai mercati esteri (dazi ecc.) con l'idea di rianimare le produzioni locali e quindi i posti di lavoro, in particolare di operai e contadini, messi in crisi dalla globalizzazione. Una linea in parte irrealista ed autolesionista, in quanto le delocalizzazioni sono frutto sia di scelte di multinazionali sia di rinunce locali a certe produzioni considerate pesanti o poco redditizie che spesso sono svolte da migranti e tuttavia considerati sgraditi. Inoltre l'aumento dei dazi colpisce gli stessi consumatori e ovviamente porta a tensioni con altri Paesi, da regolare mediante trattative basate sulla forza. All'interno il liberismo viene ampliato e la proprietà privata esaltata autorizzandone la difesa anche con le armi. Viene affermata la legge del più forte non lo stato di diritto. Nella gestione del potere mancano o vengono aggirate le norme sui conflitti di interessi, in particolare tra imprenditoria nei media e cariche di potere.

Le attività di lobbying, già ampiamente ammesse, diventano sempre più rilevanti e decisive. Ciò favorisce lo sviluppo di interessi privati nella sfera pubblica o nelle politiche verso altri Paesi. Diversamente dalla narrazione del neoliberismo classico non viene protetto il bilancio dello Stato ma questo è piegato agli interessi dei più forti (energia, nuove tecnologie e armi) a danno dei più deboli, privati di servizi o abbandonati.

d) Politica estera in funzione degli interessi nazionali degli Stati Uniti considerati prioritari che per questo possono espandersi. L'obiettivo è ottenere la subordinazione o almeno l'accondiscendenza degli altri Paesi e se questa non viene ottenuta, partono attacchi, embarghi e guerre. Negli USA il ministero della difesa è stato ridenominato della guerra. Fa parte della politica estera la tutela delle multinazionali statunitensi che non devono avere limiti nelle esportazioni, né tasse da pagare in altri Paesi. Il protezionismo interno si coniuga con la pretesa di liberismo assoluto e deregolato all'estero. Tutto questo è sostenuto da investimenti ingenti nelle spese militari, nuove tecnologie e di intelligence che così vedono convergere i loro interessi.

Per affermare la linea basata sulla propria forza, viene operata una sistematica **delegittimazione delle istituzioni**

internazionali (ONU, OMS, ed al.) e con esse il diritto, la giustizia tra Stati. Nel 2025 vi è stata fuoriuscita degli USA da tutti gli organismi fondati su diritto, giustizia, solidarietà tra Paesi immemori delle ragioni storiche (seconda guerra mondiale, olocausto) che hanno portato alla loro costituzione, né delle necessità che collegano i diversi popoli per la difesa della salute e la tutela dell'aria e ambiente. Questo è associato al tentativo di creare nuove alleanze per gestire interessi economici al di fuori del diritto internazionale e di ogni regola democratica (Board of Peace per Gaza).

Negazionismo scientifico: viene negato che sia in atto un cambiamento climatico per cui non sarebbe necessaria alcuna transizione energetica. Non esistono beni comuni e si va verso una progressiva privatizzazione dello spazio, aria, acqua, risorse. Vengono quindi sfruttate e ricercate nuove fonti fossili e non promosse norme volte al rispetto ambientale.

Le posizioni antiscientifiche in medicina (anti vaccini) e biologia (antidarwinismo) giungono a forme di negazionismo delle evidenze (con conseguenze gravi come ad esempio la ripresa del morbillo) e favore verso teorie e prassi alternative, prive di evidenze.

Il governo decide cosa studiare e censura i libri: "L'origine della specie" di Darwin è vietato da tempo; recentemente in Texas è stato proibito il Simposio di Platone per il mito dell'androgino. "Tra i testi vietati figurano il Diario di Anna Frank, V per Vendetta di Alan Moore, Il racconto dell'ancella di Margaret Atwood, Peter Pan di J. M. Barrie, Il cacciatore di aquiloni di Khaled Hosseini, Lolita di Vladimir Nabokov e anche Uomini e topi di John Steinbeck." (Fonte "Il Fatto Quotidiano", 13 gennaio 2026).

Negazionismo storico. Vengono propagate narrazioni, al fine di creare un passato idealizzato e glorioso perduto per colpa di altri. L'olocausto è dimenticato o ridimensionato, le dittature nazista e fascista sono in parte riabilitate, distillando il valore del potere assoluto, della guida suprema nei confronti della democrazia, considerata in crisi e inconcludente. Tuttavia la democrazia formalmente non viene abolita ma trasformata in democrazia con una sorta di sondaggio permanente, di marketing manipolabile e tenuto sotto controllo. Al contempo il voto è ritenuto in grado di conferire poteri abnormi, quasi di investitura popolare-divina insieme.

La riscrittura del passato include anche un'enfasi sui valori tradizionali, la famiglia patriarcale in particolare, a scopo rassicuratorio ma con pesanti ricadute sulla condizione femminile, considerata sottomessa, subalterna. L'insieme di questi valori viene molto declamato e non praticato di solito da chi li propaga.

Sul piano sociale viene contrastato il welfare pubblico universale, l'assistenza ai poveri e la solidarietà internazionale nella lotta alle malattie e alla fame. Viene invece promosso un approccio securitario ai problemi sociali e sostenuta la necessità di un continua guerra alla droga.

Metodo

In ogni ambito l'elemento comune alla cultura MAGA è il **riduzionismo contro ogni visione della complessità**. Questo conferisce alla cultura MAGA **una linearità** che viene ad assumere **una coerenza interna in quanto elimina ogni contraddizione** essendo fondata **sull'etica dell'intenzione**, e non della responsabilità. E' **proiettiva (schizoparanoide)** e questo esclude ogni forma depressiva di autocritica, colpa, riparazione. La colpa è sempre dell'altro e del passato, mai chiedere scusa.

L'etica dell'intenzione e la proiezione piegano il reale, lo deformano, lo frammentano e addirittura lo costruiscono, nell'immaginario, anche a costo di sacrificare completamente la verità. Una realtà, un mondo costruito con la ripetizione ossessiva (che assedia) e non con la dimostrazione, che si afferma con le tecniche ben note della pubblicità oggi amplificate da internet e Intelligenza Artificiale. La potenza anche eversiva di questi strumenti sulle condizioni di vita, sulla democrazia richiederebbe una forte regolamentazione che tarda a venire nonostante siano evidenti le intromissioni di hacker nelle votazioni, nelle attività sociali e anche nella criminalità. Vi è quindi una saldatura, in chiave antidemocratica, tra cultura MAGA e nuove tecnologie che pure avrebbero un potenziale uso democratico.

