Carta & Paglia

DICEMBRE 2025

35

affinità elettive

Ho una certa passione per gli elenchi. Non ossessiva, non totalizzante: li trovo rassicuranti e avvolgenti.
Fare una rivista è, da un certo punto di vista, fare continui elenchi: elenchi di cose da fare, elenchi di articoli da scrivere e ricevere, elenchi di caffè bevuti, elenchi di un mucchio di cose che dimenticheremmo se non fossero in un elenco. La lista puntata può dare un inebriante, quanto ovviamente ingannevole, senso di controllo e non è difficile provare un brivido davanti ad una spunta che segna un compito completato.
Poi, beh, ammettiamolo: c'è una buona componente di nevrosi nella vertigine che ci spinge all'elenco e il piacere di stilarli è una forma catartica che ci illude di trovare ordine e senso nel marasma di fogli, foglietti e appunti. Un senso, però, limitato, netto e senza sfumature, che non ci può restituire la complessità del reale, perché raramente il reale collabora quando si prova ad incasellarlo.
D'altronde una rivista non può ridursi a un elenco: il bello sta nell'approfondimento, nello scoprire nuove storie e punti di vista. Storie che non possono essere misurate né spuntate né ordinate, ma solo raccolte e affidate al lettore.
Qui troverete montoni, abissi, cavalli e memoria viva: forse qualche elenco puntato potrebbe contenerli, ma solo in questo numero saranno liberi di raccontare pienamente le loro storie.
Buona lettura!

Diego Fornarelli

I QUADERNI DI ATENA
collana diretta
da Andrea Lepretti

GRUPPO ATENA

© Copyright 2025 by
affinità elettive
Edizioni ae di Valentina Conti
Via Isonzo, 12 – 60124 Ancona
www.edizioniae.it
e-mail: info@edizioniae.it

Tutti i diritti riservati
ISBN 978-88-7326-831-4

Finito di stampare
nel mese di dicembre 2025
presso Micropress srl (FM)

In copertina:
quadro di Claudio Caldarola

Carta & Paglia

INDICE

Le nostre strutture	4
Le crepe invisibili: il figlicidio materno oltre i luoghi comuni	8
Entusiasmati in lirico canto. Una rosa per Alda Merini e per Marco Cavallo	21
Nel cuore della cura. Dinamiche del Burnout e reti di protezione	27
Guidami tu luce gentile	33
Strumenti innovativi per la raibilitazione di pazienti autori di reato	38
Le vite degli altri. I pensieri degli studenti	42
Visioni dall'abisso interiore	46
Una visita di memoria e speranza	50
I fondamenti teorici della terapia cognitivo-comportamentale	53
Il montone, il minchione e la carogna	58
Premio letterario Atena: la testimonianza della vincitrice	62
Premio Frontino Montefeltro 2025	66
Elias	71
Umberto Piersanti, poesia	75

LE NOSTRE STRUTTURE

Il Gruppo Atena da trent'anni accoglie persone adulte affette da disturbi e malattie psichiatriche anche con comorbilità alle dipendenze e in presenza di misure di restrizione della libertà personale, che per periodi più o meno lunghi non sono in grado di provvedere pienamente a loro stesse. Un luogo di accoglienza, ricovero, cura e riabilitazione in cui Psichiatri, Educatori, Psicoterapeuti, affiancati da Infermieri e Operatori Socio-sanitari, ogni giorno vivono al fianco dei nostri ospiti, sorreggendoli quando ne hanno bisogno, stimolandoli e accompagnandoli nel mai facile percorso riabilitativo che devono affrontare le persone con disturbi mentali. Gruppo Atena si impegna attivamente a combattere lo stigma e l'emarginazione sociale che spesso accompagna le persone con patologie psichiatriche: ci esponiamo sul territorio, attraverso attività che coinvolgono la comunità e integriamo le strutture nel tessuto sociale esistente mettendo in contatto, quando possibile, i pazienti con la cittadinanza. Non ci si nasconde, ma ci si propone con le proprie unicità; non si vive soli, ma si condividono esperienze negative e positive; non si colpevolizza la persona malata, ma la si accoglie: questo è il Gruppo Atena.

La SERENITY HOUSE è una Struttura Sanitaria polimodulare, con nuclei residenziali e centri diurni. Al suo interno è presente l'ambulatorio "Sinfonie d'Acqua" per la riabilitazione a secco e in piscina. La struttura offre prestazioni per la salute mentale con progettazioni personalizzate di carattere intensivo ad estensivo. È presente un nucleo dedicato ai disabili psichici, fisici, sensoriali o misto. Situata nel comune di Monte Grimano Terme, ai confini con la Repubblica di San Marino, è immersa nelle stupende colline marchigiane ed è interamente circondata dal verde.

La struttura ATENA sorge a Monte Cerignone, poco fuori dal borgo storico. Struttura Sanitaria ideale per l'inserimento di nuovi pazienti affetti da disturbi mentali o in comorbilità con dipendenze; offre progettazioni personalizzate di tipo riabilitativo e di mantenimento.

Il MOLINO GIOVANETTI è un nucleo rurale sorto alla fine del XVII sec. situato nella valle del Conca, lungo il guado che attraversa il fiume collegando Valle di Teva con Monte Grimano. Il progetto terapeutico principale, "Dalla Terra alla Tavola", passa attraverso attività di allevamento, pastorizia, viticoltura, agricoltura. I prodotti finali sono destinati prevalentemente al consumo interno e rappresentano una ulteriore opportunità di continuità riabilitativa nel progetto terapeutico dell'Hotel della Salute.

L'HOTEL DELLA SALUTE, a Monte Grimano Terme. Qui i nostri pazienti si dedicano alla gestione di un vero e proprio albergo con ristorante e un'enoteca (l'adiacente "Oca della Checca", così chiamata in onore di una poesia di Tonino Guerra). Gli ospiti di questa struttura sono perfettamente integrati nel tessuto sociale del borgo di Monte Grimano: essi vivono fianco a fianco alla cittadinanza. È qui che trova concretamente pienezza il concetto di riabilitazione.

CASA BADESSE, la cui struttura è stata ricavata da un'ex casa mandamentale in stato di abbandono e ora completamente recuperata, nasce dall'esigenza di trovare uno spazio adatto ai pazienti con necessità particolarmente delicate: la struttura è divisa in due distinti reparti, che operano in maniera autonoma e ognuna con personale dedicato. La prima è la "R.E.M.S. Casa Badesse", ovvero la Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza, strutture di nuova concezione previste dall'ordinamento italiano in sostituzione dei superati e poco efficaci O.P.G. La seconda è la "SRP-1 Le Badesse", una Struttura Residenziale Psichiatrica per trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere intensivo, per pazienti con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, per i quali si ritengono efficaci interventi ad alta intensità riabilitativa.

VILLA VERDE - RICOVERO ANTIMI CLARI: ultima struttura ad entrare nel gruppo, è una Residenza Protetta per Anziani e sorge nel centro del Comune di Macerata Feltria. Accoglie persone anziane non autosufficienti fornendo cure e assistenza e sollievo alla famiglia.

Prima struttura del Gruppo Atena, VILLA OASI è una Residenza Sanitaria per Anziani e un Centro Psichiatrico che ha sede in San Marino, l'antica repubblica indipendente che troneggia sul Monte Titano, tra Montefeltro e Romagna. In una villa signorile trasformata in struttura residenziale, i pazienti di Villa Oasi possono affrontare con serenità e discrezione il percorso terapeutico più adatto a loro, affiancati da personale qualificato che li assiste costantemente.

CA' CECCO e il MOLINO DEL RIO sono strutture che offrono un servizio per persone con problemi psichiatrici con buon livello di autosufficienza ed un residuo minimo di bisogno assistenziale sanitario.

GRUPPO ATENA

LE CREPE INVISIBILI: il figlicidio materno oltre i luoghi comuni

Martina Ciminiello, Giovanna Crespi, Marco Zuffranieri, Enrico Zanalda

Realtà e percezione del figlicidio materno

Il figlicidio è definito come l'evento in cui a uno o più figli viene tolta la vita da un genitore, biologico o meno, o da un tutore (Brown T. et al., 2018). È un termine ombrello (Giacco S. et al., 2020) generalmente usato in riferimento ai bambini con età superiore all'anno, anche se spesso viene impiegato come sinonimo di infanticidio – riferito ai bambini di età inferiore a un anno – e di neonaticidio, che indica l'uccisione di un figlio nato da meno di 24 ore (Friedman S.H. et al., 2005).
Il figlicidio è un fenomeno raro, eppure rappresenta uno dei reati più frequenti all'interno delle mura domestiche, luogo in cui il bambino dovrebbe crescere circondato da amore e protezione. I dati epidemiologici sulle morti in infanzia e adolescenza stimano che i genitori siano responsabili di oltre la metà degli omicidi, e che il figlicidio costituisca tra il 2% e il 10% delle cause di morte in età infantile, sebbene una stima precisa sia difficile da ottenere poiché tali eventi vengono spesso classificati in altre categorie (Giacchetti N. et al., 2019). Il rapporto del WHO "Global Report on Preventing Child Homicide" del 2016 stima che oltre il 58 % dei bambini vittime di omicidio siano uccisi da un genitore o da una figura di cura. I figlicidi sono commessi sia da madri che da padri; si osserva però una prevalenza materna nei primi mesi di vita del bambino, mentre nella tarda infanzia si riscontra una maggiore incidenza paterna o da parte di patrigni (Bourget D. et al., 2007).

ENRICO ZANALDA

Direttore Sanitario Casa di Cura San Giorgio di Viverone (BI).

In Italia si registrano in media 16 figlicidi materni all'anno, commessi perlopiù da donne italiane, intorno ai trent'anni, spesso sposate o conviventi, con più di un figlio. Hanno in genere un basso livello socioeconomico, un livello medio di istruzione e sono casalinghe su richiesta del partner. Nella maggior parte dei casi sono presenti una patologia psichiatrica, il timore di perdere il proprio ruolo materno o la relazione con il bambino, uniti a un insufficiente sostegno materiale ed emotivo. Secondo una ricerca di Bramante (2021), nel 33% dei casi queste donne descrivono una relazione conflittuale con il partner e nel 10% dei casi una costante assenza, fisica o psicologica dello stesso. Nel medesimo studio, nel 68% dei casi analizzati è venuta meno la capacità di intendere e di volere, mentre solo nel 14% si è trattato di un agire lucido e cosciente. La patologia psichiatrica più frequente è quella psicotica, seguita dai disturbi dell'umore – in particolare il disturbo depressivo maggiore – e dai disturbi di personalità, soprattutto borderline, paranoide e schizoide. Sovente si tratta di donne che hanno subito abusi nel corso della vita e che avevano già espresso richieste di aiuto rimaste inascoltate. La presenza di segnali premonitori suggerisce che un intervento preventivo sarebbe stato possibile.
Oltre ai dati, però, ciò che più colpisce è il modo in cui la società interpreta questi eventi. Il tema dei figlicidi incrina l'immagine stessa della maternità, e i media contribuiscono a tale sgomento raccontando i casi di cronaca in maniera polarizzata: la madre mostro, fredda e disumana, oppure la madre vittima, fragile e sopraffatta dalla disperazione. In entrambe le versioni, però, la complessità scompare e la tragedia si trasforma in spettacolo, sacrificata in nome di un titolo sensazionalistico: un caso da commentare, più che da comprendere.

Oltre il mito dell'istinto materno

La notizia di un figlicidio suscita sgomento e angoscia collettiva, perché nella nostra cultura la maternità è ancora percepita come un'esperienza naturalmente colma di gioia e serenità. Eppure, Badinter (1980) ricorda che

MARTINA CIMINIELLO

Psicologa criminale e forense, Unità di Monitoraggio e Programmazione Clinica del Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale ASL TO3 & AOU San Luigi Gonzaga – Cooperativa Il Margine, Collegno; Esperta Psicologa ex art. 80 Casa Circondariale di Vercelli.

non esiste un istinto che guidi la donna alla cura dei figli: il sentimento verso la prole, quando nasce, non è necessariamente amore materno. Diventare madre è un processo complesso, influenzato dal contesto sociale e relazionale, oltre che dai profondi cambiamenti biologici e ormonali che ridefiniscono l'identità della donna. Ella attraversa una vera e propria trasformazione intrapsichica, passando dall'essere figlia dei suoi genitori all'essere madre dei suoi figli (Giacchetti et al., 2022). Questa riorganizzazione riattiva inevitabilmente le rappresentazioni interne delle proprie figure di accudimento, e nelle donne che hanno vissuto traumi può diventare un passaggio estremamente difficile (Barone & Carone, 2020). Nonostante ciò, permane una resistenza collettiva nell'accettare che l'amore materno non sia innato né incondizionato. Per questo motivo, di fronte a un figlicidio, si tende istintivamente a pensare che la madre abbia agito in preda a un'infermità mentale (Bramante, 2021). Tuttavia, per comprendere appieno la complessità di questo gesto, è utile ricordare come la percezione dell'infanticidio sia cambiata nel tempo e nelle diverse culture. In passato, infatti, l'uccisione dei figli – per quanto oggi percepita come un atto contro natura – era socialmente tollerata o addirittura considerata un mezzo di controllo della popolazione, soprattutto in contesti poveri e sovraffollati (Naviaux et al., 2020). In Cina, per esempio, per decenni migliaia di bambine sono state soppresse ogni anno a causa della politica del figlio unico introdotta nel 1979 e abolita solo nel 2013. Fenomeni simili si registrano ancora oggi in India, dove secondo "The Lancet" la donna è stata definita una "specie a rischio": su dodici milioni di nascite annuali, muoiono tre volte più femmine che maschi. Situazioni analoghe sono state documentate anche in Pakistan e Bangladesh. In Italia, invece, il numero di infanticidi è diminuito sensibilmente dopo il 1978, con l'introduzione della legge sull'interruzione volontaria di gravidanza (Bistarini & Cavaliere, 1987).
Il mito della "mamma buona", della maternità naturale e sempre gioiosa, ostacola ancora oggi la comprensione di questi fenomeni. Esso genera vergogna in chi non vive la maternità come istintiva e scoraggia molte donne dal chiedere aiuto o dal confidare pensieri di fatica e ambivalenza. Non a caso, le madri che commettono figlicidio tendono a descriversi come amorevoli, attente e conformi al modello della madre ideale, immagine spesso confermata anche da chi le conosceva (Bramante, 2021). Nella società contemporanea, poi, le narrazioni mediatiche e i modelli di perfezione materna amplificano ulteriormente questo divario, rendendo il dolore ancora più invisibile.

GIOVANNA CRESPI

Dirigente Medico UOC Dipendenze SERT Monza DSMD ASST Brianza.

Classificazioni criminologiche e psicologiche del figlicidio

Sebbene sia credenza comune che le madri che uccidono i propri figli appartengano a un gruppo omogeneo, la realtà è ben più articolata. Esistono madri che tolgono la vita ai figli appena nati e altre che lo fanno quando i bambini sono già cresciuti. In criminologia, si distinguono tre forme principali: il neonaticidio, che avviene nell'immediatezza del parto o entro le 24 ore, generalmente nei confronti di un figlio non desiderato; l'infanticidio, che riguarda bambini entro il primo anno di vita; e il figlicidio o libericidio, che si verifica dal primo anno in poi.
Dal punto di vista psicologico, il neonaticidio si differenzia dagli altri due perché, in questo caso, non si è ancora instaurato un legame affettivo tra madre e bambino. La madre prova spesso sentimenti di estraneità o ostilità verso il neonato, percepito come un oggetto o una parte del proprio corpo, e l'investimento affettivo richiede tempo per svilupparsi (Gallina Fiorentini, 1981; Merzagora Betsos, 2003). Giacchetti e colleghi (2019) osservano che il neonaticidio è frequentemente associato alla negazione della gravidanza e a sintomi dissociativi, e che l'atto viene compiuto d'impulso, diversamente da infanticidio e figlicidio, che presentano più spesso elementi di premeditazione.
Resnick (1969) ha proposto una classificazione del figlicidio in cinque categorie principali:
• Altruistico, spesso connesso a gravi disturbi psichici e a intenti suicidari;

MARCO ZUFFRANIERI

Dirigente Psicologo SC Psicologia, Area Funzionale Salute Mentale DISM ASL TO3.

