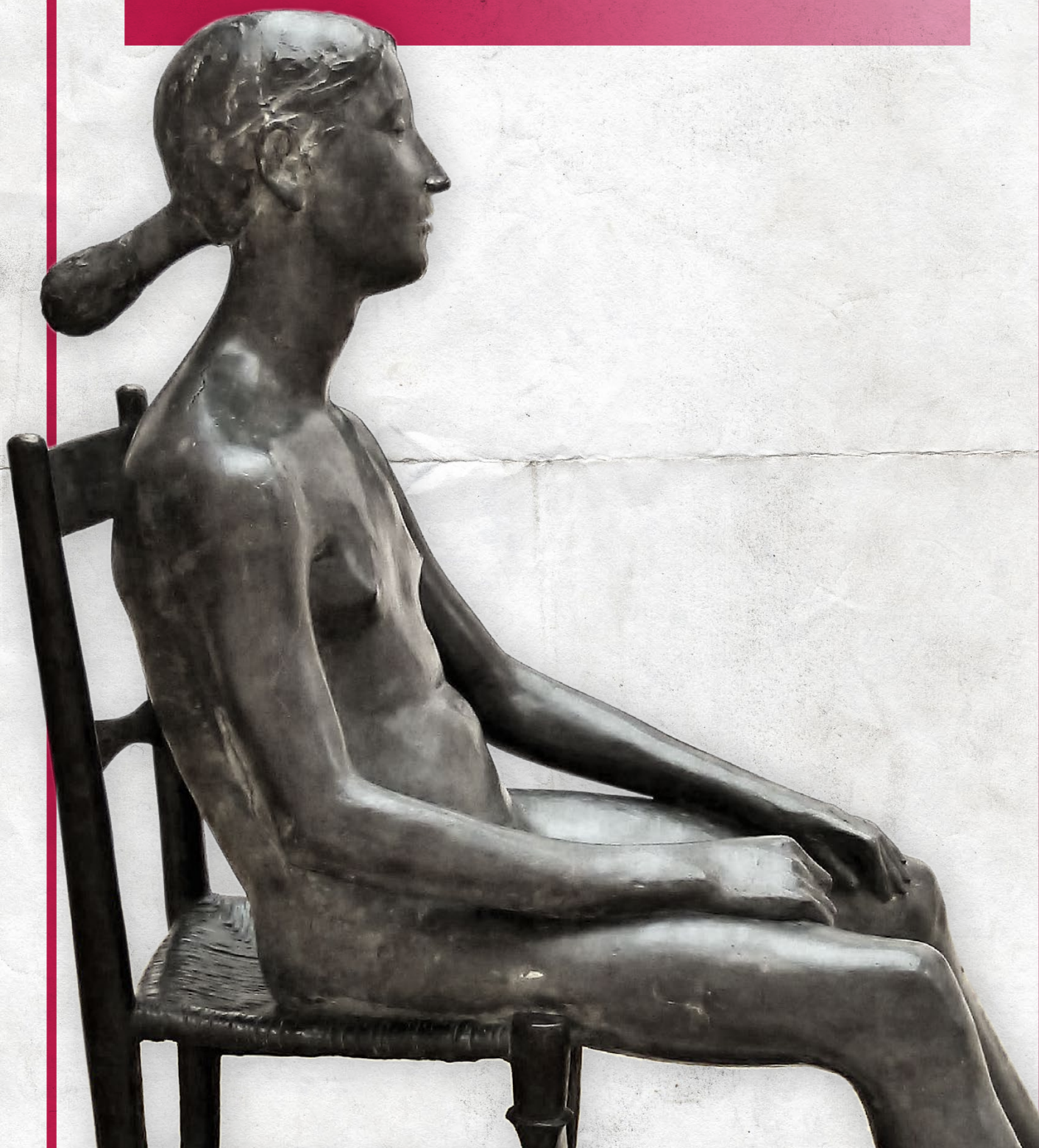




# PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

*Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)*





# SOMMARIO

Anno XXXVI • n. 1 • gennaio – giugno

## PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia  
Organo della Sezione Regionale Lombarda  
della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

