Associazione Italiana di Psicologia Giuridica
AIPG Newsletter
n° 52
Luglio 2013 – Luglio 2014

Consiglio Direttivo
Presidente: *Paolo Capri*
Vice Presidente: *Maddalena Zucconi Galli Fonseca*
Tesoreria: *Anita Lanotte*
Segreteria: *Stefano Mariani*
Consiglieri: *Maria Armezzani, Rocco Emanuele Cenci, Lucia Chiappinelli, Anna Maria Giannini, Fiorella Giusberti, Massimo Saccà, Tommaso Sciascia*

IDEE A CONFRONTO

Il rapporto reo minorenne-vittima in un'ottica psicologico-giuridica. Brevi riflessioni sulla mediazione penale

Editoriale di
Paolo Capri 1

PARERE DELL'ESPERTO

Linee Guida: Paradigma o Dogma?

di Giovanni Zurino 3

Ludopatia e Amministrazione di Sostegno

di Michela Mazzelli 14

Stalking: Co-costruzione di una Relazione?

di Laura Seragusa 16

Notizie dall'Associazione 23

IL RAPPORTO REO MINORENNE-VITTIMA IN UN'OTTICA PSICOLOGICO-GIURIDICA. BREVI RIFLESSIONI SULLA MEDIAZIONE PENALE

di

Paolo Capri

Presidente AIPG

Affrontando la questione ancora aperta della mediazione penale all'interno del processo penale minorile, ci si confronta, da subito, con gli ostacoli emotivi del dolore e del sacrificio.
Il senso del sacrificio, che è alla base dell'incontro tra il reo minorenne e la vittima, andrebbe affrontato attraverso lo sguardo sia di chi ha vissuto un dolore troppo forte – la vittima – sia attraverso lo sguardo e il sentire del reo, di chi ha inferto quel cambiamento alla vita dell'altro. Stiamo parlando di reati contro la persona, che spesso investono il campo dell'intimità dei sentimenti e del dolore.
Il sacrificio, nella nostra rappresentazione, dovrebbe riguardare qualcosa che ha a che fare con uno sforzo, ovvero il rinunciare a qualcosa in vista di un fine. Durkheim considerava il sacrificio come un qualcosa che coinvolgeva la vita sociale, con il fine dell'utilità in funzione di un qualcosa da ottenere. Dunque, un cambiamento, una trasformazione, una modificazione degli spazi nei quali vivere.
Senza volere appesantire il tema, vorremmo tornare al rapporto reo-vittima visto con lo sguardo della mediazione penale, istituto introdotto dal processo penale minorile, utile, in teoria, alla riabilitazione sociale del reo, attraverso i concetti di responsabilizzazione e consapevolezza dei propri sbagli, e alla ricomposizione della vittima, intesa come necessità interna e sociale. Interna, perché l'accettazione del confronto con chi ha prodotto un grande dolore può portare ad un superamento dello stallo emotivo dell'odio, ed esterna, come riconoscimento sociale – necessario per la vittima – del dolore subito e del superamento dello stato di vergogna che la porta al nascondimento e al ritiro.
La possibilità dell'incontro coinvolge emozioni profonde, sentimenti laceranti e, soprattutto, di-

sponibilità vera verso l'altro e verso i vissuti profondi della propria anima. E' per questi motivi che la mediazione penale è difficile da realizzare, perché le emozioni, negative, ambivalenti e devastanti, tendono sempre a prendere il sopravvento. Dovrebbero prevalere quelle positive, di emozioni, per andare incontro ad un cambiamento, ma il sacrificio imposto dall'altro è sempre difficile da affrontare.

Dunque, il tema centrale della mediazione penale nasce sul focus relativo al reo e alla vittima come persona, alla conoscenza dei protagonisti che hanno comunque delle necessità. In particolare, alla vittima dovrebbero essere riconosciuti i suoi diritti e soppesata l'offesa ricevuta, ma difficilmente si riescono a cogliere davvero i risvolti emotivi che il reato ha provocato.

Entrando nello specifico, l'esperienza di mediazione si fonda su due principi:

1. l'ammissione di colpevolezza e di responsabilità da parte del minore e la sua disponibilità ad incontrarsi con la vittima
2. la libera disponibilità della vittima ad incontrarsi con l'autore del reato.

Il contesto culturale di riferimento è quello di una giustizia riparativa, nella quale lo Stato ritiene più efficace risolvere i conflitti, assegnando alle parti un ruolo attivo nella risoluzione del conflitto, piuttosto che esercitare l'azione punitiva.

L'attività di mediazione, in riferimento al settore penale minorile, si configura come attività realizzata da un terzo equidistante, finalizzata a realizzare una comunicazione tra due parti che sono in conflitto, su posizioni contrapposte. È un intervento in linea con i principi cui si ispira tutta la legislazione penale minorile che privilegia in pieno i processi di responsabilizzazione e di maturazione del minore, favorendo la comprensione delle reciproche posizioni, quella del reo, aiutato a comprendere gli effetti prodotti dal reato sulla vittima, quella della vittima attraverso la ricerca di un contesto che accoglie le sue emozioni, potendosi dunque confrontare con queste, e che le consente di interagire con il reo.

Naturalmente, il concetto di riparazione è alla base della possibilità dell'incontro, laddove nel processo di mediazione la vittima è considerata persona e non come semplice beneficiario di un eventuale risarcimento materiale. Il risarcimento materiale è, dunque, solo un aspetto della riparazione che ha anche contenuti di tipo psicologico e morale.

Si potrebbe dire, però, che alla base di tutto ci sia la possibilità, interna per entrambi i protagonisti, di dare il consenso, una disponibilità a riesaminare i propri comportamenti in un contesto relazionale dove non esiste il giudizio, volto a facilitare l'espressione e la riflessione su fatti e comportamenti per capirne le motivazioni. Dunque, le motivazioni sono fondamentali, sia per comprendere il perché di determinati agiti, sia per realizzare la mediazione, che si inserisce, peraltro, in un dibattito culturale in cui si cerca di dare ai reati commessi dai minori una risposta diversa passando da un'ottica retributiva ad un'ottica riparativa e riconciliativa.

In questo processo di trasformazione tutti sono coinvolti, dal minore, che avrà la possibilità di comprendere le proprie azioni e il valore del danno procurato, costruendo un percorso maturativo importante per sé stesso e per la società, alla vittima, che avrà la possibilità di canalizzare le energie sull'altro reale, non fantasmatico e mostruoso come le rappresentazioni mentali di sofferenze alle volte creano. Ma il processo di trasformazione coinvolge anche le strutture della comunità locale, attraverso il farsi carico dei problemi della devianza, costruendo percorsi guidati dove il minore reo può essere accompagnato e aiutato, ma il coinvolgimento riguarda anche l'intera società in quanto il reo e la vittima, in questo modo, attraverso la mediazione penale portano a compimento quel processo trasformativo che ha alla base la possibilità del recupero sociale per il minore e la comprensione della sofferenza per la vittima.

Dunque, l'obiettivo è trasformare un fatto-reato in un incontro tra due persone, con l'opportunità di una visione diversa del fatto-reato da parte di entrambi, per il minore per comprendere i risvolti emozionali del dolore provocato, per la vittima per comprendere anche i perché della sofferenza patita, partendo dalla considerazione dei ruoli asimmetrici delle parti rispetto al conflitto, in quanto la posizione di vittima e di reo debbono essere definite attraverso una diversità che deve essere sempre e comunque riconosciuta.

L'incontro con l'altro assume, dunque, il valore del superamento del sacrificio, attraverso una visione nuova che implica molte disponibilità. E' per questo motivo che entrambi dovrebbero essere accompagnati all'incontro solo dopo un percorso di aiuto, dove la consapevolezza del dolore, per il minore e per la vittima, potrà essere la base su cui confrontare le tante emozioni.

Per concludere, l'interrogativo che rimane aperto è cosa fare e come fare per realizzare davvero il per-

corso di mediazione penale anche in Italia, cosa che al momento appare molto difficile. E' un istituto che ha valore prevalentemente teorico, come fosse rimasto sulla penna del legislatore, in senso pratico forse mancano, da noi, le giuste mentalità e cornici di supporto valide e adeguate per affrontare percorsi così complessi e articolati.

PARERE DELL'ESPERTO

Linee Guida: Paradigma o Dogma?

di

Giovanni Zurino

Avvocato, Foro di Perugia

Il nostro è senza ombra di dubbio un tempo di crisi, un tempo in cui finanche l'illusoria panacea dello scientismo non è più in grado di sovrastare la vertigine della caduta di ogni struttura immutabile. Prendiamo le mosse proprio da questi ordini sottratti alle leggi del divenire per introdurre il nostro tema, facendo riferimento appunto al mondo greco che su quelli fu il primo a teorizzare.

"Nacque, lavorò e morì", è il fulminante compendio della vita di Aristotele che Martin Heidegger pronunciò durante il corso sul libro II della "Retorica" nel semestre estivo del 1924 a Marburgo[1]. L'impressionante produzione del pensatore greco è testimoniata dalle opere cosiddette acroamatiche che comprendono scritti di logica, metafisica, fisica, storia naturale, matematica, psicologia, etica, politica, economia, poetica e retorica. La diversità delle materie trattate, la densità delle opere ed il grado di sistematizzazione lasciano del tutto sgomenti, quasi atterriti, per l'incomparabile impegno profuso dallo stagirita nell'intento di dare la più vasta dimensione possibile ad una conoscenza umana strutturata. Ma, probabilmente, se Aristotele avesse vita ai giorni di oggi, anch'egli rabbrividirebbe di fronte all'agghiacciante ipertrofia delle discipline teoriche che a varia guisa pretendono di essere riconosciute nel campo del sapere. Basterebbe raggiungere qualsiasi Ateneo o, dati i tempi moderni, navigare sul web per constatare alla lettura dei programmi universitari che si insegnano materie di cui ignoravamo finanche l'esistenza, quasi che l'impensabile abbia fatto ingresso nel campo del reale, strappato dalle menti più eccellenti dall'Iperuranio. Dominare anche solo una di queste dottrine, oggi, si presenta come un'impresa titanica, sovrumano sforzo che forse avrebbe sfibrato finanche il Sommo Aristotele.

È proprio così, il sapere che il mondo greco aveva cercato di tenere insieme dentro il pensiero filosofico si è frammentato fino a quasi polverizzarsi. Si è persa, forse definitivamente, l'antica unità della conoscenza.

A questa unità si è sostituito il tentativo della scienza di dominare tutte le cose. Nel 1929 alcuni tra i più insigni membri del "Circolo di Vienna" scrivevano: "nel lavoro d'indagine in tutti i settori della scienza empirica è vivo questo spirito di *una concezione scientifica del mondo"*[2]. Di qui il tentativo di arrestare la corsa verso la "verità" di tutte quelle impostazioni dottrinarie che non avessero rispecchiato i parametri stabiliti di "scientificità".

Con il presente lavoro, tuttavia, non si intende porre e sottoporre a giudizio, anche perché sarebbero al difuori della nostra modesta portata intellettuale, i maggiori problemi che attanagliano i filosofi della scienza.

Da qualche anno però anche l'orizzonte culturale del giurista, terreno elettivo di chi scrive, è mutato. Ricordando la sentenza Daubert vs. Merrel-Dow Pharmaceutical, Inc. della Corte Suprema degli Stati Uniti d'America pronunciata nel 1993, che vasto eco ed influsso ha prodotto anche all'interno del nostro ordinamento giuridico per il fatto che stabilì i criteri di ammissione nel processo della prova scientifica, Sergio Lorusso afferma che "non è un caso che dal momento dell'emissione della suddetta sentenza sempre maggiore spazio abbiano trovato nella letteratura nordamericana gli studi relativi al metodo scientifico e alla sua applicazione nella stima della prova"[3]. Oggi un giurista è chiamato a rispondere a temi quali "i criteri di validità scientifica e verificabilità empirica, l'evoluzione delle concezioni della scienza e i problemi della verità e della probabilità"[4]. È quanto ci siamo chiesti. Ma allora va posta la domanda del perché di un'indagine sulle "linee guida". Crediamo che la presente riflessione fosse, come dire, necessitata. In primo luogo, perché, come Paolo Capri ha sottolineato più volte, sono di fondamentale importanza i criteri ed i pa-

[1] F. Volpi, *"É ancora possibile un'etica? Heidegger e la filosofia pratica"*, in Acta Philosophica, vol. 11, fasc. 2, pagg. 291-313.

[2] H. Hahn, O. Neurath, R. Carnap, *Wissenschaftliche Weltauffassung. Der Wiener Kries*, Wolf, Wien, 1929; trad. it., *La concezione scientifica del mondo. Il Circolo di Vienna*, Laterza, Roma-Bari, 1979.

[3] S. Lorusso, *La prova scientifica*, AaVv., *La prova penale*, diretto da Alfredo Gaito, Vol. I, Il sistema della prova, UTET Giuridica, Torino, 2008, pag. 311.

[4] M. Taruffo, *Le prove scientifiche nella recente esperienza statunitense*, RTPC, 1996, pag. 239.

rametri metodologici che il perito deve conoscere ed esporre nell'ambito dello svolgimento del suo ruolo all'interno del processo[5]. In secondo luogo, per lo stesso proliferare dell'applicazione di linee guida e protocolli su varie discipline che vanno dalla medicina, alla psichiatria, alla neuropsichiatria, alla psicologia, alla psicologia giuridica, per arrivare finanche ad abbracciare il mondo del diritto, soprattutto nel suo aspetto pratico. In terzo luogo, anche se questo è stato uno spunto "posticcio", perché nel setacciare la complessa produzione delle linee guida, leggendo l'ultima versione della "Carta di Noto" firmata a Siracusa e Noto nel 2011, ci siamo imbattuti nei dettami dell'art. 1. In esso è scritto che "nel raccogliere e valutare le informazioni del minore gli esperti devono: a) utilizzare metodologie evidence-based […]"[6]. Di seguito vedremo la correlazione.