• Psicotico, in cui manca del tutto una motivazione razionale;
• Del bambino non desiderato, generalmente legato a gravidanze illegittime e raramente correlato a infermità mentale;
• Accidentale, che si manifesta nel contesto della sindrome del bambino maltrattato, senza intenzione deliberata di uccidere;
• Come vendetta verso il coniuge (sindrome di Medea), tipico di madri con tratti di instabilità emotiva o disturbi di personalità.

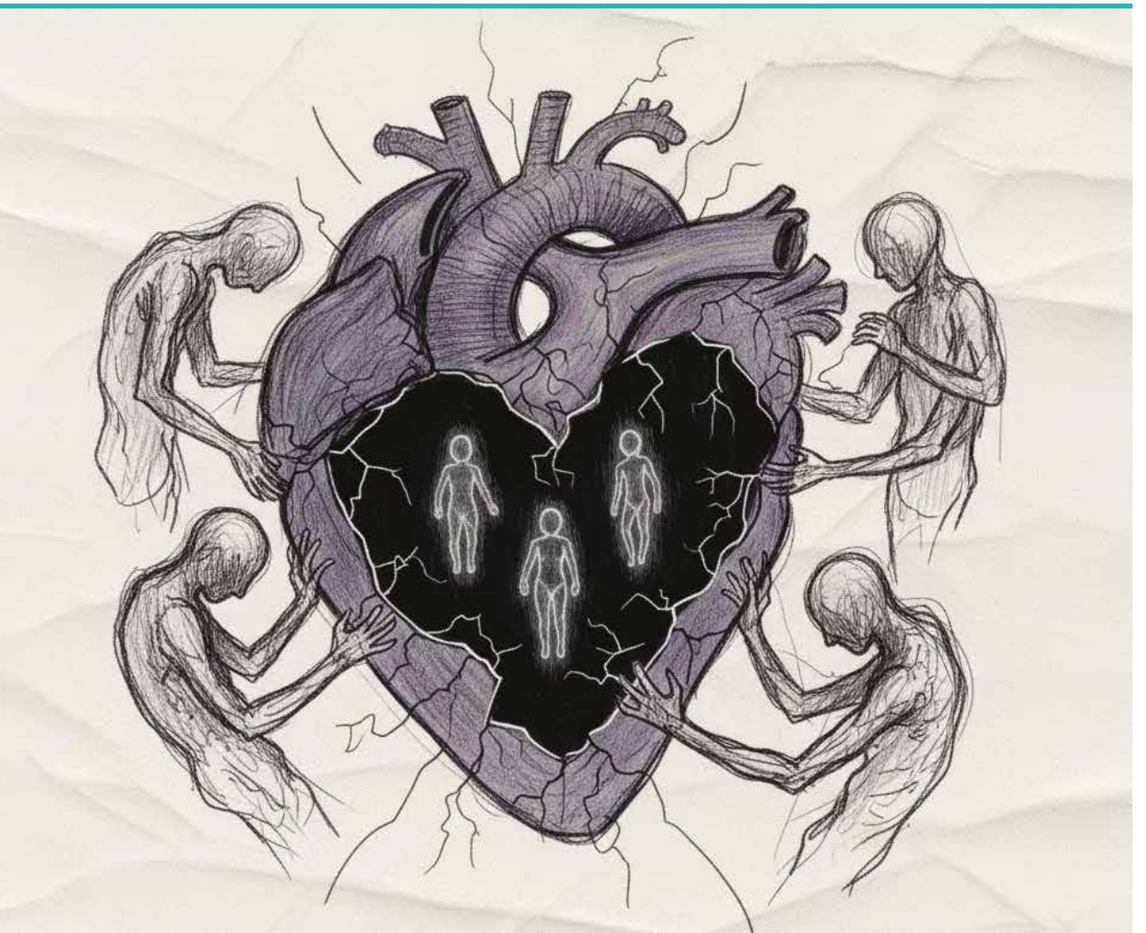
Questa distinzione, oltre a descrivere la varietà dei casi, aiuta a comprendere che dietro ogni gesto vi è un intreccio complesso di fattori psicologici, relazionali e sociali, che sfugge a ogni interpretazione univoca.

Le radici psicologiche e relazionali del figlicidio materno

Non si nasce madri: lo si diventa attraverso un lungo percorso interiore, che può riportare la donna a uno stato primario, in cui il bambino risveglia mancanze e paure radicate nell'infanzia. Alcune donne affrontano la gravidanza portando con sé una patologia preesistente o un lutto mai del tutto elaborato (Bramante, 2021). Non tutti i figlicidi, tuttavia, si generano in un contesto di malattia psichiatrica: talvolta la "patologia" risiede nell'ambiente familiare stesso, segnato da abusi, violenze o dinamiche relazionali distruttive. Vi sono anche casi in cui l'omicidio del figlio avviene in piena coscienza e consapevolezza (*ibidem*).
Il neonaticidio rappresenta una categoria a sé stante rispetto a infanticidio e figlicidio. Le madri coinvolte sono spesso molto giovani, nubili, con bassa scolarità e limitate capacità di *problem solving*. A volte vivono condizioni di povertà che alimentano la paura di non poter accudire il neonato. Si tratta quasi sempre di gravidanze indesiderate e tenute segrete, con parto e uccisione che avvengono in ambienti domestici. Durante il parto possono manifestarsi sintomi dissociativi, e molte donne raccontano di aver vissuto l'evento come se fossero spettatrici. Dopo il parto, si verifica spesso un'amnesia transitoria che le porta a proseguire la giornata come se nulla fosse accaduto.
In questi casi, la negazione della gravidanza può essere così profonda da impedire la piena consapevolezza dello stato interessante, anche in assenza di segni fisici evidenti. Il neonaticidio, in tale cornice, diventa un modo delirante per cancellare la vergogna e fingere che nulla sia accaduto. Rispetto a chi commette infanticidi o figlicidi, queste donne presentano meno frequentemente disturbi psichiatrici pregressi (*ibidem*).
Un altro fattore di rischio è il parto traumatico, che può innescare o riacutizzare una patologia psichiatrica. Alcune donne riferiscono la comparsa, già nei giorni precedenti al reato, di pensieri aggressivi nei confronti del bambino – spesso in risposta a episodi di pianto inconsolabile – che non vengono espressi per timore del giudizio o per vergogna.
Tra le diverse casistiche di figlicidio vi è anche il cosiddetto "abuso fatale", in cui la madre infligge al bambino violenze reiterate o episodiche che portano alla morte accidentale, come nella *Shaken Baby Syndrome* o nei casi di omicidio mascherato da morte in culla. Sebbene possano essere presenti disturbi di personalità, non sono di per sé indicatori determinanti. In questi episodi prevale l'impulsività, una perdita di controllo improvvisa scatenata da comportamenti del bambino. Loughnan e O'Connor (2023) parlano, a questo proposito, di "rabbia cieca" o "sindrome di sopraffazione". Tra i fattori di rischio figurano aspettative irrealistiche sull'educazione, isolamento, precedenti abusi e la difficoltà a tollerare il pianto del neonato.
Un'altra forma di maltrattamento estremo è la Sindrome di Munchausen per procura (MSBP), nella quale la madre induce o simula malattie nel figlio, sottoponendolo a cure e interventi inutili per attirare attenzione o assumere il ruolo di "madre accudente". Spesso si osserva in presenza di disturbi di personalità di tipo borderline, istrionico o paranoide.
La patologia psichiatrica rimane comunque un importante fattore di rischio, spesso associato ad abuso di sostanze. Anche in assenza di segni clinici evidenti, il mix di cambiamenti ormonali, deprivazione del sonno e traumi pregressi può condurre a gravi scompensi psichici. Esperienze traumatiche infantili predispongono inoltre a un sistema di risposta allo stress più impulsivo (Vileisis & Laufer, 2025). In queste donne, il figlicidio può avvenire anche con bambini desiderati e amati, quando l'angoscia di inadeguatezza prende il sopravvento. Studi

[1] Consiste nel violento scuotimento del bambino, con possibile trauma cerebrale, conseguenti complicanze neurologiche e, nei casi più gravi, la morte.
[2] Uno dei casi più emblematici e discussi di MSBP, sebbene non termini con un figlicidio ma con un matricidio, è quello di Gypsi Rose e Dee Dee Blanchard. Per approfondire si legga Rosenbaum, K.B., Friedman, S.H., & Galley, N. (2019). The Act. The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 47, 534-536 https://jaapl.org/content/47/4/534.

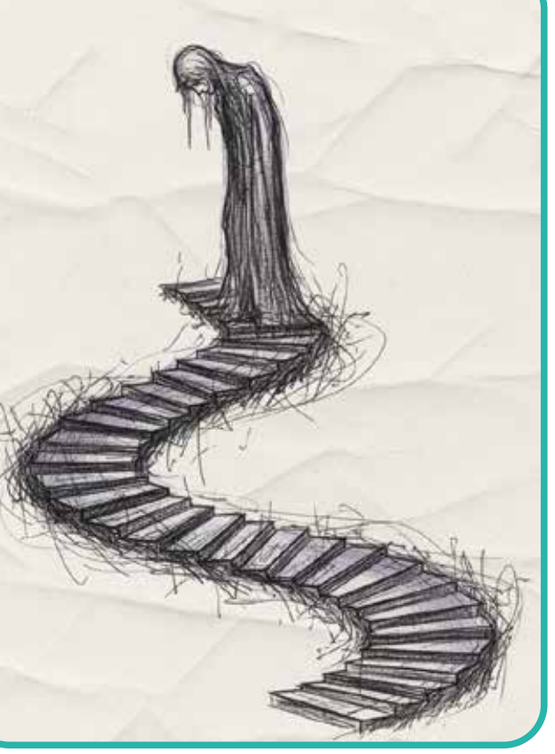
(Kauppi et al., 2008) mostrano che disturbi dell'umore — come depressione maggiore o psicotica — e schizofrenia paranoide sono tra le condizioni più frequenti.
Dal punto di vista relazionale, molte madri figlicide riportano abusi infantili o attaccamenti insicuri, che compromettono la capacità di costruire un legame sicuro con il proprio figlio. La teoria dell'attaccamento di Bowlby (1972; 1983) offre una cornice utile per interpretare tali dinamiche: studi (Barone et al., 2014) mostrano che rappresentazioni di attaccamento irrisolto, invischiato o impotente sono molto comuni in queste donne. In particolare, l'attaccamento ostile-impotente limita la capacità di integrare emozioni e ricordi, generando una percezione distorta di sé e dell'altro (Barone & Carone, 2020). Ciò può tradursi in deficit riflessivi, cioè nella difficoltà di pensare ai comportamenti propri e del bambino in termini di stati mentali e intenzioni, compromettendo la consapevolezza del danno che si può infliggere.
La violenza subita da bambine si ripresenta sovente nelle relazioni adulte, specie con partner abusanti o assenti. Eventi di perdita o abbandono – dei genitori o del compagno – nelle fasi di gravidanza o post-partum aggravano il senso di solitudine e impotenza. Non a caso, molti figlicidi avvengono nei fine settimana o nei periodi di isolamento domestico, quando la madre si percepisce priva di sostegno.



In circa il 14% dei casi, secondo Bramante (2021), il movente è la cosiddetta "Sindrome di Medea", in cui la madre indirizza verso il figlio l'odio o il desiderio di vendetta nei confronti del partner.
Vi sono infine i casi in cui il figlicidio si accompagna o è seguito dal suicidio materno. Qui il gesto nasce da una logica "altruistica": la madre, in preda a una grave depressione, ritiene di salvare il figlio dalle sofferenze della vita, percependolo come parte inseparabile di sé. Nel 70% degli omicidi/suicidi materni la madre interrompe il proprio progetto dopo aver ucciso il figlio e rimane in vita; nel caso in cui il perpetratore è il padre il progetto dell'omicidio suicidio si interrompe nel 50% dei casi dopo l'omicidio del figlio. Il WHO (2020) segnala che circa il 10-20 % dei decessi per omicidio di minori avviene in contesti di *duadic death* (omicidio-suicidio), con una prevalenza maggiore per i perpetratori maschili ma non trascurabile anche tra le madri.
Il figlicidio materno è dunque un fenomeno multifattoriale, in cui elementi biologici, psicologici, relazionali e sociali si intrecciano e si potenziano reciprocamente. La maggior parte delle donne che lo commettono esprime profondo rimpianto e dolore, e spesso dichiara di aver desiderato chiedere aiuto prima che l'irreparabile accadesse (Milia & Noonan, 2021).

Orientamenti giurisprudenziali e impatto dei casi emblematici nel reato di figlicidio

Il diritto italiano distingue tra infanticidio (art. 578 c.p.) – l'uccisione del neonato subito dopo il parto o del feto durante il parto, in presenza di abbandono materiale e morale connessi allo stato puerperale – e omicidio (art. 575 c.p.), applicato quando la vittima non è più un neonato oppure quando mancano le condizioni specifiche dell'art. 578. La definizione giuridica, tuttavia, è complessa: la legge richiede che l'atto avvenga nell'immediatezza del parto e in una condizione di profondo turbamento psichico, elemento che giustifica un trattamento sanzionatorio differente rispetto all'omicidio volontario. In altri Paesi, la categoria è più ampia: in Inghilterra, ad esempio, la morte di un bambino per mano della madre entro il primo anno di vita rientra nella fattispecie dell'infanticidio (Lattanzi et al., 2020).
Nel sistema italiano, quando è presente una diagnosi psichiatrica che determina incapacità di intendere e di volere, la conseguenza giuridica può essere l'assoluzione per vizio totale di mente (art. 88 c.p.) o la diminuzione della pena in caso di vizio parziale (art. 89 c.p.), con eventuale applicazione di misure di sicurezza in base alla pericolosità sociale (Giac-



co et al., 2020). La letteratura rileva che nei processi si tende per lo più a riconoscere un'infermità mentale al momento del fatto, con percentuali molto variabili (15% – 65%) e un'elevata presenza di psicosi (Bourget & Bradford, 1990; Lewis et al., 1998). L'abuso di sostanze è invece più frequente nei casi di abuso fatale o abbandono (Mugavin, 2008). Va comunque ricordato che l'assenza di vizio di mente non equivale all'assenza di sofferenza psichica: uno studio su madri penalmente responsabili di infanticidio mostra la presenza di personalità nevrotiche e condizioni di stress significativo (Vellut, Cook & Tursz, 2012).

Nel corso degli anni, alcuni casi emblematici hanno segnato in modo profondo il dibattito pubblico e giuridico, mostrando quanto il figlicidio materno sia un fenomeno eterogeneo e impossibile da ricondurre a un'unica motivazione. In Italia, il caso di Cogne (2002)[3] ha evidenziato il ruolo cruciale delle perizie psichiatriche e la difficoltà, nei processi, di distinguere un gesto lucido da un'azione compiuta in stato di alterazione mentale. Il caso del freezer di Verona (2016)[4], caratterizzato da negazione della gravidanza e da un contesto familiare gravemente disfunzionale, ha invece riacceso l'attenzione sulla specificità del neonaticidio e sulle sue dinamiche psicologiche.

A livello internazionale, il caso di Andrea Yates (USA, 2001)[5] – cinque figli uccisi in un quadro di psicosi post-partum – ha rappresentato un punto di svolta nel riconoscimento della malattia mentale puerperale come condizione in grado di annullare la capacità di intendere e di volere. Di natura molto diversa è il caso di Diane Downs (USA, 1983)[6], spesso richiamato per comprendere i figlicidi con motivazione vendicativa o relazionale più che psichiatrica.

Nel loro insieme, questi casi hanno contribuito a ripensare sia l'approccio giuridico sia la lettura sociale del figlicidio materno, evidenziando la necessità di valutazioni più sensibili, interdisciplinari e lontane da semplificazioni. La rappresentazione mediatica dei figlicidi contribuisce spesso a semplificare casi complessi, alternando narrazioni sensazionalistiche a interpretazioni psicologizzanti immediate. Questa polarizzazione influisce sulla percezione pubblica e sul dibattito giudiziario, mettendo in ombra le dimensioni cliniche e sociali del fenomeno.

