

LA CURA DELLA RELAZIONE E LA RELAZIONE DI CURA

Dialogo fra giuristi, medici e psicoterapeuti

a cura di
Arturo Maniaci

Presentazione di
Filippo Danovi


Pacini
Giuridica



La cura della relazione e la relazione di cura

B. Bassino - L. Borghi - A. Botturi - C. Brusaglioni - R. Cardinale
C. Casula - L. Cominelli - E. D'Annunzio - S.M. Francardo
D. Frigoli - B. Liberali - C. Lucchiaro - A. Maniaci - C. Marcucci
C. Menichino - C. Moretti - D. Nani - M. Sala - A.G. Sglavo

LA CURA DELLA RELAZIONE E LA RELAZIONE DI CURA

Dialogo fra giuristi, medici e psicoterapeuti

a cura di
Arturo Maniaci

Presentazione di
Filippo Danovi


**Pacini
Giuridica**



© Copyright 2023 by Pacini Editore Srl

ISBN 978-88-3379-604-8

Realizzazione editoriale



Via A. Gherardesca
56121 Pisa

Responsabile di redazione
Gloria Giacomelli

Fotolito e Stampa

IGP Industrie Grafiche Pacini

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume /fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633.

Indice

Presentazione.....pag. XI
Filippo Danovi

Introduzione » XVII
Arturo Maniaci

Perché sostenere la pubblicazione di questa opera » XIX
Alberto Craici

SEZIONE I SCIENZA, MEDICINA E PERSONA

Capitolo 1

La categoria della persona e la dimensione del significato » 3
Daniele Nani

1. La relazione di cura tra scienza medica e arte medica » 3
2. La rivoluzione scientifica rinascimentale e l'eliminazione delle proprietà secondarie » 4
3. La riduzione al quantitativo delle scienze del vivente e la *Evidence Based Medicine* .. » 6
4. Individuo e specie, efficacia e significato » 8
5. La quarta rivoluzione industriale e la transizione dalla scienza alla tecnica » 11
6. Come trovare un equilibrio tra la scienza basata sull'efficacia e quella basata sul significato » 12

Capitolo 2

Prevenzione e cura, statistica e persona » 15
Laura Borghi

1. La biografia umana e la malattia » 15
2. Il metodo statistico applicato alla medicina » 16
3. Popolazione statistica e persona: la medicina basata sull'evidenza (EBM) » 17
4. Come trovare la normalità fuori dalla curva di Gauss » 18
5. Prevenzione e cura: le origini della salute » 19
6. La medicina antroposofica: un contributo originale per la medicina » 20
7. Alcune considerazioni sul concetto di prevenzione » 21
8. Epilogo..... » 25

Capitolo 3

Trauma, dissociazione e terapia: il cervello che cambia..... » 29
Diego Frigoli

1. Il mito della Cura » 29
2. L'Essere di Heidegger..... » 30
3. L'archetipo del Sé secondo C.G. Jung » 31
4. Il Sé e l'Ecobiopsicologia » 32

5. Il Campo Akashico della cosmologia	»	33
6. L'inconscio ecobiopsicologico	»	34
7. La terapia ecobiopsicologica	»	36

SEZIONE II LA RELAZIONE DI CURA

Capitolo 1

Relazione di cura, consenso informato e principi costituzionali	»	43
<i>Benedetta Liberali</i>		
1. Premessa.....	»	43
2. Quale consenso informato e quali diritti fondamentali	»	44
3. La costruzione del consenso informato in ambito medico: quali principi costituzionali	»	47
3.1. La costruzione del consenso informato a livello normativo primario.....	»	57
3.2. Il tempo “della” e “nella” relazione di cura	»	61
4. Qualche osservazione conclusiva.....	»	64
5. Postilla: il consenso informato, le vaccinazioni e la riserva di legge in materia di trattamenti sanitari obbligatori	»	69