**Fondata da:**  
Alberto Giannelli

**Diretta da:**  
Giancarlo Cerveri (Lodi)

**Comitato di Direzione:**  
Massimo Clerici (Monza)  
Mauro Percudani (Milano Niguarda)

**Comitato Scientifico:**  
Carlo Fraticelli (Como)  
Giovanni Migliarese (Vigevano)  
Gianluigi Tomaselli (Triviglio)  
Mario Ballantini (Sondrio)  
Franco Spinogatti (Cremona)  
Gianmarco Giobbio (San Colombano)  
Luisa Arosio (Voghera)  
Carla Morganti (Milano Niguarda)  
Federico Durbano (Melzo)  
Alessandro Grecchi (Milano SS Paolo Carlo)

Camilla Callegari (Varese)  
Antonio Magnani (Mantova)  
Laura Novel (Bergamo)  
Pasquale Campajola (Gallarate)  
Giancarlo Belloni (Legnano)  
Marco Toscano (Garbagnate)  
Antonio Amatulli (Vimercate)  
Caterina Viganò (Milano FBF Sacco)  
Claudio Mencacci (Milano FBF Sacco)  
Emi Bondi (Bergamo)  
Pierluigi Politi (Pavia)  
Emilio Sacchetti (Milano)  
Alberto Giannelli (Milano)  
Simone Vender (Varese)  
Antonio Vita (Brescia)  
Giuseppe Biffi (Milano)  
Massimo Rabboni (Bergamo)

**Segreteria di Direzione:**  
Silvia Paletta (ASST Lodi)  
Matteo Porcellana (ASST GOM Niguarda)  
Davide La Tegola (ASST Monza)

**Responsabile Comunicazione Digitale:**  
Federico Grasso (Lodi)

**Art Director:**  
Paperplane snc

**Gli articoli firmati esprimono esclusivamente  
le opinioni degli autori**

### COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a [info@psichiatriaoggi.it](mailto:info@psichiatriaoggi.it).

### EDITORE:

Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale  
dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS,  
1-24127 Bergamo  
Tel. 035 26.63.66 - [info@psichiatriaoggi.it](mailto:info@psichiatriaoggi.it)  
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88  
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni  
sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

## PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter  
attraverso il sito:  
[www.psichiatriaoggi.it](http://www.psichiatriaoggi.it)

### IN PRIMO PIANO

- 4** La difesa del diritto alla cura per i soggetti affetti da patologia psichiatrica di Cerveri G.
- 9** Proposta di programma per la Salute Mentale in Regione Lombardia Documento Congiunto CPPL-SIPLO-SIP
- 11** "Uscire dal convento" per andare verso una psichiatria postnormale di Toscano M.
- 14** Chi pensa alla salute mentale oggi? di Vender S.

### SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

- 21** La sperimentazione del Budget di salute dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano di Ferrario S., Grecchi A., Alaia M., Bordonaro V., Caccia A., Pisciotto G., Raguso V., Miragoli P.
- 26** Gli Interventi Assiſiti con gli Animali nei contesti psichiatrici di Guarisco C., Paganini M.A., Suter R.
- 34** "Piacere di conoscerti" Progetto pilota di Intervento Assiſito dall'Animale in contesto grupale dedicato agli utenti dei CPS afferenti al Progetto Giovani di Luchetta G.A., Collodello S., Carnevali S., Durbano F.
- 43** Emergenza Chemsex Mpdv, sessualità e rischio psicopatologico di Pinamonti H., Clerici M.
- 61** Percorsi intensivi territoriali di riabilitazione psicosociale con la metodologia del Budget di Salute: il Piano Urbano 2022-2024 di Polizzi M., Massarotto F., D'Avanzo B., Perillo A., Porcellana M., Morganti C., Percudani M.
- 68** Dai "percorsi di cura integrati per i minori autistici e le loro famiglie" alla visione inclusiva e continuativa dell'autismo del progetto "per.V.In.C.A" di Resi C., Quintini T., Contini R., Chiominto I., Cerveri G.

### PSICHIATRIA FORENSE

- 74** L'attualità: ragione e sentimento in materia di esecuzione penale dei pazienti autori di reato. di Amatulli A.
- 81** Prospettive e limiti della gestione del paziente forense tra "territorio" e "giustizia" di Provenzi M., Lagazzi M., Di Forti C.L., Affaticati L., Carrara G., Crespi G., Viganò D., Clerici M.
- 86** La detenzione domiciliare a persona affetta da gravi problematiche psichiatriche di Mantovani R. e Mantovani L.