Dobbiamo però avvertire che il presente studio non è volto a criticare in maniera specifica alcuna delle linee guida oggi diffuse in senso alla psicologia giuridica. La finalità del presente scritto, anche a dispetto del fatto che al suo interno si troveranno temi che esulano dai compiti dello psicologo giuridico, è quella di stimolare la riflessione di quest'ultimo affinché sottoponga ad accurata indagine sia i metodi che egli stesso applica nella sua funzione ausiliare del Giudice che quelle metodologie sottostanti alle teorie che lo stesso impiega nella fase di valutazione e risposta ad ogni quesito giudiziale.

È venuto allora il momento di rispondere ad una prima articolata domanda: che cosa sono, quando e come nascono le linee guida.

In prima approssimazione, facendo un'osservazione molto generale sui suddetti strumenti, in vero piuttosto variopinti tra di loro, sia per le differenze che connotano ogni singola branca scientifica, sia per gli elementi strutturali di cui sono composte le singole produzioni, ritengo che questi congegni intellettuali posseggano almeno tre scopi in comune. Il primo è di ordine etico, ed è teso all'esortazione degli operatori a regolarsi nel rispetto di alcune regole etico-deontologiche di fondamentale valore. Il secondo sottende l'esigenza di riduzione della complessità teorico-scientifica delle materie di cui trattano nonché quelle di formazione e di aggiornamento professionale. Il terzo, in parte sviluppo del secondo, può essere visto nella semplificazione del *decision making*, offrendo delle soluzioni a "portata di mano" nella prassi.

Innanzitutto, le linee guida nascono nel campo della scienza medica. La definizione più nota di Linee Guida è quella formulata dall'Institute of Medicine nel 1992 che le definisce come "*raccomandazioni sviluppate in modo sistematico per assistere medici e pazienti nelle decisioni sulla gestione appropriata di specifiche condizioni cliniche*"[7]. Ad essere rigorosi il termine linee guida è spesso usato in modo impreciso e scambiato con altri strumenti come i protocolli e le procedure. In via di sintesi per "protocollo" si indica uno modello di comportamento predefinito nell'attività clinico diagnostica che traccia una rigida sequenza di comportamenti. La "procedura" è un insieme di azioni di carattere professionale finalizzate all'obiettivo prefissato ovvero una sequenza di comportamenti circoscritti in modo più o meno rigido che descrivono singole fasi di processo per uniformare attività e contegni riducendo la discrezionalità del singolo. Le linee guida si caratterizzano innanzitutto per il processo sistematico di elaborazione. Questo è l'elemento che le contraddistingue rispetto i protocolli, strumenti di maggiore rigidità, finalizzati alle azioni ritenute ottimali e quasi obbligate. Una linea guida deve sostanzialmente assistere al momento della decisione clinica ed essere di ausilio alla pratica professionale come risultato di un preciso percorso sistematico di analisi dei processi clinici orientato alla definizione della "best practice".

Per valutare l'impatto di questo fenomeno nelle scienze sanitarie qualcuno ha addirittura parlato di "industria delle linee guida" volendo marcare il massiccio impiego di questa nuova metodologia scientifica. Sulla scorta dell'esperienza statunitense anche nel nostro Paese si è impiantato, sedimentandosi per ora nel campo della sanità pubblica, il cd. programma nazionale per le linee guida. Esso fu previsto dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 e dal D.L. 229/99. Da tali previsioni normative, in attuazione del programma nazionale, coordinato dall'Istituto Superiore della Sanità e dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Nazionali, la cui prima edizione risale al 2002, è stato elaborato un manuale metodologico ("come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni

[5] P. Capri, *Ruoli e funzioni dello psicologo in ambito peritale - collaborazioni e contaminazioni*, Newsletter AIPG n. 11, Ottobre-Dicembre 2002, pag. 3.

[6] Aa. Vv., *Carta di Noto - III, Linee Guida per l'esame del minore in caso di abuso sessuale*, aggiornamento del 10-12 giugno 2011, Noto - Siracusa presso ISISC.

[7] Institute of Medicine, *Guidelines for clinical practice: From Developement to Use*. Washington DC; National Academic Press, 1992.

per la pratica clinica")[8]. Lo scopo dichiarato del predetto manuale è: "produrre informazioni utili a indirizzare le decisioni degli operatori, clinici e non, verso una maggiore efficacia e appropriatezza, oltre che verso una maggiore efficienza nell'uso delle risorse; rendere le informazioni facilmente accessibili; seguirne l'adozione esaminando le condizioni ottimali per l'introduzione nella pratica; valutarne l'impatto, organizzativo e di risultato"[9].

A questo punto è necessario precisare ulteriormente che scopo del presente studio non è quello di fornire un'analisi approfondita delle finalità e del sofisticato meccanismo intellettuale di produzione delle "linee guida", ma quello di cercare di intravedere il retroterra filosofico-epistemologico che ha consentito la nascita di questo nuovo fenomeno.

Tuttavia, non possiamo trascurare brevi cenni sui caratteri essenziali che contraddistinguono le linee guida giacché anche per il tramite di questi è possibile iniziare a scorgerne la filosofia di base.

Oltre al carattere della multidisciplinarietà ed alla graduazione delle raccomandazioni, l'aspetto essenziale, accennavamo sopra, è il carattere sistematico. Si intende cioè che il *primum movens* delle linee guida è dato dalle cd. revisioni sistematiche della letteratura. Una revisione sistematica può essere definita come una «valutazione delle conoscenze disponibili su un determinato argomento nella quale tutti gli studi rilevanti sono identificati e valutati criticamente».

Piano piano ci stiamo avvicinando al fulcro della presente indagine senza, rassicuriamo il lettore, perdere di vista che il principale ambito di ricerca del presente articolo è quello della psicologia e della psicologia giuridica.

Così come il fenomeno delle linee guida nasce nel campo medico quest'ultimo ne sancisce anche il fondamento. Benché il motivo per cui nascono le linee guida nel campo sanitario sia, come dichiarato, rivolto ad arginare il problema dell'inefficienza sanitaria, la presentazione stessa del manuale metodologico cui sopra accennavamo coglie appieno il presupposto ontologico delle linee guida ovverossia la "medicina basata sulle prove"[10]. Il sintagma enunciato non è che il corrispettivo linguistico italiano della cd. **evidence based medicine**, altrimenti detta con acronimo **EBM**.

Vedremo nel proseguimento che lo sviluppo di questo nuovo "paradigma" scientifico ha interessato anche il settore della psicologia intesa, per ora, in generale.

Prenderemo allora le mosse ancora una volta dalla medicina vedendo poi se ed eventualmente entro quali limiti la discussione svoltasi in questo campo sia trapiantabile nell'ambito della ricerca psicologica.

Tra il 1991 e il 1992 gli epidemiologi della McMaster University di Hamilton (Ontario, Canada) pubblicarono una serie di studi in cui per la prima volta era definito lo statuto della medicina basata sulle prove di efficacia (EBM) [11]. Il termine EBM fu usato per la prima volta in un articolo pubblicato sul Journal of American Medical Association (JAMA)[12] e fu proposto da Gordon Guyatt. Nonostante che qualcuno[13], poi, avesse criticato la scarsa problematizzazione della EBM in termini di filosofia della scienza, il primo e più importante articolo sulla EBM propose questo nuovo approccio come un cambio di "paradigma", utilizzando proprio la definizione datane dal filosofo della scienza Thomas Kuhn: chiamiamo 'paradigmi' quei modi di vedere il mondo che determinano sia i problemi che possono essere ragionevolmente posti, sia l'insieme delle prove accettabili che possono riguardare la loro soluzione[14].

David Sackett definì l'EBM come "l'uso diligente, esplicito e coscienzioso delle migliori prove scientifiche disponibili nel prendere decisioni sulla cura dei singoli pazienti"[15].

"Attualmente, non esiste una stringente prova diretta che mostri la validità di questa assunzione metodologica - scrivono Haynes e Guyatt - ciononostante, il 9 dicembre del 2001 sul numero ricapitolativo Year in review del "New York Times, la EBM è stata proclamata uno degli ambiti scientifici più rilevanti dell'anno"[16].

Occorre allora domandare: qual è la rivoluzione scientifica che questo metodo innovativo ha trascinato con sé?

---

[8] Istituto Superiore di Sanità, Agenzia per i servizi regionali, CeVEAS, *PNLG, Programma Nazionale Per Le Linee Guida*, Zadig Editore, 2002.

[9] Istituto Superiore di Sanità, Agenzia per i servizi regionali, CeVEAS, *PNLG, Programma Nazionale Per Le Linee Guida*, Zadig Editore, 2002, pag. 2.

[10] Istituto Superiore di Sanità, Agenzia per i servizi regionali, CeVEAS , cit., pag. 3.

[11] R. B. Haynes, G. H. Guyatt, *La grande scienza - Saggi: Evidence Based - Medicine in Storia della scienza*, disponibile su http://www.treccani.it/enciclopedia/la-grande-scienza-saggi-evidence-based-medicine_(Storia-della-scienza)/#.

[12] Evidence-based Medicine Working Group, *Evidence-based medicine: a new approach to teaching the pratice of medicine*, JAMA, 1992; 268: 2420-2425.

[13] A. F. Chalmers, *What is this thing called science*, Hackett Publishing, 1999.

[14] T. Kuhn, *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino, 1972.

[15] D.L. Sackett et al., *Evidence-Based Medicine: What it is and what it isn't*, BMJ, 1996; 312: 71-2.

[16] R. B. Haynes, G. H. Guyatt, cit.

Gilberto Corbellini, nel discutere sullo statuto filosofico della medicina del quale a suo avviso sarebbe pienamente rappresentativo l'attuale dibattito sull'EBM, ci consegna una risposta breve ed illuminante: "l'EBM, ovvero la medicina basata sulle prove di efficacia, che nell'ultimo decennio è stata proposta come un nuovo <<paradigma>>, fa riferimento alla filosofia degli approcci epidemiologici (Evidence-based Medicine Working Group, 1992), e assume come metodologia fondamentale per le scelte mediche le prove empiriche ricavate dai trials clinici e dalle metanalisi. Rispetto al vecchio <<paradigma>>, che considerava sufficiente per un buon esercizio della pratica medica l'esperienza personale del medico e le conoscenze della fisiopatologia applicata ai problemi clinici, l'Ebm ritiene necessaria anche la standardizzazione delle scelte sulla base di uno sforzo metodologico volto a rendere riproducibili le osservazioni e, soprattutto, non considera né necessarie e né sufficienti le conoscenze fisiopatologiche per avere indicazioni da seguire nella pratica clinica"[17].

Il cambiamento è stato effettivamente imponente: ora per prendere una decisione medica sono necessarie e sufficienti prove empiriche ricavate dai trials randomizzati, magari a doppio cieco, adeguatamente sottoposte a revisioni sistematiche.

Ad onor del vero però deve essere precisato come nello stesso ambito del movimento di cui si discute sono nate impostazioni non imperniate su rigide dicotomie. Infatti, fu lo stesso Sackett, massimo teorizzatore del nuovo movimento, che scrisse: "Praticare l'Ebm significa **integrare l'esperienza clinica individuale con le migliori conoscenze esterne derivanti dalla revisione sistematica delle ricerche**. Senza utilizzare i migliori risultati della ricerca clinica, la pratica rischia di divenire rapidamente obsoleta, con danno per il paziente. Senza l'esperienza clinica, la pratica rischia di subire la tirannia delle evidenze, perché anche le migliori evidenze esterne possono essere inapplicabili o inappropriate per il paziente. **Nessuna delle due, da sola, è sufficiente**"[18].

In sostanza però la base dell'EBM, e quindi la nuova impostazione principale della medicina (probabilmente troppo subordinata alla sanità pubblica), consiste nelle cd. prove di efficacia. Questa si è dotata di un armamentario di prove, gerarchicamente costituite per ordine di importanza ("livello"), sulla base delle quali vengono formulate, con diversità di forza, le raccomandazioni che vediamo abitualmente nelle linee guida. Per ordine decrescente di valore esse sono classificate in: 1) metanalisi o revisioni di studi clinici controllati e randomizzati; 2) un solo studio controllato randomizzato; 3) prove ottenute da studi coorte non randomizzati con controlli concorrenti o storici o loro metanalisi; 4) prove ottenute da studi retrospettivi tipo caso controllo o loro metanalisi; 5) prove ottenute da studi di casistica ovvero serie di casi senza gruppo di controllo; 6) prove basate sull'opinione di esperti autorevoli o di comitati di esperti come nel caso di conferenze di consenso o basata su opinioni di membri del gruppo di lavoro responsabile di una linea guida[19].

Tuttavia, restringendo ancora il fuoco della presente ricerca, ricordiamo finalizzata ad individuare il fondamento filosofico delle linee guida, ci è sufficiente andare al cuore delle cd. prove di efficacia, cioè, alla metanalisi ed allo studio controllato randomizzato.

Occorre definirli.

Una metanalisi *è una tecnica* ***clinico-statistica quantitativa*** *che permette di combinare i dati di più studi condotti su di uno stesso argomento, generando un unico dato conclusivo per rispondere a uno specifico quesito clinico*[20]. Come tale, viene frequentemente utilizzata nelle revisioni sistematiche. Benché i due termini vengano talvolta utilizzati come sinonimi, in realtà hanno un significato diverso. Definendole per differenza, le revisioni sistematiche (RS) si diversificano dalle revisioni tradizionali della letteratura in quanto riuniscono, in una misura di efficacia, i risultati di tutti gli studi clinici condotti su di un determinato argomento, ottenendo una stima basata su di un numero maggiore di soggetti, quindi statisticamente più stabile e clinicamente più affidabile. La metanalisi risulta utile quando esiste incertezza nella valutazione di efficacia di un trattamento, o perché i risultati dei singoli studi non sono univoci, oppure perché i singoli studi sono effettuati su pochi pazienti e - considerati singolarmente - sono scarsamente affidabili. La combinazione dei dati diminuisce l'imprecisione dei risultati dei singoli studi[21].

Per studio controllato randomizzato (randomized controlled trial, RCT) si

---

[17] G. Corbellini, *Filosofia della medicina*, in Filosofia delle scienze a cura di Nicla Vassallo, Giulio Einaudi Editore, Torino, 2003, pag. 221.

[18] D.L. Sackett et al., cit.,312: 71-2.