Capitolo 2

La relazione che cura in psicoterapia.....	»	75
<i>Consuelo C. Casula</i>		
1. Premessa.....	»	75
2. La relazione terapeutica efficace e la relazione che cura	»	76
3. Caratteristiche dei terapeuti esperti.....	»	79
4. Caratteristiche di base della relazione che cura.....	»	80
4.1. Il <i>setting</i>	»	81
4.2. Il tempo e il luogo della cura	»	82
4.3. L'alleanza terapeutica	»	83
4.4. La fiducia reciproca	»	84
4.5. L'empatia.....	»	85
4.6. La flessibilità	»	86
5. La relazione che cura e l'approccio naturalistico di Milton Erickson	»	87
6. La terapia che cura con la relazione.....	»	91
7. Il linguaggio della cura	»	92
8. Conclusioni.....	»	94

Capitolo 3

La malattia come opportunità nella prospettiva della medicina antroposofica	»	99
<i>Sergio Maria Francardo</i>		
1. Dal paradigma patogenetico al paradigma salutogenetico	»	99
2. Salutogenesi e nuova dimensione della malattia	»	100
3. La salute come realtà osservabile.....	»	103
4. La malattia nella realtà della persona.....	»	104

5. L'essere umano come somatizzazione	»	106
6. Costituzione dell'uomo e coscienza	»	107
7. Natura maestra del medico	»	110
8. La malattia: un accidente o un'opportunità?	»	110
9. Conclusioni	»	111
Capitolo 4		
Verso una umanizzazione della relazione di cura tra paziente e medico?	»	113
<i>Elio D'Annunzio</i>		
1. L'umanizzazione della medicina nella relazione di cura medico-paziente	»	113
2. Il dialogo come strumento fondamentale di cura	»	115
3. La cura del paziente in una 'comunità terapeutica'	»	115
4. Conclusioni	»	117
SEZIONE III		
LA CURA DELLA RELAZIONE		
Capitolo 1		
Prevenzione dei conflitti e relazione professionale	»	121
<i>Cristina Menichino</i>		
1. I significati della prevenzione. Confronto tra diritto e medicina: l'apporto della 'salutogenesi'	»	121
2. Dal <i>Prevention Law</i> al <i>Proactive Approach</i>	»	126
3. 'Equilibrio relazionale': definizione e benefici	»	130
4. Il contratto come strumento di 'equilibrio relazionale'	»	132
5. Altri strumenti volti al raggiungimento di un 'equilibrio relazionale' nei vari settori dell'esperienza giuridica	»	137
6. L'avvocato quale giurista della prevenzione e della costruzione di rapporti personali sostenibili	»	139
7. Conclusioni	»	141
Capitolo 2		
La cura nella relazione fra avvocato e cliente: la persona al centro	»	145
<i>Marco Sala</i>		
1. Premessa: perché avvocato e medico a confronto?	»	145
2. La cura: origini del termine e significati. L'etica della cura	»	146
3. L'avvocato e la "difesa non conflittuale"	»	148
4. Le "parole della cura"	»	150
5. Il consenso informato	»	153
6. La cura nella gestione consensuale dei conflitti: un approccio "su misura"	»	154
Capitolo 3		
Il conflitto come opportunità e i <i>commoda</i> delle ADR (<i>Alternative Dispute Resolution</i>)	»	161
<i>Arturo Maniaci</i>		
1. Diritto e conflitto	»	161