### CONTRIBUTI DA ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

- 88** CONTRIBUTO AITERP – ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA (ATS)  
The world forgetting, by the world forgot  
Un passo indietro...tre in avanti.  
Una riflessione riabilitativa sulla condizione di Abelardo ed Eloisa di Fossati E.M., Racioppi L., Scagliarini V.
- 92** CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M.  
IPronto soccorso psichiatrico ad accesso diretto in psichiatria: evoluzione o involuzione? Uno studio qualitativo di De Paola T., Romano F., Elsa V.

### ANGOLO DELLA REDAZIONE

- 104** La vita del mondo che verrà di Giannelli A.
- 110** Sindrome della rassegnazione: uno sguardo alla complessità di Pantalone A.
- 115** Rosalba Terranova Cecchini  
Una vita per la psichiatria e la transcultura di Aliverti M.



# L'ANGOLO DELLA REDAZIONE

*Riflessioni e commenti e suggestioni dal mondo della salute mentale*

## La vita del mondo che verrà

di Alberto Giannelli

FONDATORE DELLA RIVISTA PSICHIATRIA OGGI

**G**li è il titolo apre alla **speranza** di un mondo migliore di quello che stiamo vivendo (la guerra in Ucraina, ad esempio) o che, come nel caso della pandemia Covid 19 o dell'alluvione della Romagna, abbiamo vissuto. Ma che cosa è la speranza? Agostino (sant'), vescovo di Ippona, in una delle sue tredici *Confessioni* (intorno al 398 d.C.) dice che è la memoria del futuro, i razionalisti, in primis G.W. Leibniz (XVII sec.), che è la fede nel futuro. Personalmente, direi che è il sentimento che permette alla vita di esserci, che sospinge l'esistenza verso il domani. Sperare nel futuro include l'attesa: noi attendiamo che quel domani sperato si realizzi. Senza attesa non c'è futuro, e senza futuro non c'è attesa. Il sentimento della speranza è comune a ogni uomo, sano o malato che sia, ma poiché l'uomo è instabile, contraddittorio, mutevole nei sentimenti e

*Oh memoria, nemica mortale del mio riposo!*

Miguel de Cervantes

nei comportamenti, essa oscilla, sparisce, ritorna, a seconda delle circostanze cui la vita lo espone. La **temporalità** è una

categoria dell'esistenza umana, sia quella oggettiva misurata dalle lancette dell'orologio e uguale per tutti, che quella vissuta, soggettiva, diversa per ciascuno di noi. Il sentimento della speranza non può che essere coniugato con la categoria del tempo. (Tra l'altro, ognuno di noi crede di sapere che cos'è il tempo, ma, se richiesto di spiegarlo, si trova in imbarazzo).



*L'Attesa – Ettore Tito, 1930*

Quando quello della speranza è un sentimento forte, l'attesa diventa insopportabile e si giunge a "presentificare", anticipare, il domani: è una intuizione agostiniana quella che **il presente del futuro sia l'attesa**. Il depresso grave è ripiegato sul presente, per lui non c'è né attesa né speranza, solo il passato ritorna con angoscianti sentimenti di colpa (a volte, anche di vergogna).

**Per lui non c'è alcun mondo che verrà.** L'avvenire gli è precluso, se non quello avvolto nel buio della morte. Solo nella depressione grave la temporalità è destituita di un senso da tutti condiviso, e lo è in modo definitivo, lineare o circolare che sia la nostra concezione di tempo. Sentimenti quali la noia, l'inerzia progettuale, l'accidia, la nostalgia, la solastalgia, l'infelicità, che possono essere al confine con la depressione grave, a volte ne sono addirittura segnali premonitori, possono essere contrassegnati da screzi, sospensioni, riprese, nella percezione del tempo, che ora passa, ora non passa mai. Diversa la situazione nelle varie forme dello spettro schizofrenico, caratterizzate dalla perdita o dalla sospensione transitoria del contatto vitale con la realtà. Un tema così ampio che solo un'epitome ben fatta sarebbe utile, se non necessaria.

*Il monaco è un piromane in cui brucia  
l'incendio della fede*

P. Rumiz

*Aspettare e attendere nel linguaggio comune sono sinonimi.* Ma, nel discorso che tento di fare, vorrei evidenziare delle **differenze**. Entrambi provengono dal latino: *expectare* l'uno, *tendere* l'altro.

Tuttavia, nel corso del tempo, hanno assunto anche significati diversi, applicati a situazioni diverse.