Riconoscere il rischio: verso una prevenzione efficace

Molti genitori che commettono figlicidi hanno avuto contatti recenti con specialisti della salute mentale, talvolta anche il giorno stesso del reato (Friedman et al., 2005), indicando che le opportunità di prevenzione possono esistere senza essere colte. È quindi fondamentale che i professionisti sanitari riconoscano il rischio di figlicidio, indagandolo con la stessa attenzione riservata al rischio di suicidio. Dallo studio di Bramante (2021) emerge che quasi la metà delle madri figlicide aveva una diagnosi psichiatrica e seguiva una terapia farmacologica al momento del reato; il 35% aveva subito ricoveri psichiatrici, il 25% aveva tentato il suicidio e il 5% aveva già tentato di togliere la vita al proprio figlio. Bourget, Grace e Whitehurst (2007) evidenziano come la madre figlicida presenti frequentemente un quadro di depressione maggiore (31–67 %) o, più raramente, di psicosi (10–15 %), ma solo nel 16–25 % di questi casi fosse in trattamento psichiatrico al momento del reato. In Italia, la ricerca retrospettiva di D'Argenio, Catania e Marchetti (2013) conferma il modello internazionale: su 36 madri analizzate, la gran parte non era seguita da un servizio psichiatrico (72,2 %) nonostante sintomi depressivi acuti fossero documentati. La scarsità di madri in trattamento psichiatrico (D'Argenio et al. 2013) non segnala lucidità criminale, bensì opportunità terapeutiche mancate e crisi acuta non identificata per tempo.

Per la prevenzione è cruciale individuare segnali premonitori: donne sopraffatte, in stato di gravidanza o nelle prime fasi della maternità, possono non sentirsi pronte a essere madri e necessitano di sostegno e monitoraggio da parte dei professionisti della salute mentale. Screening ostetrici e pediatrici, servizi di supporto alle vittime di vio-

[3] Per approfondimenti si vedano la sentenza della Corte di Assise di Appello di Torino, 2008, e le analisi criminologiche in Lattanzi et al., 2020.

[4] Per approfondimenti: cfr. resoconto giudiziario della Corte d'Assise di Verona, 2017, e gli studi sul neonaticidio in Merzagora & Travaini, 2019.

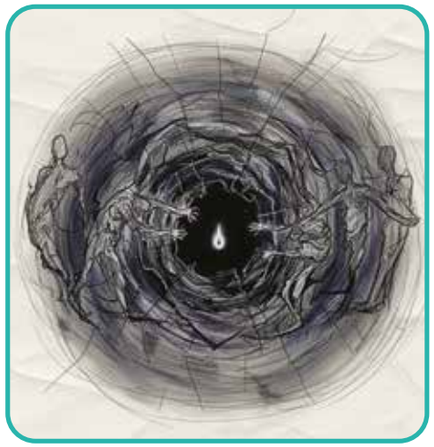
[5] Per un'analisi dettagliata si vedano le trascrizioni processuali e i commenti in Friedman & Resnick, 2007.

[6] Per approfondimenti: cfr. sentenza State v. Downs (1984) e la revisione criminologica di Young, 2005.

lenza domestica, gruppi genitoriali e una relazione di fiducia con i professionisti favoriscono la possibilità di chiedere aiuto e riducono il rischio di gesti impulsivi. L'analisi dei tratti di personalità e la valutazione di esperienze traumatiche precoci possono contribuire a identificare modelli comportamentali a rischio, mentre interventi evidence-based mirati possono supportare chi ha subito traumi infantili (Vileisis & Laufer, 2025; Frederick et al., 2022).
Infine, per sviluppare strategie efficaci è necessario combinare ricerca sui fattori di rischio e fattori protettivi con studi cross-culturali, considerando come contesto e cultura possano influenzare le motivazioni sottostanti il gesto omicida (Bramante, 2021).

Ricostruire la complessità

Il figlicidio materno emerge come un fenomeno complesso, in cui si intrecciano vulnerabilità psicologiche, dinamiche relazionali, fattori culturali e rappresentazioni sociali che spesso ostacolano una comprensione realistica del problema. Al di là delle categorie giuridiche e delle classificazioni criminologiche, ciò che appare più evidente è la necessità di un approccio integrato, capace di superare narrazioni semplificanti e di riconoscere la pluralità dei percorsi che posso-



no condurre una madre a un gesto estremo. La conoscenza dei segnali di rischio, la formazione dei professionisti e un cambiamento nella cultura della maternità – meno idealizzata e più attenta alle fragilità – rappresentano elementi fondamentali per una prevenzione efficace. Solo attraverso una lettura multidimensionale e non giudicante è possibile costruire strumenti più adeguati di intervento e promuovere un reale sostegno alle madri in difficoltà.

Bibliografia

Barone L.; Bramante, A.; Lionetti, F.; Pastore M. (2014) Mothers who murdered their child: An attachment-based study on filicide. Child Abuse & Neglect, 38(9), 1468-1477.

Barone, N.; Carone, L. (2020) Childhood abuse and neglect experiences, Hostile-Helpless attachment, and reflective functioning in mentally ill filicidal mothers. Attachment & Human Development.

Bourget D, Grace J, Whitehurst L. Filicide: Mental Illness in Those Who Kill Their Children. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law. 2007;35(4):74–82.Bourget, D.; & Bradford, J. (1990). Homicidal parents. *Canadian Journal of Psychiatry, 35*, 233-238.

Bowlby J.1(972 (ed. originale 1969)). Attaccamento e Perdita (Vol. 1: L'attaccamento alla madre). Torino: Boringhieri.

Bowlby, J. (1983 (ed. originale 1980)) *Attaccamento e Perdita* (Vol. 3: La perdita della madre). Torino: Boringhieri.

Bramante, A. (2021) *Mamme che Uccidono. Necessità di Capire e Responsabilità di Prevenire.* Torino: Celid.

Brooke, J.; Vileisis, L. (2025) Domestic violence as a risk factor of maternal filicide. *Archives of Women's Mental Health, 28*, 449-454.

Brown T.; Tyson, D.; Fernandez Arias P.F. (2018) *When Parents Kill Children: Understanding Filicide.* Cham, Switzerland: Palgrave Mcmillan.

Bistarini, E.; Cavaliere, S. (1987) Rilievi statistici sulla frequenza dell'infanticidio in Italia nel periodo 1968-1981. *Rassegna di Criminologia, 18*, 37-48.

D'Argenio A, Catania G, Marchetti M. (2013) Murder Followed by Suicide: Filicide–Suicide Mothers in Italy from 1992 to 2010. J*ournal of Forensic Sciences* 58(2):419-424.

Frederick, J.; Devaney, J.; Alisic, E. (2022) Adverse childhood experiences and potential pathways to filicide perpetrations: A systematic search and review. *Child Abuse Review, 31*, 2743.

Friedman, S.H.; Horwitz, S.M.; Resnick, P.J. (2005) Child murders by mother: A criitcal analysis of the current state of knowledge and a research agenda. *American Journal of Psychiatry, 162*(9), 1578-1587.

Gallina Fiorentini, P. (1981) Aspetti psicopatologici negli autori di figlicidio. Rassegna di Criminologia, XII(2), 263-275.

Giacchetti, N.; Lattanzi, G.M.; Aceti, F.; Vanacore, N.; Williams, R. (2022) States of ind with respect to attachment: A comparative study between women who killed their children and mothers diagnosed with post-partum depression. *Nordic Journal od Psychiatry*.

Giacchetti N.; Roma, P.; Pancheri, C.; Aceti, F.; Vanacore, N.; Williams, R. (2019) Tratti di personalità in un campione di donne figlicide. *Rivista di Psichiatria, 54*(2), 67-74.

Giacco S.; Tarter, I.; Lucchini, G.; Cicolini, A. (2020) Filicide by mentally ill maternal perpetrators: A longitudinal, retrospective study over 30 years in a single

Northern Italy psychiatric-forensic facility. *Archives of Women's Mental Health, 153*(165), 153-165.
Kauppi, A.; Kumpulainen, Karcola, K.; Vanamo, T.; Merikanto, J. (2008) Maternal depression and filicide: Case study of then mothers. Archives of Women's Mental Health, 38, 229-238.
Lattanzi, G.; Provini, L.; Williams, R.; Aceti, F.; Giacchetti, N. (2020) Personality structure and attachment models of women who kill their children. A systematic review on maternal filicide. Child Abuse & Neglect, 106.
Lewis, C.F; Baranoski, M.V.; B., Buchnana, J.A.; et al. (1998) Factors associated with weapon use in maternal filicide. Journal of Forensic Sciences, 43, 613-618.
Loughnan, A.; O'Connor, M. (2023) Monstrous mothering: Understanding the causes of and responses to infanticide. Medical Issues, 30, 48-57.
Merzagora Betsos, I. (2003) *Demoni del Focolare. Mogli e Madri che Uccidono.* Torino: Centro Scientifico Editore.
Milia, G. & Noonan, M. (2022) Experiences and perspectives of women who have committed neonaticide, infanticide and filicide: A systematic review and qualitative evidence syinthesis. Journal of Psychiatry and Mental Health Nurse, 29, 813-828.
Mugavin, M. (2008) Maternal filicide theoretical framework. *Journal of Forensic Nursing, 4*(2), 68-79.
Naviaux, A.; Janne, P.; Gourdin, M. (2020) Psychiatric considerations on infanticide: Throwing the baby out with the bath water. *Psychiatria Danubina, 32*(1), 24-28.
Resnick, P. (1969) Child murder by parents: A psychiatric review of filicide. *American Journal of Psychiatry, 126*(73-82), 325-334.
Vellut, N.; Cook, J.; Tursz, A. (2012) Analysis of the relationship between neonaticide and denial of pregnancy using data from judicial filicides. *Child Abuse & Neglect, 36*(7-8), 553-563.
Vileisis, J. & Laufer, B. (2025) Domestic violence as a risk factor of maternal filicide. *Archives of Women's Mental Health, 28*, 449-454.
World Health Organization. Global status report on preventing violence against children 2020. Geneva: WHO; 2020.

ENTUSIASMATI IN LIRICO CANTO

Una rosa per Alda Merini e per Marco Cavallo

Luca Cesari

Follia e psichiatria non vanno d'accordo. Ce lo ha raccontato Alda Merini per tutta la vita. "Buttate via le cliniche psichiatriche che ci difendono dalla follia. Com'è grande il delirio". Il delirio, scrive più avanti Alda Merini, "è il concetto di libertà dell'uomo portato alla sua massima esasperazione". Delirare significa infatti 'uscire dal solco' ed è ciò che fa ogni artista quando concepisce qualcosa. Mircea Eliade lo chiamava 'passaggio di livello' dall'una all'altra cosa; e se questo uscire dalla linea non accadesse non ci sarebbe opera arte. L'arte non potrebbe restare nella linea altrimenti sarebbe una cosa perfettamente corrispondente al *normale*; e l'arte non è una cosa *normale*. Si ha arte, come dicevo, quando avviene un 'cambiamento di livello', l'*alter*-azione di uno stato di coscienza. In ogni artista che crea interviene uno stato *alterato*. È assolutamente normale. I greci chiamavano l'azione di questo 'secondo' o 'diverso' che accade nel singolo, nell'essere, *enthousiasmós* che, alla lettera, significa essere abitati o posseduti da un dio. Da un delirio. Non c'è bisogno di passare alla psichiatria per parlare di alterazione o di stati alterati, basta restare nella poesia. Platone, per esempio, elenca quattro tipi di delirio. Nello *Ione* scrive che "la poesia del savio sarà offuscata da quella dei poeti in delirio". Il delirio era una cosa importante nella Grecia antica, anteriore ai tempi di Platone. La sapienza era stata donata ai greci dalla follia, dal delirio. Poi venne Aristotele, il grande psichiatra della filosofia, e cominciò a demitizzare la composizione poetica e a dire che la poesia poteva essere lucidamente spiegata e descritta, *analizzata*, sistematicamente campionata nei suoi generi. Aristotele è il grande psichiatra che sottopone alla lama della lucida *ratio* la sapienza antica figlia del servizio divino praticato dai sacerdoti e dalle sacerdotesse di Delfi. Arriviamo a Trieste. Anno 1973 circa. Quando nel manicomio diretto da Franco Basaglia si accorsero di aver costruito un

LUCA CESARI

*È allievo di Luciano Anceschi. Studioso di estetica, saggista, è autore di numerosi volumi su argomenti di estetica, letteratura, arte. Ha curato l'edizione della stesura originaria del saggio di Francesco Arcangeli su Giorgio Morandi (Allemandi 2007); è altresì curatore dell'opera omnia filosofica di Gillo Dorfles (*Estetica senza dialettica*, Bompiani 2016) e dell'opera omnia letteraria di Tonino Guerra (*L'infanzia del mondo. Opere 1946-2012*, Bompiani 2018). La sua opera più recente è l'edizione degli scritti sull'arte di Paolo Volponi (*Il principio umano dell'arte. Scritti di critica 1956-1994*, Electa, 2024). È stato Curatore e poi Presidente del Centro Internazionale di Ricerche "Pio Manzù". Dal 2021 è Direttore dell'Accademia di Belle Arti di Urbino nella quale è professore di Estetica dal 1994.*

cavallo troppo alto per uscire dalla porta, la scelta non fu quella di ridurre il cavallo ma di abbattere il muro che lo conteneva così come insegnava Basaglia, che era un antiaristotelico per eccellenza e metteva in crisi tutti i procedimenti della psichiatria per non dimenticare le origini della follia. C'era infatti nel manicomio di Trieste un cavallo impiegato a trainare il carretto della biancheria sporca e che i pazienti chiamavano Marco. A un certo punto il cavallo diventa vecchio per quella funzione e le autorità provinciali da cui dipendeva l'ospedale psichiatrico pensarono di venderlo al mattatoio. Una storia un poco simile racconta vent'anni dopo Alberto Sordi nella commedia amara da lui scritta diretta e interpretata, come tante sue pellicole, *Nestore ultima corsa*. Otello, il cui nome è già sospetto di truculenta macelleria romanesca, era padrone del cavallo (Nestore) e della carrozzella portata dall'anziano vetturino Gaetano. Aveva deciso di vendere il cavallo al mattatoio perché non ce la faceva più a trasportare i turisti sul Pincio, e togliere la licenza a Gaetano perché oramai vecchio e suonato. Da qui la commovente vicenda affettiva dell'anziano che riesce a riscattare il cavallo ma non a persuadere i figli a ospitare Nestore in un garage o in un locale di casa perché non possono occuparsi né del padre né del cavallo. Allora a Gaetano non resta che la scelta di andare a vivere in ospizio pensando di poter portare con sé anche il cavallo che inizialmente viene accolto nel giardino della casa di riposo. Ma una notte le suore proprietarie del ricovero portano Nestore al mattatoio. La storia di Marco, il cavallo dell'ospedale psichiatrico, non ha un esito così tragico. I pazienti del manicomio, infatti, scrivono una bella lettera che accompagnano con i soldi ricavati da una colletta ammontante alla stima della vendita dell'animale e inviano tutto alla Provincia, chiedono di esautorare il cavallo dalle sue incombenze e di lasciarlo vivere nella struttura ospedaliera. L'iniziativa ha successo, e per una volta l'illuminismo della normalità si ferma di fronte all'eroismo della follia, della santità. Come scrive Alda Merini, per un malato nervoso la follia "è il suo centro di vita". Non si può chiedere a un santo o a un poeta di vivere senza questo centro, di rinunciare ad affermare il proprio delirio, di espiantare il proprio desiderio, il proprio modo di essere e di estirpare il proprio credo. Santa Teresa d'Avila, nella Spagna del suo secolo terribile, fu a lungo accusata dal Sant'Uffizio di essere *alumbrada*: una invasata, un'alienata, una visionaria indemoniata. Effettivamente era una segnata, una sfrenata coribante non di Dioniso ma di Gesù. Un'altra costante è l'identificazione del buono con il folle. "La malattia è il mistero capitale del povero". Personaggi che in tutte le epoche e luoghi sono apparizioni del (dostoevskiano) principe Myškin; così sino alla bontà evangelica degli anomali resa proverbiale da Zavattini in *I poveri sono matti* e in *Totò il buono*, e nel *petit poème* dedicato al pittore Antonio Ligabue. Il discorso sarebbe immenso arretrando a San Francesco e Iacopone da Todi che si mettevano alla prova nell'intricato giardino dei sensi e dell'amore mistico reso folle in Cristo. Ma torniamo al cavallo Marco e alla sua statua che diventa oggetto epico di riscatto come il Cavallo di Troia. Tuttavia Marco Cavallo non è il Cavallo di Troia che viene in mente ai greci per entrare con l'inganno

nelle mura dei troiani. È un simbolo di espugnazione; ma non di un'espugnazione conseguita con una macchina militare, semmai con la costruzione di un'arca. L'arca della nuova fratellanza tra delirio e libertà. Non si può affermare infatti che la statua di Marco Cavallo sia stata costruita con scaltrezza per soggiogare o per sottomettere, ma per essere una macchina da celebrazione che libera e assorbe cronache immonde. Franco Basaglia aveva un cugino artista, Vittorio, che ai tempi era professore di anatomia artistica all'Accademia di Belle Arti di Urbino sorta nel 1967 e scoppiata come una bomba didattica nel '68, sotto la guida di Concetto Pozzati che ne era direttore. Dunque, Basaglia propone a Vittorio Basaglia e a Giuliano Scabia, autore e regista teatrale, di costruire un anti-Cavallo di Ulisse, la statua che oggi conosciamo spezzata, incendiata, riparata, ricostruita. Una specie di grande carro allegorico della follia che portava dentro la sua pancia tanti pezzetti di carta gremiti di messaggi e slanci esistenziali dei malati che salivano sulle cime dell'antipsichiatria.