[19] M. Plebani, T. Trenti, *Linee guida e audit: strumenti di Governo Clinico nell'organizzazione sanitaria, in M. Plebani, T. Trenti eds. Praticare il Governo Clinico: qualità, efficacia e professionalità in Medicina, Centro Scientifico Editore, Torino, 2002, pp. 2354.*

[20] I. Chalmers , D.G. Altman, *Systematic reviews.* London: BMJ Publishing Group, 1995.

[21] R. Marchioli, G. Tognoni, *Cause-effetti in medicina*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1994.

intende uno studio sperimentale che permette di **valutare l'efficacia di uno specifico trattamento in una determinata popolazione**. Con il termine trattamento si intendono convenzionalmente non solo le terapie, ma tutti gli interventi (diagnostici, di *screening*, di educazione sanitaria) o anche l'assenza di intervento. Questo tipo di studio si caratterizza per essere: 1. **sperimentale** (*trial*): le modalità di assegnazione dei soggetti alla popolazione da studiare vengono stabilite dallo sperimentatore. Una volta reclutata la popolazione, sulla base di tutte le variabili di significato prognostico noto considerate dal ricercatore (natura e gravità della malattia, età, parità...), si verifica l'effetto di un trattamento (ad esempio, nel campo medico, la somministrazione di un farmaco) confrontandolo con l'effetto di un altro diverso trattamento (ad esempio, sempre nel medesimo campo, un altro farmaco, nessun farmaco o un placebo). 2. **controllato** (*controlled*): i soggetti coinvolti nello studio sono suddivisi in due gruppi: il gruppo o braccio sperimentale che riceve il trattamento, e il gruppo o braccio di controllo che riceve un diverso o nessun trattamento. Se la sperimentazione è eseguita correttamente (punto 1), i due gruppi risultano il più possibile omogenei, almeno per tutte le variabili considerate, e quindi comparabili. 3. **randomizzato** (*randomized*): l'assegnazione del trattamento ai soggetti deve avvenire con un metodo casuale (random). La randomizzazione aumenta la probabilità che altre variabili, non considerate nel disegno dello studio, si distribuiscano in maniera uniforme nel gruppo sperimentale e in quello di controllo. In questo modo, le differenze eventualmente osservate tra i due gruppi possono essere attribuite al trattamento[22].

Fin qui abbiamo visto i presupposti fondamentali dell'EBM e ci siamo mossi esclusivamente nel campo della medicina.

Ma nello spazio assegnato alla psicologia che cosa succede?

Si assiste da ultimo all'emergere di un fenomeno analogo a quello che è comparso nello scenario della medicina.

Abbiamo rivolto lo sguardo ad una delle più prestigiose Autorità internazionali nel campo della psicologia: l'American Psychological Association (APA). Nella Policy Statement evidence-based practice in Psichology si scrive "Evidence-based practice in psychology (EBPP) is the integration of the best available research with clinical expertise in the context of patient characteristics, culture, and preferences. This definition of EBPP closely parallels the definition of evidence-based practice adopted by the Institute of Medicine (2001, p. 147) as adapted from Sackett and colleagues (2000): "Evidence-based practice is the integration of best research evidence with clinical expertise and patient values." The purpose of EBPP is to promote effective psychological practice and enhance public health by applying empirically supported principles of psychological assessment, case formulation, therapeutic relationship, and intervention"[23]. Come è facile osservare la definizione stessa di EBPP si ispira a quella di EBP, nella accezione, quindi, non integralista ed orientata al contempo al particolarismo della clinica di EBM. Infatti poiché, come dice Massimo Tombesi[24], "l'evidence-based medicine è essenzialmente un'evidence based therapy" allora la nuova impostazione metodologica assunta dalla scienza medica corrisponde a quella assunta dalla psicologia, soprattutto, ma non solo, di orientamento cognitivo-comportamentale. Al di là dell'affermazione di principio espressa da una delle maggiori Autorità internazionali della Psicologia che ci permette, attraverso la mutuazione definitoria di EBM e EBPP, di discutere in modo pressoché parallelo della problematica comune "evidence-based", e quindi su linee guida e protocolli, a ben vedere anche gli statuti epistemologi della medicina e della psicologia, oggi, sono quanto mai comparabili. È di certo un'ovvietà che la scientificità della psicologia sia il frutto della conquista del concepimento del primo laboratorio di psicologia sperimentale, quello di Wundt. Boring stesso lo presenta come "il primo uomo che si chiami senza riserva psicologo"[25]. La necessità dunque di formulare, testare e suggellare empiricamente con sperimentazioni in laboratorio le teorie è

---

[22] A. Liberati, *Studi controllati randomizzati*. Master in Metodologia delle Revisioni Sistematiche. Istituto Superiore di Sanità, 13 maggio 2002; vedi AR. Jadad, *Randomised Controlled Trials*. BMJ Books, London, 1988.

[23] American Psychological Association, *Policy Statement evidence-based practice psichology*, disponibile sul sito http://www.apa.org/practice/resources/evidence/index.aspx; vedi anche American Psychological Association, *Evidence-Based Practice in Pshycology*, American Psychologist, May-June 2006, vol. 61, n. 4, 271-285.

[24] M. Tombesi, *La conoscenza indipendente dal luogo, dal tempo, dall'osservatore in medicina*, "Kéiron" rivista diretta da Ivan Cavicchi, settembre 2000, numero 4 - Evidence, Farmindustria, Roma, pag. 32; sul sito http://www.farmindustria.it/Farmindustria/html/keiron_evidence.asp?menu2expand=elSeven.

[25] E.G. Boring, *A history of experimental psychology*, Appleton-Century-Crofts, New York, 1950.

metodo certamente comune ad entrambe le discipline. Ma il parallelismo, senza pretesa di esaustività, e con una certa approssimazione data l'impossibilità di ridurre ad uno la complessità straordinaria degli orientamenti in psicologia ed in medicina (questi forse meno sovrabbondanti rispetto ai primi) sotto il profilo dello statuto epistemologico[26], può essere individuato anche per mezzo degli avvicinamenti prodotti dall'emersione di altre discipline o correnti: le scienze cognitive. Il modo di affrontare il problema della "causalità", del rapporto mente/cervello, con criteri non deterministici e non riduzionistici da molti degli orientamenti di ciascuna disciplina nonché gli stessi modi di concepire il "passaggio" tra teoria e pratica clinica, e su un piano ancora più generale, l'analogo modo di concepire la tessitura di base delle rispettive "filosofie" in termini di scienza "hard" o scienza "umana"(che rimanda a sua volta alla tematica di grandissimo rilievo filosofico, sul confronto "dinamico" fatto/valore) concede loro la possibilità di comunicare e svolgere, per quello che qui ci interessa, un discorso in comunione.

V'è da dire poi che il fenomeno delle evidence-based ha interessato così profondamente la psicologia che, in parte per le critiche mosse da alcuni illustri filosofi del novecento alla scientificità della psicoanalisi (K. Popper)[27], un po' per i dubbi di alcuni ricercatori sulla efficacia delle terapie (Eysenck)[28], un po' per l'introduzione della farmacoterapie per la cura dei disturbi psichiatrici e le richieste delle compagnie assicurative, disposte a finanziare trattamenti la cui efficacia fosse empiricamente fondata e di durata limitata, ha prodotto l'effetto direttivo teso a elaborare protocolli psicoterapeutici standardizzati, finalizzati a disturbi specifici e dalla efficacia sperimentalmente dimostrata. Ha preso così origine così il movimento degli *Empirically Supported Treatments* (EST) (Kendall)[29], spinto anche dal movente di ovviare a uno squilibrio presente nel mercato della salute mentale, popolato dalle forme più diverse di terapia, ma privo di dati relativi al rapporto tra problema per cui si cerca una terapia, costi, durata e outcome del trattamento. Anche questo movimento, così come è avvenuto in medicina, basa la sua ricerca misurando il risultato di una terapia sotto condizioni strettamente controllate, in laboratorio, usando gruppi di controllo, distribuzione randomizzata dei pazienti nei gruppi, accurato training dei terapeuti secondo un manuale psicoterapeutico, durata standardizzata della terapia, metanalisi ecc.[30]. Sebbene le problematiche sollevate dall'EST abbiano un carattere che per la presente indagine assume connotazioni troppo peculiari per poter essere trattate, ci appare utile, anche ai fini meramente conoscitivi, osservare quanto scrive su di essi Paolo Migone, il quale in linea generale ha lamentato il frettoloso trasferimento del metodo EBM nel campo della psicoterapia. Richiamando Seligman ha osservato che "gli studi sulla efficacia (*efficacy*) misurano il risultato di una terapia sotto condizioni strettamente controllate, come in laboratorio….. Gli studi sulla efficienza (*effectiveness*) invece misurano il risultato di una terapia sotto le condizioni meno controllate della pratica clinica reale di tutti i giorni, non nel laboratorio. Mentre gli studi sulla efficacia enfatizzano la validità "interna", gli studi sulla efficienza enfatizzano la validità "esterna" o ecologica, cioè la generalizzabilità dei risultati alla popolazione generale, nella pratica clinica reale. Uno dei più grossi problemi incontrati dai ricercatori in psicoterapia infatti è quello di mantenere alta non solo la efficacia ma anche la efficienza, poiché una terapia che risulta efficace solo in laboratorio ma non nella pratica clinica reale è inutile, dato che lo scopo della ricerca empirica non è certo quello di pubblicare articoli su riviste scientifiche ma di contribuire, tramite questi, alla disseminazione di tecniche efficaci nella pratica clinica quotidiana, con beneficio di tutti i potenziali pazienti e non solo di quelli inclusi negli studi sperimentali"[31].

[26] A. Civita, *Filosofia della Psicologia*, in Filosofia delle scienze a cura di Nicla Vassallo, Giulio Einaudi Editore, Torino, 2003, pag. 281.

[27] Si veda però la famosa controcritica esposta nei testi di Adolf Grünbaum, *The Foundations of Psychoanalysis*, University of California Press, Berkeley - Los Angeles, 1984 [trad. it, I fondamenti della psicoanalisi, Il Saggiatore, Milano, 1988] e *Validation in the Clinical Theory of Psychoanalysis*, International University Press, Madison, (Wis.), 1993.

[28] H. J. Eysenck (1952), *The effects of psychotherapy*. Journal of Consulting Psychology, 16, 319 - 324.

[29] P.C. Kendall (1998), *Empirically supported psychological therapies*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *66*, 3-6.

[30] F. Gazzillo e V. Lingiardi, *Per una ricerca empirica che abbia rilievo clinico: la conferenza di Drew Westen alla Sapienza (14 giugno 2006)*, nella rivista di Psicologia Clinica 2007, n. 1, pag. 21, in cui viene appunto fatto riferimento anche all'acquisizione da parte dell'EST anche dello strumento di metanalisi.

[31] P. Migone, *Sono veramente efficaci le psicoterapie evidence-based*, Il Ruolo Terapeutico, 2005-98, pagg. 103-114. Si veda anche il documento curato da Francesco Gazzillo e Vittorio Lingiardi nella rivista di Psicologia Clinica n. 1 del 2007 sulla conferenza tenuta da Drew Westen (il quale sosteneva addirittura che gli EST non fossero supportati completa-

Ecco allora che dai rapporti che Paolo Migone abbozza tra laboratorio e pratica clinica reale che questo scritto inizia a prendere il volo verso la "criticità" pratica e filosofica dell'evidence-based (che ora indicheremo EB).

È allora un dilemma.

Vorremmo presentare dapprima il primo corno del dilemma stesso che riguarda appunto il tema di studio per capire quali sono i limiti di impostazione delle linee guida, dell'EB, dei trials, delle prove empiriche evidenti.

Prima però di procedere alla discussione vorremmo aggiungere a margine che studiando la materia in trattazione, forse inaspettatamente, abbia trovato non solo analoghe critiche all'EB dal lato della scienza medica e da quella psicologica ma anche soluzioni da cui è possibile rinvenire una radice comune tra le discipline.

Abbiamo incontrato diversi ordini di problemi ma li selezioneremo escludendo quelli che attengono alle difficoltà del singolo uomo a conoscere e padroneggiare completamente tutti gli aspetti legati all'indirizzo, nell'assunto, invero illusorio, che la pratica dell'EB sia sottratta alla naturale fallibilità dell'essere umano. Escluderemo altresì i problemi o, meglio, le distorsioni che la disciplina dell'EB riceve dall'implementarsi soprattutto nel settore della sanità pubblica con i correlati problemi legati ad aspetti giuridici e finanziari di questa.

La cosa davvero interessante dell'EB è che mette in gioco molte delle tematiche fondamentali che riguardano direttamente gli statuti epistemologici della medicina e della psicologia. Trattarle tutte qui, anche valutando le nostre appena poco più che rudimentali conoscenze, non sarebbe possibile.

Abbiamo individuato, proprio analizzando il divario che esiste tra studi di laboratorio e pratica clinica reale, un primo importante problema che riguarda appunto **i limiti di trasferibilità delle conoscenze** ottenute per mezzo degli esperimenti di laboratorio alla clinica reale.