La cultura MAGA è polisemica e populista, cioè in grado di coniugare interessi molto diversi, da quelle delle multinazionali a quelli dei ceti popolari. Identifica dei nemici verso i quali indirizzare paura-odio nell'idea che se lo siano meritati e che ciò sia a fin di bene. Anche il loro. I migranti poveri, sono un bersaglio ideale. Tra l'altro più vengono lasciati ai margini, privati di diritti e sostegni, più sono a rischio emarginazione, criminalità e pertanto funzionali al discorso pubblico dei MAGA.

Vi è una forte manipolazione della realtà e **la creazione di profezie che si autoavverano**. Viene sostenuta la (falsa) soluzione che con muri e remigrazione, non avremo più criminalità, furto di lavoro e di welfare.

La cultura MAGA opera anche sottili attacchi **al corpo**, alla sua forma, colore, con accenni alla perversione (in cui sono iscritte le questioni di genere unendo insieme del tutto impropriamente LGBTQ+ con pedofilia) e de-umanizzazione (paragoni con animali) con l'obiettivo di far provare disgusto e riprovazione morale. Anche qui vi è una tendenza suprematista (neo-arianesimo, razzismo).

In sintesi MAGA è un brand, semplice, ben comunicabile in modo ripetitivo, proiettivo e identitario. Queste caratteristiche creano **"un mondo" identificatorio** e rassicurante ed egoista (un rispecchiamento narcisista), **una comunità tra simili e fedeli MAGA** che è molto più importante e penetrante di ogni verità condivisa e del perturbante incontro con l'altro specie se diverso. Non implica mai l'assunzione di responsabilità, una posizione depressiva e riparatoria. Il che vorrebbe dire fare i conti con i fallimenti delle politiche commerciali, migratorie,

securitarie, dell'abbandono. Al contrario il persistere e l'aggravarsi dei problemi e l'indice della loro gravità e pertanto della necessità di azioni forti e di un controllo diffuso della popolazione (tramite le reti, i sondaggi, ecc.) o con azioni violente verso chi protesta pacificamente come negli omicidi ad opera dell'ICE di Renne Good e di Alex Pretti a Minneapolis.

MAGA è potente perchè parla all'immaginario nel momento in cui **prospetta età dell'oro, una fase post-umana, inumana fatta di Intelligenza Artificiale, macchine-uomo, robot, clonazione, impianti di microchips, fino all'immortalità**. Dall'uomo ormai sempre dotato di smart- protesi si sviluppano aspetti visionari, di volontà di potenza che sfida ogni limite, come andare ad abitare su Marte o raggiungere altri pianeti ove ricercare terre rare, fino all'uomo tecnologico, autogenerantesi e immortale. Una nuova fede coinvolgente che **fa sentire parte di un progetto**. Quindi paure spesso indotte, intimidazioni e minacce si associano a promesse di benessere e riscatto fino a illusioni e **prospettive del tutto irrealistiche ma in termini fantascientifici, persuasive**.

Debolezze

La cultura MAGA ha saputo **coniugare i vissuti di masse deluse e gli interessi di grandi multinazionali** con bilanci pari e maggiori del PIL di molti Paesi. Ha saputo approfittare e dare una risposta alla crisi del novecento che ha riguardato le ideologie del novecento e delle religioni e si inserisce sul neoliberismo temperato che ha mostrato crescenti difficoltà negli ultimi 20 anni. Come la vittoria della Thatcher e Reagan nel 1980 avevano aperto la fase del neoliberismo, nel 2016 la Brexit e la prima elezione di Trump hanno segnato la prima fase della cultura MAGA (neoliberismo autocratico). Il post Covid ha accelerato la crescita della cultura MAGA per prevenire il rilancio di politiche sociali di welfare pubblico.

Hanno influito anche le **delusioni democratiche** avvenute dopo la caduta del muro di Berlino (1989) e i fallimenti delle primavere arabe e dei processi di pace in Medio Oriente tanto che da alcuni anni conviviamo con la guerra in Ucraina, con il genocidio palestinese a Gaza cui recentemente si è aggiunta la guerra contro l'Iran che rischia di diventare mondiale. **Questa potrebbe essere l'esito tragico della cultura MAGA come è stato per altri autoritarismi e dittature**.

Che fare?

Nell'opinione pubblica europea e italiana vi sono convinzioni che **vengono date come acquisite e stabili come ad esempio la pace, la democrazia e il welfare pubblico**. Non viene sottolineato come invece vadano **difese e aggiornate** nel loro esercizio a fronte della rivoluzione digitale, del cambiamento climatico, della sovrappopolazione del pianeta con una crescente **parte della popolazione esclusa, abbandonata**. Una maggioranza deviante, invisibile e spesso esclusa anche dal welfare. Manca cioè la capacità di ascolto, identificazione e accoglienza di

queste persone. Siamo in ritardo nel comprendere come la rivoluzione digitale sta modificando i modi di vivere, lavorare, commerciare, viaggiare. Si sono create nuove categorie di lavoratori (ad esempio i rider) che quanto a tutele sembrano regrediti all'ottocento. La modernizzazione richiede quindi un grosso sforzo in ogni ambito. Sulle migrazioni, in un Paese che vede emigrare quasi duecentomila persone in larga parte giovani, blocchi navali, remigrazioni, accoglienze burocratizzate e custodiali, pur diverse, segnano una drammatica inadeguatezza se non si comprende che sfuggono da guerre, catastrofi ambientali, migrazioni economiche o dittature. Vi è una trasversalità in questo fallimento di cui farsi carico.

Non basta riprendere i principi costituzionali, i valori dell'umanità, dell'eguaglianza, libertà e fraternità ma occorrono pratiche reali, effettive condizioni di vita, piani operativi su ambiente, salute, economia. Su questi punti vi è la necessità di **un'azione internazionale e un ineludibile confronto con poteri forti e nuove tecnologie, in particolare informatiche**. Dopo la fase della comunicazione televisiva, oggi vi è da governare, da un altro punto di vista democratico e pubblico, le nuove tecnologie e Intelligenza Artificiale, altrimenti saranno loro a governarci. Questo vuol dire rifondare, tenendo conto della centralità del nuovo contesto tecnologico, **il patto sociale** in base a bisogni e possibilità ridando **valore etico, sociale e politico all'idea della regolamentazione, della programmazione condivisa, alla tassazione progressiva**, a quella dei super-ricchi² come base della giustizia e del sistema sociale e sanitario. Una riflessione anche sui modelli di vita e sul rapporto con l'ambiente. E' la via per evitare destrutturazione delle produzioni, la frammentazione e la privatizzazione della sanità, istruzione, detenzione e riduzione a beneficenza i servizi sociali. **Al contempo bisogna riprendere a parlare all'immaginario e alimentare le speranze** lavorando sul negativo, l'incerto l'aggressività, la rabbia, il male incanalati in una prospettiva. All'inizio del secolo scorso era il socialismo.