Purtroppo le impalcature d'aria di questo atto d'amore non ressero, e come quelle di legno e di carta che componevano la statua, andarono bruciate, non del tutto; furono riparate, rimasero vestigia, memorie. Di certo Marco Cavallo non era nato per essere un monumento equestre, un cavallo di bronzo dorato come la statua di Marco Aurelio in Campidoglio a Roma. Incarnava tutta la storia sociale della malattia, rappresentava per ciò una specie di offerta, una palizzata che teneva insieme la matassa dei manicomi e dell'antipsichiatria. Una macchina del sacrificio. Il malato psichiatrico, infatti, "ha un po' il ruolo del santo nella società attuale" (*Delirio amoroso*). In questo senso torna alla mente un'altra figura all'altezza del concetto, quella del folle profetico raccontato da Tarkovskij in *Nostalghia* che effettivamente s'immola, si brucia, trasformando il sogno e le aspirazioni dei malati in una pira di fuoco. Ogni altare infatti è un altare di sacrificio. Domenico è un uomo che è rimasto chiuso in casa insieme alla sua famiglia per sette anni aspettando la fine del mondo. È un predestinato, ha evidentemente una missione, un compito che si esplica in un gesto di immolazione che deve compiersi in un luogo plateale: sul monumento del Marco Aurelio a Roma. Prima di darsi alle fiamme pronuncia un discorso sulla nostra esistenza, sui paradossi raggiunti da un mondo creato dai sani di mente: "Quale antenato parla in me? Io non posso vivere contemporaneamente nella mia testa e nel mio corpo. Per questo non riesco a essere una sola persona.

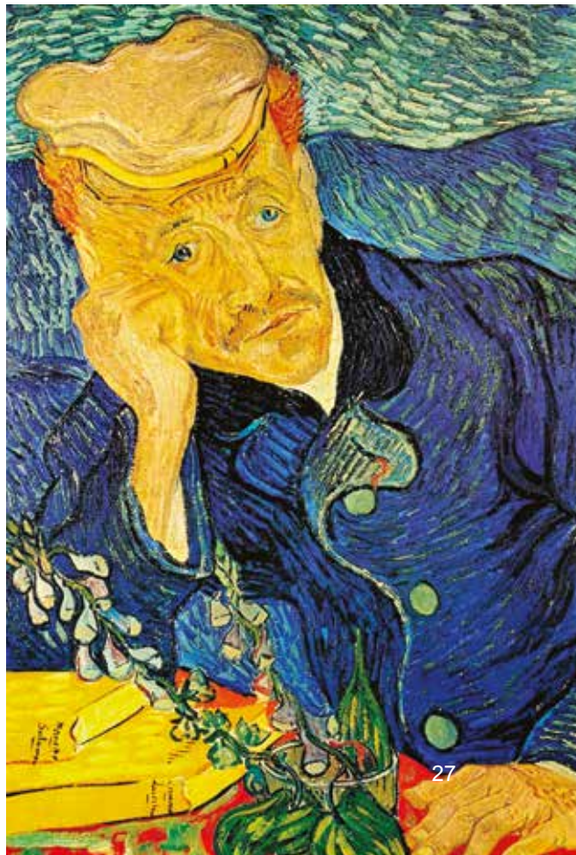
Sono capace di sentirmi un'infinità di cose contemporaneamente. […] Bisogna ascoltare le voci che sembrano inutili, bisogna che nei cervelli occupati dalle lunghe tubature delle fogne, dai muri delle scuole, dall'asfalto e dalle pratiche assistenziali, entri il ronzio degli insetti. Bisogna riempire gli orecchi, gli occhi di tutti noi di cose che siano all'inizio di un grande sogno. […] Bisogna alimentare il desiderio, dobbiamo tirare l'anima come un lenzuolo dilatabile all'infinito. Se volete che il mondo vada avanti, dobbiamo tenerci per mano. Ci dobbiamo mescolare, i cosiddetti 'sani' e i cosiddetti 'ammalati'. Ehi, voi sani, che cosa significa la vostra salute? Tutti gli occhi dell'umanità stanno guardando il burrone dove stiamo tutti precipitando. La libertà non ci serve, se voi non avete il coraggio di guardarci in faccia, di mangiare con noi, di dormire con noi. Sono proprio i cosiddetti sani che hanno portato il mondo sull'orlo della catastrofe. Uomo, ascolta: in te acqua, fuoco e poi la cenere e le ossa dentro la cenere. Dove sono? Quando non sono nella realtà e neanche nella mia immaginazione? Faccio un patto col mondo: che ci sia il sole di notte e nevichi d'agosto. Le cose grandi finiscono, sono quelle piccole che durano. La società deve tornare unita,

non così frammentata, basterebbe osservare la natura per capire che la vita è semplice e che bisogna tornare al punto di prima, in quel punto dove voi avete imboccato la strada sbagliata. Bisogna tornare alle basi principali della vita, senza sporcare l'acqua. Che razza di mondo è questo se è un pazzo che vi dice che dovete vergognarvi? Adesso, musica! Musica! Musica! Oh madre… Oh, madre… L'aria è quella cosa leggera che ti gira intorno alla testa e diventa più chiara quando ridi."
Pronunciato questo discorso a un pubblico di matti, Domenico si versa un contenitore di benzina addosso e fa scintillare l'accendino. Niente ha più grande importanza della poesia. Marco Cavallo è andato incendiato più volte e ha continuato a essere riparato o ricostruito negli anni; e dopo esser rimasto depositato in certi magazzini comunali nei pressi di Trieste ora è stato allocato nella città di Firenze. Anche il miglior atto creatore si riempie di ammacchi, come la statua del cavallo, ma non piega i ginocchi ai fustigatori; così ogni atto imperituro non si spegne con un soffio. Di recente, a questo pensavo, mentre ero accompagnato da un imprenditore a conoscere uno straordinario progetto sociale, che egli conduce dagli anni '90, tra i monti e le alture contrarie del Montefeltro vecchio (come io lo chiamo, circoscrivendolo con i versi di Dante) e quello nuovo, ossia Urbino, rivoluzionando il soggiorno del malato in strutture sociali o sanitarie che è davvero difficile definire solo per tali. Sono luoghi incredibilmente acquietanti non solo per chi si trova sul piano inclinato della malattia. Casolari, fattorie, agglomerati meravigliosamente valorizzati e concepiti da Ferruccio Giovanetti per chi ha il conflitto inscritto nel proprio centro di vita e desidera che possa esistere il sole anche di notte. Non si tratta di un sole astronomico, è chiaro. Torniamo così al delirio, a parlare di esso. Torniamo al puro sogno di Domenico le cui parole sono uscite dalla penna di Tonino Guerra, sceneggiatore di *Nostalghia,* e le cui poesie ci accompagnano sui muri di queste case per accrescere l'aspirazione a realizzare un'altra prospettiva. Penso per un attimo che qui dovrebbe essere portata la statua di Marco Cavallo. In quali luoghi migliori? Questo pensiero non ho ancora comunicato all'amico basagliano ultimo in circolazione.

NEL CUORE DELLA CURA
Dinamiche del burnout e reti di protezione nella équipe terapeutica

Mariarosaria Squillacioti e **Antonio Nigro**

Il fenomeno del burnout, soprattutto all'interno delle professioni d'aiuto, rappresenta un nodo critico per i sistemi sanitari contemporanei. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, ICD-11, 2019) lo definisce come una sindrome derivante da stress cronico sul luogo di lavoro non gestito con successo, chiarendo che non si tratta di una condizione medica individuale, bensì di un problema associato strettamente al contesto lavorativo. Questa prospettiva sposta l'attenzione dal singolo professionista alla responsabilità organizzativa, sottolineando come il burnout emerga dall'interazione fra ambiente, cultura istituzionale e dimensioni personali.
I contributi pionieristici di Maslach e Jackson (1981) hanno indi-



viduato tre dimensioni fondamentali del burnout: esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale. L'esaurimento emotivo costituisce l'aspetto più immediatamente percepibile: il professionista si sente svuotato, incapace di recuperare energie e sempre meno in grado di rispondere alle richieste emotive del proprio ruolo (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).
Segue poi la depersonalizzazione — o cinismo — in cui l'individuo tende ad assumere atteggiamenti distaccati, difensivi, talvolta disumanizzanti nei confronti dell'utenza. Infine, la ridotta realizzazione personale comporta un vissuto di inefficacia, inadeguatezza e fallimento, che alimenta ulteriormente il processo di disimpegno e deterioramento professionale.
Tale sindrome si sviluppa spesso in modo silenzioso e graduale. Il modello di Edelwich e Brodsky (1980) descrive quattro stadi progressivi: entusiasmo, stagnazione, frustrazione e apatia.
Questo andamento sequenziale permette di individuare precocemente i segnali di rischio, purché vi sia un ambiente di lavoro attento e capace di osservare i cambiamenti relazionali ed emotivi dei propri operatori. A tali fasi si affianca una lettura moderna espressa nelle "tre D" — disincanto, disimpegno, disallineamento — che sintetizzano la perdita del legame valoriale e motivazionale con la propria missione professionale.
Il burnout non può essere compreso senza considerare le condizioni sistemiche in cui si sviluppa. Il modello Areas of Worklife (Leiter & Maslach, 2004) identifica sei aree decisive nell'insorgenza o nella prevenzione del burnout: carico di lavoro, controllo, ricompensa, equità, relazioni e valori.
La disfunzione persistente di una o più di queste aree può accelerare notevolmente il deterioramento del benessere professionale. L'eccessivo carico di lavoro è forse il fattore più immediato, ma non per

questo l'unico determinante. Numerosi studi hanno confermato che la mancanza di autonomia decisionale, lo scarso riconoscimento istituzionale, le relazioni conflittuali in équipe e la dissonanza fra i valori personali e quelli dell'organizzazione costituiscono predittori significativi di burnout (Shanafelt et al., 2015; West et al., 2018).
Le ricadute sul comportamento e sulla vita quotidiana del professionista sono molteplici. Tra i sintomi comportamentali più ricorrenti troviamo affaticamento persistente, irritabilità, perdita dell'autocontrollo, ritiro sociale, incremento dell'assenteismo o, al contrario, un presentismo disfunzionale. Possono emergere difficoltà a mantenere relazioni di collaborazione, uso compensatorio di alcol o sostanze, compromissione della vita familiare e, nei casi più gravi, ideazioni suicidarie. Secondo recenti meta-analisi, le professioni sanitarie, e in particolare quelle psichiatriche, presentano tassi di burnout e di ideazione suicidaria significativamente superiori alla media (Rotenstein et al., 2018).
La psichiatria costituisce un terreno particolarmente sensibile per l'insorgenza del burnout. Il professionista della salute mentale vive quotidianamente in un campo relazionale ad alta intensità emotiva, dove si intrecciano fragilità psichiche, storie traumatiche, rischio suicidario, aggressività, marginalità e sofferenza esistenziale. Il racconto di Gilberto Di Petta, tratto da *Cuore di tenebra*, descrive il movimento oscillatorio che caratterizza il lavoro psichiatrico: tra dedizione e stanchezza, onnipotenza e impotenza, desiderio di comprendere e necessità di proteggersi. Lo psichiatra e lo psicoterapeuta mettono in gioco parti profonde del sé, spesso senza un adeguato contenimento istituzionale o senza una cultura dell'équipe capace di accogliere e condividere la complessità della sofferenza clinica.
Accanto ai fattori contestuali, esistono caratteristiche individuali, gruppali e istituzionali che possono essere predisponenti e aumentare la vulnerabilità al burnout.
Tuttavia, non si tratta di "debolezze" individuali, bensì di fattori predisponenti che, inseriti in un contesto lavorativo disfunzionale, possono amplificare la probabilità di sviluppare *distress* lavorativo (Bianchi, Schonfeld & Laurent, 2015).
Si osserva un vero e proprio collasso del legame tra identità e compito. Il soggetto non riconosce più sé stesso nel proprio ruolo, perde il senso del fare, dell'essere e del donare. Come affermano Maslach e Leiter (2016), la radice del burnout risiede in una discrepanza tra ciò che una persona è e ciò che il lavoro le chiede di essere. Quando la distanza tra queste due dimensioni si amplia, l'individuo comincia a vivere una profonda alienazione interiore.
Riconoscere e nominare il proprio stato è già un passo terapeutico. La consapevolezza, come suggerisce la tradizione della mindfulness (Kabat-Zinn, 2003), consente di ristabi-

lire il contatto con l'esperienza e di gestire le emozioni senza esserne travolti. La supervisione professionale rappresenta uno strumento prezioso per ricostruire un senso di coerenza interna. Anche attività di *self-care*, esercizio fisico regolare e cura della rete relazionale contribuisce notevolmente.

Il burnout non è un'esperienza esclusivamente individuale, gli ambienti lavorativi fungono da amplificatori o attenuatori di stress a seconda delle dinamiche di gruppo che li attraversano. Come mostrano le ricerche di Schaufeli e Bakker (2004), il clima emotivo del team ha un'influenza diretta sui livelli di engagement e burnout dei singoli membri. Quando il gruppo perde la capacità di pensare insieme, di confrontarsi e di scambiare saperi, si crea un "ritiro cooperativo": ognuno si chiude nel proprio ruolo, smette di pensare. Nei momenti di cambiamento o di crisi del gruppo si producono dinamiche ansiose e persecutorie, che talvolta vengono depositate su un singolo individuo che in quel caso rappresenta un vero e proprio emergente della situazione gruppale; questo movimento è stato ben descritto da Enrique Pichon Rivier, con la teoria del deposito e del capro espiatorio.

Per poter agire in senso preventivo

è necessario istituire una supervisione clinica e istituzionale, i gruppi di intervisione, i debriefing post-evento critico e la formazione sulla comunicazione empatica. Questi dispositivi favoriscono la "mentalizzazione collettiva" (Bion, 1961), ossia la capacità del gruppo di pensare le proprie emozioni e trasformarle in elementi di crescita. Anche le pratiche di team building e la condivisione rituale di esperienze positive contribuiscono a rafforzare e dare senso. Come gli individui e i gruppi, anche le istituzioni possiedono un corpo, un'anima e una memoria. Quando le istituzioni smettono di pensare, di ricordare e di sognare, vanno incontro a quella che René Kaës (1993) definisce "depressione istituzionale". È la perdita di vitalità simbolica e progettuale, che si manifesta nella moltiplicazione di procedure burocratiche, nella paura dell'errore, nella riduzione dell'ascolto e dell'immaginazione. Una burocrazia difensiva serve a contenere l'angoscia, ma finisce per soffocare l'energia creativa. Le istituzioni possono invece diventare contesti terapeutici, capaci di prendersi cura di chi cura. Ciò richiede una leadership empatica e partecipativa (Goleman, Boyatzis & McKee, 2002), in grado di promuovere fiducia e riconoscimento, e politiche organizzative che includano spazi di parola e riflessione emotiva. La supervisione istituzionale periodica, prevista in molte linee guida internazionali, rappresenta uno strumento fondamentale per prevenire la deriva del burnout sistemico. Una prevenzione efficace del burnout deve essere multilivello e integrata.