*Riporto qualche esempio per farmi intendere.* Di una donna incinta si dice che aspetta; prima di uscire per fare due passi aspetto che cessi di piovere (perché si tratta soltanto di un temporale); l'amico che aspetto nel luogo e all'ora che abbiamo concordato è in ritardo (ma so che la puntualità non è il suo forte). Ma trasferendomi in altri ambiti dico anche: quel collega di lavoro si è messo in aspettativa; mio cugino, che non vedevo da tempo, ha cambiato aspetto; in occasione del mio prossimo compleanno mi aspetto dei bei regali; non mi aspetto niente di buono mettendomi all'ascolto del giornale-radio. Non c'è ansia né paura negli esempi appena fatti, solo qualche spunto di rassegnazione, nessuna emozione particolare.

*Passo all'attendere.* Attendo l'esito dell'esame clinico fatto pochi giorni fa; attendo il tram che è in ritardo perché ho un appuntamento importante; con impazienza attendo che domani mi consegnino quel documento cui tengo molto; in quanto lo vedo ansioso e preoccupato il mio amico è teso (part.pass. di tendere). A differenza dell'aspettare, attendere comporta ansia, a volte paura. *C'è più futuro in attendere che in aspettare.* Il domani può dolorosamente deludere. Oggi non è stata una buona giornata, chissà che domani non vada meglio, una locuzione ricorrente nel comune parlare. Non c'è nemmeno assonanza fonetica tra i due verbi (aspettare e attendere). Ma nella nostra lingua li definiamo sinonimi, qualsiasi vocabolario si consulti.

*Anche il linguaggio religioso si è modificato con il passare del tempo.* Una volta il credente finiva sempre di recitare il *Credo* dicendo: "aspetto la vita del mondo che verrà". Oggi in molte chiese: "attendo la vita del mondo che verrà" (c'è già stato anche un cambiamento sul finire del *Pater Noster*: al posto di "non indurci in tentazione", si recita "non abbandonarci alla tentazione"). Nessun dubbio o ripensamento sulla opportunità di queste modifiche, che meglio rappresentano il concetto stesso della Divinità che *attende* al domani di chiunque creda. Ma c'è qualche cosa di più importante da mettere in evidenza, attinente al tempo visto sempre in una dimensione religiosa o, meglio, teologica. C'è l'**eternità**. In uno dei quattro vangeli canonici si legge che Gesù dice ai suoi apostoli: "chi mangia di questo pane vivrà in eterno" (gv. 6,51-58). L'eternità intesa come un tempo illimitato che si concretizza in un futuro che non avrà alcun termine. Nella religione cristiana l'Essere eterno per definizione indiscussa è Dio "Padre onnipotente, creatore del cielo e della terra, di tutte le cose visibili e invisibili". Tuttavia, nel linguaggio comune l'eternità è un termine iperbolico, abusato e riferito alle cose terrene. È un'eternità che ti aspetto, sei in ritardo, è una frase che si sente spesso e che rivela come il tempo oggettivo si disarticoli spesso da quello soggettivo.

*Contrapposta* al concetto dell'eternità come appena delineato sta una voce laica, quella dello scrittore Vladimir Nabocov: "la vita è un breve spiraglio di luce tra due eternità fatte di tenebra, quella che c'era prima di noi e della quale non ci preoccupiamo e quella che ci sarà una volta morti, e di questa abbiamo paura" (per la verità, sia pure con parole diverse, questo concetto l'aveva già espresso Michel de Montaigne molto prima). Come dire che l'eternità, sinonimo di immortalità, non c'è in quanto l'unica malattia mortale è proprio la stessa vita. A sua volta, Friedrich Nietzsche in uno dei suoi brillanti aforismi affermava che "nascere, eserci, diventare qualcosa, è una colpa che verrà pagata con la morte".

Come si evince dalle cose qui solo accennate, quello dell'eternità è anche un (complesso) problema di fede. Chi crede, senza nutrire dubbi, vede nella vita eterna non buio ma solo luce, si raffigura dopo la morte una paradisiaca vita dove regnano la pace e la beatitudine, e questa speranza lo aiuta a sopportare le numerose sofferenze che la vita terrena non manca di infliggergli. Molti malati gravi e consapevoli della fine imminente evitano il suicidio o di richiedere la morte assistita perché animati da questa potente speranza. Sono stato più di una volta a Lourdes come medico volontario su un treno-ospedale e so bene che valore abbia la speranza in chi crede, ma anche in chi la fede la sta ancora cercando.