Quale prospettiva oggi?

Certamente occorre superare il pensiero unico, l'appiattimento su un neoliberalismo temperato che si è esaurito nella misura in cui la parte di welfare pubblico ancora esistente si è ridotta e piegata agli interessi dei poteri forti. Questi sono nel mondo delle energie fossili, nuove tecnologie e armi. Essi tendono a sostenere un pensiero egemone, non contestabile.

Elementi della cultura MAGA si infiltrano lentamente, in modo costante e impercettibile. La democrazia e il sistema di welfare non crollano all'improvviso ma con un processo lento dove burocrazie, sabotaggi, riduzione delle risorse e portano alla crescita del malcontento che giustifica l'attacco al servizio pubblico. Come e quali elementi MAGA si inseriscono e perturbano il sistema dovrebbe essere di un'approfondita analisi anche per comprendere come una cultura del welfare pubblico può

ad essa contrapporsi sviluppando adeguati anticorpi.

Bisogna riprendere la capacità dialettica, e partecipazione a partire dalla riproposizione di sistemi elettorali proporzionali, con preferenze ma senza alcun premio, ma anche con forme nuove, regolamentate via internet (sul modello dello SPID) o locali cooperative di comunità, culturali, agricole, energetiche...

Superare lo stigma dell'esclusione non è facile... si fa in fretta a montare la paura delle persone rispetto alla loro sicurezza e la logica del rinchiudere le persone diverse, non solo malate, ma in generale le persone diverse in qualche posto escludente, è una logica che spesso i decisori hanno preferito ad altri più faticosi e complessi processi. Non solo prigionie ma anche scuole speciali, residenze per anziani... una nuova grande istituzionalizzazione come risposta alle crisi, da un lato. L'abbandono e l'altro aspetto spesso invisibile, fatto di anziani soli, malati chiusi in casa, morti solitarie, o senza assistenza in mare.

Va contrastata la cultura dello scarto per ritrovare una cultura della cura, del prendersi cura mediante la reciprocità e un altro rapporto con **il pianeta, come casa e destino comune, altri modi di vita e convivenza**, secondo linee indicate da **Papa Francesco³ e da Luigi Ferrajoli^{4,5}**. L'impegno per la pace, la dignità e l'eguaglianza delle persone, l'umanità e l'accoglienza, la ricerca sono fondamentali per non lasciare indietro nessuno e creare un immaginario condiviso che sia per tutti speranza.

**Psichiatra, Già Direttore DAI-SMDP Ausl Parma*

¹ "Il termine "woke" ha una storia lunga e complessa, che affonda le sue radici nella comunità afroamericana. Fin dagli anni '30, "woke" veniva usato come sinonimo di "awake" (sveglio) per indicare una consapevolezza delle ingiustizie sociali, in particolare quelle razziali". <https://cultweb.it/cultura/cosa-vuol-dire-woke-e-perche-questa-parola-e-cosi-controversa/>

² Staglianò R. Tassare i milionari. Prendere ai ricchi per dare ai poveri. Einaudi, 2026

³ Papa Francesco Laudato Sì. Cura della casa comune. Libreria Editrice Vaticana, 2015

⁴ Ferrajoli L. La costruzione della democrazia. Teoria del garantismo costituzionale, Laterza, 2021

⁵ Ferrajoli L. Per una Costituzione della Terra. L'umanità al bivio, Feltrinelli, 2022

L'Epochè fenomenologica e l'urgenza rivoluzionaria di Franco Basaglia

Eugenio Borgna, nell'Introduzione all'opera di Binswanger: "Delirio" (1), ci indica le diverse Fenomenologie che hanno segnato una Psichiatria filosofica e clinica: la prima fondata sulle Teorie dell'Obiettività di Husserl, l'altra sulla Psicopatologia soggettiva di Jaspers. Husserl distingue la Fenomenologia Descrittiva che si appoggia sul concetto di Brentano di Intenzionalità dalla seconda, Fenomenologia Trascendentale, che invece opera la riduzione fenomenologica, sospensione del giudizio al fine di cogliere i fenomeni in "carne ed ossa". C'è un sentore di Embodiment neuroscientifico degli anni '90; questo corpo incarnato fa dire a Basaglia (2) che "la soggettività umana è l'enigma centrale di ogni scienza, lo studio delle relazioni dell'io con il proprio corpo, del corpo proprio del corpo d'altri, sarà il centro di ogni indagine psichiatrica perché il corpo-nella sua ambigua bipolarità di soggetto-oggetto gioca un ruolo centrale nel determinismo delle modificazioni strutturali cui si assiste nella patologia mentale". E più oltre scrive: "il momento dell'incontro con l'altro non si realizza come puro riconoscimento di una materialità costitutiva di me stesso, ma come rispecchiamento di un me stesso (neuroni specchio), punto di partenza di un io fungente: io riconosco nell'essere là dell'altro un'esperienza coesistente al mio essere qui, esperienza che io posso avvicinare perché nel mio essere qui esistono infinite posizioni, tali da potermi portare nella posizione del là (risultando dunque coesistente all'altro nel modo del come-se-io-fossi-là)", per cui con la riduzione fenomenologica, che è il campo trascendentale della coscienza pura, l'Essere dell'Uomo "non si costituisce se non fuori di sé: nell'oggetto in cui si trascende" (Husserl). Basaglia applica questo concetto, operativamente, ai reclusi negli Ospedali Psichiatrici, dove chi incontra "l'Altro" lo fa nella percezione dell'esperienza corporea più fragile. Qui il Corpo non può fare nulla, spogliato in tutti i sensi, deprivato, ma l'Altro sano sì, perché vi si rispecchia ed attua quelle pratiche che si traducono nei Diritti di uguaglianza e simiglianza, che possono essere esercitati solo in un regime di libertà. Si abbattano i cancelli, si scardinano i dispositivi di sicurezza, che Foucault aveva analizzato nella maggior parte delle sue opere. Questo è ciò che Husserl chiama "Transgressione intenzionale" per la quale la percezione dell'Altro viene ad essere un fenomeno in accoppiamento, come in una relazione a due. Quando si parla della sospensione del giudizio o epochè in Psichiatria, si spalanca una porta di libertà dalla quale fuoriescono le categorie diagnostiche psichiatriche che avevano impedito di vedere l'Uomo al di là dei suoi li-