Massimo Tombesi avverte che in realtà l'esperienza individuale del medico non può che derivare dall'accumulo di esperienze singolari per mezzo delle quali si realizzano probabilmente dei pattern di riconoscimento delle storie cliniche e di conseguenza anche di intervento. Sottolinea che "l'esperienza si fonda su dati di natura prevalentemente qualitativa, quindi su attribuzioni di senso più che sulla consuetudine con le relazioni causali e l'individuazione dei limiti con i quali possono essere affermate"[32]. L'esperienza diviene quindi poco formalizzabile e tende a coincidere con la biografia del medico, cioè con il rapporto che è possibile creare tra osservazioni, memoria, giudizi e decisioni. "Tutto dipende da quale grado di somiglianza o analogia si è disposti a ritenere sufficiente per poter considerare i soggetti inclusi nelle ricerche sperimentali *rappresentativi* del caso clinico che si sta affrontando. I criteri utilizzabili in proposito possono essere diversi, e naturalmente la diagnosi è quello fondamentale; tuttavia è raramente sufficiente: di solito vanno quantomeno abbinati il sesso e l'età, ma anche lo stadio clinico della malattia e la comorbidità sono molto importanti. In linea generale, ciascuna combinazione di qualsiasi elemento che si possa ritenere influente dovrebbe essere studiata separatamente, ma l'impossibilità di una tale impresa è ovvia se si considera il numero di variabili influenti**.** Nel complesso, quanto maggiore è il rigore che si richiede per ritenere provata l'efficacia di un trattamento rispetto ad una determinata categoria di soggetti, tanto meno automatica ne risulterà la trasferibilità alla pratica clinica. Nei trials clinici randomizzati vi sono numerosi aspetti metodologici che mentre garantiscono la massima affidabilità delle conoscenze ottenute, ne limitano nel contempo la trasferibilità, tanto che si è persino sottolineata la necessità di rinunciare ad un eccessivo rigore metodologico nel ricercare la validità interna, in favore di studi che abbiano maggiore validità esterna, cioè che includano, anziché ignorarla, la realtà clinica"[33]. La difficoltà è che i soggetti che si riversano in queste sperimentazioni vengono in genere scelti tra i limitatissimi affluenti a centri di ricerca specializzati, mostrano una diagnosi certa ed accuratamente definita secondo i migliori standard disponibili, sono idealmente privi di fattori confondenti che possano influire sugli esiti della ricerca, vengono seguiti in modo meticoloso, mostrano quasi sempre una elevata aderenza al trattamento, e spesso sono più giovani e di classe sociale più elevata rispetto alla media di quelli seguiti nel normale contesto assistenziale, da cui possono differire anche per la gravità delle condizioni cliniche[34]. Posseggono cioè caratteristiche che riducono in diversa misura,

mente nemmeno a livello empirico), da cui muove anche la tesi di Paolo Migone, alla "Sapienza" il 14 giugno 2006.

[32] M. Tombesi, cit., pag. 34.

[33] M. Tombesi, cit., pag. 35, con nota di richiamo a G. J. Dinant, *Medicine based evidence, a prerequisite for evidence based medicine*. BMJ 1997; 315: 1109-1110.

[34] M. Tombesi, cit., pag. 35, con nota di richiamo a D. Mant, *Evidence and primary care: Can randomised trials inform clinical decisions about individual patients?* Lancet 1999;353:743-46.

ma a volte grandemente, la rappresentatività di questi pazienti rispetto a quelli seguiti normalmente dal medico. La sperimentazione fornisce poi **il risultato medio** riferito alla popolazione esaminata, espresso in termini di probabile effetto dell'intervento (*significatività statistica*). Su questa base viene quindi valutata l'importanza del risultato (la *significatività clinica*). Questa è relativa, culturalmente mediata, soggettiva e mutevole nel tempo, per cui un importante criterio di giudizio risulta per definizione opinabile. Ma entrambe le valutazioni di significatività sono applicabili nella dimensione della popolazione, tanto che per sottolineare l'importanza che di fatto assume il punto di vista del paziente (ma anche del medico) è stato introdotto il concetto di *significatività personale*[35]. Ogni trial clinico ha un'ipotesi da provare e perciò anche l'ipotesi pone problemi di rappresentatività: l'obiettivo del trial assume il significato di "valore" per il quale, di fronte allo specifico paziente, si può porre un problema di pertinenza o di interesse. Nella pratica clinica vi sono altri inconvenienti nel riferirsi alle prove. Trascurando quelle meno importanti, è stato scrutato che quasi sempre il medico è parte integrante ed attiva dell'intervento che non può essere quindi considerato indipendente dalla performance (anche relazionale) che viene realizzata, tanto che sono state proposte delle metodologie di valutazione che tengano conto di questi importanti aspetti. "Ma prima ancora di trasformare il problema presentato dal paziente in una o più domande su cui cercare le migliori evidenze disponibili, il medico deve dare ***un'interpretazione della storia*** raccontata dal paziente. Non esiste nessun criterio scientifico che permetta di validare concretamente l'interpretazione di una storia in vista di un determinato obiettivo, ma è anche impossibile non darne comunque una interpretazione. Vi possono essere problemi di carattere diagnostico o terapeutico prettamente tecnici, ma prima di scomporre una storia trasformandola in dati da cui partire, c'è sempre anche la necessità di individuarne il senso che scaturisce dai suoi rapporti col contesto sociale, culturale e con le aspettative del paziente, prescindendo dalle quali potrebbe venir meno la pertinenza delle informazioni da ricercare e quindi la loro applicabilità ed appropriatezza al caso specifico. Inoltre il tentativo di seguire il metodo con un certo rigore implica una selezione dei dati riferiti, quindi l'esclusione di una parte del contenuto della storia. Anche questo è inevitabile, ma se si definisce un criterio valido a priori per operare questa selezione, si può perdere qualcosa di importante ancorché non formalizzabile"[36].

Dal lato della psicologia anche Paolo Migone ha ragionato sul problema della trasferibilità dei dati della ricerca sperimentale alla clinica psicologica-psicoterapica, assumendo una posizione fortemente critica verso l'EST e quindi contro le psicoterapie evidence-based. Il problema, secondo l'Autore, del trasferimento dei dati statistici alla clinica deriva dall'incapacità di creare generalizzazioni valide utilizzando i risultati di ricerche in laboratorio su "tipi" di pazienti che non rispecchiano affatto quelli della clinica reale i quali presentano generalmente condizioni cliniche ibride o miste. L'Autore ci suggerisce una soluzione alternativa che rappresenta una piena inversione di marcia rispetto ai parametri metodologici dell'EST, in modo che possa essere migliorato il campo della ricerca in psicoterapia. Ricorrendo al pensiero di Westen, suggerisce "di implementare anche studi di tipo diverso da quelli tipici degli EST. Una volta Cronbach, in un articolo del 1957 su *American Psychologist*, disse che vi sono due discipline di psicologia scientifica, una di ricerca "sperimentale" e una di ricerca "correlazionale". La prima metodologia, sperimentale, che si può definire "dal basso all'alto" (*bottom-up*), è quella propria degli EST e di gran parte della ricerca in psicoterapia degli ultimi due decenni. La seconda metodologia prevede invece un approccio alternativo, "dall'alto al basso" (*top-down*), secondo il quale si osservano le strategie terapeutiche usate da clinici esperti nella loro pratica clinica quotidiana, e tramite strumenti sofisticati e ben validati le si correlano con specifiche variabili del risultato. Si possono poi esaminare variabili potenzialmente moderatrici come la comorbilità o i tratti di personalità, e *solo in un secondo momento* studiare sperimentalmente, uno per uno, con la metodologia tradizionale, quegli interventi che sembrano correlati con un risultato positivo. Questa metodologia implicherebbe quindi l'utilizzo della pratica clinica reale come laboratorio iniziale da cui partire, e poi in un secondo momento il ricorso a ricerche più sofisticate per affinare le indagini e verificare singole ipotesi"[37].

[35] K.G. Sweeney et al., *Personal significance: the third dimension*. Lancet 1998;351:134-6, in M. Tombesi, op. cit., pag. 36.

[36] M. Tombesi, cit., pag. 38.

[37] P. Migone, *Sono veramente efficaci le psicoterapie evidence-based*, Il Ruolo Terapeutico, 2005-98, pagg. 103-114; il riferimento è a L.J. Cronbach (1957), *The two disciplines of scientific psychology*, American Psychologist, 12, 671-684.

I dati della ricerca clinica non sono facilmente trasferibili alla clinica reale. Detto in altri termini il tipo di conoscenza che l'utilizzo dei trials promuove è sostanzialmente inutile al suo scopo, cioè l'applicazione in clinica. "Enormi sforzi e ingenti spese – ha scritto Olli Miettinen in un commento pubblicato sul Canadian Medical Association Journal – hanno prodotto prove da cui presunti esperti hanno tratto conclusioni del tutto divergenti e lasciato i lettori non esperti a giudicare da sé"[38].

Ma, andando oltre la questione appena esaminata circa la trasferibilità dei dati della ricerca alla clinica, il problema diventa, come acutamente osserva Gilberto Corbellini, quello di intendersi **sullo statuto della "prova"**(che lui valuta nel suo campo di interesse: la medicina). A parte i problemi, che abbiamo escluso da campo di questa discussione, sul tempo e la competenza per affrontare la letteratura, sulle tecniche di produzione e diffusione delle metanalisi, sulla competenza dei medici o degli psicologi in statistica, sulla effettiva possibilità di realizzare il "doppio cieco"(peraltro estremamente difficili in psicologia se non impossibili con il placebo) il quesito vero sta più in alto a livello dei **fondamenti del metodo statistico** usato per produrre le prove empiriche.

In due articolati saggi pubblicati sugli Annals of Internal Medicine, Nelson Goodman, eminente filosofo statunitense, ha palesato che i metodi statistici ordinariamente usati dall'analisi della ricerca biomedica, e che vengono normalmente accettati come un tipo di verità rivelata rovesciano il senso dell'inferenza statistica[39]. Il problema per Goodman è che mentre i clinici avrebbero di fatto bisogno di conoscere la probabilità che un particolare paziente abbia una malattia dato il risultato di un certo test, e i ricercatori (e coloro che leggono i lavori che descrivono la ricerca) dovrebbero voler conoscere la probabilità che un'ipotesi sia vera visti i dati effettivamente ottenuti in un particolare trial o esperimento, in realtà il metodo statistico ordinariamente utilizzato si limita a calcolare la probabilità (P) di trovare i risultati effettivamente ottenuti, all'interno di certi estremi, sulla base dell'assunzione che una certa ipotesi sia vera (solitamente l'ipotesi zero ovvero l'assunzione che i gruppi a confronto non differiscano). Per Goodman i metodi dell'inferenza statistica correntemente in uso "non sono 'evidence-based'" e starebbero diffondendo un'idea distorta del modo scientifico di ragionare in medicina. La distorsione consisterebbe nel prescindere da qualsiasi considerazione circa la plausibilità biologica e le ricerche precedenti e utilizzare metodi statistici che possono fornire un numero che per sé stesso riflette solo una probabilità di raggiungere conclusioni sbagliate. Si è creata in pratica l'illusione che le conclusioni possano essere prodotte con certi "tassi di errore" senza considerazione per l'informazione esterna all'esperimento (ricavata da altri laboratori e studi clinici, dal ragionamento scientifico o dall'esperienza clinica). "In tal senso è ormai tipico degli articoli medici che la conclusione basata sulla scoperta di una significatività statistica venga messa avanti alla discussione del meccanismo biologico o sull'entità dell'effetto, cioè che rappresenta la trascrizione linguistica diretta dei risultati riguardanti il livello di significatività P"[40]. Questa – scrive Goodman - è il normale effetto di un metodo statistico che ha quasi eliminato la nostra capacità di distinguere tra risultati statistici e conclusioni scientifiche. "Il metodo in questione discende dalla tradizione della statistica frequentistica, ovvero dall'idea elaborata negli anni Venti da Ronald Fisher che sia possibile definire un indice per misurare probabilità di una prova empirica e quindi dalla teoria di Jerzy Neyman e Egon Pearson che sia possibile calcolare per via puramente statistica se un'ipotesi di correlazione è valida a confronto dell'ipotesi nulla. Goodman, invece, ritiene che in medicina e in generale nel ragionamento scientifico la statistica basata sul concetto frequentistico di probabilità sia meno realistica di quella bayesiana. Il teorema di Bayes viene ritenuto dai bayesiani come la trattazione quantitativa di quello che facciamo qualitativamente ogni giorno: cioè usare induttivamente nuova informazione per perfezionare i nostri giudizi circa la fondatezza di ciò che sappiamo"[41].

In particolare Goodman ci suggerisce di integrare la probabilità P con il "fattore di Bayes", che implica il confronto tra due ipotesi, nel senso che per essere contro l'ipotesi nulla il dato empirico deve essere a favore di un'ipotesi alternativa. In pratica il fattore di Bayes è un confronto tra quanto bene due ipotesi predicono i dati. L'ipotesi che predice meglio i dati os-

[38] G. Corbellini, *La natura della prova medica*, in "Kéiron" rivista diretta da Ivan Cavicchi, settembre 2000, numero 4 - Evidence, Farmindustria, Roma, pag. 56; disponibile sul sito internet http://www.farmindustria.it/Farmindustria/html/keiron_evidence.asp?menu2expand=elSeven.

[39] N. Goodman, *Toward Evidence -Based Medical Statistics, I: the P value Fallacy*; Toward Evidence -Based Medical Statistics, II: *The Bayes Factor*, in <<Annals of Internal Medicine>>, 130, 995-1013.

[40] G. Corbellini, *La natura della prova medica*, cit., pag. 56.

[41] G. Corbellini, idem, pag. 57.

servati si dice che ha più sostegno empirico. E non si ragiona quindi solo in termini di probabilità di errore come è oggi tradizione negli studi clinici. Capire il modo migliore di combinare la prova di un trial con l'informazione precedente da fonti esterne è una sfida fondamentale. Scrive altrimenti Corbellini che "l'approccio bayesiano non è stato particolarmente valorizzato in medicina in quanto la conoscenza a priori viene giudicata soggettiva. Ma l'utilizzazione delle informazioni di sfondo o a priori sono fondamentali rispetto alla stima della probabilità che il risultato di un test sia valido al di là della probabilità di errore, per esempio sulla base al fatto che ci sia o meno un sospetto di malattia. E sono di fondamentale importanza soprattutto nell'interpretazione degli studi biomedici, in cui se non se ne tiene conto si può fraintendere la prova. Per esempio alcune meta-analisi, che trovano per via statistica un possibile effetto dell'omeopatia, devono considerare che la conoscenza di sfondo dice che c'è una probabilità quasi nulla che i prodotti omeopatici abbiano un'attività biologica".[42]

Tra l'altro, l'approccio bayesiano, nonostante la critica di Popper, ha trovato e sta trovando largo seguito nella filosofia della scienza come rappresentazione e quindi possibile formalizzazione del modo normalmente usato dagli scienziati per valutare razionalmente le ipotesi sulla base dei riscontri empirici.