Il mondo che verrà, stando ad alcuni interessanti studi, si allontanerà sempre di più se è vero che chi nasce oggi potrebbe vivere fino a 135 anni. Ci sarà allora il problema della *fullevity*, cioè del passaggio dalla durata alla pienezza della vita (di come viverla, oltre che di come arrivarci). Alessia Canfarini, con la collaborazione di altri esperti, ne parla in un libro che ha come titolo il neologismo di cui sopra, edito da Franco Angeli, Milano.

*L'immaginazione è molto più importante della conoscenza: la conoscenza è limitata, l'immaginazione abbraccia tutto l'universo*

Albert Einstein

Eppure della vita del mondo che verrà, ci sono già (e da molti anni) testimonianze, segnali, anticipazioni, nel mondo che ancora stiamo vivendo, tali da cambiare o avere in buona parte già cambiato le nostre abitudini, le relazioni con gli altri, il modo di lavorare e quello di studiare. La medicina da molti anni si avvale dei trapianti d'organo, della nanochirurgia, dell'impiego delle cellule staminali, del monitoraggio dei pazienti senza spostarli da casa, della robotica, dei progressi incalzanti della genetica. Nel complesso, un vero e proprio cambiamento di ricerca e di pratica applicazione.

*E la psichiatria?*

Prima di essere psichiatri siamo medici, ma in tale veste possiamo oggi fruire solo di alcune delle cose di cui gode la medicina attuale, ad esempio possiamo seguire dalla loro casa i pazienti nei loro comportamenti e/o praticare la telepsicoterapia. Come è successo nei lockdown durante l'epidemia Covid 19 e che può essere utile ancora per quelli che per vari motivi hanno difficoltà a spostarsi dalla loro residenza. Devo però dire che la telepsicoterapia non mi entusiasma perché nasconde o altera dei malati il linguaggio del corpo (le espressioni del volto, la gestualità, guardarli negli occhi, intuire la loro partecipazione piuttosto che la loro disperazione o indifferenza), perché comporta rischi per la privacy e manca di un setting adeguato. O in casi particolari (ad es. m. di Alzheimer) possiamo fruire della RMf).

Ma a noi psichiatri, per la cultura eterogenea (biologica, psicologica, filosofica) nella quale la nostra disciplina affonda le sue radici e grazie alla quale abbiamo fatto questa scelta professionale, va riconosciuto l'aiuto che abbiamo dato e continuiamo a dare alla restante medicina. Nessun'altra disciplina medica ha un retroterra culturale del genere, nessun'altra ha una metodologia di intervento

---

così personalizzato, più impegnato nel *logos* che nel *topos*. *La vocazione umana e sociale della psichiatria è il motivo stesso del suo esserci*. E si riflette nell'ascolto e nel dialogo empaticamente connotato. Alla restante medicina la psichiatria ha insegnato come si costituiscono i presidi territoriali e le consulenze psichiatriche nei vari reparti dell'ospedale permettono di individuare i problemi psichici dei pazienti, celati sotto la loro patologia somatica. Si sa, del resto, che in psichiatria *la storia della vita prevale spesso sulla storia clinica*.

Nell'ingresso nella vita del mondo che verrà sta prendendo rapidamente uno spazio sempre maggiore *l'intelligenza artificiale (AI)* con la quale anche la psichiatria dovrà certamente fare i conti. Penso al robot che in un reparto psichiatrico sostituisca un infermiere professionale, magari di questi più preciso e puntuale, ma privo di calore affettivo e della capacità di erogare speranza e di aiutare a sopportare la solitudine; penso a questo nostro Io iperconnesso ma sempre più isolato (e tale isolamento sociale facilita il deteriorarsi delle facoltà cognitive già nei giovani, senza peraltro sottovalutare negli anziani il venir meno nel loro cervello della sostanza grigia); al *Chat GPT* e al *GPT4* che sono i relativamente nuovi software di *AI*, gratuiti, ma da scuole soprattutto americane già banditi, in grado in pochi secondi di scrivere testi, risolvere complessi problemi matematici, tradurre versioni da molteplici lingue, e altre cose ancora, quindi "amici digitali" o se si preferisce "robot dialoganti" che gratuitamente ti fanno i compiti a qualsiasi ora, ma resta il dubbio che ti diano risposte generiche o non sempre attendibili; penso anche al metaverso quale spazio di realtà virtuale importante nella ricerca e nella formazione, ma in un futuribile scenario applicabile nella pratica clinica, coinvolgendo gli stessi pazienti. Ma, ancora, penso anche che il mondo analogico non stia scomparendo del tutto: quella intelligenza naturale della quale siamo dotati fin dal principio della vita ci distingue, per la sua capacità di crescere e di adeguarsi alle nostre mutevoli esigenze, da una "macchina" emotivamente impassibile