miti, dalla sua vulnerabilità, dalla sua capacità contrattuale, come dice Basaglia, dai suoi bisogni elementari. Questo concetto di sospensione del giudizio, che fu inaugurato dal filosofo E. Husserl, per ciò che riguarda l'osservazione scientifica positivistica del Mondo, in modo che ci si potesse interrogare sul fenomeno puro della coscienza, lo troviamo nell'opera di Basaglia che lo utilizza nella prassi di de-istituzionalizzazione nei manicomi di Trieste e Gorizia e Colorno, vicino a Parma. Il concetto viene ripreso dai fenomenologi, Heidegger, Minkowski, Binswanger, che vanno alla ricerca di un senso, per ciò che riguarda il significato della malattia mentale, poiché la strada dell'eziologia di essa si presenta tortuosa, contraddittoria e piena di ostacoli. Questa pratica di mettere tra parentesi, appunto, le malattie incomprensibili come sosteneva Jaspers, era il modo di far avanzare un processo, che era stato cancellato nel tempo perduto delle classificazioni dei sintomi e pietrificato nel corpo dei folli. Ciò creò un fraintendimento per i detrattori di Basaglia, che scambiarono l'Epochè fenomenologica con la negazione della malattia mentale. Questo metodo avrebbe coinvolto la Psicologia e, a nostro modesto parere, anche la Medicina, perché essa, sempre più specializzata per l'esplorazione delle singole funzioni degli apparati, mette in ombra l'Uomo nella sua totalità (lo mette tra parentesi – epochè negativa).

Nello scritto del filosofo Enzo Paci del 1963, egli dice (riportato nel saggio di Mario Novello e Giovanna Gallio) (3): "l'Epochè è un atteggiamento di esercizio e metodo. Non è disinteresse per il mondo, ma volontà di non lasciarsi imprigionare dal mondano in nome della verità che deve guidare ogni atto umano per la trasformazione dell'Uomo e del Mondo. Husserl la definisce come una nuova "volontà di vita". L'epochè sospende i pregiudizi mondani. L'epochè trascendentale ci riduce al nostro io, proprio quell'io che è ognuno di noi e che si scopre, in prima persona, responsabile della guerra. E' disoccultante. Ci pone di fronte alle cose stesse che si svelano, si rivelano, diventano fenomeni (dalla radice fan, per cui Husserl parla di fansis). Il punto importante è questo: il mondano non può dirci nulla di fondato. Ciò che è fondato non lo è mai per sentito dire, ma è tale in rapporto alla nostra esperienza diretta e originaria". Questa sospensione del giudizio ci mette anche al riparo dai pericoli del pregiudizio che riguarda qualunque pratica dell'esperienza, dalla scrittura al discorso, ad ogni comportamento in cui la nostra soggettività sia autentica nell'incontro con un Altro, Altro che viene a sua volta autenticato senza alcun

passaggio interpretativo. In questo incontro c'è il senso dell'Ascolto intersoggettivo e il Silenzio. Come non pensare ad Eugenio Borgna, agli incontri che abbiamo tenuto con lui sia in presenza che on line!

Nel libro "Franco Basaglia e la Psichiatria fenomenologica" a cura di Mario Novello e Giovanna Gallio (ibidem), leggiamo una conversazione che si svolge a Venezia, nel 1977, in cui partecipano oltre a Franco e Franca Basaglia, anche altri amici, che contestano l'impianto manicomiale, con cui ci si confronta su che cosa ha voluto dire a Gorizia: mettere tra parentesi la malattia mentale e "come sia cambiato il significato della riduzione fenomenologica, mano a mano che gli internati si riappropriavano della capacità di esprimersi all'uscita del manicomio". In un'altra conversazione, Basaglia paragona l'abbattimento delle mura del manicomio ad una nave che va alla deriva, finché non affonda ed aggiunge "dopo 10 anni abbiamo affondato la nave, ma adesso ci sono tante altre navi che veleggiano per l'oceano, piene di pazzi o di emarginati o di dissidenti. Tentando di fondare una cultura diversa, abbiamo creato una situazione in cui queste navi sono impazzite ancora di più. Ora noi siamo in acqua e cerchiamo di costruire qualcosa di nuovo". Qui Basaglia probabilmente pensava alla difficoltà economiche e culturali di aprire nuovi Servizi che si prendessero cura delle persone dimesse. Così come aveva visto fare in Inghilterra e in Francia, qualche anno addietro (come non pensare all'attualità di oggi, di questi processi migratori che giungono dall'Africa e non solo, che cercano nuovi bisogni, nuove identità, una nuova contrattualità!). "Situare le persone" nel senso di Heidegger significa raccontare ed affrontare l'Apocalisse dell'Occidente, secondo i concetti di Ernesto De Martino (4), che negli anni '60, ci narra la paura della catastrofe atomica e ci dice pure che la Letteratura moderna è dominata dal tema apocalittico. "La nausea o la noia o l'assurdo o l'incomunicabilità, la catastrofe della figura o della melodia (delle Arti) a noi interessa soltanto come clinici della cultura, che intendono partecipare ad un consulto decisivo. Senza dubbio non si tratta della concezione oggettivistica della malattia, che da una parte pone il medico sano e, dall'altra il malato: qui il medico che lotta contro il morbo, lo deve vincere prima di tutto in se stesso, e il malato è anche colui che deve guarire e che accoglie in sé forze guaritrici in atto. Sussiste tuttavia il pericolo nell'attuale congiuntura culturale, di molte catabasi senza anabasi: e questa è certamente malattia ... Questo significa appello alla vita, l'irriflesso alle "cose stesse", all'immediatezza della vita, ai momenti Zen". Umberto Eco, in *Opera Aperta*, 1962, mette in rilievo alcuni caratteri dello Zen, la decisiva accettazione della vita nella sua evidenza naturale originaria. Ciò che conta è il presente, il tempo dell'Esserci nel Mondo, in una stessa Comunità di destino, come dice Eugenio Borgna.

L'esserci – nel – mondo appartiene alla Vita di tutti, sani

e psicotici, in una dimensione, come direbbe Sartre, denominata dall'angoscia. Questo esserci nel Mondo di Heidegger è sul filo di un rasoio e bisogna stare attenti che non cada in una crisi della presenza, dove non c'è nessun mondo possibile come afferma Ernesto De Martino, a meno che non si voglia costruire un'esistenza virtuale, dove viene annullato l'incontro reale fra l'Io e il Tu. I libri più letti all'epoca tra gli anni '80 e '90, sono l'"Istituzione negata" di Basaglia e "la Storia della Folli nell'età classica" di M. Foucault, ma il fascino che esercita Sartre su Basaglia è innegabile.