Prendendo ancora spunto da Corbellini[43] è possibile sostenere che le riflessioni epistemologiche sulla natura della spiegazione biomedica, così come quella della psicologia, hanno ampiamente mostrato che queste non sono certamente deduttive, in quanto in medicina ed in psicologia non ci sono leggi universali circa l'origine del cancro o o del disturbo di personalità narcisistico, ma nemmeno statistica. La statistica è importante per sviluppare la spiegazione medica o psicologica in quanto individua le correlazioni, ma queste in quanto tali non hanno forza esplicativa, poiché possono essere il risultato di cause alternative confondenti. La conclusione che c'è una relazione causale e quindi esplicativa tra un fattore e una malattia o disturbo dipende da numerose considerazioni di coerenza incluso lo spettro completo di correlazioni spiegate, l'applicabilità di cause alternative e la disponibilità di un meccanismo per cui il fattore produce la malattia. In pratica, la spiegazione in medicina e in psicologia non è mai in termini di singole cause, nel senso che non esistono malattie o disturbi monocausali. La spiegazione medica deve essere pensata in termini di concretizzazione di una rete causale. I nodi di questa rete sono collegati non semplicemente da probabilità condizionali (probabilità dell'effetto data la causa) ma da relazioni causali inferite sulla base di plurime e complesse considerazioni, incluse correlazioni, cause alternative e meccanismi. Su questa rappresentazione articolata dell'epistemologia della biomedicina stanno ormai convergendo diverse linee di pensiero.

L'ultima critica è più generale e più radicale.

Dario Antiseri, illustrissimo filosofo italiano, ci mette in guardia dal concetto di evidenza, fondamentale per l'EB(M), "per la ragione che l'idea di evidenza trascina con sé quella di fatto indiscutibile, con la conseguenza di indurci nella tentazione positivistica stando alla quale "i fatti sono sacri"[44]. Senonché, l'Autore ancora scrive, "quella di "evidenza" - come, tra altri, ha insegnato G.E. Moore - non è affatto un'idea evidente, e i "fatti" restano pur sempre discutibili"[45]. I fatti della scienza sono tali perché sono stati fatti; e sono stati fatti dagli scienziati attraverso costruzioni e demolizioni teoriche. Ogni nostra osservazione è imbrattata di teoria. Citando il pensiero di Goodman enuncia che "quando si mette al lavoro, l'occhio è sempre antico, ossessionato dal proprio passato e dalle suggestioni, vecchie e nuove, che gli vengono dall'orecchio, dal naso, dalla lingua, dalle dita, dal cuore e dal cervello. Esso funziona non come uno strumento isolato e dotato di potere autonomo, ma come membro obbediente di un organismo complesso e capriccioso. Non solo come, ma ciò che vede è regolato da bisogni e presunzioni. Esso seleziona, respinge, organizza, discrimina, associa, classifica, analizza, costruisce. Non tanto rispecchia, quanto raccoglie ed elabora; ciò che raccoglie ed elabora esso non lo vede spoglio, come una serie di elementi senza attributi, ma come cose, cibo, gente, nemici, stelle, armi"[46]. Un fatto, nella scienza, è una proposizione che, per quanto ne sappiamo, descrive qualche frammento di realtà. E questa descrizione può essere errata. I fatti, cioè le asserzioni che descrivono fatti, le basi empiriche

[42] G. Corbellini, ult. op. cit., pagg. 57-58.

[43] G. Corbellini, ult. op. cit., nelle quali espone la sua teoria in ordine alla natura della spiegazione medica, pagg. 58-59.

[44] D. Antiseri, *Le "evidenze" della EBM: "fatti" o artefatti?"*, in "Kéiron" rivista diretta da Ivan Cavicchi, settembre 2000, numero 4 - Evidence, Farmindustria, Roma, pag. 16; disponibile sul sito internet http://www.farmindustria.it/Farmindustria/html/keiron_evidence.asp?menu2expand=elSeven.

[45] D. Antiseri, cit., pag. 16.

[46] D. Antiseri, cit., pag. 16.

della scienza, insomma, sono **artefatti** che vengono continuamente rifatti attraverso costruzioni e demolizioni teoriche. Ed è gran parte dell'epistemologia del nostro secolo da Henri Poincaré per giungere alle proposte di P.K. Feyerabend, H.R. Hanson e N. Goodman che ha frantumato il mito della sacralità dei fatti. Certo, le teorie scientifiche poggiano sui fatti, ma questi non sono una roccia indistruttibile. In altri termini, la scienza ha sì una base, ma questa base non è un fondamento certo. Antiseri ci ricorda che la scienza presuppone **una scelta etica,** presuppone, come ha argomentato anche Popper, la scelta irrazionale della ragione scientifica. "L'etica non è una scienza. Ma, benché non esista una "base scientifica razionale" dell'etica, c'è una base etica della scienza e del razionalismo". Questo ha scritto Popper nel capitolo 24 de *La società aperta e i suoi nemici*, intitolato Filosofia oracolare e rivolta contro la ragione[47]. Tutto ciò sta a dire che il razionalista, colui che cioè è disposto a dar peso all'argomentazione e all'esperienza, ha fatto già una scelta irrazionale della ragione: la scelta della fede nella ragione. Dietro alla scienza, dunque, c'è la scelta irrazionale della ragione. E questa scelta "non è semplicemente un atto intellettuale o una questione di gusto. E' una decisione morale". Dunque: tra i presupposti che rendono possibile la scienza ce n'è anche uno di natura etica: **la scienza presuppone l'etica**. Considerazioni del genere hanno portato Karl Popper a sostenere che "i principi, che sono alla base di ogni discussione razionale, vale a dire di ogni discussione al servizio della ricerca della verità, sono veri e propri principi etici". Egli ne indica tre: "1. Il principio della fallibilità: forse io sbaglio e tu forse hai ragione. Ma possiamo essere in errore tutti e due. 2. Il principio della discussione razionale: cerchiamo di soppesare, nella maniera più impersonale possibile, le nostre ragioni pro e contro una specifica teoria criticabile. 3. Il principio dell'approssimazione alla verità. Attraverso una discussione oggettiva noi ci avviciniamo quasi sempre di più alla verità; e perveniamo ad una migliore comprensione delle cose; anche quando non arriviamo ad un accordo". E' cosa degna di attenzione, sottolinea Popper, che "tutti e tre questi principi sono principi epistemologici e ad un tempo etici. Essi, infatti, implicano, tra l'altro, accettazione dell'altro, la tolleranza: se io posso imparare da te e nell'interesse della ricerca della verità voglio imparare, allora io debbo non solo tollerarti, ma anche riconoscerti come sostanzialmente uguale a me; la sostanziale unità e parità dei diritti di tutti gli uomini sono un presupposto della nostra disponibilità a discutere in modo razionale"[48].

In definitiva, poiché la scienza presuppone l'etica il paradosso dell'oggettività che l'EB ha paradigmaticamente cercato di imporre attraverso la semplice percentuale statistica è del tutto chimerico.

Torniamo al dilemma dal quale eravamo partiti.

Le linee guida ovvero l'EB sono un nuovo paradigma? Non lo sono, come ci ha anche ricordato Gilberto Corbellini. L'EB è un dogma? Nella posizione integralista lo è; anche se non deve esserlo. Ivan Cavicchi ci ricorda dal lato della medicina, ma l'argomento è logicamente estensibile alla psicologia, che la sua "medicina della scelta" è una "medicina senza assoluti"[49]. Aggiunge: "Ogni medico deve scegliere dentro a concezioni pragmatiche, ambito per ambito, malato per malato"[50]. La medicina e la psicologia dell'evidenza, pur non rinnegando le loro importanti conquiste, finiscono per essere dogmatiche e irresponsabili: La "buona medicina", così come la "buona psicologia", invece, sono quelle che pongono responsabilmente al centro delle proprie scelte il soggetto che loro chiede aiuto.

Sulle conclusioni di Ivan Cavicchi, Carlo Vinti dell'Università di Perugia a sua volta conclude sostenendo che dal pensiero di questo, frutto di certo dell'influenza della riflessione di Rorty, ne emerge l'idea di una "razionalità pratica", misto inestricabile di capacità critica e senso pratico, intelligenza e abilità, giudizio e pregiudizio[51].

In conclusione vogliamo sostenere che almeno nella visione integralistica l'EB in medicina e, soprattutto, in psicologia si è accaparrata un metodo che non le può essere congeniale.

Filosoficamente parlando esistono due principali modelli epistemologici: quello ipotetico-deduttivo e quello induttivo-statistico. L'EB utilizza quest'ultimo metodo esagerando sulla componente statistica ed astraendo troppo rispetto a realtà che raramente, se non proprio mai, si presentano

[47] K.R. Popper, *La società aperta e i suoi nemici*, 2 voll., Armando, Roma, 1973.

[48] D. Antiseri, cit., pag. 21, il richiamo è al libro di Popper sopra citato.

[49] I. Cavicchi, *La medicina della scelta*, Boringhieri, Torinio, 2000, pagg. 409-413.

[50] I. Cavicchi, cit., pag. 418.

[51] Carlo Vinti, *La "buona" medicina*, in "Kéiron" rivista diretta da Ivan Cavicchi, settembre 2000, numero 4 - Evidence, Farmindustria, Roma, pag. 121; l'articolo è disponibile sul sito internet http://www.farmindustria.it/Farmindustria/html/keiron_evidence.asp?menu2expand=elSeven.

semplici e facilmente inquadrabili in categorie preconfezionate. Tuttavia, la scienza medica ed, a maggior ragione, quella psicologica appartengono al regno delle scienze umane. Come tale, e ci riferiamo alla psicologia, essa vuole considerare la condotta *soggettiva*, l'agire *dell'individuo* ed i moventi ad essi sottesi. Per questo, sebbene non le siano del tutto estranei i metodi appena individuati, questi metodi non le appaiono conformi poiché propongono forme di regolarità costituzionalmente inadatte a cogliere le peculiarità individuali. Perciò la psicologia viene definita come una **scienza idiografica** (da *idios* che in greco significa specificità e singolarità). Von Wright aveva appunto teorizzato l'esistenza di modelli alternativi a quelli summenzionati: quello dello **spiegare** e quello del **comprendere**. Il primo consiste nella riconduzione dei comportamenti, della personalità, della patologia etc. a leggi riconosciute come generalmente valide mentre il secondo si focalizza sul mondo interiore espresso dai singoli soggetti. È questo **il metodo pratico-inferenziale** che consente di considerare la condotta soggettiva in riferimento al mondo dei significati, delle credenze, delle convinzioni, dei valori, dei fini, delle intenzioni del soggetto agente[52].

In chiusura, nel campo della psicologia le inferenze statistiche debbono essere limitate e subordinate alla realtà multiforme della clinica reale. È alludendo al metodo pratico-inferenziale che il Von Wright, cercando di cogliere il significato più profondo della dottrina psicologistica dell'empatia, scrive: "**la comprensione empatetica non è un sentimento; è la capacità di partecipare ad una forma di vita**"[53].

Con tutto questo non vogliamo esecrare lo strumento delle linee guida che, soprattutto, nelle realtà professionali applicative molto spesso risultano strumenti di agevole consultazione e di immediata operatività. Abbiamo però cercato di mettere in guardia, per l'uso indiscriminato che a volte facciamo tutti noi di tali strumenti, dal pericolo che si presentino, proprio a fronte dell'imperversare odierno di mille orientamenti e di mille ideologie, strategie semplificatorie che vadano a favorire nell'immediato, sì, la soluzione di problemi tecnico-scientifici ma al contempo, piano piano, ad oscurare sotto il velo di Maya la verità, la cui luce, attraverso l'impresa scientifica o filosofica, tutti noi cerchiamo di intravedere nella fessura della storia.

LUDOPATIA E AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO

di
Michela Mazzelli

Psicologa
Esperta in Psicologia Giuridica

Quando si parla di *Gioco d'azzardo* si fa riferimento a tutte quelle attività ludiche in cui si scommette e l'offerta non può essere ritirata: c'è il rischio di perdere, l'esito è affidato al caso e l'abilità dello scommettitore conta poco o niente, poiché è impossibile prevedere o controllare il risultato del gioco. Purtroppo, anche nel nostro paese, il gioco d'azzardo sta assumendo delle dimensioni rilevanti, portando con sé un rischio che, in alcune persone ad alta vulnerabilità, può sfociare in una vera e propria dipendenza comportamentale. Finché rimane un piacevole passatempo occasionale, non c'è nulla di problematico, è fonte di legittimo piacere e non può essere proibito perchè fa parte della cultura popolare; ma nel momento in cui, l'attività ludica si appropria della vita dell'individuo, allora si può parlare di *Ludopatia o gioco d'azzardo patologico (GAP).* Il soggetto che diviene incapace di determinarsi autonomamente rispetto alla scelta di continuare a giocare o meno, che spende nel gioco più di quello che è nelle sue risorse, che per continuare a dedicarsi alle scommesse trascura lo studio, il lavoro, la famiglia e può arrivare a commettere furti o frodi, si può considerare affetto da *Ludopatia*.

Il GAP è stato riconosciuto ufficialmente come patologia nel 1980 dall'Associazione degli Psichiatri Americani (APA) e classificato nel **DSM-IV** come "Disturbo del Controllo degli Impulsi non classificati altrove", in quanto le dinamiche di certi comportamenti disfunzionali del giocatore patologico ricorderebbero le fasi tipiche degli atti impulsivi: uno stato di tensione preliminare, seguita da un'azione ed una sensazione di piacere – sollievo. Lo stato di euforia e di eccitazione del giocatore d'azzardo durante il gioco, è altresì paragonabile a quello prodotto dall'*assunzione di droghe*, con un'alterazione simile del sistema della gratificazione: una forma di "dipendenza" che, sebbene non comporti l'assunzione di sostanze psicoattive, implica l'insorgenza di un quadro sindromico equivalente. Che si possa essere dipendenti da un comportamento come il gioco

[52] M. Castiglioni, *Epistemologia e psicologia*, I.S.U. Università Cattolica, Milano , 2001, pag. 25.