e rigorosamente ancorata ad algoritmi preformati. Penso (o mi auguro?) che l'etica della responsabilità nel senso di Max Weber mantenga o recuperi il suo valore e che l'uomo tecnicamente più dotato non smarrisca il senso della sua umanità. Detto in altre parole, *spero che non si arrivi alla situazione nella quale scienza e tecnica rendano opache o addirittura cancellino le capacità umane, quelle naturali*. Eppure, ci sono studiosi che sono convinti che *AI* renderà l'umanità più intelligente, più capace e più creativa, e, nel loro ottimismo, stanno creando "macchine" che ci vengano in aiuto per valorizzare le caratteristiche migliori dell'umanità.

Comunque sia, la psichiatria dovrà fare i conti con una realtà che cresce assai velocemente, tenendo anche conto che da noi il livello di competenza digitale è piuttosto basso. E so – è questo desta in me qualche inquietudine – che sono in corso progetti di robot religiosi e di macchine teomorfe.

Faccio un'altra breve riflessione: oltre che una *AI c'*è o potrà esserci un *carattere artificiale?*, domanda che alcuni, tra cui Maurizio Ferrarsi, si è già posto. A parte il fatto che non ho ancora ben capito se è il destino che forma un carattere o se è quest'ultimo che decide del nostro futuro e che non ho mai trovato nei libri di psicologia o di psichiatria una univoca definizione del carattere (con buona pace di E. Kretschmer), la mia risposta alla domanda di cui sopra è no. Perché il carattere (parola che ricorre spesso anche nel comune linguaggio) fa parte di un organismo, di un corpo vivente, nel quale abitano timori, amori, odi, speranze e sentimenti.

Tornando alla *AI*, la quale già adesso, ma soprattutto in un futuro ormai prossimo, si applica in tutti i campi della imprenditoria, dell'industria, della tecnologia (sorella della scienza), della scuola e del lavoro, addirittura dell'arte e della narrativa, oso pensare che non sia in grado di superare l'intelligenza umana, naturale. Intendo dire che quest'ultima manterrà quella intrinseca capacità innovativa, analitica e creativa che la caratterizza dalla nascita dell'*homo sapiens*. È possibile che se chiedo

alla “macchina” di recitare o scrivere una intera Cantica della Divina Commedia me lo faccia in pochi secondi, ma resterà solo a me il compito di analizzare, criticare, e, soprattutto, comprendere il senso di quei versi. E vivere le emozioni che ne derivano. Sicuramente diverse da quelle di un altro che chieda alla “macchina” la stessa, identica cosa. La scuola deve trasmettere il sapere. Ma anche e soprattutto la curiosità, la voglia e il desiderio di sapere. E, aggiungo, deve educare (dal latino *educere*, tirare fuori, nel nostro specifico caso dall’interiorità e percepirne e analizzarne i contenuti). La “macchina” non è in grado né lo sarà, se non in un lontano, imprevedibile, futuro, di fare queste cose appena dette.

*Senza riguardo, pudore, compassione  
mi han costruito alte mura tutt’intorno  
e ora me ne sto qui seduto a disperarmi  
penso ad altro: mi rode questa sorte;  
perché avevo da fare molte cose  
Mentre costruivano, perché non mi accorsi?  
Non udii mai strepiti e voci di muratori.  
Inavvertitamente mi hanno escluso dal mondo.*  
C. Kavafis in “Mura”

*Che la psichiatria stia invecchiando* (e gli psichiatri in parte ne sono stati responsabili se pensiamo al ritardo con cui se ne sono accorti, fin quando i muri dei manicomi non sono stati definitivamente demoliti), e *abbia la necessità di rinnovarsi non c’è dubbio. La psicopatologia o, meglio, la sua conoscenza è il mezzo più idoneo.* Dico questo in un periodo in cui la nostra disciplina rischia di inciampare, senza riuscire a rialzarsi, nella fitta rete di innovazioni tecnoscientifiche di cui prima ho parlato e rischia di abusare della erogazione di farmaci. Purtroppo i giovani che escono specializzati dalle nostre università di psicopatologia sanno poco, perché buona parte delle scuole di specializzazione prediligono i paradigmi neurobiologici a quelli ermeneutico-psicologici, nel tentativo (per ora vano) di essere al passo delle altre specializzazioni