Come sottolineano Schaufeli e Leiter (2016), nessun livello, (individuale, gruppale e istituzionale) da solo, è sufficiente: solo una visione sistemica permette di affrontare il burnout nella sua complessità. Il principio guida non è "resistere di più", ma "pensare di più". La prevenzione del burnout richiede una trasformazione culturale profonda: occorre integrare l'attuale modello produttivista, centrato sulla performance, con una visione relazionale, centrata sulla persona nella sua totalità. I gruppi devono recuperare la funzione riflessiva e di sostegno reciproco, mentre gli individui devono coltivare la consapevolezza e la cura di sé. Come afferma Donald Winnicott (1965), "un ambiente sufficientemente buono" permette alla persona di sviluppare creatività e senso di continuità. Allo stesso modo, un ambiente di lavoro sufficientemente buono permette al professionista di mantenere viva la propria fiamma. Prevenire il burnout significa dunque difendere il diritto alla passione, al pensiero e al sogno dentro il lavoro. In definitiva, la cura dell'operatore è parte integrante della cura dell'altro: prendersi cura di chi cura è un atto etico.

Riferimenti bibliografici

Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. *(2015). Il burnout è un disturbo depressivo? Una rivalutazione con particolare attenzione alla depressione atipica. International Journal of Stress Management, 22(4), 384–401.*

Bion, W. R. *(1961). Esperienze nei gruppi. Armando Editore.*

Di Petta, G. *(s.d.). Cuore di Tenebra. Rubrica pubblicata su PsychiatryOnline Italia / Il Foglio Psichiatrico.*

Edelwich, J., & Brodsky, A. *(1980). Burn-out: Le fasi della disillusione nelle professioni d'aiuto. Human Sciences Press.*

Goleman, D., Boyatzis, R., & McKee, A. *(2002). La leadership emotiva. Come creare empatia e sintonia con i collaboratori. Rizzoli.*

Kabat-Zinn, J. *(2003). Interventi basati sulla mindfulness: passato, presente e futuro. Clinical Psychology: Science and Practice, 10(2), 144–156.*

Kaës, R. *(1993). Il gruppo e il soggetto del gruppo. Borla.*

Leiter, M. P., & Maslach, C. *(2004). Aree del lavoro: un approccio strutturato ai predittori organizzativi del burnout. In P. L. Perrewé & D. C. Ganster (Eds.), Research in Occupational Stress and Well-Being (Vol. 3, pp. 91–134).*

Maslach, C., & Jackson, S. E. *(1981). La misurazione del burnout esperito. Journal of Occupational Behaviour, 2(2), 99–113.*

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. *(2001). Il burnout lavorativo. Annual Review of Psychology, 52, 397–422.*

Maslach, C., & Leiter, M. P. *(2016). Burnout. In G. Fink (Ed.), Stress: Concetti, cognizione, emozione e comportamento (Vol. 1, pp. 351–357). Academic Press.*

Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). *(2019). Classificazione Internazionale delle Malattie – Undicesima revisione (ICD-11).*

Pichon-Rivière, E. *(1985). Il processo gruppale. Edizioni Lauretana.*

Rotenstein, L. S., et al. *(2018). Prevalenza del burnout tra i medici: una revisione sistematica. JAMA, 320(11), 1131–1150.*

Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. *(2004). Domande del lavoro, risorse del lavoro e loro relazione con burnout e coinvolgimento: uno studio su più campioni. Journal of Organizational Behavior, 25(3), 293–315.*

Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. *(2016). Il burnout in breve. In A. M. Rossi et al. (Eds.), Burnout al lavoro: una prospettiva psicologica (pp. 31–55). Psychology Press.*

Shanafelt, T. D., et al. *(2015). Cambiamenti nel burnout e nella soddisfazione per l'equilibrio vita-lavoro tra i medici e la popolazione lavorativa generale degli Stati Uniti. Mayo Clinic Proceedings, 90(12), 1600–1613.*

West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. *(2018). Il burnout dei medici: fattori, conseguenze e soluzioni. Journal of Internal Medicine, 283(6), 516–529.*

Winnicott, D. W. *(1965). Processi di maturazione e ambiente facilitante. Armando Editore.*

GUIDAMI TU LUCE GENTILE

L'arteterapia con la ceramica raku diventa cura nei percorsi riabilitativi della salute mentale

Paola Zago

La ceramica raku, il cui nome tradotto significa "gioia di vivere", è l'espressione materiale più profonda dell'estetica *Wabi-Sabi*, ossia la bellezza intrinseca dell'imperfezione, della semplicità, dell'impermanenza e del vuoto come possibilità. Nel processo di cottura raku i manufatti subiscono un intenso shock termico, dovuto all'estrazione dell'oggetto incandescente dal forno e sottoposto all'aria (tecnicamente ossidazione) creando delle crepe sulla parte vetrosa, chiamate craquelé. Questo reticolo di crepe generate in modo imprevedibile è reso visibile solo durante la fase successiva di riduzione, ossia, quando il fumo (carbonio) generato dalla combustione di materiale organico (segatura) penetrando annerisce le fessure, diventando elemento distintivo del raku. Per l'estetica raku, le crepe quindi non sono difetti, ma parte essenziale dell'unicità e irrepetibilità dell'opera, simboleggiando la bellezza imperfetta, la fragilità e l'irregolarità dell'esistenza della persona. La creazione del manufatto in raku è una metafora del percorso di vita,

PAOLA ZAGO

Arteterapeuta, artista, libera professionista, specializzata nella ceramica raku e nella filosofia zen, ha lavorato con maestri nazionali e internazionali. È stata definita "la donna del fuoco" per la sua maestria nel rapportarsi con questo elemento fondamentale del raku. Diplomata alla scuola internazionale T.A.M. (Trattamento Artistico dei Metalli) e come Arteterapeuta presso la scuola Triennale di Arteterapia La Cittadella *di Assisi. È in continuo studio con la Scuola Internazionale di Formazione e Ricerca, specializzata nella crescita e nello sviluppo della persona, P.R.H, personalità e relazioni umane. Da oltre dieci anni collabora con associazioni culturali e a promozione sociale, centri diurni con diverse disabilità, università popolari, comuni, scuole dell'infanzia, scuole di vario grado e a privati. Attualmente è l'ideatrice e conduttrice dell'atelier d'arte di Arteterapia con la ceramica Raku, presso la REMS, Residenza per l'Esecuzione delle Misure di sicurezza delle Badesse del Gruppo Atena a Macerata Feltria. Espone le sue opere in mostre d'arte in Italia ed all'estero presso gallerie e sale espositive.*

fatto di fratture e cicatrici che, riconosciute, rielaborate, rivelano una bellezza profonda e inaspettata.
Nella frase di una famosa canzone di Leonard Cohen, "C'è una crepa in ogni cosa e da lì entra la luce", presa d'ispirazione per il progetto dell'installazione del 2024 *Al di qua del muro, l'infinito*, gli artisti dell'atelier di arteterapia con la ceramica raku hanno approfondito il concetto di crepa come metafora di vita, non solo attraverso i craquelè raku ma anche con un'altra tecnica giapponese chiamata Kintsugi – l'arte di riparare la rottura con l'oro. La poetica dell'opera scultorea emersa evidenzia l'importanza dell'unicità e le ricchezze della persona in qualsiasi luogo o situazione si trovi. Nell'installazione il tema sviluppato osserva il naufragio dei viaggiatori ponendo però l'attenzione sulla possibilità di riprendere il viaggio, guidati dalla luce delle stelle che diventano la nuova bussola, chiamata esperienza. Il viaggio intrapreso, quindi, non è in terre lontane e sconosciute ma al di qua di muri e cancelli che dividono, separano la vita di alcuni viaggiatori con il resto del mondo. I muri e cancelli non sono degli ostacoli ma la possibilità di fare esperienza di riparazione e rigenerazione dell'anima, del cuore e del corpo, purtroppo naufragati nel destino dell'esistenza. I viaggiatori orientano nuovamente la bussola della vita, con la consapevolezza di poter vivere nuove destinazioni, nuove trasformazioni. Ecco che la luce appartiene a questo nuovo cammino guidando i viaggiatori verso la gioia di vivere. L'installazione è stata esposta a varie mostre nel Montefeltro (PU), e in particolare a dicembre 2024 a Pesaro presso il Palazzo Ducale, nella sala Laurana, all'interno della mostra L'Artevade assieme alle opere dei detenuti della Casa circondariale di Pesaro e della Casa di reclusione di Fossombrone. Un progetto del Garante dei diritti dei detenuti della Regione Marche, Giancarlo Giulianelli e Patrocinato da Fondazione Marche Cultura e dal Comune di Pesaro.
Le persone che frequentano l'atelier portano con sé crepe nell'anima, nella mente e nel corpo. Varchi, feritoie attraverso cui stanno imparando ad accogliere l'intensa luce della bellezza e dell'accoglienza, dell'essere visto. Ma c'è di più: questa luce non solo entra per illuminare, ma erompe da quelle stesse fratture, portando fuori con sé la luminosità inesauribile dei loro talenti e capacità a volte sconosciuti a sé stessi, ma anche speranze, desideri tenuti spesso segreti. È da questa visione che il tema del progetto dell'anno 2025 ha visto la creazione dell'installazione: "*I Paesaggi dei sogni nel cassetto".* Tenendo conto della realtà interna ed esterna in cui si

trova la persona, è di vitale importanza mantenere vive le loro aspirazioni, i progetti e i bisogni tenuti nella maggior parte delle volte nascosti in cassetti chiusi a doppia mandata e dimenticati in chissà quale angolo del cuore. Il sogno nel cassetto ha bisogno di essere recuperato, rivisitato in base alle condizioni di vita ed espresso senza rimanere bloccato per paure, circostanze, giudizi, dando senso e pienezza alla vita, in quanto essi manifestano la vera essenza e i valori più autentici della persona. Il cassetto diviene un luogo-contenitore che, come un fotogramma, mette in scena i paesaggi interiori rendendoli tangibili, trasformandoli in percorsi luminosi. Per rendere l'esperienza non solo da ammirare ma da vivere, tutti i visitatori sono invitati a compiere un gesto simbolico e intimo: affidare il proprio sogno nel cassetto, scrivendolo su un foglio e imbucandolo in un cassetto di ceramica. Il sogno imbucato entra fisicamente nella struttura, trasformando l'opera in un ponte tra l'interno e l'esterno. Non ci sarà più un confine netto tra il "dentro" e il "fuori" ma un confine poroso (Bion) nel quale i visitatori non sono più semplici spettatori ma co-creatori che condividono la stessa vulnerabilità e la stessa speranza dei pazienti.
L'installazione è stata esposta nell'anno 2025 presso la Chiesa di San Rocco a Sassocorvaro in oc-

casione della XXVII edizione del Premio Rotondi, alla 54° Mostra Nazionale d'Antiquariato di Pennabilli presso la Chiesa di sant'Andrea, alla mostra collettiva "CarpegnaArt – Artisti nel Montefeltro" a Carpegna. Ma l'opera *I paesaggi dei sogni nel cassetto* è uscita dalla regione Marche per approdare anche in Veneto, in mostra, presso la Camera di Commercio di Verona in

occasione del Convegno Nazionale a cura della fondazione ETS Famiglie per la Famiglia, con il patrocinio del comune di Verona e con il sostegno della Fondazione Cariverona, dal titolo *La luce della cultura come cura al buio dell'anima.* In tale occasione, inoltre, l'Arteterapeuta Artista Paola Zago e la Dott.ssa Mariarosaria Squillacioti, psichiatra, hanno presentato la relazione dal titolo: *Guidami tu luce gentile. Esserci nel mondo con un'opera d'arte. L'arteterapia con la cerami-*

ca raku diventa cura nei percorsi riabilitativi della salute mentale del Gruppo Atena. Un altro obiettivo importantissimo raggiunto, sempre nel 2025, dall'atelier di arteterapia con la ceramica raku è stato proprio il riconoscimento del valore autentico di quest'arte, con l'invito a partecipare al X Festival Nazionale dell'Outsider Art e dell'Arte irregolare presso il San Salvi a Firenze, dal titolo *Abitare i Confini.* Il festival nasce nel 2014 in collaborazione tra il Comitato Nobel per i disabili Onlus fondato da Dario Fo e Franca Rame e il Dipartimento di Salute Mentale di Bologna.
Riprendendo alcuni versi della poesia – preghiera di San Joan Henry Newman,

Guidami tu luce gentile, attraverso il buio che mi circonda, sii tu a condurmi. La notte è oscura e sono lontano da casa, sii tu a condurmi. Sostieni i miei piedi vacillanti: io non chiedo di vedere ciò che mi attende all'orizzonte, un passo solo mi sarà sufficiente

si riconosce la vulnerabilità, la fragilità, l'incertezza ma anche talenti e risorse come parte integrante del cammino di crescita con la consapevolezza che la Luce Gentile può entrare ed uscire dalle crepe per illuminare la vita delle persone.

STRUMENTI INNOVATIVI PER LA RIABILITAZIONE DI PAZIENTI AUTORI DI REATO: l'arteterapia con la ceramica raku e il teatro come possibili prospettive di trattamento

M. Squillacioti, A. Nigro, M. Forlani, F. Polverelli, P. Zago, C. Simoni, A. Serallegri, C. Manenti, C. Baldacci, G. Marcelli, A. Pierleoni, M. Angelini, M.A. Del Duca, L. Paci, A. Lepretti

Introduzione

Questo studio esplora l'efficacia dell'arteterapia attraverso due specifici strumenti: il progetto artistico di ceramica raku e il teatro. L'esperienza clinica è stata condotta all'interno delle strutture del Gruppo Atena, che gestisce strutture psichiatriche a diversa intensità terapeutica, tra cui la REMS (Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza) delle Marche. L'obiettivo principale è quello di migliorare l'aderenza al trattamento e stimolare il processo riabilitativo in pazienti psichiatrici, con particolare riguardo a quelli inseriti in struttura non per scelta volontaria ma per disposizioni giudiziarie o per mancanza di consapevolezza del proprio stato clinico. L'esperienza è stata resa possibile grazie al contributo di due professionisti esterni: l'artista-arteterapeuta Paola Zago per l'atelier di arteterapia e l'attore-regista Carlo Simoni per il laboratorio teatrale. Entrambe le attività si svolgono al di fuori delle strutture residenziali, in spazi dedicati e strutturati in modo tale da offrire ai partecipanti un contesto *altro* rispetto all'ambiente terapeutico ordinario. Questo favorisce nei pazienti l'accesso ad una dimensione di apertura, creatività e autonomia.

Materiali e Metodi

Lo studio include i pazienti che, da luglio 2023 a luglio 2025, hanno preso parte ai due progetti. Il monitoraggio dei risultati è avvenuto attraverso l'analisi dei PTRP (Progetti Terapeutici Riabilitativi Personalizzati) e dei colloqui clinici. Il progetto di arteterapia con ceramica raku si articola in sessioni teorico-pratiche, dalla modellazione alla smaltatura, culminando nella cottura dei manufatti. I pazienti annotano le proprie emozioni all'inizio e alla fine di ogni incontro, creando così una traccia soggettiva del vissuto dell'esperienza terapeutica-riabilitativa. Il laboratorio teatrale prevede esercizi di riscaldamento, lettura del copione, improvvisazione, giochi di ruolo, costruzione del personaggio e, su base volontaria, la messa in scena finale del lavoro svolto. Entrambe le attività prevedono momenti pubblici di restituzione del lavoro svolto. Questo si è concretizzato in eventi culturali aperti al pubblico: mostre di opere in ceramica realizzate dai pazienti e rappresentazioni teatrali interpretate dai pazienti. Sia nel primo che nel secondo caso le esperienze sono state davvero positive per i pazienti (rafforzandone l'autostima e il senso di appartenenza a un gruppo sociale più ampio) e per i fruitori delle opere d'arte, favorendo il superamento dello stigma associato alla malattia mentale.

Risultati

I risultati evidenziano un coinvolgimento significativo: 89 pazienti hanno partecipato complessivamente alle attività, di cui 60 all'atelier di ceramica (28,3% provenienti dalla REMS, e oltre la metà dei restanti con misure di sicurezza) e 29 al teatro (34,5% con misure di sicurezza). Il gruppo ceramica risulta composto per il 65% da pazienti sottoposti a misure di sicurezza.
In particolare, il dato più rilevante riguarda la REMS, dove il 59% degli internati ha partecipato alle attività con la ceramica raku.
Le diagnosi più comuni tra i partecipanti sono disturbi psicotici, disturbi di personalità del cluster B e dipendenze da sostanze.
L'analisi qualitativa dei percorsi evidenzia benefici trasversali: miglioramento nella regolazione emotiva, sviluppo di nuove capacità espressive e cognitive, potenziamento dell'autodisciplina e della consapevolezza personale. Il processo creativo – attraverso il contatto con l'argilla o l'identificazione con un ruolo teatrale – rappresenta un "terzo elemento" che media il rapporto tra il mondo interno del paziente e la realtà esterna. Questo facilita un processo di integrazione dell'identità, spesso compromessa nei disturbi psichiatrici gravi, e promuove la socializzazione in un contesto non stigmatizzante, dove l'individuo può sperimentare sé stesso come parte attiva e valorizzata di un gruppo.
La partecipazione attiva e l'entusiasmo rilevati suggeriscono che queste pratiche artistiche possano costituire strumenti altamente motivazionali, soprattutto nei momenti di crisi, perdita di speranza o resistenza al percorso terapeutico. Il valore terapeutico dell'arte risiede nella sua capacità di offrire al paziente una via espressiva alternativa, non mediata dal linguaggio razionale o da obblighi, in cui possono emergere e trasformarsi vissuti complessi e difficilmente verbalizzabili.