Sartre sarà presente alla contestazione del Maggio francese del '68 ed in poi. Mentre a Colorno, a Febbraio del '69, c'è la prima occupazione della storia di una struttura psichiatrica da parte di un gruppo di studenti di Medicina, che vengono da tutta Italia. Occupazione che dura appena 35 giorni, ma che serve a fare conoscere questa triste realtà manicomiale e a mettere tra parentesi la malattia che viene vista come un antefatto istituzionale nella sua cronicità. Nel manicomio finiscono soprattutto i figli dei poveri, donde lo slogan "il figlio del ricco è esaurito, il figlio del povero è matto". Anche la Medicina corre il rischio (ripetiamo), ma già ci siamo, di diventare uno strumento, una pratica selettiva appannaggio di chi ha una contrattualità assicurativa più alta. O un internet più veloce.

Chiudiamo con le parole di Eugenio Borgna che ci illumina sul significato di una Psichiatria più umana: "Le distanze apparentemente incolmabili fra il discorso fenomenologico e antropologico di Binswanger, da una parte, e la rivoluzione copernicana che la psichiatria sta oggi vivendo (non solo sul piano della distruzione manicomiale ma, soprattutto, sul piano del recupero della soggettività in ogni momento evolutivo della malattia) dall'altra, si sono venute, così, prodigiosamente "riavvicinando"; e oggi si può dire che la psichiatria o è psichiatria sociale o non è psichiatria". Tutta l'opera di Borgna, quella scritta e quella sul campo è percorsa da questa preoccupazione: che l'angoscia e la disperazione sono insiti nell'Uomo. Quando egli viene lasciato solo con la sua malattia, diventa estraneo a se stesso; ma quando egli vive in una Comunità il Destino lo accomuna con gli Altri, una dimensione che non è solo psicologica, ma anche umana.

**Psichiatra, già Dirigente Dip. Salute mentale Ausl Parma*

Note:

(1) Binswanger L., *Delirio*, 1990, Marsilio editore, Venezia.

(2) Basaglia F., *Scritti* 53-68, 1984, Einaudi, Torino.

(3) Novello M., Gallio G., *Franco Basaglia e la Psichiatria Fenomenologica*, 2023, Mucchi Editore, Modena.

(4) De Martino E., *La fine del mondo*, 2002, Einaudi, Torino.

Nuove strategie di ricovero e trattamento ambulatoriale nei DNA

Introduzione

I disturbi del comportamento alimentare (DNA), tra cui anoressia nervosa, bulimia nervosa e binge eating disorder (BED), rappresentano patologie complesse che coinvolgono dimensioni biologiche, psicologiche e sociali. Negli ultimi decenni si è assistito ad un aumento significativo della loro diffusione, soprattutto tra adolescenti e giovani adulti, rendendo necessario lo sviluppo di modelli di intervento efficaci e accessibili.

All'interno dei diversi livelli di cura disponibili, il trattamento ambulatoriale riveste un ruolo centrale. Esso costituisce spesso il primo approccio terapeutico e, in molti casi, anche quello principale. Tuttavia, accanto ai numerosi vantaggi, presenta alcune criticità che ne limitano l'efficacia in determinate situazioni cliniche.

Il trattamento ambulatoriale nelle forme di DNA

Il trattamento ambulatoriale rappresenta oggi la modalità terapeutica più diffusa nell'intervento clinico sui DNA di gravità lieve o moderata.

Questa tipologia di intervento consente al paziente di proseguire la propria vita quotidiana mantenendo, allo stesso tempo, un percorso di cura strutturato e continuativo.

L'obiettivo principale è favorire il recupero psicologico, nutrizionale e relazionale senza ricorrere necessariamente al ricovero ospedaliero.

L'approccio ambulatoriale si basa generalmente su un lavoro multidisciplinare, in cui diverse figure professionali collaborino per garantire un trattamento completo e personalizzato.

Tra gli interventi più comuni rientrano la psicoterapia individuale, la clinica nutrizionale, il monitoraggio medico periodico e il coinvolgimento della famiglia nel percorso terapeutico.

La psicoterapia rappresenta uno degli strumenti fondamentali del trattamento, aiutando il paziente a riconoscere e modificare pensieri disfunzionali, comportamenti alimentari alterati e difficoltà emotive, in particolare nelle dinamiche familiari e scolastiche. Accanto a questa, la terapia familiare assume un ruolo centrale, soprattutto nei pazienti adolescenti, favorendo una maggiore comprensione del disturbo e migliorando le dinamiche relazionali all'interno del nucleo familiare.

Importanti risultano anche gli interventi psicoeducativi, utili a fornire informazioni corrette sul rapporto tra ali-

mentazione, corpo e salute mentale, insieme con le attività di Gruppo Terapia che permettono l'interazione tra soggetti appartenenti a diverse strutture familiari dei pazienti affetti da DNA.

È preferibile che si rispetti una certa omogeneità nella struttura del gruppo terapeutico, relativamente alle psicopatologie e all'età, affinché possa strutturarsi spontaneamente un'identità solida nel gruppo stesso, utile per i terapeuti di riferimento intenti a focalizzare gli interventi su problematiche condivise nella specifica fascia d'età.

Criticità nel trattamento ambulatoriale dei DNA

Nonostante i numerosi vantaggi, il trattamento ambulatoriale presenta alcune criticità. Una delle principali difficoltà riguarda l'adesione al percorso terapeutico: molti pazienti tendono infatti a interrompere le cure o a seguire il trattamento in modo discontinuo. A ciò si aggiunge il rischio di una scarsa continuità terapeutica, spesso legata a difficoltà motivazionali o a problematiche personali e familiari. Inoltre, nei casi più complessi, può verificarsi un peggioramento clinico non immediatamente monitorato, soprattutto quando il controllo medico non è sufficientemente frequente.

Proprio per rispondere a queste problematiche, negli ultimi anni si è sviluppata una nuova organizzazione dei livelli di cura, caratterizzata da un approccio più graduale e personalizzato.

Oggi il trattamento dei DNA tende ad essere modulato in base alla gravità clinica, ai bisogni del paziente e alla sua capacità di gestione quotidiana. Accanto al percorso ambulatoriale tradizionale, sono stati introdotti programmi intensivi, centri diurni e interventi integrati che consentano una presa in carico più flessibile ed efficace. L'evoluzione dei modelli terapeutici dimostra quanto sia importante considerare ogni paziente nella sua individualità, costruendo percorsi di cura capaci di adattarsi ai cambiamenti clinici e alle diverse esigenze personali. Nonostante il trattamento ambulatoriale rappresenti una delle modalità terapeutiche più diffuse ed efficaci nei casi di DNA di gravità lieve o moderata, esso presenta diverse criticità che possono compromettere l'efficacia del percorso di cura e aumentare i rischi clinici.