mediche, trascurando il fatto che la psichiatria è sì una disciplina medica, ma lo è a suo modo, come ho qui accennato, ma in altre occasioni più estesamente scritto (*Follia e psichiatria: crisi di una relazione*, F. Angeli, Milano 2006; *Una domanda inquietante: la politica trascura la salute mentale?*, *Psichiatria Oggi*, 2022). Raramente, parlando con specialisti appena formati, ne ho trovati ben pochi che abbiano letto o almeno incontrato nei loro percorsi culturali Freud, Jung, Jaspers, Minkowski, Schneider, Binswanger, per citare, tra tanti altri, gli autori che hanno dato vita alla psicopatologia dinamica e a quella fenomenologica mitteleuropea (e di quest’ultima in Italia, hanno trovato validi emuli in Cargnello, Barison, Callieri, Morselli, Calvi, Ballerini, e altri tuttora in attività, primo fra tutti Borgna).

La conoscenza della psicopatologia è *necessaria* in quanto preliminare a qualunque psichiatria (a prescindere, dunque, dai modelli culturali e operativi di quest’ultima) e in quanto ne legittima l’esercizio professionale stesso. Il modello psicoanalitico mira alla conoscenza del *perché* di un dato disturbo psichico, quello fenomenologico al *come*. Il primo si ancora alla metapsicologia di Freud e dei suoi epigoni e ha subito nel passare del tempo alcune variazioni teoretiche, ma anche operative, e ha legittime aspettative terapeutiche. Il secondo mira all’accoglienza e alla comprensione dell’essere malato, e richiede empatia, e non la rigida neutralità del curante. Vale la pena di ricordare qui, sia pure in modo succinto, che la psicopatologia fenomenologica si dirama in due direzioni: quella soggettiva che fa capo a Jaspers e quella fenomenologica-antropologica che fa capo a Binswanger. Come più volte ha ribadito Borgna, entrambe interpretano la malattia come una realtà umana che si realizza nell’incontro, e nello scacco dell’incontro, con l’altro — da sé — non destituita di senso, ma consegnata ad un orizzonte di senso, sorpassando una concezione individualistica dell’esperienza psicotica. Quando parlo di modelli psicologici-ermeneutici intendo sia quello psicoanalitico che quello fenomenologico-antropologico.

*Passare dal sintomo al vissuto* — operazione che distingue nettamente la psichiatria dalla restante medicina — significa passare da un momento oggettivante a uno di dotazione di senso, per cui nell'ambito della relazione si attribuisce un senso a ciò che appare insensato, recuperandolo alla soggettività. Per fare questa operazione è necessario che l'ascolto e il dialogo — momenti fondamentali della relazione — siano dotati da parte del curante di *empatia*. Poiché di questa parola si fa spesso un abuso penso che sia opportuno delinearne significato e limiti. L'empatia (*Einfühlung*, nell'estetica romantica del XVIII sec.) consiste nella capacità di immedesimarsi nell'altro *rimanendo sé stessi*, fino a coglierne (o intuirne) i pensieri e lo stato d'animo. Va considerata una disposizione preliminare del terapeuta, a prescindere dal suo specifico orientamento. È qualche cosa vicina, ma diversa dal transfert che si sviluppa nel trattamento psicoanalitico.

Qualsiasi medico o infermiere professionale deve al malato rispetto e gentilezza, e deve avere la capacità di rispondere alle sue richieste in modo sollecito e rassicurante, ma non per questo deve essere o riesce ad essere empatico nei suoi confronti. La medicina contemporanea, tecnologicamente assai ricca e complessa, concede poco spazio all'attenzione e alle modalità dell'accoglienza di chi si appresta a curare. Essa si preoccupa dei sintomi che il paziente lamenta e senza mediazione passa alla diagnosi, il più delle volte servendosi dei mezzi strumentali a sua disposizione. Essa ignora che l'ascolto e il dialogo non devono essere subalterni allo sguardo, all'osservazione del corpo, alla sua totale oggettivazione. Si occupa più di questo o quell'organo che dell'organismo nel suo complesso, del quale fa parte la mente. Naturalmente, motivi organizzativi di cui abbiamo parlato, sia E. Borgna (in *L'agonia della psichiatria*, Feltrinelli, Milano, 2022) che io stesso in un precedente articolo già citato, concorrono a questo modo di pensare e di operare, e sono motivi che penalizzano proprio la psichiatria, non riuscendo a evitarne l'eccessiva medicalizzazione.