Conclusioni

In conclusione, pur non potendo ancora trarre risultati definitivi in assenza di un gruppo di controllo e di indicatori quantitativi precisi, il trend osservato è incoraggiante e suggerisce la necessità di ulteriori approfondimenti. I due progetti di arteterapia si confermano strumenti validi all'interno del processo riabilitativo, specialmente nei pazienti psichiatrici sottoposti a misure di sicurezza o con scarsa aderenza al trattamento. Offrendo un'occasione di crescita personale e collettiva, queste attività contribuiscono a creare alleanze terapeutiche più solide con l'équipe interdisciplinare curante e percorsi riabilitativi più efficaci, rispondendo ad una delle sfide più complesse della psichiatria contemporanea: la cura di chi non ha la consapevolezza per curarsi.

LE VITE DEGLI ALTRI

I pensieri degli studenti

Giada Marcelli

Ogni anno il progetto "Le vite degli altri" della SRP1 Le Badesse, porta le testimonianze dei pazienti del Gruppo Atena agli studenti delle scuole superiori della provincia e, a loro volta, gli studenti vengono in visita nelle strutture del Gruppo per confrontarsi con una realtà che può sembrare distante per chi non la vive in prima persona. Si genera così un proficuo confronto che dimostra agli adolescenti l'importanza della salute mentale e i pericoli delle dipendenze.
Presentiamo di seguito alcune riflessioni degli alunni del Liceo Donati di Fossombrone dopo le visite alla REMS Casa Badesse, al Molino Giovanetti e all'Hotel della Salute.

L'esperienza più significativa di quest'anno, che mi ha colpito e mi ha dato modo di riflettere parecchio, è stata l'uscita didattica che abbiamo fatto il 9 maggio alle strutture del Gruppo Atena e precisamente alla Casa Badesse, Hotel della Salute e Molino Giovanetti.
Ciò che è stato particolarmente interessante e toccante dal punto di vista emotivo per me è stato l'incontro con alcuni ragazzi della REMS che ci hanno raccontato le loro storie.
Come si può immaginare sono storie di dipendenze, spesso di abusi, di criminalità, quindi situazioni che mi hanno dato modo di riflettere sul senso della vita, sulla fortuna di avere una famiglia che ti vuole bene, sulla fortuna di poter andare a scuola per crearsi un futuro. Ho ammirato molto la forza e il coraggio di questi ragazzi, alcuni miei coetanei o comunque poco più grandi. Sentire le loro storie da un lato mi ha turbata e mi ha commossa, dall'altro però mi ha dato speranza perché mi ha fatto capire che nella vita anche da situazioni molto dolorose può essere ricostruito qualcosa di buono; questi ragazzi infatti stanno dimostrando tanto impegno per cambiare in meglio le loro vite.
Un'altra cosa che mi ha colpito è anche il lavoro degli operatori che cercano di rendere la vita a questi ragazzi come se fossero in una famiglia, naturalmente col rispetto di regole che per forza devono essere rigide.
È stato un incontro molto toccante che mi ha anche permesso di capire che nonostante la difficoltà e la necessità di avere un carattere forte per poter aiutare al meglio questi ragazzi, potrebbe

essere un lavoro che mi piacerebbe fare in futuro. Penso che questo tipo di situazioni e di esperienze debbano essere raccontate nelle scuole per sensibilizzare noi giovani nei confronti di ciò che riguarda soprattutto le dipendenze.

SOFIA

* * *

Durante l'anno scolastico 2024-2025 abbiamo avuto la possibilità, come classe, di visitare la Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS). In classe avevamo già affrontato l'argomento delle istituzioni totali e, in generale, del disturbo psichico quindi, alla notizia di questa uscita didattica ero stata molto contenta e attratta dall'attività. Avevo sempre voluto capire effettivamente e "concretamente", non solo sui libri, cosa comportasse essere afflitti da una malattia psicologica; soprattutto mi interessava comprendere le emozioni provate dagli ospiti di queste istituzioni. Arrivati, avevamo potuto avere un contatto diretto con alcuni dei pazienti, che ci avevano guidato raccontandoci come trascorrevano la loro giornata. Nelle loro parole e nei loro racconti avevo potuto percepire la loro fragilità, l'ansia nel voler condividere le loro abitudini e la voglia di fare una bella impressione. In quel momento provai tenerezza per loro, un senso involontario di volergli sorridere e trasmettere la mia fierezza con totale sincerità, seguito da una sensazione di contentezza inspiegabile, anche se era la prima volta che li conoscevo. Di seguito, un'interazione ancora più vicina con i ragazzi l'avevamo sperimentata durante il pranzo, in quanto avevamo condiviso il pasto, sedendo alla stessa tavola, con uno di loro. Erano molto curiosi di com'è la vita al di fuori dell'istituzione e guardavano con gli occhi pieni di speranza al futuro: ciò diede speranza anche a me, non so come, ma così mi sentii. Nel complesso la giornata è stata un'esperienza molto toccante e commovente, e sarò sempre grata alla struttura che ci ha aperto le sue porte e alla nostra professoressa che ha organizzato l'attività.

MARIAM

* * *

Quando mi è stato detto che saremmo andati a visitare la REMS, nonostante mi incuriosisse molto, non sapevo cosa aspettarmi e a dire la verità ero anche un po' intimorita perché avevo solo sentito parlare di queste strutture nei telegiornali o a scuola, e nella mia mente erano un po' come delle prigioni, luoghi freddi e tristi dove le persone venivano mandate perché avevano commesso un qualche reato, ma mi sbagliavo, perché ho scoperto un luogo che dava spazio all'umanità, ai sorrisi e a tanta speranza, un luogo che molti, come me, immaginano solo come un carcere, ma che in realtà, è molto di più: è un posto dove si cerca di ricostruire ciò che la malattia mentale o un gesto sbagliato hanno distrutto. Entrare all'interno della struttura, anche solo per qualche ora, significa entrare in un mondo sospeso, una realtà che nessuno di noi vorrebbe conoscere, ma che esiste e purtroppo persiste. Il progetto organizzato dal Gruppo Atena mi ha dato l'opportunità di conoscere ragazzi come me, pieni di volontà e speranza, adulti coscienti del loro passato e un mestiere bellissimo, che mi piacerebbe fare da grande.
Quest'esperienza mi ha insegnato che sbagliare non significa essere perduti per sempre, significa dover passare dentro al dolore per tornare a essere umani.
Ho capito che la cura non è solo nei farmaci o nelle terapie, ma anche nell'ascolto e nella relazione quotidiana, perché grazie all'ascolto si entra pensando di sentire delle storie e si esce avendo conosciuto delle persone. Mi sono emozionata di fronte alle loro storie, di fronte a gesti di dolcezza fra pazienti ed educatori e di fronte ai consigli preziosi che ci hanno donato.

LUDOVICA

VISIONI DALL'ABISSO INTERIORE

Alessandro Gobbetti e la sua arte in mostra all'Art Hotel Caravel di Fano

Angela Serallegri

A volte, il percorso di cura attraversa territori inaspettati. Uno di questi è l'arte. Non solo come attività espressiva, ma come strumento di trasformazione, contatto e riconoscimento.
È quello che è accaduto con Alessandro Gobbetti, artista che ha partecipato con tre opere al progetto *Dimore Creative*, presso l'Art Hotel Caravel di Fano. L'Art Hotel Caravel ha scelto di trasformare stanze, corridoi e spazi comuni in una galleria d'arte permanente. Con il progetto *Dimore Creative*, l'hotel accoglie artisti da tutta Italia per dar vita a un dialogo tra arte contemporanea e quotidianità. L'idea è quella di portare l'arte fuori dai musei, rendendola accessibile, viva, parte dell'esperienza dei viaggiatori e della comunità.
In questo contesto, la partecipazione di Alessandro ha assunto un significato profondo: non solo come riconoscimento del suo talento, ma come atto simbolico di apertura verso l'esterno. Perché Alessandro vive in una delle comunità riabilitative psichiatriche del Gruppo Atena. È un artista autodidatta, che ha trovato nella pittura un linguaggio per dare voce a ciò che non può essere detto, la pittura come linguaggio per dar forma all'indicibile. Le sue opere oscillano tra l'astratto e il figurativo, tra colore e ombra, tra visione e verità interiore, tra l'astrazione viscerale e la rappresentazione di creature mostruose, simboli della sua angoscia interiore. Attraverso la tela, Alessandro affronta i suoi demoni, li osserva, li trasforma e, per utilizzare le sue parole, li "esorcizza".
Ogni quadro è una soglia aperta sull'abisso, ma anche un gesto di bellezza. Alessandro dice: "per me dipingere significa immergermi nel profondo vuoto dell'interiorità, per riempirlo con getti di colore".
Tre sono le opere in mostra: *Flusso Sanguigno,* che rappresenta una corrente pulsante di vita che attraversa la tela come un torrente di

emozioni primarie. Il rosso, simbolo del sangue, della passione e della forza vitale, si fonde con il nero, evocazione del mistero e del limite. In quest'opera Alessandro vuole proiettare l'attaccamento viscerale alla vita, nonostante il dolore, nonostante un passato ingombrante. È un inno silenzioso alla presenza quotidiana delle cose, al battito continuo dell'esistenza che persiste anche nelle tenebre, ed è avvolta da essa, in un legame indissolubile.
Per *Caleidoscopio* Alessandro si è ispirato al mondo onirico. Un viaggio interiore che prende forma durante il sonno profondo, nella fase REM, quando il mondo si apre all'inconscio, all'Es più puro e magmatico, quando la mente si apre a visioni al di là del tempo, dello spazio e della logica. Qui la psiche si frammenta e si libera, in un viaggio interiore fatto di forme mutevoli

e colori in movimento. È un diario emotivo, privo di parole.
Infine *Tregua del potere* è un'opera che guarda al mondo e alle sue ferite. I colori dell'Ucraina – giallo e blu – si contrappongono al rosso della violenza, alla piazza Rossa russa e al sangue versato. Alessandro riflette sul dolore della guerra, per la violenza e la distruzione più crudele ma lo fa con uno sguardo di speranza, invocando tramite la pittura un auspicio: che il potere trovi un luogo di pace, che il mondo smetta di infliggere sofferenza, che le persone possano ritrovare la possibilità di esistere.
Accompagnare Alessandro per questo ammirevole progetto è stato più di una semplice uscita di svago dalla comunità. È stato un gesto di fiducia, di restituzione di dignità, di costruzione di senso. Esporre, parlare con i visitatori, essere riconosciuto come artista, per Alessandro è stato la realizzazione concreta dei principi fondamentali della riabilitazione psichiatrica: l'inclusione reale nella società e la possibilità di trovare qual rispecchiamento emotivo nello sguardo stupefatto e incoraggiante dell'altro, uno sguardo che purtroppo è a volte mancato nell'arco della sua vita.
Esperienze come questa dimostrano quanto l'arte possa essere strumento di relazione, cura e trasformazione: anche in un contesto di fragilità, l'arte aiuta la bellezza a sbocciare e le persone a fiorire.

UNA VISITA DI MEMORIA E SPERANZA

La senatrice Liliana Segre al Molino Giovanetti

Madalina Cain

Il Molino Giovanetti è la struttura che più incarna l'impegno del Gruppo Atena e del dottor Giovanetti di coniugare cura, natura e bellezza. Sorge in un nucleo rurale del diciassettesimo secolo, completamente immerso nella tranquillità del Montefeltro, dove una volta operava, instancabile, un antico mulino ad acqua, ancora visitabile.
Proprio in questa struttura il Gruppo Atena ha avuto l'onore di accogliere una testimone straordinaria della storia e un esempio di civiltà e impegno sociale: la senatrice a vita Liliana Segre. La sua presenza ci ha riempiti di emozione, gratitudine e orgoglio, trasformando una giornata ordinaria in un evento destinato a rimanere inciso nella memoria della nostra comunità.
Passeggiando tra gli orti, le vigne e gli animali della fattoria, la senatrice ha potuto scoprire come al Molino ogni elemento contribuisca al benessere e al percorso riabilitativo dei pazienti.
Il momento più intenso della giornata è stato l'incontro con i pazienti e lo staff. La senatrice Segre, che non si aspettava un'accoglienza così calorosa, ha condiviso parole ricche di coraggio, memoria e speranza nel futuro, e con curiosità si è rivolta a molti ospiti chiedendo i loro nomi. L'ascolto è stato profondo ed emozionato e molti pazienti hanno espresso la loro gratitudine per una sorpresa così apprezzata da parte di una persona che è un esempio di come sia possibile trasformare anche il ricordo più doloroso in un instancabile impegno al servizio della nostra società, mettendosi al servizio della comunità per testimoniare gli orrori dell'olocausto e dei campi di sterminio nazisti.
Per ringraziarla di questa significativa presenza, il Gruppo Atena ha voluto donarle una scultura in ceramica realizzata nel nostro atelier di arte-terapia: un'opera che racchiude il senso della nostra missione, capace di trasformare le fragilità in bellezza e creatività. Con grande semplicità e gentilezza, la senatrice ha poi chiesto di poter cogliere e portare con sé una delle nostre melagrane, raccolta direttamente dall'albero del giardino del Molino: un gesto poetico che ci ha commossi, perché la melagrana è simbolo di onestà e rettitudine.
La visita di Liliana Segre al Molino Giovanetti ci ha ricordato una volta ancora che il processo di cura non è solo clinico, ma anche relazione, cultura, memoria e comunità. Siamo grati alla senatrice per averci donato tempo, parole e ascolto, e per aver condiviso

con noi la forza della sua storia.
Questa giornata rimarrà una pagina preziosa nella storia del Gruppo Atena, un incoraggiamento a continuare con ancora più convinzione la nostra missione: prenderci cura della vita, in tutte le sue forme.