2. Il processo come giuoco e come giogo	»	163
3. Le vie di fuga dal processo	»	164
4. Processo civile <i>versus</i> ADR.....	»	168
5. Altri <i>commoda</i> e <i>incommoda</i> del processo civile e delle ADR	»	171
5.1. Scelta del terzo che risolve, o contribuisce a risolvere, il conflitto	»	171
5.2. Tempi, modi e costi del procedimento.....	»	172
5.3. Mancanza di filtri di accesso alla tutela	»	174
5.4. <i>Incommoda</i> delle ADR.....	»	175
6. Conclusioni.....	»	177
 Capitolo 4		
Un nuovo Avvocato per un nuovo Cliente.....	»	181
<i>Carla Marcucci</i>		
1. Malattie e conflitti: molte analogie fra due mondi uniti dalla paura e dal bisogno di aiuto delle persone che li frequentano.....	»	181
2. Il <i>perché</i> della risoluzione dei conflitti attraverso il negoziato.....	»	183
3. Il <i>come</i> della risoluzione dei conflitti attraverso il negoziato	»	184
4. La relazione dell'avvocato-negoziatore con il cliente.....	»	185
5. Prendersi cura: un ruolo che può essere svolto solo dall'essere umano	»	188
6. Una valutazione integrata dell'interesse del cliente anche per la prospettiva del contenzioso giudiziario	»	189
7. La necessità di una formazione integrata.....	»	190
8. A mo' di conclusione: l'operazione è riuscita, ma il paziente è morto	»	192
 Capitolo 5		
Relazioni e interazioni nella gestione dei conflitti. Nuove competenze per l'avvocato.....	»	195
<i>Anna Grazia Sglavo</i>		
1. Premessa.....	»	195
2. Gestione costruttiva delle controversie e cura delle relazioni	»	196
3. Il rapporto/relazione tra cliente e avvocato.....	»	202
4. Consapevolezza di sé dell'avvocato	»	206
5. Considerazioni conclusive	»	208
 Capitolo 6		
La cura della relazione nella mediazione familiare	»	211
<i>Carola Moretti</i>		
1. Un percorso di crescita e trasformazione: la cura della relazione come fine.....	»	211
2. Gli strumenti del mediatore: la cura della relazione come mezzo	»	216
 Capitolo 7		
La cura della relazione e l'applicazione dei principi collaborativi nei contratti d'impresa, alla luce dei fattori ESG.....	»	219
<i>Claudia Bruscazioni</i>		
1. Premessa: verso un capitalismo sostenibile	»	219
2. La cura della relazione nei contratti d'impresa: i principi della <i>interest-based negotiation</i> della Scuola di Harvard	»	223

3. Composizione stragiudiziale delle liti commerciali e societarie sulla base delle ADR e dei principi collaborativi..... »	226
4. Gli accordi collaborativi nel settore degli appalti..... »	233

SEZIONE IV

TRA RELAZIONE DI CURA E CURA DELLA RELAZIONE

Capitolo 1

Empowerment ed empatia nelle relazioni di cura. Un confronto tra i processi relazionali in medicina, psicologia e nelle professioni legali..... »	243
<i>Claudio Lucchiari e Andrea Botturi</i>	

1. Introduzione..... »	243
2. La relazione medico/paziente..... »	244
3. Il costrutto di <i>empowerment</i> »	247
3.1. <i>Empowerment</i> psicologico..... »	249
3.2. <i>L'empowerment</i> in medicina..... »	250
4. Empatia e simpatia nella relazione di cura..... »	255
5. La relazione professionale come alleanza..... »	259
6. Conclusioni: le caratteristiche psicologiche della relazione di cura..... »	263

Capitolo 2

Conflitto, dispute e cura: analogie e omologie professionali..... »	271
<i>Luigi Cominelli</i>	

1. Cura del corpo e cura delle relazioni: analogie e omologie professionali..... »	271
2. Le cause del conflitto..... »	275
3. Attitudini verso il conflitto..... »	277
4. Cambiamento culturale ed evoluzione sociale..... »	279

Capitolo 3

Tre professioni (psicoterapeuta, dottore commercialista ed esperto delle relazioni nella Pratica Collaborativa) a confronto..... »	283
<i>Barbara Bassino</i>	

1. Lo sguardo che cura nel contesto professionale..... »	283
2. Cura della relazione: riferimenti ai modelli di attaccamento e teoria delle relazioni oggettuali..... »	284
3. La relazione umana nei progressi delle neuroscienze..... »	286
4. La relazione in psicoterapia: alcuni spunti di riflessione..... »	288
5. La relazione nello studio del commercialista: alcune riflessioni..... »	290
6. La relazione nella Pratica Collaborativa: il ruolo del facilitatore nella negoziazione..... »	292
7. Conclusioni..... »	294

Capitolo 4

Dal Tu al Noi: pratica della cura delle relazioni e processi di cambiamento per le
persone e le organizzazioni » 297

Rossella Cardinale

1. Pratica della cura delle relazioni e cambio di paradigma: un'opportunità » 297
2. Ascolto empatico ed *empowerment*..... » 300
3. Un caso pratico » 301
4. Allenare l'intelligenza emotiva » 304
5. Cura delle persone e benessere organizzativo..... » 306
6. Conclusioni..... » 308

Gli Autori..... » 311

Presentazione

Medicina e diritto sono universi antichi come la storia dell'uomo, composti da miriadi di spazi, stelle luminose e legami a volte ancora misteriosi. Entrambi poggiano su una moltitudine di regole, assiomi, crescenti certezze che il progresso scientifico e l'evoluzione hanno permesso di raggiungere nell'uno come nell'altro campo, ma sono anche costellati da perduranti lacune, zone d'ombra, punti interrogativi.