Empatia, passaggio dal sintomo al vissuto, ascolto e

dialogo, porre in primo piano la storia della vita rispetto a quella clinica (fatte salve, naturalmente, le situazioni d'urgenza), privilegiare l'ascolto allo sguardo (rispettando le inevitabili fasi di silenzio) sono elementi fondamentali della riflessione psicopatologica, necessaria a rivitalizzare la vocazione umana e sociale della psichiatria, evitandole la deriva verso una medicina mentale che ne minerebbe l'autonomia e il ruolo indiscutibile nel progresso della salute mentale. Già stiamo correndo il rischio della neurocolonizzazione della mente da parte delle neuroscienze. Cerchiamo di evitare una sua acritica adesione ai nuovi modelli offerti dagli sviluppi della tecnologia e della scienza. Manteniamole il suo singolare fascino di essere al confine della scienza o essa stessa scienza di confine. La sua specifica posizione nell'area della medicina va salvaguardata, senza che per questo non riconosca quanto di buono o, meglio, di utile le potrà derivare dall'inesorabile processo di digitalizzazione in corso (si veda nel numero di febbraio 2023 di *World Psychiatry* il primo dei due editoriali).

Tralasciando in questa sede i problemi operativi e organizzativi, e fissando la nostra attenzione su quelli culturali e formativi delle nuove leve di psichiatri occorre rivedere le *modalità didattiche delle scuole di specializzazione*. In modo che chi le frequenta conosca la storia della psichiatria nelle sue luci e nelle sue ombre, prenda coscienza e consapevolezza degli indirizzi che questa nostra disciplina che io, sfidando l'ossimoro, definisco *indisciplinata* rispetto alla restante medicina, vale a dire l'indirizzo neurobiologico e tecnologico e quello ermaneutico-psicologico, dandogli la possibilità di maturare, nel corso dei cinque anni della scuola, delle scelte personali. Tenendo però conto che anziché muri che separino si costruiscano ponti di comunicazione tra i due indirizzi e tenendo anche presente l'importanza che hanno nella formazione del nuovo psichiatra la cultura umanistica e una cifra caratterologica impostata sulla dote dell'altruismo (innato o acquisito che sia) e sull'obiettivo di evitare alla psichiatria la deriva di ritrovarsi sempre come cenerentola nel panorama sanitario di cui legittimamente fa parte.



## COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo [redazione@psichiatriaoggi.it](mailto:redazione@psichiatriaoggi.it)

### NORME EDITORIALI

**Lunghezza articoli:** da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

**Cartella:** Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

**Ogni articolo deve contenere nell'ordine:**

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:

1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail [redazione@psichiatriaoggi.it](mailto:redazione@psichiatriaoggi.it) in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.

**Presidente:**

Mauro Percudani, Milano

**Presidente Eletto**

Massimo Clerici, Monza

**Segretario:**

Giovanni Migliarese, Vigevano

**Vice-Segretario:**

Matteo Porcellana, Milano

**Tesoriere:**

Gianluigi Tomaselli, Treviglio

**Consiglieri eletti:**

Antonio Amatulli  
Luisa Aroasio  
Stefano Barlati  
Scilla Beraldo  
Giorgio Bianconi  
Debora Bussolotti  
Paolo Cacciani  
Camilla Callegari  
Simone Cavallotti  
Federico Durbano  
Gian Marco Giobbio  
Alessandro Grecchi  
Carlo Fraticelli  
Carla Morganti  
Silvia Paletta  
Nicola Poloni  
Paolo Risaro  
Matteo Rocchetti  
Marco Toscano  
Caterina Viganò

**RAPPRESENTANTI**

**Sezione "Giovani Psichiatri":**

Francesco Bartoli  
Giacomo D'Este  
Filippo Dragona  
Claudia Palumbo  
Lorenzo Mosca  
Matteo Rocchetti

**Membri di diritto:**

Giancarlo Cerveri  
Emi Bondi  
Pierluigi Politi  
Emilio Sacchetti

**Consiglieri Permanenti:**

Alberto Giannelli  
Simone Vender  
Antonio Vita  
Giuseppe Biffi  
Massimo Rabboni  
Claudio Mencacci