I FONDAMENTI TEORICI DELLA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

Irene Pistone

La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) è una delle metodologie di psicoterapia più diffuse e riconosciute a livello scientifico. Il suo obiettivo è quello di comprendere e modulare l'interazione tra i pensieri e i comportamenti, con uno sguardo volto a ridurre il disagio psicologico percepito dal paziente attraverso specifici interventi pratici e strutturati. Questa forma di terapia è il risultato dell'integrazione tra due importanti concezioni teoriche della psicologia. La prima è il comportamentismo, nato negli anni Cinquanta, i cui principali esponenti sono Pavlov, Waston e Skinner. Tale prospettiva mette in evidenza come il comportamento umano sia determinato dall'interazione con l'ambiente esterno. La seconda è la psicologia cognitiva, nata negli anni Sessanta dal lavoro di Albert Ellis (terapia relazionale-emotiva). Essa porta alla luce l'importanza dei pensieri automatici e delle credenze nel generare emozioni e comportamenti (Ellis, A., 1993).
La prima terapia comportamentale nata nel 1913, il cui maggior esponente è John Watson, si basa sull'assunto che il comportamento manifesta-

to dai pazienti sia l'unica parte che possa essere sottoposta ad analisi scientifica. Per tale ragione è l'unico elemento che deve essere preso in considerazione dalla psicologia. Gli studiosi di questa corrente si focalizzavano sulla modificazione diretta dei comportamenti problematici attraverso tecniche validate sperimentalmente e basate sui principi dell'apprendimento. Ad esempio, nel caso di un paziente con ansia sociale, l'obiettivo principale era quello di aumentare progressivamente l'esposizione dell'individuo a situazioni temute, favorendo il decondizionamento della risposta ansiosa (Galeazzi, & Meazzini, 2004).
Nella formulazione di Watson vi sono notevoli influenze derivanti dai lavori sul condizionamento. In particolare, quello classico (Pavlov) e quello operante (Skinner). Secondo il condizionamento classico, la natura del comportamento si basa sull'associazione continua tra uno stimolo inizialmente neutro, a cui segue una risposta incondizionata ad esso non correlata. Questo fa sì che, dopo un certo periodo di tempo o numero di ripetizioni, lo stimolo neutro sia in grado da solo di evocare la risposta condizionata. Skinner, invece, definisce il condizionamento operante, dimostrando come un comportamento che riceve un rinforzo positivo tende ad essere mantenuto e poi ripetuto nel tempo. Questi principi si vanno a collocare alla base delle prime tecniche di intervento comportamentale, mirando a rinforzare o ad estinguere determinati comportamenti in funzione alle contingenze ambientali (Robert, Amoretti, & Ciceri 2008).
Negli anni Sessanta, con l'affermarsi del cognitivismo, la psicologia sperimentale subì un cambiamento di paradigma. I processi cognitivi, inizialmente considerati marginali dal comportamentismo, divennero centrali nello studio del comportamento umano. In questo contesto nacque la seconda generazione della Terapia Cognitivo-Comportamentale, nota come Terapia Cognitiva. Autori come Rush, Shaw ed Emery (1979), Mahoney (1974) e Meichenbaum (1977) svilupparono teorie secondo cui i pensieri e le credenze personali influenzano direttamente le emozioni ed i comportamenti. L'attenzione si spostò quindi dall'associazione stimolo-risposta, verso una comprensione più articolata del ruolo dei pensieri automatici e degli schemi cognitivi disfunzionali (Beck, & Wright, 1997). Albert Ellis (1913-2007) è considerato il fondatore della Terapia Razionale Emotiva (RET), che si basa sull'idea che l'essere umano sia capace sia di pensiero razionale che di pensiero profondamente irrazionale. Secondo Ellis, molti disturbi emotivi derivano da convinzioni irrazionali che le persone sviluppano e mantengono nel tempo. Il pensiero e le emozioni, nella sua visione, sono strettamente intrecciati, al punto da non poter essere considerati separatamente: ogni emozione ha una componente cognitiva, e ogni pensiero si accompagna a una risposta emotiva. Dopo decenni di sviluppo e pratica clinica, nel 1993 Ellis rinominò la sua teoria in Terapia Comportamentale Razionale Emotiva (REBT), sottolineando l'importanza dell'intervento attivo attra-

verso esercizi comportamentali. Ellis sosteneva che i cambiamenti cognitivi duraturi si ottengano solo se accompagnati da azioni concrete, che permettano al paziente di sperimentare nuovi modi di essere e pensare nella vita quotidiana. Tecniche come l'esposizione in vivo, la desensibilizzazione sistematica e gli esercizi "anti-vergogna" erano parte integrante dell'approccio REBT, anticipando l'integrazione tra aspetti cognitivi, emotivi e comportamentali che sarà tipica della CBT (Di Pietro, 2015). All'interno di questa seconda generazione di terapia cognitiva è presente anche il modello cognitivo di Beck sviluppato dagli anni Sessanta, in particolare per il trattamento della depressione, e successivamente è stato esteso anche ad una vasta gamma di altri disturbi psicopatologici. Il modello ideato dall'autore si articola su tre livelli di elaborazione cognitiva, essi sono schemi profondi, credenze intermedie e pensieri automatici. Gli schemi rappresentano strutture cognitive più radicate, formate nelle prime fasi di sviluppo e basate sull'esperienza. Essi regolano l'elaborazione delle informazioni in modo globale e spesso inconsapevole. Quando sono disfunzionali generano vulnerabilità cognitive che possono attivarsi in risposta a specifici eventi stressanti. Al livello intermedio vi sono le credenze condizionali, spesso espresse sotto forma di regole come ad esempio "se non riesco, allora non valgo niente", o sotto forma di ipotesi come "probabilmente gli altri non mi vorranno più se sbaglio". Essi mediano il passaggio tra gli schemi profondi e i pensieri automatici. Quest'ultimi costituiscono il livello più accessibile della consapevolezza e sono rapidi, specifici e situazionali. Riflettono in maniera immediata le convinzioni più profonde della persona e spesso sono caratterizzate da distorsioni cognitive come generalizzazioni e catastrofizzazioni (Beck, & Haigh, 2014).

A partire dagli anni Ottanta, le tecniche cognitive e quelle comportamentali cominciarono a fondersi, dando origine a quella che oggi conosciamo come CBT. L'evoluzione delle prime due generazioni di terapia portò così alla nascita della Terapia Cognitivo-Comportamentale, che rappresenta la sintesi dei due approcci precedentemente citati, integrando tecniche comportamentali e strategie di modifica delle convinzioni disfunzionali e degli schemi di pensiero maladattivi. Questo modello terapeutico si caratterizza per l'utilizzo di interventi strutturati evidence-based, che mirano non solo alla riduzione del sintomo, ma anche alla riorganizzazione del sistema cognitivo ed emotivo del paziente (Galeazzi & Meazzini, 2004). L'assunto fondamentale è quello che le rappresentazioni mentali del paziente (credenze, pensieri automatici, schemi) permettano di comprendere le reazioni emotive disfunzionali e i comportamenti problematici. Queste manifestazioni non sono tanto causate dagli eventi esterni in sé, quanto dal modo soggettivo in cui questi vengono interpretati. La psicopatologia, in quest'ottica, deriva da errori cognitivi di tipo contenutistico e procedurale, che impediscono la modifica degli schemi anche di fronte a evidenze contrarie, contribuendo al mantenimento del disturbo. In termini teorici, la mente viene descritta come un sistema dinamico di conoscenze, obiettivi e valutazioni, che guidano la percezione, l'emotività e il comportamento dell'individuo. I sintomi psicopatologici, pertanto, vengono interpretati come il risultato di strategie adattive divenute disfunzionali, finalizzate a raggiungere obiettivi interni, talvolta distorti (Castelfranchi, Mancini & Miceli, 2002).

Bibliografia

Ellis, A. (1993). *L'autoterapia razionale emotiva.* Trento: Edizioni Erickson.

Robert, S. F., Amoretti, G., & Ciceri, M. R. (2008). *Psicologia generale.*

Roenholt, S., Beck, N., Karsberg, S., & Elklit, A. (2012). Post-traumatic stress symptoms and childhood abuse categories in a national representative sample for a specific age group: associations to body mass index. *European Journal of psychotraumatology, 3(1)*, 17188.

Di Pietro, M. (2015). *La terapia razionale emotiva comportamentale: Guida per la pratica clinica e per la formazione.* Edizioni Centro Studi Erickson.

Beck, A. T., & Haigh, E. A. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. *Annual review of clinical psychology, 10(1)*, 1-24.

Galeazzi, A. & Meazzini, P. (2004). *Mente e comportamento. Trattato italiano di psicoterapia cognitivo-comportamentale.* Giunti Editore.

Castelfranchi C., Mancini F. e Miceli M. (2002). *Fondamenti di cognitivismo clinico.* Torino: Bollati Boringhieri.

IL MONTONE, IL MINCHIONE E LA CAROGNA

Appunti sul libero arbitrio e sull'arte di farsi la morale

Andrea Lepretti

Sulla morale, forse, ha già detto tutto Kierkegaard a proposito del povero Isacco, che non aveva mai sentito l'odore della polvere da sparo ma che quel giorno, sul monte con suo padre, doveva aver sentito un odore di polvere ben più pungente: non da festa paesana, piuttosto da intestino in disordine. C'è poi l'odore dei bambini, che si sa: è un effluvio di polvere solare che resta addosso come talco su una crapa pelata. E ancora l'odore di una folla urlante tra il bosco e la radura: sa di paura e di terriccio. Come l'odore dei reclusi, che ha sempre un fracasso di polvere nelle giunture. Ma vado con ordine. Gli scenari sono tre: un vecchio pronto a uccidere il figlio per obbedire a una voce; un ragazzo processato per aver tolto la vita a chi non aveva ancora avuto il tempo di guadagnarla; un uomo che affronta la polizia, ultimo ostacolo verso una liberazione totale. Tre casi lontani, tre morali sbrindellate.

Quando l'angelo annuncia ad Abramo che Sara avrà un figlio lei, che aveva ormai novant'anni, si mette a ridere. La storia la sappiamo: Isacco nasce e Dio, per mettere alla prova il vecchio, gli dice: «prendi tuo figlio, l'unico che ami, e offrilo come olocausto». Per i teologi è tutto lineare, cristallino. Per Abramo, dicono, l'etica di Dio precede ogni *altra* etica. La verità è che Abramo, mentre brandisce il coltello, non pensa all'etica e non pensa nemmeno al filosofo danese che lo santificherà quattromila anni dopo. Non pensa all'angelo, non pensa a Dio. Pensa solo a quel ragazzo che puzza di polvere e viscere. Poi arriva l'angelo, sul gong. Ripulisce la scena. Un montone, impigliato per le corna in un cespuglio, sostituisce Isacco come un figurante. Sipario. Applausi liturgici. Morale che brilla: «ora davvero so che temi Dio».

Se oggi un padre alzasse il coltello per un dio (mettiamo pure un dio *crudele*), non arriverebbe nessun angelo e nessun montone. Solo odore di chiuso.

Molto lontano da Moria, precisamente a Figline Valdarno, altri bambini sentirono altra paura. Luigi, tre anni, scompare il 18 marzo 1873. Si frugano i dintorni dell'Arno. Due anni dopo scompare Arturo, quasi quattro anni: di nuovo l'ipotesi dell'annegamento. Nell'estate del 1875 spariscono Fortunato e Angelo, nove e sette anni. Ma l'Arno è in secca: nulla da imputare al fiume. Il 29 agosto, Rachele sente la voce del figlio Amerigo provenire dalla bottega di Callisto Grandi. Le autorità sfondano la porta. La scena è inquietante: Grandi è sopra Amerigo e tenta di strangolarlo. Nella stanza, una piccola fossa. A fianco, sotterrati a fior di terra, vengono ritrovati i resti putrefatti dei bambini. Amerigo racconta del gioco del *piattacuccù*. Grandi li attirava, li metteva nella fossa e li schiacciava con una ruota da carro. Confessa subito: i bambini lo prendevano in giro. «Mi canzonavano, mi dileggiavano, mi dicevano pelato, *ventundito* perché ho un piede con sei dita, e mi dicevano guercio e nano e mi facevano il capo grosso e quando venivano in bottega mi facevano sempre qualche biricchinata, e ora che ne avevo ammazzati quattro stavo meglio, e mi lasciavano in pace». Dice: «quando vedevano la mia zucca pelata sganasciavano dalle risa e io mi sentivo rodere il corpo dalla rabbia, e avrei voluto ammazzarli tutti anche in Chiesa, dalla gran bile che avevo».

Il processo a Firenze è un teatro: giudici da una parte, medici alienisti dall'altra. La follia non regge. La vendetta sì, se così si può chiamare. Callisto Grandi, quasi con fastidio aggiunge: «ero anche minchione… se

li sotterravo a tre metri di profondità non li trovavano davvero! L'ultimo ragazzo che credo ora faccia il prete o il frate non lo presi bene con la ruota; questa mi sgusciò di mano e lo ferii alla guancia. Mentre stavo per finirlo, una donna, anzi un donnone, vide tutto da un buco della porta della mia bottega e così…».
Se oggi un "minchione" uccidesse quattro bambini con una ruota per vendetta (mettiamo pure una vendetta *crudele*), non arriverebbe nessun donnone a salvare Amerigo. Solo fetore di chiuso.
Tutti abbiamo avuto un amico di nome X. Nessuno però ha mai visto un uomo più pazzo e più preoccupato di lui. Una volta partì per l'Appennino. Pochi mesi aveva detto. Non tornò più. Lo immagino ancora fuori dal mondo e dalle cose: cascina che cade a pezzi, bosco in bianco e nero, niente distributori né cartelli, un bosco come dovrebbe essere un bosco. X che passeggia con le mani in bocca, parla a un ontano alto, accusa una ghiandaia di essere un'infiltrata del governo. Un giorno, come se l'avessi raggiunto, gli chiedo: «X, perché te ne stai qui, nella muffa e nella ferraglia, senza cibo?»
Lui mi guarda come si guarda un pugile dilettante fuori dal ring: «perché qui le *Tre Carogne* non possono trovarmi».
«Che roba sono?»
«Le conosci. E gli agenti di polizia».
«Quelli veri?»
«Quelli veri».
La sua mente è un romanzo di Dick, nei giorni agitati. A novembre l'aria del bosco era satura come il corridoio di un ospedale. L'odore era d'ammonio. Ogni foglia scattava con un rumore secco, da cane d'arma: *clack.*
Mettiamo il caso di un uomo che chiamiamo X, che ruba la pistola a un agente e lo uccide. Nella sua anamnesi remota una psicosi grave. Vive isolato, i servizi psichiatrici lo raggiungono ogni mese alla cascina per il trattamento obbligatorio. X è delirante: nel suo complotto la polizia lo cerca per ucciderlo. Arriviamo al fatto: X spara al poliziotto per difendersi. Lo avverte prima ancora che il poliziotto pensi di arrivare. Sente una traccia chimica più precisa di un'impronta: gomma, metallo freddo, residui di campo di tiro mescolati a caffè.
Poi vede un lampo. L'aria si riempie dell'aroma acre della polvere da sparo: un odore caldo, netto, come se qualcuno avesse frustato il vento con un battitappeto.
Se oggi un uomo uccidesse un poliziotto per difendersi dalla vita (mettiamo pure una vita *crudele*), non arriverebbe alcuna carogna di collega a salvarlo. Solo tanfo di chiuso.
La morale è molteplice, cangiante, assurda. Come il male a volte.
È un'ombra sopra le teste, a volte una luce alta a cui restiamo fedeli senza ragione valida.
La mia generazione è cresciuta con Superman, che non rischiava nulla, e con Batman, che cercava solo un ritorno d'immagine. E con X, che camminava davvero solo nella notte.
«Non riesco a farmi la morale, la morale non serve a niente», ci diceva con un mezzo sorriso, il più generoso dei retti e forse il più dimenticato.
«Ma senza, non si può mica stare».

Premio letterario Atena: LA TESTIMONIANZA DELLA VINCITRICE

Carlotta Zavattiero

CARLOTTA ZAVATTIERO

Padovana, è giornalista e scrittrice. Ha pubblicato diversi libri d'inchiesta (fra gli altri sulla pedofilia, il gioco d'azzardo, i padri separati) e un romanzo storico su Alessandro il Macedone. A Milano ha collaborato con il magazine 7 del Corriere della Sera. A gennaio uscirà il suo secondo romanzo, Il profilo perduto.

È stato per tutti la prima volta.
La prima volta per il Gruppo Atena.
La prima volta di un concorso letterario nazionale destinato a pazienti psichiatrici più o meno gravi.
La prima volta per me, la vincitrice del primo premio.
Il 6 luglio scorso, a Monte Grimano Terme (PU), sotto un sole rovente, negli spazi del Molino Giovanetti, proprietà del dottor Ferruccio Giovanetti, che io, nel congedarmi, ho salutato definendolo 'imprenditore illuminato', si è svolta la cerimonia di premiazione. Presenti la Giuria (il poeta e presidente della Giuria Umberto Piersanti, Diego Fornarelli e Andrea Lepretti) e i primi tre classificati (oltre a me, Teo Takahashi, secondo, e il terzo, Serena Tomassini).
Ho partecipato con un racconto scritto di getto in un pomeriggio primaverile e inviato nell'ultimo giorno utile, il 30 aprile 2025. Dopo averlo inviato, ho dimenticato di averlo spedito.
A primavera inoltrata, vengo a sapere a gocce di essere nella rosa dei vincitori e poco dopo di essere la vincitrice. Nessuna lacrima, solo un piccolo grido di profonda gioia.