Del resto, nel monito socratico a coltivare la ricerca nel corso della vita (“ὁ δὲ ἀνεξέταστος βίος οὐ βιωτὸς ἀνθρώπῳ”, “una vita senza ricerca non è degna di essere vissuta”) sta proprio la magia dell'infinitudine della ricerca al cospetto della finitudine della vita (come sottolineava già quasi duemila anni fa Marco Aurelio, “e il ricordante e il ricordato, ambedue han la vita di un giorno”).

Salvo questo incontestabile e immediato punto comune, verrebbe tuttavia da dire che medicina e diritto sono realtà assolutamente distinte e con tutta probabilità non comunicanti. Eppure, nessuna affermazione potrebbe essere non soltanto più affrettata, ma soprattutto erronea, e proprio il volume che ho l'onore e il piacere di presentare saprà sfatare questa fragile convinzione.

Non è un caso, del resto, che la medicina e il diritto hanno entrambi quale punto di riferimento – finalistico, oggettivo e soggettivo a un tempo – l'uomo, o meglio la persona, ed entrambi sono ontologicamente e fisiologicamente deputati proprio alla “cura” della persona.

Il concetto di cura, del quale anche l'origine mitica (*rectius*, mitologica, come è precisato nel volume) rimanda all'uomo, può essere scandagliato attraverso molteplici chiavi di lettura. Numerose sono le definizioni che al termine possono essere date, che abbracciano spazi ancora più ampi di quello clinico in senso stretto (nel quale la cura è un complesso di prescrizioni e strumenti terapeutici relativi a una determinata malattia o stato morboso), per arrivare a connotare ogni attività posta in essere con impegno e diligenza, regolarità e perseveranza, al fine di provvedere a qualcosa o, sovente, anche a qualcuno. Nell'idea archetipica della cura sta invero proprio la dolcezza della premura, ma con questa anche l'inevitabile contraltare dell'inquietudine, poiché colui che presta la cura sa (o dovrebbe sapere, poiché a volte non lo percepisce) che con le sue attenzioni non aiuterà soltanto l'altro, ma finirà per accrescere sé stesso, ma solo fino a quando sarà dato al rapporto di continuare. In questo punto di partenza sta già dunque il richiamo della cura alla relazione, poiché la prima è destinata ad arricchire in modo reciproco entrambi i soggetti, anche se fatalmente sino al momento del distacco (chi non ricorda l'immagine della volpe de *Il piccolo principe*, che al momento doloroso della partenza gli lascia in eredità il colore del grano?).

Delle possibili nuove letture del concetto di cura in campo medico si occupa in maniera analitica la prima Sezione del volume, dedicata a una possibile attuale rilettura dell'idea stessa di scienza medica, sulla scorta di riflessioni, metodologie e indagini che pongano maggiormente al centro la persona.

Così, partendo dalla stessa individuazione di una categoria concettuale della persona, si può ben comprendere – come mette in luce Daniele Nani – il valore attuale della relazione di cura nell'ambito della scienza medica, valore da individuarsi nella ricerca di un giusto punto di equilibrio tra un approccio di semplice causa/effetto, basato esclusivamente sull'efficacia e su concrete risultanze, e un diverso metodo maggiormente orientato alla dimensione del significato nella categoria della persona.

E poiché l'uomo non è mai solo (“*Nessun uomo è un'isola*”) e al cospetto del genere umano è soltanto un esemplare (pur se accostabile ad altri sempre per singole caratteristiche, ma mai interamente replicabile e riproducibile), ecco allora che Laura Borghi ci introduce all'importanza e all'utilità del metodo statistico in relazione ai temi della prevenzione e della cura. Anche in questo campo, tuttavia, la prospettiva proposta non vuole essere quella meramente numerico-matematica, che rischierebbe di rendere il singolo un dato di per sé irrilevante (“*Uno, nessuno e centomila*”), ma si esplorano nuove metodologie volte a individuare la migliore formula al di fuori delle rotte tradizionalmente percorse dalla statistica, individuando in particolare attraverso la medicina antroposofica un nuovo approccio che tenda a dare attenzione, più che al singolo elemento del corpo per comune definizione “malato” (*id est*, che presenta una deviazione reale o apparente rispetto agli schemi tradizionali e dunque una patologia catalogabile), al bisogno di ristabilire nella dimensione frantumata tra le diverse complesse parti della persona una nuova armonia.