[53] H.R. Von Wright, *Spiegazione e comprensione*, Il Mulino, Bologna, 1977, pag. 50.

d'azzardo, allo stesso modo in cui si può essere dipendenti da una sostanza, rimane però una questione molto controversa. Tuttavia, nella stesura del nuovo manuale diagnostico **DSM-V,** l'APA inserisce tutte le dipendenze e i relativi problemi, in un capitolo intitolato "Disturbi da dipendenza e correlati all'uso di sostanze": per la prima volta, insieme ai disturbi da uso di sostanze, il manuale includerà anche il disturbo da Gioco d'Azzardo[54]. I principali segni e sintomi relativi alla dipendenza da gioco d'azzardo sono: forte desiderio di giocare ed impossibilità di resistere a giocare d'azzardo (*craving*); insorgenza di sentimenti di inquietudine quando si è impossibilitati a giocare (*astinenza*); necessità di giocare con maggiore frequenza per riprodurre sempre il medesimo grado di euforia e gratificazione (*tolleranza*). Al pari della dipendenza da sostanze, presenta anche un alto tasso di comorbilità psichiatrica.

La Ludopatia è dunque una condizione molto seria: l'urgenza di dedicarsi al gioco d'azzardo, in un periodo di stress, depressione, può diventare totalmente incontrollabile esponendo il soggetto a gravi conseguenze sia personali che sociali, come rovesci finanziari, compromissione dei rapporti, divorzio. È pertanto necessario intervenire tempestivamente ed arginare la situazione.

Il DDL 13/9/2012 n. 158 (*Decreto Balduzzi*)[55] nell'art. 5 ha inserito la ludopatia nei "*livelli essenziali di assistenza*" (Lea), con riferimento alle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da questa patologia: è previsto che i cittadini italiani possano essere curati per GAP presso i servizi dipendenze (Sert e Centri Diurni) presenti in tutte le Aziende Sanitarie[56]. La conseguenza immediata è quella di favorire la prevenzione, la cura e la riabilitazione della ludopatia nell'ambito dell'attività sociosanitaria.

Il supporto della famiglia e degli amici, affinché il soggetto si rivolga ad uno specialista, è in questi casi fondamentale. Per arrestare le rovinose conseguenze sul piano economico, il primo strumento a disposizione dei familiari è l'istituto dell'**amministrazione di sostegno[57],** in quanto consente di monitorare ed assistere il beneficiario (giocatore) nella gestione degli aspetti della vita quotidiana di cui, a causa della patologia, ha perso il controllo. L'Amministratore di sostegno è colui che può affiancare o sostituire il giocatore in tutte quelle attività legate alla gestione del denaro: dalle entrate ed uscite di conto corrente, al ricorso sconsiderato a strumenti di finanziamento e prestiti, all'incapacità di onorare agli obblighi precedentemente assunti (ad esempio rate di mutuo, canoni di locazione, spese domestiche).

Il procedimento attraverso il quale si nomina un amministratore è piuttosto celere e si introduce con un ricorso da depositare presso il tribunale di residenza del soggetto beneficiario: competente è il Giudice Tutelare e può essere richiesto anche senza l'aiuto di un legale. Del procedimento devono essere informati i parenti entro il quarto grado e gli affini entro il secondo. La difficoltà può presentarsi nel caso in cui il giocatore non riconosca il problema e quindi non esista certificazione medica della patologia: è necessario, infatti, dimostrare che la condotta del giocatore supera la normalità e comporta le gravi conseguenze esplicate per sé e per la sua famiglia. La scelta dell'amministratore di sostegno rientra tra i poteri discrezionali del giudice: verterà, ove possibile, sul coniuge non separato legalmente o sulla persona stabilmente convivente, ma può chiamare all'incarico anche altra persona idonea, allorquando ne ravvisi l'opportunità. *Non possono ricoprire le funzioni di amministratore di sostegno gli operatori dei servizi pubblici o privati che hanno in cura o in carico il beneficiario*; si distinguono così coloro che prestano assistenza materiale, dall'amministratore di sostegno che ha un compito di assistenza giuridica, come tale diretta a sopperire la carenza di autonomia del beneficiario.

Questo ovviamente è solo un modo per arginare il problema: per evitare il dilagare di quella che sta diventando una vera e propria piaga sociale, è molto importante intervenire con programmi di prevenzione nelle scuole, educando i

[54] La decisione dell'APA si è basata su dati recenti, secondo cui nelle persone che sono dipendenti dal gioco d'azzardo il cervello cambia in modo simile a quello dei tossicodipendenti, e che sia tossicodipendenti sia giocatori d'azzardo patologici traggono beneficio dalla terapia di gruppo e da una graduale disassuefazione (CESDA 2013).

[55] Convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012 n. 189.

[56] Attualmente, in Italia, secondo la Relazione Annuale al Parlamento 2012 sono circa 5 mila le persone in trattamento per GAP, in quasi 200 servizi territoriali Ser.T

[57] Introdotto nel nostro ordinamento dalla Legge n. 6/2004, va ad aggiungersi agli istituti dell'interdizione (incapacità legale a compiere atti giuridici identica a quella in cui si trova il minore) e dell'inabilitazione (situazione di incapacità giuridica relativa e può essere chiesta in alcune specifiche ipotesi non gravi).

minori sui rischi di tale patologia. L'educazione, infatti, porta alla conoscenza e quindi alla comprensione, e la consapevolezza alla capacità di valutare fino a che punto spingersi.

STALKING: CO-COSTRUZIONE DI UNA RELAZIONE?

di

Laura Seragusa

Psicologa, Psicoterapeuta, Capitano CC, Responsabile Settore di Scienze Investigative e Criminologiche Istituto di Formazione CEIPA

Il termine stalking, di origine anglosassone, può essere tradotto letteralmente con "fare la posta", "appostarsi". In questo senso, tale termine allude ad una delle caratteristiche comportamentali del cosiddetto stalker, il quale, attraverso un susseguirsi di azioni intrusive, assillanti, intimidatorie, ha l'obiettivo di esercitare potere e controllo su una persona (cosiddetta vittima), che, tipicamente, comincia a manifestare gravi segni di disagio, quali ansia, paura, e compromissione della propria capacità di vivere "normalmente" la quotidianità.

In Italia solo di recente tale fenomeno è entrato a far parte del nostro codice penale ed è stato inserito tra i comportamenti lesivi di un bene giuridico detto "libertà morale". In particolare, il 23 febbraio 2009 è stato emanato il decreto legge n.11: Misure urgenti in materia di sicurezza pubblica e di contrasto alla violenza sessuale, nonché in tema di atti persecutori.

Grazie a tale decreto legge è nato l'articolo 612-bis del codice penale (è interessante notare che il 612 riguarda le minacce contro la persona) che prevede misure contro gli atti persecutori.

Il Legislatore, nello specifico, dispone che: "È punito con la reclusione da sei mesi a quattro anni chiunque molesta o minaccia taluno con atti reiterati e idonei a cagionare un perdurante e grave stato di ansia o di paura, ovvero a ingenerare un fondato timore per l'incolumità propria o di un prossimo congiunto o di persona, al medesimo legata da relazione affettiva, ovvero a costringere lo stesso ad alterare le proprie scelte o abitudini di vita".

Inoltre: il delitto è punito a querela della persona offesa; il termine per effettuare la querela è di sei mesi (si procede tuttavia d'ufficio se il fatto è commesso nei confronti di un minore o di persona diversamente abile, nonché quando il fatto è connesso con altro delitto per il quale si deve procedere d'ufficio); la persona offesa ha la possibilità di esporre i fatti all'autorità di pubblica sicurezza, avanzando richiesta al questore di ammonimento nei confronti del molestatore.

Sono previste poi delle aggravanti: la pena è aumentata se il fatto è commesso dal coniuge o da persona che sia o sia stata legata da relazione affettiva con la persona offesa. La pena è aumentata fino alla metà, se il fatto è commesso a danno di un minore, di un soggetto diversamente abile, di una donna in stato di gravidanza, ovvero con armi, o da persona travisata, o con scritto anonimo.

La specificità di tale norma sembra stare proprio nella relazione intersoggettiva quale presupposto necessario al perfezionamento del reato. Infatti, un atto può essere "persecutorio" laddove si sviluppi nel tempo, attraverso una pluralità di condotte, caratterizzate dalla minaccia e dalla molestia, e tali da "cagionare", secondo la norma, un grave disagio psichico e sociale.

Non si può far a meno di sottolineare quanto, dal punto di vista dello psicologo, diventi difficile poter affermare l'esistenza di una perfetta relazione causa-effetto (tra atto persecutorio e sintomi d'ansia), così come sembra indicare la norma, ma non è mio intento, in questa sede, cimentarmi in una disamina di tale questione.

Dati epidemiologici

L'alta incidenza dello stalking in Italia è stata confermata da uno studio dell'Osservatorio Nazionale Stalking realizzato nel 2008, che ha coinvolto un campione di 8.400 partecipanti di quattordici regioni italiane , dal quale emerge che il 20% degli intervistati è stato vittima di stalking almeno una volta nella vita. Nonostante i limiti metodologici di tali ricerche, le percentuali rilevate in Italia sono in linea con i dati ottenuti in altri paesi europei e in quelli anglosassoni, le cui percentuali vanno dal 12% al 32% per le donne e dal 2% al 17% per gli uomini (Curci P. et al., 2003; Galeazzi G.M., et al., 2007; Mullen P.E., et al., 2009; Spitzberg B.H. & Cupach W.R. 2004; Purcell R., et al., 2002; Sheridan L. & Davies G.M., 2001).

Per quanto riguarda il sesso delle vittime: l'80% è di sesso femminile. Circa il 70% dei persecutori è di sesso maschile. Le donne, maggiormente colpite da tale fenomeno, hanno un'età compresa più frequentemente tra i 18 e i 24 anni (20%), tra i 35 e i 44 (6,8%) o dai 55 anni in poi (1,2%). I dati sulla relazione fra vittima e stalker confermano che lo stalker è spesso un ex partner (54.3%).

Per quanto concerne le modalità di stalking (Mullen P.E., et al., 2009; Pathé M.T. & MullenP.E., 1997),

le vittime sono sottoposte in media a tre modalità d'intimidazione: 1. comunicazioni indesiderate (per es. telefonate indesiderate, 50-75%; comunicazioni scritte, 19-62%); 2. contatti indesiderati (per es. pedinamenti, 49-68%; sorveglianza continua, 31-55%; approcci diretti indesiderati, 33-76%); 3. comportamenti associati (per es. minacce, 41-75%; aggressioni fisiche, 23-81%; aggressioni sessuali, 7-54%). Considerevole è anche la diffusione delle molestie telematiche (c.d. Cyberstalking), attraverso l'uso di e-mail, siti web, chat rooms, le cui percentuali variano fra il 19.5% e il 25%.

Passando in rassegna la letteratura scientifica italiana ma soprattutto internazionale, che si è occupata del fenomeno dello stalking, si può osservare come gli studi, nella maggior parte dei casi, siano rivolti a individuare una classificazione più o meno esaustiva delle vittime di stalking, degli stalker, dei comportamenti di stalking e delle migliori, in quanto più funzionali, modalità di coping.

CLASSIFICAZIONE DEGLI STALKER

Molte delle condotte comportamentali messe in atto dallo stalker sono accomunate, oltre che dall'intrusività, anche da forme eccessive, inappropriate e pressanti di richiesta d'intimità nella relazione, che giungono fino alla violenza fisica. Per quanto riguarda la letteratura scientifica italiana, il contributo di maggior rilievo è senza dubbio quello offerto dal prof. Ugo Fornari nel "Trattato di psichiatria forense" (Fornari, U., 2005). Lo psichiatra, all'interno di un capitolo dedicato ai "comportamenti sessuali devianti e criminali" parla della "sindrome del molestatore assillante" (anche detto stalker), la quale, secondo l'autore, trova la sua "matrice dinamica nella incapacità/impossibilità di mantenere una relazione interpersonale significativa" e "nella incapacità di stabilire, mantenere e rispettare i limiti e il reciproco spazio di libero movimento" (ibidem). Secondo l'autore gli stalker non sarebbero in grado di elaborare la ferita narcisistica derivante dal rifiuto, più o meno esplicito. Si tratta cioè di persone che non riescono ad accettare il fatto di essere stati abbandonati o di non essere al centro dell'attenzione di un'altra persona (la vittima designata).

Mullen, Pathé e Purcell (2009) propongono una classificazione degli stalker che tiene conto della relazione precedente tra stalker e vittima, della situazione in cui lo stalking si configura, anche relativamente alle possibili motivazioni latenti, e permette una prima valutazione del tipo d'intervento possibile per l'interruzione della condotta di stalking. Gli autori distinguono gli stalker in cinque grandi categorie in funzione di alcuni tratti peculiari e degli specifici obiettivi relazionali impliciti cui assolvono le molestie assillanti. Si parla dunque di stalker:

1) Rifiutati: la vittima e lo stalker hanno avuto in passato una relazione sentimentale che si è conclusa e lo stalking inizia proprio in seguito all'interruzione della relazione stessa o nel momento in cui la vittima esprime la sua intenzione di terminarla. Il loro obiettivo relazionale è quello di impedire alla vittima di abbandonare la relazione; si tratta della tipologia di stalker maggiormente diffusa;

2) Ricercatori di intimità: questi stalker di solito vittimizzano persone che non conoscono personalmente; indirizzano i loro sforzi nel tentativo di sviluppare una relazione con una persona che li attrae, generalmente hanno poche relazioni significative e conducono una vita piuttosto solitaria. La motivazione è pertanto quella di stabilire un rapporto intimo con la vittima;

3) Corteggiatori incompetenti: questi soggetti solitamente prendono di mira persone con le quali hanno avuto solo un contatto casuale. Si tratta di persone incapaci di stabilire una relazione, spesso anche incapaci di accettare un rifiuto. Sovente mettono in atto condotte di stalking nei confronti di più vittime e cercano un nuovo bersaglio ogniqualvolta non hanno successo con quello precedente. Essi non sembrano avere la capacità di discriminare tra ciò che è socialmente accettabile e ciò che non lo è, per cui al fine di stabilire una relazione sentimentale attuano comportamenti impropri che costituiscono per loro modalità legittime di corteggiamento;

4) Risentiti: si tratta di individui che hanno la percezione di aver subito un torto o un'umiliazione da un altro individuo o da un gruppo di individui; si sentono, perciò, giustificati per il proprio comportamento. Talvolta la vittima è vista come un simbolo delle persone che hanno tormentato e umiliato lo stalker in passato e pertanto spesso viene scelta in maniera casuale. Il comportamento di stalking è messo in atto con il preciso e deliberato intento di generare paura nella vittima;

5) Predatori: tra i più pericolosi, mettono in atto un'ampia gamma di comportamenti come "preparazione" ad una aggressione sessuale e sembrano presentare caratteristiche psicopatiche. Per questi soggetti tale "preparazione" (e quindi il comportamento di stalking) risulta essere gratificante anche a pre-

scindere dall'aggressione stessa; questo stalker, cioé, ricerca proprio la sensazione di avere il totale dominio sulla vita della sua vittima.