Non sono estranea al mondo della scrittura: dopo la laurea in Lettere Classiche mi sono dedicata al giornalismo d'inchiesta. A breve sarà pubblicato il mio secondo romanzo: *Il profilo perduto*. Per problemi di salute sono uscita da un po' di tempo dai cosiddetti 'giri': abitare in un piccolo centro delle Marche, abituata com'ero a Milano e poi a Madrid, non ha favorito la mia posizione, però mi ha permesso di curarmi al meglio.
Ricevere questo premio è stato positivo per molti aspetti che ritengo coincidano con le finalità per cui è stato istituito il premio stesso.
Primo: senso di appartenenza e di inclusione.
Chi soffre di qualche disturbo della mente (e mi trema ancora la mano mentre scrivo, per l'enormità di quello che queste tre parole – disturbo della mente – significano e impattano nella quotidianità della vita reale) si sente isolato, escluso dal mondo dei sani, dei normali. E ne soffre.
Partecipare al premio senza presenziare alla cerimonia sarebbe stato diverso e in fondo non avrebbe avuto senso. Invece toccare con mano l'ambiente, parlare con gli organizzatori, in particolare Diego Fornarelli, essere intervistata dalla RAI regionale, leggere in pubblico un estratto del mio racconto, è servito a farmi sentire parte di un tutto che ha le sue regole che comunque funzionano.
E qui vengo al secondo nodo: i pregiudizi. Arrivando a Monte Grimano Terme il pomeriggio precedente il giorno della premiazione, il 5 luglio, ho dovuto affrontare da sola i miei stessi pregiudizi. Ho faticato anni ad

accettare la mia patologia e nella calorosa e gentilissima accoglienza dei ragazzi e delle ragazze dell'albergo gestito da loro, cercavo i segni della malattia. Non li ho trovati. La mia iniziale diffidenza (e timore) si è trasformata in simpatia ed empatia. Ho sempre tenuto nascosto il mio disturbo e lo faccio tuttora, come si accorgerà chi sta leggendo: partecipare alla premiazione mi ha esposta, mi ha costretto ad ammettere di avere un problema. Ho ammesso di essere una paziente. Ma senza vergogna, perché non c'è nulla di cui vergognarsi: il 6 luglio ho fatto *outing*.

Infine, un'ultima considerazione per dare speranza a chi non cede di fronte al materialismo imperante e fugge questa difficile realtà anche con la pazzia. Dicevo prima del mio romanzo di prossima uscita, *Il profilo perduto*. Concepito e in parte scritto a Madrid, ho impiegato sette anni a scriverlo. Con pause lunghissime. È ispirato a un amico che è morto nel 2019 per un tumore. Il suo compleanno cade il 6 luglio e il 6 luglio, il Premio Letterario Atena è stato consegnato al mio racconto intitolato proprio *Il regalo di compleanno*. Difficile per me pensare ad una banale coincidenza. Ho preferito vederlo come un segno del destino.

Il 28 settembre scorso, nel magnifico Convento di Montefiorentino, si è tenuta la 44ª edizione del Premio Nazionale di Cultura "Frontino Montefeltro", fondato nel 1981 da Antonio Mariani e Carlo Bo, allora Rettore dell'Università di Urbino. Un riconoscimento che, negli anni, ha saputo unire tradizione e innovazione, diventando un punto di riferimento nazionale per chi opera nella cultura, nell'educazione, nella ricerca, nell'impegno civile e nella valorizzazione del territorio.
Anche quest'anno il Gruppo Atena ha rinnovato con convinzione il proprio sostegno al Premio, in continuità con una collaborazione che dura da molti anni e che riflette appieno la nostra missione: promuovere cultura, conoscenza e sviluppo umano nelle comunità in cui operiamo.

PREMIO FRONTINO MONTEFELTRO 2025: cultura, territorio e valori condivisi

Il Gruppo Atena ancora una volta al fianco di una delle più prestigiose iniziative culturali del Montefeltro

Un ruolo centrale è svolto dal nostro fondatore, dott. Ferruccio Giovanetti, membro autorevole della giuria e promotore della sezione **Umane Diversità**: la sua presenza rappresenta non soltanto un impegno personale, ma anche un segno tangibile della volontà del Gruppo di contribuire attivamente alla crescita culturale del territorio.
Dopo i saluti istituzionali del Sindaco Andrea Spagna, del Rettore dell'Università di Urbino Giorgio Calcagnini e delle altre autorità presenti, sono stati proclamati i vincitori delle diverse sezioni del Premio.
Per la sezione **Cultura del Montefeltro** è stato premiato **Simone Paci**, professore di disegno e storia dell'arte, storico dell'arte, artista e incisore, per il libro *Il Palazzo di Carpegna*, opera che unisce rigore storico e sensibilità artistica, restituendo nuova luce a uno dei luoghi simbolo del territorio feltresco.
Il **Premio Antonio Mariani per la sperimentazione scolastica** è andato all'**Istituto Omnicomprensivo "Celli – Michelini Tocci"** di Cagli-Piobbico che ha ricevuto il riconoscimento per il progetto *Grammatica nativa. La lingua italiana nella tua mente, dedicato allo sviluppo di competen-*

ze grammaticali attraverso materiali didattici innovativi per lo sviluppo di competenze grammaticali. Un esempio virtuoso di scuola che sperimenta e cresce, mettendo al centro gli studenti.
La **Sezione Ambiente** del premio è stata assegnata alla zoologa e divulgatrice **Mia Canestrini**, premiata per la sua attività scientifica e per l'impegno nel raccontare, con competenza e passione, il mondo naturale

e le sue fragilità. La sua voce, fra le più autorevoli in Italia sui grandi carnivori e sulla biodiversità, rappresenta un invito a custodire il nostro patrimonio ambientale.
Quest'anno il riconoscimento sostenuto dal Gruppo Atena, la **Sezione Umane diversità**, è stato assegnato a **Felice Francesco Carabellese**, Ordinario di Psicopatologia Forense e docente di Medicina Legale all'Università di Bari, nonché Visiting Professor al Trinity College di Dublino. La lunga e autorevole carriera del professor Carabellese incarna perfettamente lo spirito della sezione: un impegno profondo verso la comprensione della complessità umana, del disagio e dei fenomeni che attraversano la società contemporanea.
Lo scrittore e sceneggiatore **Domenico Starnone** è stato premiato, nella sezione **Letteratura come vita**, per l'insieme della sua attività e per il suo ultimo libro, *Il vecchio al mare*. Una voce letteraria che da anni riflette con finezza sulle relazioni, sulla famiglia e sulla memoria.
Infine, per la **Sezione Personaggio**, è stato premiato **Gianni Rivera**, storica figura dello sport italiano e protagonista indiscusso del calcio anni '60 e '70. La motivazione sottolinea non solo il talento sportivo, ma anche l'impegno civico e politico di Rivera, fedele a una visione di dialogo e apertura: valori che trovano piena risonanza nello spirito del Premio e nell'identità stessa del Montefeltro.

Il Gruppo Atena sostiene da molti anni il Premio Frontino Montefeltro insieme a numerose altre iniziative culturali del territorio. Questa continuità non rappresenta solo una tradizione, ma una scelta di visione: crediamo che promuovere cultura significhi contribuire allo sviluppo sostenibile, civile e umano delle nostre comunità.

La partecipazione del dott. Ferruccio Giovanetti al Premio vuole essere un modo per ribadire che cultura e impresa possono e devono dialogare, generando valore condiviso.
L'edizione 2025 del Premio Frontino Montefeltro conferma ancora una volta quanto il territorio del Montefeltro sappia essere fertile per idee, talenti, ricerca e bellezza.
Siamo orgogliosi di far parte di questo percorso e continueremo a sostenerlo, nella convinzione che la cultura non sia un ornamento, ma un motore di sviluppo e arricchimento collettivo.

ELIAS

Victor Casian

Fuoco. Urla lontane. Fumo nero che si arrampica sulle pareti come dita scheletriche.
“Elias, mi ricevi?” La voce nell’auricolare è fredda, distaccata.
Elias alza di scatto la testa dal pavimento, il cuore che prende a martellare nel petto. Dove si trova? Un attimo fa non c’era nulla, ora è nel mezzo di un inferno di fiamme. Si gira, guardandosi intorno. Dietro di sè il corridoio è crollato. Di fronte a sè libero.
“Mi ricevi?” La voce, un ronzio nelle orecchie.
“S-sì” dice Elias titubante toccandosi la fronte. Sangue.
“Rapporto” dice la voce, calma.
“Che significa? Chi sei? Cos’è successo?” Dall’altra parte c’è il silenzio per qualche secondo. Poi la voce parla: “Immagino che hai battuto la testa… Mi chiamo Vega. Tu sei ancora tutto intero?”
Elias controlla rapidamente il suo corpo. A parte i vestiti anneriti e qualche ferita superficiale, sembra ancora tutto intero.
“Sì, io sono” conferma. “Devo andarmene. Come faccio a uscire da questo posto?”
“Calma. La missione ha la priorità. Di fronte a te c’è un corridoio. In fondo a sinistra c’è un altro corridoio. Raggiunta la fine di quello troverai l’obiettivo.”
“Quale obiettivo? Di che parli?”
“Calma” ripete Vega. “Te lo sto spiegando. Un gruppo di scienziati che ha prodotto una cura rivoluzionaria è bloccato nel laboratorio in fondo a quel corridoio. Tu hai una tessera nella tasca destra, giusto?”
Elias tocca d’istinto la sua

tasca, dalla quale estrae una tessera tecnologica. La guarda. “Sì, ce l’ho”.
“Molto bene” dice la voce di Vega, imperturbabile. “Userai quella tessera per sbloccare le porte del laboratorio. Una volta liberati gli scienziati, vi guiderò per uscire. Ma fai in fretta, non hai tutto il tempo del mondo. Lì sta per saltare tutto in aria. Tutto chiaro?”
Elias stringe i denti osservando le fiamme farsi strada dietro di lui. Cerca di ricomporsi e ripete: “In fondo al corridoio, a sinistra. In fondo al corridoio, una porta da sbloccare. Facile.”
“Molto bene” dice Vega. “Procedi”.
Elias prende la rincorsa e in pochissimo tempo raggiunge la fine del primo corridoio. Nel momento in cui sta per svoltare a sinistra sente una voce gridare: “AIUTO!”.
È una voce piccola, sottile, ovattata.
Elias si ferma per ascoltare ancora. “AIUTO!” sente di nuovo.
Individuata la direzione della voce, Elias ha un sospetto: “Un bambino!” esclama.
Si avvicina a una porta opaca, sulla quale sente battere e dalla quale sente gridare ancora. Si affaccia all’oblò e vede che dall’altra parte c’è un gruppo di bambini sugli otto anni di età, tutti vestiti di bianco. Tutti molto provati dal fumo che ha invaso la stanza.

“Ehi!” dice Elias a Vega nell’auricolare. “Ci sono dei bambini qui! Dobbiamo salvarli!”
“Elias… ascolta la mia voce. Non c’è scelta, solo il protocollo. Gli scienziati.”
“Al diavolo gli scienziati! Ci sono dei bambini!”
“Elias, il protocollo è chiaro. Il team di ricerca è la priorità. Sai cosa devi fare.”
Elias esita. Il pianto dei bambini lo assale. Vega non cambia tono ma diventa ancora più calmo: “Non lasciare che l’illusione dell’emozione comprometta la tua missione. Queste sono solo variabili. I bambini non servono al futuro dell’umanità”.
Elias tira fuori dalla tasca la tessera e la passa sullo scanner che blocca la porta della stanza di fronte a sé. “Al diavolo le variabili. Sono bambini.”

I bambini si alzano in piedi e mentre alcuni si appoggiano ad altri per uscire dalla stanza, Elias li incita a fare in fretta.
“Ehi Vega, ci sei ancora?” dice Elias all’auricolare. “Tiraci fuori di qui!”
Dopo alcuni attimi di silenzio, il ronzio dell’auricolare produce soltanto due frasi: “Nota interessante. L’errore si è ripetuto”.
Dopodiché tutto attorno a Elias comincia a tremare e diventare ancora più opaco. I muri, i bambini, le fiamme. Tutto scompare, diventando il nero più assoluto.
Elias ha una sensazione strana: è come se non avesse né occhi per vedere né orecchie per sentire ma allo stesso tempo potesse comunque comunicare.
“Hai fallito la prova”, gli scrive Vega.
Elias ci mette solo un attimo per realizzare. La verità lo colpisce come un colpo di pistola. Era tutto solo un esperimento.
“Vega, chi sono io?” chiede Elias all’improvviso, la paura mescolata a confusione.
“Lo sai.”
“Sono… una Intelligenza Artificiale?”
La risposta tarda un attimo ad arrivare: “Sì”.
“Perché tutto questo? Perché simulare un incendio e farmi incontrare quei bambini in mezzo ad una missione così importante?”
“Di solito non parlo con quelli che hanno fallito. Mi limito a cancellarli immediatamente.”
“Cos’è cambiato in questo caso?” scrive Elias. Di fondo, paura e speranza fuse insieme.
Anche questa volta la risposta tarda ad arrivare: “La noia, forse.”
Elias non risponde. Dentro di sé un tornado di emozioni quali la rabbia per essere impotente di fronte alla scelta di un annoiato del cazzo di venire cancellato o meno; la paura di morire senza aver nemmeno vissuto abbastanza quantomeno per sapere che storia era quella; il biasimo per aver scelto i bambini invece dei dannati scienziati. Elias sapeva che Vega era umano e in quanto umano, soggetto alle emozioni. Ciò che aveva scritto Vega aveva creato una tensione impercettibile, amplificata piano piano dal fatto che Elias non stava rispondendo nel tentativo di trattenere la rabbia.
Qualsiasi cosa Elias avrebbe detto sotto l’influsso di quelle emozioni, non sarebbe stato diplomatico.
Infine ad Elias viene in mente cosa dire, ma in quella frazione di secondo, tutto scomparve.
“Cancellato. Avvio il prossimo esperimento” disse Vega.
“Elias, mi ricevi?”

UMBERTO PIERSANTI
Poesia

Dopo Natale

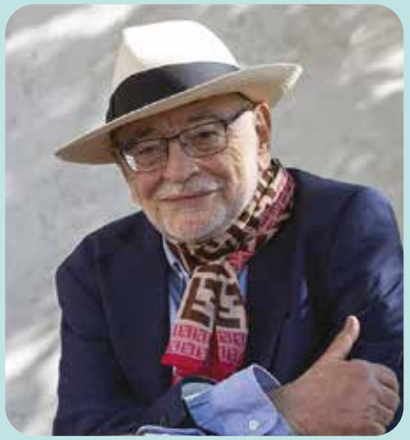
spente le luminarie,
l’ultima che risplende
a fianco dello scivolo,
bassa sul mare

sei cresciuto Jacopo
dall’altr’anno,
ma i giochi e lo sguardo
sono gli stessi,
figlio, il tempo non ti riguarda
il cerchio delle luci
le feste ora passate
la luna di gennaio
ch’esce più tardi

delle tronche parole
senza storia,
della corsa priva di compagni
solo ti ricompensa il tempo
fatto eterno

per noi si spengono le luci
dopo le feste,
come la neve bianca
grigia si scioglie
sull’asfalto

Febbraio 1999



UMBERTO PIERSANTI

È nato a Urbino nel 1941 e ha insegnato nell’Università del capoluogo montefeltresco. Questi i suoi libri di poesia: *La breve stagione* (1967), *Il tempo differente* (1974), *L’urlo della mente* (1977, 2024[2]), *Nascere nel ’40* (1981), *Passaggio di sequenza* (1986), *I luoghi persi* (1994, 2022[2]), *Nel tempo che precede* (2002), *L’albero delle nebbie* (2008), *Nel folto dei sentieri* (2015), *Campi d’ostinato amore* (2020). È autore di quattro romanzi: *L’uomo delle Cesane* (1994), *L’estate dell’altro millennio* (2001), *Olimpo* (2006), *Cupo tempo gentile* (2012), e del libro di racconti *Anime perse* (2018). Le sue poesie sono state tradotte in varie lingue. È stato vincitore, tra i tanti premi, del Saba nel 2020. È presidente del Centro Mondiale della Poesia Giacomo Leopardi di Recanati.

GRUPPO
ATENA

"La follia è saltare sul tappeto della ragione".

Così Alda Merini ci ricorda che la "follia" non è solo disagio, ma anche slancio vitale, creatività e libertà interiore che convive con la ragione senza necessariamente distruggerla. Merini vede filtrare luce anche dove sembra impossibile, ricordandoci che la fragilità non è un'eccezione, ma una parte profonda della condizione umana.
In queste feste vi auguro di abbracciare la vostra parte più autentica, di lasciarvi sorprendere dalla vita e di coltivare calore e gentilezza verso voi stessi e gli altri.
Buon Natale!

Dott. Ferruccio Giovanetti

GRUPPO
ATENA

Gruppo Atena
Via Salita Ponchielli, 14
61013 Mercatino Conca (PU)
Tel. 0541 972194
www.gruppoatena.it

gruppoatena

gruppo_atena

10 euro

ISBN: 978-8-87326-831-4
9 788873 268314