Chiude la prima Sezione, dedicata a “scienza, medicina e persona”, il contributo di Diego Frigoli volto ad analizzare non soltanto il legame indissolubile tra cura ed essere (partendo dall'idea di Heidegger, che evidenziava nella cura “il fulcro dell'esistenza e ciò che permette all'essere dell'uomo di permanere nella vita”), ma altresì i cambiamenti messi in luce dal progredire della psicologia analitica e dalla ecobiopsicologia circa il modo di reagire dell'uomo e in ultima analisi del cervello stesso di fronte al trauma, nella ricerca di nuove forme di terapia (e così, ancora, di cura).

Su queste basi si può dunque passare al tema della “relazione di cura”, poiché è certo che nel momento in cui la cura riguarda un soggetto altro da sé, tra il professionista (medico, avvocato o altro professionista, poco importa) e l'assistito (paziente o cliente) si instaura un legame, una vera e propria relazione. Ecco allora che i due aspetti appena tratteggiati – la cura e la relazione – già entrano tra loro in un rapporto di corrispondenza biunivoca e, per certi versi, quasi sinallagmatica (si perdoni la “deformazione” del giurista), contribuendo

a rendere migliore l'apporto concreto che il professionista rende al proprio assistito.

E poiché la relazione di cura instaura un rapporto che tocca i diritti fondamentali della persona (primi tra tutti la salute – nel rapporto con il medico – e la difesa – nel rapporto con l'avvocato –, ai quali si aggiungono gli ulteriori diritti connessi alla *privacy*, libertà e dignità stessa della persona), Benedetta Liberali ci guida lungo questo delicato crinale, scandagliando il flusso informativo tra professionista e assistito e analizzando i temi del consenso informato alla luce dei diritti fondamentali dell'assistito che possono essere incisi dalla relazione di cura, mentre Consuelo C. Casula approfondisce la relazione di cura nell'ambito psicoterapeutico, nel quale le modalità esteriori (tempi, luoghi, *setting*) divengono elementi conduttivi del percorso interiore, fondamentali per creare un'alleanza terapeutica contraddistinta da fiducia, empatia e flessibilità. Tutti questi profili costituiscono la cornice di un ulteriore fondamentale elemento della relazione di cura, il linguaggio, che nella stessa può raggiungere orizzonti inimmaginabili. Si approfondisce infatti nel volume anche la tecnica dell'ipnosi conversazionale, in cui il rapporto tra medico e assistito è in uno stadio di sola apparente sospensione, ma in realtà lavora e raggiunge risultati non accessibili alle vie tradizionali. Se si volesse ricorrere a una metafora artistica non sarebbe certamente la visione angosciata de *L'incubo* di Johann Heinrich Füssli, e nemmeno la sconfitta dell'avventura umana dell'*Ophelia* di John Everett Millais abbandonata alla corrente nel fiume, ma piuttosto *Il sogno di Costantino* di Piero della Francesca, in cui il sonno dell'imperatore è protetto non già soltanto da due guardie armate, ma altresì da un valletto che siede vigile e paziente accanto, esprimendo a sua volta una delicata modalità di "cura".

La seconda Sezione del volume si chiude con uno sguardo puntato verso nuovi orizzonti della scienza medica, con il saggio di Sergio Maria Francardo sull'utilità offerta dalla prospettiva della medicina antroposofica (la malattia non è soltanto una realtà, ma un'opportunità) e con la riflessione conclusiva di Elio D'Annunzio circa una nuova declinazione della relazione di cura tra medico e paziente nel segno del dialogo e della "umanizzazione". In questa prospettiva il punto interrogativo finale nel titolo del capitolo, lungi dallo sconfiggere o anche soltanto dallo stemperare la direzione vuole piuttosto indurre il lettore a coglierne gli affascinanti sviluppi per l'avvenire, nella consapevolezza dell'esigenza di preservare "i significativi contributi forniti dalla medicina ufficiale".