Una delle principali problematiche riguarda la difficoltà di adesione al trattamento. Molti pazienti, infatti, faticano a

riconoscere la gravità del proprio disturbo oppure mostrano una forte ambivalenza nei confronti della guarigione.

Nei DNA il sintomo viene spesso percepito come una forma di controllo, sicurezza o protezione emotiva; di conseguenza, l'idea di modificare le proprie abitudini alimentari e i propri comportamenti può generare ansia, resistenza e paura. Questo porta frequentemente a saltare gli appuntamenti terapeutici, interrompere il percorso o seguire solo parzialmente le indicazioni degli specialisti. Un'altra criticità importante è rappresentata dalla scarsa continuità terapeutica.

Il trattamento ambulatoriale richiede costanza, motivazione e una partecipazione attiva del paziente nel tempo. Tuttavia, il percorso di cura può essere ostacolato da numerosi fattori: difficoltà economiche, problemi familiari, distanza dai servizi sanitari, incompatibilità con studio o lavoro, oppure lunghi tempi di attesa tra una visita e l'altra. In alcuni casi, la frammentazione degli interventi tra professionisti diversi può creare una presa in carico poco coordinata, riducendo l'efficacia complessiva del trattamento.

A queste problematiche si aggiunge il rischio di un peggioramento clinico non immediatamente monitorato. A differenza dei percorsi residenziali o ospedalieri, il trattamento ambulatoriale non garantisce una supervisione continua del paziente.

Questo significa che eventuali peggioramenti delle condizioni fisiche o psico-logiche possono emergere tardivamente. Nei DNA, infatti, il quadro clinico può aggravarsi rapidamente attraverso perdita significativa di peso, alterazioni metaboliche, condotte compensatorie sempre più frequenti, isolamento sociale o comparsa di sintomi depressivi e autolesivi. L'assenza di un monitoraggio costante può quindi aumentare il rischio di complicanze mediche anche gravi.

Un ulteriore elemento critico riguarda il contesto familiare e sociale del paziente.

Poiché il trattamento avviene all'interno della vita quotidiana, l'ambiente domestico può influenzare fortemente l'andamento della terapia. Situazioni familiari conflittuali, scarsa comprensione del disturbo, dinamiche relazionali disfunzionali o mancanza di supporto emotivo possono ostacolare il processo di cambiamento. Anche la pressione sociale legata all'immagine corporea e agli standard estetici può contribuire al mantenimento del disturbo. Infine, va considerato che il trattamento ambulatoriale non sempre risulta sufficiente nei casi più complessi o severi. Alcuni pazienti necessitano infatti di livelli di cura più intensivi, soprattutto quando il disturbo compromette gravemente la salute fisica, il funzionamento psicologico o la capacità di gestione autonoma della vita quotidiana. Per questo motivo, negli ultimi anni si è sviluppata una maggiore attenzione verso modelli terapeutici integrati e personalizzati, basati su una continuità assistenziale più

flessibile e graduale.

Conclusioni

Il trattamento ambulatoriale nei disturbi del comportamento alimentare rappresenta una risorsa fondamentale all'interno dei sistemi di cura. Esso consente un intervento precoce, favorisce la continuità terapeutica e permette al paziente di mantenere un contatto diretto con la propria realtà quotidiana.

Tuttavia, le sue criticità evidenziano la necessità di un'attenta valutazione clinica e di una personalizzazione del percorso di cura. Non tutti i pazienti possono beneficiare esclusivamente di questo tipo di intervento, ed è spesso necessario integrare diversi livelli di trattamento.

In prospettiva, il miglioramento dell'efficacia del trattamento ambulatoriale passa attraverso lo sviluppo di modelli più intensivi, una maggiore specializzazione degli operatori e una più stretta integrazione tra servizi sanitari, famiglia e contesto sociale.

Di seguito verranno evidenziati i nuovi modelli di ricovero nel trattamento dei DNA, sulla base di ricerche nazionali e internazionali, alternative al ricovero intensivo classico, a tutela di un dialogo attivo e sinergico con le strutture ambulatoriali sul territorio di riferimento.

Day hospital intensivo

Il day hospital rappresenta una forma intermedia tra ricovero completo e trattamento ambulatoriale. In questo contesto il paziente trascorre alcune ore al giorno in struttura sanitaria e svolge attività terapeutiche strutturate, tra cui: pasti assistiti, psicoterapia di gruppo, monitoraggio clinico, educazione nutrizionale. I vantaggi principali sono: mantenimento dei legami familiari e sociali, maggiore autonomia del paziente, monitoraggio clinico regolare.

Ricovero breve mirato nei DCA: perché può fare la differenza

Il ricovero breve mirato (RBM) è un intervento ospedaliero a tempo limitato, focalizzato su obiettivi clinici specifici e concordati, inserito all'interno di un percorso terapeutico più ampio (ambulatoriale, day hospital, residenziale o domiciliare). Non è un "mini-ricovero" generico: è un tempo protetto, con scopi precisi e misurabili. Gli obiettivi sono: correggere squilibri metabolici, iniziare il recupero nutrizionale, motivare il paziente al trattamento, predisporre rapidamente la continuità assistenziale.

Questo modello consente di ridurre la durata della degenza, favorire un ritorno precoce alla vita quotidiana e limitare i costi sanitari.

Obiettivi tipici del RBM

Stabilizzazione medico-nutrizionale in situazioni di rischio (disidratazione, bradicardia, squilibri elettrolitici, rapide perdite di peso).

Interruzione di circoli viziosi comportamentali acuti (abbuffate/vomito, iperattività fisica, uso improprio di lassativi/diuretici).

Reset nutrizionale e avvio di un piano alimentare sostenibile.

Aggancio motivazionale e riformulazione del contratto terapeutico.

Valutazione diagnostica multidisciplinare quando il quadro è incerto o complesso.

Gestione di *comorbidità* urgenti (ansia severa, depressione, rischio suicidario: in questi casi con protocolli di sicurezza dedicati).

Vantaggi clinici

Rischio medico ridotto rapidamente: la medicalizzazione intensiva per pochi giorni consente monitoraggio cardiaco, elettroliti, reidratazione e correzioni tempestive, prevenendo complicanze e accessi ripetuti in PS.