CLASSIFICAZIONE DELLE VITTIME

Esistono caratteristiche individuali che predispongono un soggetto ad essere vittima di stalking? Nel già citato Trattato di psichiatria forense, Fornari sottolinea come la vittima, laddove non sia "casuale o simbolica", spesso è "anch'ella incapace di rispettare e far rispettare le regole, i tempi e i limiti propri di ogni relazione umana" (Fornari, U.,2005). Quando, infatti, cominciano le molestie, la vittima può, più o meno inconsapevolmente, colludere con il molestatore rinforzandone fraintendimenti, fantasie di accoglienza e agevolando l'intrusione nella sfera della propria privacy. Non è un caso che la ricerca sulle caratteristiche delle vittime di stalking risulti meno estesa e approfondita in letteratura: una simile questione infatti può facilmente essere misinterpretata o strumentalizzata. Ad esempio, si può ritenere erroneamente che l'interrogarsi su come si comporti la vittima rappresenti in una certa misura anche un modo per colpevolizzarla rispetto alle intrusioni moleste che le vengono inflitte, aggiungendo dunque ulteriori danni a quelli già subiti a causa dello stalking. In realtà il problema è assai diverso, e concerne da una parte la possibilità di comprendere il fenomeno nella sua complessità, dall'altra la necessità di individuare quelle strategie comportamentali messe in atto dalle vittime che risultano più efficaci nel porre fine alle molestie, o quantomeno nel ridurre il rischio di esposizione a violenze e intrusioni ancora maggiori. Si tratta cioè di permettere alla vittima di riprendersi una parte di responsabilità e quindi di potere. Per esempio ci si può chiedere come mai la maggior parte delle vittime di stalking non denuncia il persecutore, considerando che i dati statistici evidenziano come la denuncia alle forze dell'ordine abbia un'elevata efficacia del far desistere lo stalker dal suo comportamento assillante.

Sulla base delle caratteristiche della relazione vittima-stalker, ma anche rispetto al tipo di stalker e al contesto in cui si verificano le molestie, Mullen, Pathé e Purcell (2000) hanno distinto le vittime in primarie (o dirette) e secondarie (o indirette).

La categoria delle "vittime primarie" comprende:

- Ex intimi: questo gruppo, il più rappresentativo, è costituito in maggioranza da donne, si tratta di vittime che hanno intrattenuto una relazione di intimità (coniugi, conviventi, fidanzati) con il proprio stalker. In questi casi in cui le attività intimidatorie e le molestie cominciano in conseguenza della fine di una relazione, avvenuta o semplicemente dichiarata dalla vittima.
- Amici e conoscenze occasionali: queste vittime sono oggetto di persecuzioni da parte di un vicino rancoroso, o di un conoscente rifiutato, o in conseguenza della fine di un rapporto di amicizia. Le molestie sono solitamente meno durature e con meno frequenza esitano in aggressioni fisiche o sessuali, rispetto al gruppo degli ex intimi. Un'alta percentuale di questo gruppo è rappresentata da vittime di sesso maschile.
- Contatti professionali: è la categoria che comprende le help professions ovvero operatori sanitari, periti, avvocati, giudici, infermieri, assistenti sociali, psicologi. Gli stalker possono ritenerli responsabili di offese, rifiuti, insuccessi oppure possono nutrire nei loro riguardi "infatuazioni morbose", come conseguenza di un fraintendimento relativo al tipo d'interesse e di accudimento operato nei loro confronti.
- Altri contatti lavorativi: questa categoria comprende vittime molestate nell'ambiente di lavoro da parte dei datori, dei colleghi, dei clienti o dei dipendenti. In questi ambiti gli stalker appartengono di solito al tipo dei corteggiatori inadeguati, in cerca di intimità o rancorosi (Pathé M.T., et al., 2003). Normalmente questo tipo di stalking inizia sul posto di lavoro, attraverso situazioni di conflitto, persecuzioni o mobbing, per poi sconfinare nella vita privata della vittima.
- Sconosciuti: questa categoria raccoglie quelle vittime che non conoscono il loro stalker, se non nel momento in cui questi ultimi mettono in atto i loro comportamenti persecutori. Le vittime di questo gruppo, uomini o donne, adulti o bambini, vengono scelte per motivi estetici o per il loro status sociale reale o, nel caso dei molestatori telematici, per la versione di queste stesse caratteristiche in una forma fantasticata dallo stesso stalker.
- Personalità pubbliche: comprendono persone note nell'ambito dello spettacolo, sport, politici, governanti, spesso oggetto di molestie da parte di uomini o donne convinti di avere con loro un legame elettivo o di doversi vendicare per un torto subito.
- Vittime secondarie: si tratta per lo più di persone che hanno una relazione con la vittima, amici, familiari, colleghi di lavoro o di un nuovo partner. Questa categoria comprende cioè quelle figure coinvolte in molestie per via della loro

vicinanza alla vittima designata. In questo caso lo stalker cerca di colpire, attraverso minacce o aggressioni, la persona percepita come un ostacolo nel suo rapporto con la vittima (Purcell R., et al., 2003).

- Un ulteriore gruppo è rappresentato dalle "false vittime", ossia da chi accusa di essere vittima pur non essendolo.

L'altro come unica possibilità di senso

Volendo generalizzare sembra che "lo stalker" sia una persona molto sensibile alla separazione, all'abbandono o al rifiuto. Queste persone, quindi, agiscono quella specifica serie di comportamenti di tipo persecutorio che percepiscono come funzionali al loro benessere ovvero tali da sedare la loro ansia e contenere la loro "paura". È come se l'esistenza di questo individuo, per il quale risulta impossibile separarsi, fosse incentrata sulla presenza dell'altro nella propria vita.

In questo senso mi sembra opportuno, in questa sede, citare alcune considerazioni di natura esistenziale sviluppate dallo psichiatra austriaco Viktor E. Frankl (2005), poiché a partire da queste si possono aprire utili riflessioni anche sul fenomeno dello stalking. Secondo Frankl l'uomo é un essere la cui caratteristica essenziale é rappresentata dalla libertà la quale, per Frankl, va intesa come la capacità che l'uomo ha di dare un significato alla sua vita, di costruire la propria felicità o infelicità: un compito del tutto personale. Quando la persona delega questo compito ad altri o ad altre cose, allora egli può sperimentare un vuoto esistenziale. Non è l'evento in sé ma il modo in cui viene vissuto quell'evento, è l'atteggiamento, assunto nei confronti di quanto accade, a costituire il cuore del problema. Secondo lo psichiatra austriaco, il principio dinamico dell'esistenza è la volontà di significato: ogni uomo è orientato alla ricerca di un senso per la propria esistenza. Perché questa ricerca abbia esito positivo, è sufficiente che la persona realizzi la sua naturale autotrascendenza, cioè: "L'essere umano deve sempre essere indirizzato, deve sempre puntare su qualcosa o qualcuno diverso da lui stesso e cioè su un significato da realizzare o su un altro essere umano da incontrare, su una causa da servire o su una persona da amare".

Un atteggiamento opposto lo ritroviamo in quello che Frankl chiama individuo autocentrato, vale a dire fondamentalmente centrato su di sé e sui propri bisogni. Si tratta di un atteggiamento per il quale il benessere personale diviene l'oggetto primario dell'intenzione e l'altro-da-sé (la persona da incontrare, il compito da realizzare) rappresenta soprattutto un mezzo per il raggiungimento della felicità. Tale atteggiamento risulta fondato su una premessa erronea: la felicità, infatti, diviene l'oggetto dell'intenzione primaria e diretta dell'agire umano, laddove, invece, il più delle volte, è solo una conseguenza dello sforzo di trovare il significato della propria esistenza. L'uomo, quindi, ha bisogno di una ragione per essere felice: tale ragione può essere rappresentata sia dall'incontro esistenziale, affettivo ed effettivo, con altre persone e sia dall'attuazione del compito della propria esistenza concreta.

L'atteggiamento autocentrato, al contrario, strumentalizza le situazioni esterne: il partner, il lavoro, lo studio, la libertà, il proprio stesso corpo assumono per l'individuo autocentrato un valore strumentale, poiché sono visti soprattutto come mezzi per raggiungere il successo, il potere, il piacere, il benessere.

Questo individuo pensa erroneamente: "Sarò felice solo se starò col mio partner, solo se avrò successo nello studio o nel lavoro, solo se sarò sempre libero di fare ciò che voglio" e così via. Quando tali condizioni vengono irrimediabilmente a cadere, quando cioè il partner lo abbandona o muore, quando nel lavoro o nello studio sperimenta l'insuccesso, quando la malattia gli tormenta il fisico e gli accorcia la vita, allora l'individuo auto centrato si trova drammaticamente confrontato con un'esistenza percepita come assolutamente priva di significato.

Nell'atteggiamento eterocentrato la ricerca di un senso per la propria esistenza é si rivolta all'altro-da-sé, ma finisce per cristallizzarsi sostanzialmente intorno ad un solo significato, che viene così assolutizzato. La premessa erronea é qui rappresentata dall'idea che il significato dell'esistenza possa essere scelto "una volta per tutte", quando, invece, continuamente la vita ci interroga proponendoci nuove situazioni, nuove difficoltà, nuovi significati da realizzare. Il significato intorno al quale ruota tutta l'esistenza dell'individuo completamente eterocentrato é diverso da caso a caso. Può trattarsi di un figlio, di un ideale politico, di un progetto da realizzare, di un lavoro da svolgere. Il denominatore comune, in questi casi, é rappresentato dal senso di assoluto vuoto esistenziale provato dai soggetti allorquando l'unico scopo della propria vita scompare.

Ciò accade, ad esempio, con la morte del figlio, con il fallimento della propria ideologia o con l'andare a monte del proprio progetto. A questo punto si fa strada la disperante idea che "tutto sia perdu-

to". Tale idea potrebbe essere alla base di molti atteggiamenti di persecuzione che possono arrivare fino all'eliminazione dell'altro, come se il pensiero fosse: "O dai senso alla mia vita o ti tolgo la tua". O anche: "Non ti permetterò di dare senso alla vita di qualcun altro".
Sembra un po' quello che accade in molti casi di stalking nati nell'ambito di una relazione affettiva, come nel caso, per esempio, di Giulio e Anna. I due giovani avevano una relazione affettiva ed erano passati, velocemente, da una frequentazione saltuaria alla convivenza. Il comportamento di Giulio era assai intrusivo e tendente a limitare enormemente l'autonomia di Anna. In poco tempo Giulio l'aveva completamente isolata da amici e parenti: Anna non poteva uscire con le sue amiche, non poteva presentarsi a un colloquio di lavoro da sola, non poteva andare a trovare i suoi genitori, Giulio le controllava il cellulare, le cancellava i numeri della rubrica, la costringeva a uscire sempre in sua compagnia e a presentarlo agli altri come suo "marito". Tutta la vita di Giulio era incentrata sul controllo e sul possesso di Anna come se per lui fosse l'unica possibilità di senso. Anna, ormai isolata da amici e familiari, ha avuto difficoltà a chiedere aiuto. Se da un lato c'è l'imposizione di un rapporto sbilanciato sul versante dell'impossessamento della vita dell'altro, dall'altro lato sembra esserci l'incapacità di mettere dei confini, come se la propria vita fosse qualcosa che non merita rispetto, come se Anna non avesse dentro di sé il senso di preziosità della propria esistenza, che, non essendo un "oggetto di valore", si può mettere nelle mani di un altro, lasciando che questi giochi il suo gioco senza conoscerne le regole. Solo quando emerge la paura circa la propria incolumità fisica Anna, cerca di sottrarsi al gioco, ma non sa che una delle sue regole sta nel fatto che una volta iniziato, il gioco continua "per sempre", oppure si muore. Anna lo scopre, a sue spese, troppo tardi: "Se non torno con te, cosa mi fai, eh? Cerchi di strangolarmi come l'altra sera, eh? Tanto tu sei così, Giulio è così, o si fa quello che vuole o ti prende alla gola. O lo accontenti o uccide".

LO STALKING COME RELAZIONE IO–ESSO

Come è stato precedentemente affermato, i dati di ricerca hanno messo in luce il fatto che nella maggior parte dei casi esiste una relazione pregressa tra lo stalker e la sua vittima e tale relazione implica, frequentemente, un legame di tipo sentimentale o sessuale. In merito alla relazione fra vittima e stalker, alcuni autori (ad es., Brewster M.P., 2003; Spitzberg & Cupach, 2002) ipotizzano l'esistenza di un incastro relazionale tra i due soggetti, alimentato da un meccanismo di co-dipendenza, in cui la strutturazione del rapporto stalker-vittima è associata a una totale e disfunzionale focalizzazione dell'altro partner sui propri bisogni e comportamenti. Nelle coppie co-dipendenti il partner "sano" organizza la sua esistenza in funzione dell'altro e della sua malattia, senza la quale sembra impossibile continuare a rivestire un importante ruolo di sostegno; obiettivo, irraggiungibile, dello stare insieme all'altro è salvarlo, anche ove ciò comporti gravi sofferenze e implichi comportamenti abusanti o maltrattanti da parte del partner. Ciò comporta una strutturazione simbiotica del legame stesso con il rischio di assoluto stallo e irrigidimento dei ruoli che diventano immodificabili.
Come del resto accade all'interno di ogni fenomeno umano complesso non sono tanto le singole caratteristiche specifiche dello stalker o della vittima a determinare le dinamiche dello stalking, quanto piuttosto quello che potrebbe definirsi come un "sistema emergente" (disfunzionale) determinato dalle modalità di incastro tra le caratteristiche personali dei due soggetti interagenti. In una prospettiva fenomenologico-esistenziale possiamo guardare allo stalking come a una relazione Io–Esso, dove entrambi i membri della diade contribuiscono, in funzione del soddisfacimento di bisogni personali, al mantenimento della stessa. L'uno si relaziona all'altro, non in quanto Tu ma in quanto Esso. L'altro, dal canto suo, si vive in quanto Esso, ossia oggetto e non soggetto, il cui senso nel mondo si struttura nel soddisfacimento delle esigenze e delle aspettative altrui.
Nell'utilizzare i termini Io–Tu ed Io–Esso si fa riferimento al principio dialogico espresso da Martin Buber (1993) nella sua opera più famosa. L'autore individua una propensione duplice verso il mondo: la relazione Io-Tu e la relazione Io-Esso. "La prima parola Io-Tu non può essere detta se non dall'essere tutto intero, invece la parola Io-Esso non può mai essere detta con tutto l'essere" (ibidem). Di primo acchito, si potrebbe essere indotti a pensare che la relazione Io-Tu alluda ai rapporti con gli altri uomini e la relazione Io-Esso si riferisca invece a quelli con le cose inanimate. In realtà la questione è più complessa, in quanto l'Esso può comprendere anche un Lui o una Lei reificati, ovvero trasformati in oggetto dall'Io.