Le basi gettate per affrontare il tema della relazione di cura in ambito medico consentono la transizione alla terza Sezione, dedicata alla "cura della relazione", in cui un *team* di giuristi (Cristina Menichino, Marco Sala, Arturo Maniaci, Carla Marcucci, Anna Grazia Sglavo, Carola Moretti, Claudia Brusaglioni) che da tempo privilegia un diverso approccio al conflitto, non già av-

versariale quanto piuttosto partecipativo e integrativo (e potremmo arrischiarci a dire anche “terapeutico”), analizza l’ampio ventaglio di strumenti di giustizia alternativa (o come ormai si preferisce dire complementare), quali la mediazione, la negoziazione assistita, la mediazione familiare, la pratica collaborativa, a disposizione della parte e volti a ricucire i fili strappati e superare lo stadio di difficoltà relazionale derivante dal conflitto, nonché il metodo e le competenze che l’avvocato è chiamato a utilizzare per una migliore interazione a questi fini con la parte assistita.

A tal fine, partendo da un confronto proprio con la medicina (nella prospettiva della “salutogenesi”), si rovescia la tradizionale impostazione giudiziaria e si affronta il tema (ancora poco noto e praticato in Italia, per quanto dotato di radici antiche, se già otto secoli fa Jacobus de Arena affermava che “*melius est ante tempus occurrere quem post causam vulneratam recursum quaerere*”) della prevenzione del conflitto, analizzando lo stesso strumento sovrano dell’autonomia privata, ovvero il contratto, come strumento di equilibrio relazionale e individuando in altri istituti (mediazione, negoziazione assistita, pratica collaborativa, patti preconfittuali) una funzione preventiva nitida e in tal modo, per paradosso realmente anche “terapeutica” (Cristina Menichino).

Se questa è la prospettiva, ecco allora che il conflitto da elemento di incertezza diviene invece una vera e propria opportunità, e in un gioco di carte il luogo di smarrimento per eccellenza (la “selva oscura”) diviene allora il processo, dal quale rifuggire attraverso le ADR (*Alternative Dispute Resolution*), in cui terzi qualificati permettono ai non più contendenti di ritrovare una dimensione armonica attraverso tempi più rapidi, modalità meno invasive, e finanche minori oneri economici (Arturo Maniaci).

La cura nella relazione diviene essenziale anche nel rapporto fra avvocato e assistito, in cui la persona deve essere messa al centro, attraverso un approccio “su misura”, comunque proteso alla gestione consensuale dei conflitti, in cui proprio la “misura” delle parole e dei toni non conflittuali dà vita a una nuova dimensione etica (Marco Sala); e nella nuova impostazione del negoziato si ritrova dunque un “nuovo avvocato” per un “nuovo cliente”, attraverso una valutazione integrata dell’interesse di quest’ultimo (Carla Marcucci). A tale scopo, servono naturalmente all’avvocato nuove competenze e, soprattutto, una nuova consapevolezza di sé (Anna Grazia Sglavo), e talvolta anche la scelta di abbandonare le logiche tradizionali per intraprendere nuovi percorsi di crescita e trasformazione, come quello che ha luogo attraverso la mediazione familiare, nella quale la cura della relazione diviene mezzo per separare il problema dalla persona e fornire sostegno alle parti, in particolare ai genitori, responsabilizzandoli e aiutandoli a trovare, essi stessi, le più giuste soluzioni ai problemi della crisi familiare (Carola Moretti).

Chiude questa Sezione un contributo dedicato alla centralità assunta dai fattori ambientali, sociali e di *governance* (*Environment, Social and Governan-*

ce, in acronimo “ESG”), non solo nella dimensione sociale, ma altresì nella realtà delle imprese e società e dunque al ruolo che le clausole di negoziazione secondo il metodo della pratica collaborativa possono svolgere negli statuti e accordi societari, per evitare (o diversamente gestire) i conflitti tra soci o tra soci e la società, nella direzione di un nuovo capitalismo sostenibile (Claudia Bruscaaglioni).

In questa prospettiva, il volume può essere particolarmente utile per gli avvocati non ancora formati alla negoziazione, che dalle riflessioni in esso contenute potranno acquisire consapevolezza di un diverso modo di svolgere la professione legale.