Interruzione dei comportamenti di mantenimento: il contesto controllato riduce opportunità di condotte disfunzionali, creando un “tetto” che facilita il cambiamento successivo.

Reset nutrizionale sicuro: *refeeding* graduale con sorveglianza del rischio di *refeeding syndrome*, educazione alimentare pratica e introduzione di integrazioni mirate.

Potenziamento motivazionale: interventi brevi e focali di psicoterapia (MI, CBT-E, DBT-skills) aiutano a tradurre il miglioramento fisico in impegno terapeutico concreto.

Chiarezza diagnostica: valutazioni integrate (medica, nutrizionale, psicologica/psichiatrica) in tempi rapidi, utili a tarare il setting successivo.

Continuità e minore frammentazione: il RBM si aggancia e riconsegna la persona al team territoriale con obiettivi e compiti chiari, riducendo rischi di “vagabondaggio” assistenziale.

Vantaggi organizzativi e di sistema

Uso più efficiente dei posti letto: degenze corte e programmate liberano risorse per i casi più gravi che richiedono ricoveri lunghi.

Riduzione dei ricoveri ripetuti non pianificati: stabilizzazione precoce e piani di crisi abbassano i rientri d'urgenza.

Migliore coordinamento della rete: definizione di percorsi

condivisi tra ospedale, CSM/ambulatori DCA, pediatria/medicina interna, MMG/PLS.

Costi complessivi inferiori: meno giorni di degenza, meno complicanze mediche, maggiore aderenza ai trattamenti territoriali.

Componenti chiave di un RBM efficace

Criteri di ammissione chiari

Indicatori medici (BMI molto basso in rapida caduta, bradicardia, ipotensione, ipotermia, alterazioni elettrolitiche).

Indicatori comportamentali (abbuffate/condotte di compenso incontrollate, esercizio compulsivo).

Fattori psicosociali (grave compromissione funzionale, fallimenti ripetuti di interventi ambulatoriali).

Obiettivi SMART e contratto terapeutico

Specifici, misurabili, realistici e temporalmente definiti (es. “correggere ipokaliemia, avviare 3 pasti + 2 spuntini, coproduzione di un piano di prevenzione ricadute entro 5 giorni”).

Protocollo nutrizionale e medico

Refeeding stepwise, monitoraggio quotidiano di peso, segni vitali, elettroliti; prevenzione e trattamento della refeeding syndrome; gestione dell'attività fisica.

Interventi psicologici brevi e focali

Motivational interviewing, CBT-E focalizzata su pattern acuti, training DBT su regolazione emotiva e tolleranza della sofferenza, psicoeducazione familiare.

Coinvolgimento attivo della famiglia/caregiver

Family-based approaches per minori, alleanza e ruoli chiari per adulti, definizione di segnali d'allarme e piani di crisi domestici.

Pianificazione della dimissione fin dal giorno 1

Appuntamenti già fissati, passaggio di consegne strutturato, obiettivi per le prime 2–4 settimane, numeri utili in caso di peggioramento.

**Psicologo Psicoterapeuta, Presidente La Sirena APS*

Il ricovero come dispositivo: quando il “contenimento” eccede la cura

Il presente contributo propone una riflessione clinica e istituzionale sul ricovero nei disturbi del comportamento alimentare, a partire da un caso di anoressia adolescenziale e da una domanda precisa: quando il ricovero, nato come misura di contenimento e di protezione, continua a servire la cura, e quando invece comincia a eccederla?

Il titolo non è casuale. Interrogare il ricovero come dispositivo significa leggerlo non soltanto come atto medico o come risposta organizzativa a una crisi, ma come una configurazione di tempi, regole, significanti, pratiche e posizioni soggettive che produce effetti sul soggetto, sul sintomo, sul transfert e sul legame sociale.

Nel lavoro con i DCA, soprattutto nei casi di anoressia grave in adolescenza, il ricovero può essere necessario. Vi sono momenti in cui il corpo è esposto a un rischio concreto e in cui il ricovero opera come un argine nel reale: mette in sicurezza, interrompe una deriva somatica, introduce un limite là dove il soggetto non può più sostenerlo da sé. In questa prospettiva, il ricovero può costituire un atto di cura.

Ma è proprio qui che si apre il problema. Ciò che cura in un primo tempo non continua necessariamente a curare se viene prolungato oltre una certa soglia. Il ricovero può allora cambiare statuto: da mezzo della cura può diventare luogo sostitutivo della cura; da contenimento temporaneo può trasformarsi in una risposta che occupa tutto il campo; da sostegno può divenire, progressivamente, una forma di fissazione.

Questo nodo emerge nel caso di Laura, diciassettenne inviata per un quadro di anoressia. La situazione clinica viene ritenuta tale da rendere necessario un ricovero. Inizialmente, la prospettiva è quella di una degenza contenuta, di alcuni mesi, funzionale a una stabilizzazione. Tuttavia, il ricovero si prolunga molto oltre il previsto: non tre mesi, ma più di sei. Tale slittamento temporale non rimane senza conseguenze: finisce con l'occupare il tempo che avrebbe dovuto condurre al rientro scolastico, al riattraversamento dei legami, al reinserimento nella vita ordinaria dell'adolescente.

Parallelamente, il trattamento psicoterapeutico prosegue anche durante la degenza, proprio per evitare che il ricovero produca una cesura assoluta nella continuità della

cura.

Il punto, clinicamente, non è solo che Laura sia stata ricoverata. Il punto è chiedersi che cosa produca, in un'adolescente, un ricovero che dura troppo. E ancora: che cosa accade quando l'istituzione, nata per contenere una crisi, finisce per trattenere il soggetto in un tempo sospeso?

Da un punto di vista freudiano, il sintomo non è mai un semplice errore da correggere, ma una formazione di compromesso, una soluzione soggettiva, per quanto dolorosa, rispetto a un conflitto, a un'angoscia, a un'impasse pulsionale. Se è così, allora anche ogni intervento terapeutico deve interrogarsi non soltanto su ciò che elimina, ma su ciò che sostituisce.

Quando la soluzione sintomatica viene sottratta troppo rapidamente o troppo massicciamente, senza che si produca un lavoro psichico corrispondente, il rischio non è la guarigione, ma lo spostamento della fissazione altrove. In questa prospettiva, il ricovero lungo può diventare esso stesso una nuova soluzione. Una soluzione istituzionale, certo, ma non per questo meno investita soggettivamente. Il soggetto può finire per appoggiarsi al reparto, ai suoi ritmi, alle sue scansioni, alle sue regole, come a un'organizzazione esterna che prende in carico ciò che non riesce a trattare. Questo, in una prima fase, può essere necessario. Ma se si prolunga eccessivamente, introduce un problema nuovo: non favorisce il ritorno del soggetto al proprio desiderio, ma il suo adattamento a un Altro che organizza tutto.