Secondo Buber l'uomo non può vivere senza dialogo, tuttavia, chi si addentra nell'universo del dialogo assume un rischio considerevole dal momento che la relazione Io-Tu esige un'apertura totale dell'Io, esponendosi quindi anche al rischio del rifiuto. Per poter co-costruire una relazione con un Tu è necessario "vedere l'altro" e questo implica anche il riconoscere aspetti di sé che non si sarebbero riconosciuti senza l'altro. Questo riconoscimento di sé nella relazione con l'altro non sempre apre a qualcosa di piacevole, anzi, molte volte, l'altro può divenire quello specchio nel quale Dorian Gray si vede così com'è e non nella fissità del suo ritratto perfetto. Dice O. Rossi (2010): "Se vuoi vedere come sei, la pupilla dell'altro è il tuo specchio". Nella relazione di stalking la percezione di sé e dell'altro è fissa, l'uno è spostato sull'Io-Mio l'altro sull'Esso-Tuo. Se la percezione di sé e dell'altro è fissa, anche il mondo relazionale diviene fisso. Se l'esporsi allo sguardo dell'altro, che permette l'incontro, è fisso, si fissa anche la relazione in modo delirante, ossia non si accetta il rischio di co-costruire con l'altro la relazione.

La realtà soggettiva dell'Io-Tu si radica nel dialogo, mentre il rapporto strumentale Io-Esso si realizza nel monologo, che trasforma il mondo e l'essere umano stesso in oggetto. Nel piano del monologo l'altro è reificato - è percepito e utilizzato (come accade nella relazione di stalking) - diversamente dal piano del dialogo, dove è incontrato, riconosciuto e nominato come essere singolare. L'Io dell'Io-Esso può essere indicato, secondo Buber, come l'individuo, mentre l'Io dell'Io-Tu come la persona: "L'Io della parola Io-Esso si manifesta come individualità e diventa cosciente di sé come soggetto, come soggetto dell'esperire e dell'utilizzare" (ibidem). L'individualità si manifesta distinguendosi da altre individualità e lo scopo della distinzione è l'esperire e l'utilizzare. L'individualità non è partecipe di alcuna realtà e non ne raggiunge nessuna. Si distingue dall'altro e cerca, quanto più può, di venirne in possesso, per mezzo dell'esperire e dell'utilizzare. La sua dinamica è questa: distinguersi, prender possesso, entrambi esercitati sull'esso. L'Io della relazione Io-Tu si manifesta come persona e diventa cosciente di sé come soggettività. La persona si manifesta entrando in relazione con altre persone.

Lo scopo della relazione è il suo stesso essere, cioè il contatto con il Tu. La persona dice "Io sono", l'individualità dice "Sono cosi". La persona guarda a se stessa, l'individualità si occupa del suo "mio": la mia particolarità, la mia razza, la mia creazione, il mio partner. Il soggetto, quando si riconosce come tale, per quanto possa appropriarsi di molte cose, non può, grazie a queste crescere, e rimane, funzionalmente, ciò che esperisce e utilizza e nient'altro.

Da ciò deriverebbe una "fame" di oggetti – sé (direbbe Kouth) tesi a colmare un vuoto esistenziale dilagante. La perdita dell'oggetto è perciò insopportabile e inimmaginabile giacché rientra nella sfera di ciò che è "mio" e dal quale mi distinguo solo per possederlo. È su questi assunti che sembra dividersi la relazione di stalking, dove la lotta per l'essere amati porta a non assumere il rischio di mettere in gioco la propria possibilità di amare, che, di fatto, permetterebbe di trasformare l'Esso in un Tu.

È come se lo stalker immaginasse che la sua possibilità di colmare il vuoto esistenziale risieda nell'essere amato a tutti i costi e non nell'amare, eppure l'unico sentimento che può scaldare il nostro cuore è il nostro amore per l'altro, come dice P. Quattrini: "Ciò che riempie il cuore è amare e non essere amato" (quello che noi sentiamo è l'amore che proviamo e non l'amore che l'altro prova per noi). L'individuo, però, centrato narcisisticamente sulla lotta nell'essere amato non si accorge dell'altro e, in effetti, neanche di se stesso.

Buber esprime nella differenza dei modi di stare in relazione, la differenza fra relazione di potere e relazione d'amore. Al mondo della relazione personale e della libertà si contrappone il mondo dell'esperienza, della causalità dell'altro da sé inteso come oggetto manipolabile, in un rapporto Io-Esso.

La differenza fra l'individualità, che si costituisce per separazione, e la persona, che si costituisce nella relazione con gli altri, è a fondamento, secondo Buber, del fenomeno sociale e culturale dell'individualismo e del collettivismo (che non è altro che l'atteggiamento complementare e immediatamente susseguente all'individualismo) guardati con spirito critico dall'autore, il quale li ritiene tra gli elementi di crisi della propria epoca. Le convinzioni espresse nel principio dialogico si oppongono, infatti, tanto all'individualismo, dove l'altro non è percepito che in rapporto a se stessi, quanto alla prospettiva collettivista, dove l'individuo è occultato a vantaggio della società.

Non sembra un caso che l'attenzione sul fenomeno dello stalking si sviluppi proprio in questo memento storico, in una società in cui l'altro rappresenta

l'estraneo, e in cui la relazione con l'altro è strutturata sul regime della pretesa a scapito di un più arricchente regime di scambio (è solo attraverso lo scambio che è possibile lo sviluppo). Nelle indicazioni che spesso si ritrovano fra i suggerimenti rivolti alle vittime di stalking, colpisce l'elenco di una serie di elementi che possono essere riassunte nella categoria strategica dell'evitamento e del non contatto. Sembra quindi che la sola forma di difesa da chi assilla sia trovare ogni mezzo disponibile per evitarne attese relazionali di qualunque genere, ma anche allontanare ogni opportunità di relazione o contatto. Da ciò deriva una conclusione relativa all'implausibilità sociale del rapporto con qualcuno con il quale è impossibile entrare in relazione in quanto soggetto della stessa. Il cosiddetto stalker potrebbe essere in fondo qualcuno che sembra non capire di star violando le soglie dell'intimità consentita, le frontiere reciprocamente condivisibili di una relazione tra persone.

Si potrebbe dire che nel rapporto intersoggettivo tra vittima e stalker vi sia "un conflitto di interessi" (Quattrini P., 2008). Da un lato c'è un Io che propone/impone una relazione Io-Esso, non riconoscendo la soggettività dell'altro e non aprendosi alla possibilità di entrare in contatto con se stesso. Dall'altro lato c'è un Tu che, molte volte, non delimitando un confine netto con l'altro, non si assume la responsabilità della propria soggettività, o meglio di quella parte della propria soggettività che implicherebbe quella che P. Quattrini chiamerebbe una "guerra di difesa", necessaria per conquistare il proprio spazio e per porre una distanza funzionale a evitare l'invasione nel proprio territorio.

Nel lavoro con le vittime di stalking non è un caso che sia determinante far passare il messaggio che il non rispondere alle telefonate, non presentarsi agli incontri richiesti, eventualmente sporgere denuncia, così come il chiedere aiuto, sono strumenti essenziali per difendersi e, in taluni casi, per scongiurare conseguenze letali. È come se la vittima non si arrendesse alla necessità di avere dei confini e di difenderli con un'azione "bellica" che invece viene connotata da un'etichetta etica come "cattiva". Di conseguenza la mancata integrazione della propria aggressività non permette alla vittima di strutturare confini solidi.

CONSIDERAZIONI FINALI

Come si è visto già, la qualificazione del comportamento secondo la norma penale presuppone un processo comunicativo e relazionale: perché si configuri il reato, gli atti persecutori devono determinare un cambiamento sia nello stato "psichico" della vittima, che nella sua quotidianità. E' questo dunque il compito che la norma assegna ai suoi interpreti: esplorare la specificità di una relazione intesa come processo di comunicazione tra mondi vitali. L'esame della letteratura nazionale e internazionale sul fenomeno dello stalking mostra come uno degli elementi chiave del fenomeno abbia a che fare con la relazione di coppia e con le sue caratteristiche. Gli studi sulla coppia violenta sottolineano come un incastro di coppia sbilanciato, ove la gestione del potere è ad appannaggio solo di uno dei membri, ove persistono elementi disfunzionali, legati a una "fissità" nella divisione dei ruoli e nella rappresentazione stessa della relazione, sia terreno fertile per l'instaurarsi di dinamiche di coppia fondate sul maltrattamento e sul predominio.

Naturalmente queste dinamiche vengono esasperate nel momento in cui si prospetta la rottura della relazione, evento generalmente vissuto come una manifestazione di autodeterminazione della vittima, quando questa si propone cioè come soggetto nella relazione e non più solo come oggetto e, dunque, assolutamente inaccettabile da parte del partner che, attraverso lo stillicidio dello stalking, intende riappropriarsi di ciò che vive come un "mio".

Spesso le vittime si ritrovano, anche a seguito dell'invischiamento nella relazione di stalking, prive di una rete sociale su cui fare affidamento, prive del necessario sostegno e della possibilità di riconoscere il proprio potere. Sarebbe auspicabile lo sviluppo di una sinergia tra operatori, che a vario titolo entrano in contatto con le vittime, al fine di ricostruire quel contesto supportivo, accogliente e protettivo che rappresenta la base necessaria alla vittima per sentirsi riconosciuta come persona e sostenuta nell'elaborazione di strategie di difesa e, eventualmente, di denuncia dell'abuso.

La risposta alla domanda provocatoria del titolo di questo articolo sembra quindi essere affermativa, ossia la relazione di stalking, come del resto tutte le relazioni umane, implica una co-costruzione in cui entrambi i poli della relazione giocano la loro parte. In questo senso non si vuole distribuire equamente le "colpe", vittimizzando nuovamente coloro che sono già vittime, piuttosto si vuole ridare ad esse il potere, il potere di essere soggetto e di agire come tale, integrando parti disconosciute di sé e permettendo a se stesse, quindi, di sottrarsi ad una co-costruzione rela-

zionale giocata su una fissità di regole e di ruoli.

NOTIZIE DALL'ASSOCIAZIONE

AIPG
Associazione Italiana di Psicologia Giuridica

XVI CONGRESSO NAZIONALE DI PSICOLOGIA GIURIDICA

OMOGENITORIALITA'
Modelli in evoluzione di famiglia

Roma, 7 novembre 2014

Camera dei Deputati
Palazzo dei Gruppi Parlamentari
Via di Campo Marzio, 73

L'AIPG Associazione Italiana di Psicologia Giuridica organizza il XVI Congresso Nazionale di Psicologia Giuridica sul tema "*Omogenitorialità. Modelli in evoluzione di famiglia*". Il Congresso si svolgerà a Roma, il giorno 7 novembre 2014, presso la Camera dei Deputati, Palazzo dei Gruppi Parlamentari, Via di Campo Marzio 73.
L'AIPG ha voluto promuovere questo Congresso per sollecitare una riflessione sul concetto di famiglia che investe il grande tema legato all'idoneità genitoriale, investe la tematica degli affetti e del rispetto dei diritti e dei doveri di ciascuno. Per raggiungere tale rispetto è necessario mettersi a distanza da fondamentalismi o estremismi ideologici.
Tra gli altri parteciperanno Maria Armezzani, Paolo Capri, Melita Cavallo, Luca Chianura, Cecilia d'Avos, Laura Fruggeri, Anna Maria Giannini, Fiorella Giusberti, Anita Lanotte, Vittorio Lingiardi, Marisa Malagoli Togliatti, Sandra Recchione, Pompilia Rossi, Tommaso Sciascia, Maddalena Zucconi Galli Fonseca.

La quota di partecipazione è di € 40,00. Per tutti i Soci AIPG in regola con le quote associative la partecipazione è gratuita.

L'iscrizione è obbligatoria per tutti entro il 17 ottobre da effettuare ai recapiti della Segreteria AIPG inviando per email una richiesta di partecipazione. Il numero dei posti è limitato.

Al termine del Convegno verrà rilasciato un attestato di partecipazione.

•••

CORSO DI FORMAZIONE in *PSICOLOGIA GIURIDICA E PSICOPATOLOGIA FORENSE*

Comunichiamo che sono aperte le iscrizioni per la 15^ edizione del Corso organizzato dall'Associazione Italiana di Psicologia Giuridica che avrà inizio il 24 gennaio 2015.
E' stato richiesto al Ministero della Salute l'accreditamento del Corso, con 50 punti ECM, come l'edizione precedente.
Per informazioni e iscrizioni contattare la Segreteria Organizzativa dell'AIPG.

ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOLOGIA GIURIDICA

Comitato di Redazione
Paolo Capri, Andrea Castiello d'Antonio, Rocco E. Cenci, Lucia Chiappinelli, Anita Lanotte, Simona Roccia

Via Bisagno, 15 – 00199 Roma
Tel. 06 86398278 – Fax 06 86384343
E – mail: aipg.italia@tiscalinet.it
www.aipgitalia.org
Segreteria:
da lunedì a venerdì
09,00 – 13,00

Stampato in proprio
Finito di stampare il 25 luglio 2014