Qui la lettura lacaniana risulta decisiva. La cura non può ridursi a una pedagogia, né a una normalizzazione. La questione centrale non è rimettere il soggetto “in riga”, ma interrogare la sua posizione rispetto al desiderio, al godimento, al corpo e all'Altro.

In quest'ottica, il ricovero è tutt'altro che neutro, perché mette in campo un Altro istituzionale particolarmente forte: un Altro che pesa, misura, prescrive, osserva, valuta, autorizza o ritarda l'uscita. In alcuni momenti ciò è necessario. Ma il rischio è che il dispositivo scivoli dal lato del discorso del padrone: il sapere protocollare, nutrizionale, medico e organizzativo occupa il posto dominante, mentre il soggetto viene progressivamente ridotto a oggetto di gestione.

È qui che il contenimento può eccedere la cura.

Contenere non significa semplicemente chiudere, trattene, impedire. In senso clinico, contenere dovrebbe voler dire creare una cornice temporanea entro cui il soggetto possa ritrovare un margine di simbolizzazione e una possibilità di lavoro. Ma se la cornice si estende oltre misura, allora smette di contenere e comincia a sostituire.

Nel caso di Laura, il punto critico va collocato proprio qui. Non tanto nel fatto che il ricovero sia stato indicato, ma nel fatto che la sua durata abbia finito per investire aree centrali della sua economia soggettiva: il ritorno a scuola, il gruppo dei pari, la possibilità di rioccupare un posto nel mondo adolescenziale.

Sappiamo quanto, nell'adolescenza, il rapporto al corpo e all'immagine si giochi nel campo dell'Altro, dello sguardo, del confronto, del riconoscimento e dell'esclusione. Un ricovero troppo lungo non è soltanto un tempo di cura: può diventare un tempo di sospensione del legame sociale. E questa sospensione può rinforzare il sintomo invece di allentare la presa.

La clinica lacaniana dei DCA mostra inoltre che l'anoressia non coincide semplicemente con il rifiuto del cibo. La nota formula secondo cui l'anoressica mangia il niente indica che il soggetto tenta di costituire, attraverso il rifiuto, uno spazio di separazione rispetto alla domanda dell'Altro.

Al tempo stesso, tale rifiuto comporta una particolare forma di godimento. Il corpo anoressico diviene il luogo di un controllo radicale, sino al limite della sopravvivenza. Il sintomo assume così una funzione paradossale: mentre mette a rischio la vita, produce anche una forma di consistenza soggettiva.

Ciò aiuta a comprendere perché un trattamento centrato esclusivamente sulla normalizzazione dei parametri corporei possa risultare insufficiente. Il corpo viene trattato come organismo da riparare, mentre per il soggetto esso è già il luogo di una risposta singolare al rapporto con l'Altro.

Per questo, nei DCA e in particolare nell'anoressia adolescenziale, il ricovero dovrebbe essere pensato sin dall'inizio entro una logica di continuità e di ritorno, non semplicemente di permanenza. Il problema non è tenere il soggetto il più a lungo possibile al riparo. Il problema è come costruire un passaggio che non si trasformi in esilio.

Il ricovero cura quando resta un mezzo orientato da un progetto terapeutico. Smette di curare quando diventa un ambiente che trattiene il soggetto oltre il necessario e rende l'istituzione il centro stabile della sua economia psichica.

Non basta chiedersi se il soggetto stia meglio dentro il reparto. Occorre interrogarsi anche su ciò che accadrà quando ne uscirà. Se la durata del ricovero aumenta la difficoltà del rientro, allora quella durata va interrogata come

problema clinico, non solo come scelta prudenziale.

Nel caso di Laura, il reinserimento scolastico, la ripresa della socialità e la possibilità di ritrovare una scansione del quotidiano non costituiscono aspetti secondari o esterni alla cura. Sono parte della cura.

Il lavoro psicoterapeutico, anche durante il ricovero, mantiene una funzione decisiva: preservare un luogo dove il soggetto non sia soltanto paziente ricoverato, ma soggetto che parla.

In conclusione, forse nella clinica dei DCA dovremmo imparare a formulare la domanda sul ricovero in modo differente: non soltanto se sia necessario ricoverare, ma quale funzione il ricovero debba assumere in quel caso, quale durata sia compatibile con tale funzione, quale continuità terapeutica vada garantita e come pensare, fin dall'inizio, il rientro nella scuola, nella famiglia e nel legame sociale.

Se il contenimento non prepara il ritorno, rischia di trasformarsi in segregazione benevola. Una cura che separa troppo a lungo il soggetto dalla sua vita può finire, paradossalmente, per rendere più difficile proprio ciò che dovrebbe rendere possibile: il ritorno del soggetto a una posizione vivibile nel proprio corpo e nel proprio desiderio.

Bibliografia

- S. Freud, Tre saggi sulla teoria sessuale, in *Opere*, vol. IV, Bollati Boringhieri, 1970.
- S. Freud, Pulsioni e loro destini, in *Opere*, vol. VIII, Bollati Boringhieri, 1976.
- S. Freud, Lutto e melanconia, in *Opere*, vol. VIII, Bollati Boringhieri, 1976.
- S. Freud, Al di là del principio di piacere, in *Opere*, vol. IX, Bollati Boringhieri, 1977.
- S. Freud, Il disagio della civiltà, in *Opere*, vol. XI, Bollati Boringhieri, 1979.
- J. Lacan, Il Seminario. Libro III. Le psicosi, Biblioteca Einaudi, 2010.
- J. Lacan, Il Seminario. Libro VII. L'etica della psicoanalisi, Biblioteca Einaudi, 2008.
- J. Lacan, Il Seminario. Libro X. L'angoscia, Biblioteca Einaudi, 2007.
- J.-A. Miller, I capisaldi dell'insegnamento di Lacan, Astrolabio, 2021.
- J.-A. Miller, Pezzi staccati, Casa Editrice Astrolabio, 2006.
- J.-A. Miller, I paradigmi del godimento, Casa Editrice Astrolabio, 2001.
- D. Cosenza, Il muro dell'anoressia, Casa Editrice Astrolabio, 2008.
- D. Cosenza, Clinica dell'eccesso. Anoressia, bulimia, obesità, FrancoAngeli, 2022.

**Psicologo Psicoterapeuta, LA Sirena APS, Frosinone*