La Sezione finale rappresenta la sintesi – in qualche modo verrebbe anche da dire la “restituzione” – che gli Autori offrono al lettore.

A tal fine, si parte da una riaffermata (e approfondita da Claudio Lucchiari e Andrea Botturi) necessità di utilizzare nelle relazioni di cura (mediche, psicologiche, ma altresì legali) *Empowerment* ed empatia, e si analizzano poi conflitti e ruoli professionali diversi e all'apparenza autonomi, per ritrovare nelle cause e nelle eterne variabili del conflitto inteso come *topos* non soltanto analogie, ma punti unitari di contatto e vere e proprie omologie (Luigi Cominelli), e – nella pur necessaria distinzione delle esperienze professionali (neuroscienze, psicoterapia, studio del commercialista, il ruolo del facilitatore nella negoziazione e Pratica Collaborativa) – comuni metodologie e visioni (Barbara Bassino). È la via per una nuova consapevolezza, quella del ruolo svolto dalla pratica della cura delle relazioni e dai processi di cambiamento per le persone e le organizzazioni, che permette di addivenire alla finale conclusione per cui nella relazione l'interlocutore rimane ovviamente altro da sé, ma non già per questo ne è rigidamente distaccato, poiché il particolare binomio soggettivo della relazione deve piuttosto essere di interazione e integrazione ad un tempo. “Dal Tu al Noi” conclude in modo deciso, ma non stentoreo quanto piuttosto rassicurante, Rossella Cardinale. *Tout se tient*, avrebbe detto De Saussure, poiché come la relazione cura, la cura nutre la relazione; e se questo è il metodo, ecco che il professionista e l'assistito possono non soltanto trarre l'apporto ricercato, ma altresì trovare, ciascuno dall'altro, anche occasione di crescita personale.

Forse proprio per questo il bel titolo scelto per il volume (“*La cura della relazione e la relazione di cura*”) non è tanto chiastico, quanto simmetrico. Esso evoca l'idea di uno specchio in cui ogni realtà può essere il riflesso di un'altra, e nel quale i molteplici saperi presenti nel confronto si mescolano e si fondono, ponendosi essi stessi in “relazione”. Ed è anche questa, a suo modo, una “relazione di cura”, in quanto sempre attraverso le proprie specifiche funzioni e tratti caratterizzanti i due mondi della medicina e del diritto si riflettono, si compenetrano e si intrecciano, arrivando, in questa più riuscita relazione, a curarsi a vicenda.

È un nuovo trinomio, dunque, che lega medicina, psicoterapia e diritto. È una sfida e un'avventura, nonché l'*incipit* di un viaggio stimolante. Ricordiamo, allora, come nell'idea del viaggio non sia essenziale la meta, la sospirata Itaca, ma il viaggio stesso, che in ogni istante va assaporato e a ogni tappa conclusa porta con sé la luminosità di un nuovo principio.

Filippo Danovi

Introduzione Genesi e sviluppo di un'idea

Il curatore di un volume dedicato alla relazione di cura e alla cura della relazione non può non curarsi di dedicare almeno una pagina introduttiva alla genesi e allo sviluppo dell'idea sottesa al libro.

Dialogando con due dei co-autori di questo libro (Cristina Menichino e Marco Sala) che rivestono anche i panni di 'vecchi amici' – sintagma che, come insegnano i linguisti, riveste un significato non equivalente a quello di 'amici vecchi' – sul tema del confronto tra la figura del medico e quella dell'avvocato (che per vero erano state già accostate, circa un secolo fa, da Francesco Carnelutti, in un saggio significativamente intitolato '*Clinica del diritto*', che a sua volta traeva ispirazione da suggestioni provenienti da un giurista francese, Julien Bonnetcase), era stata avvertita l'esigenza di concepire e organizzare un incontro volto ad indagare e approfondire le similitudini tra il campo medico e quello legale.

Ed invero, nel primo campo, in cui tradizionalmente campeggiano malattia, diagnosi e terapia, sono sempre di più valorizzate le potenzialità della salutogenesi e della dimensione narrativa (evocata, anche sul piano terminologico, da quella nuova metodologia d'intervento clinico-assistenziale cui conviene il nome di 'Medicina Narrativa', mutuato dall'inglese *Narrative Based Medicine*, in acronimo 'NBM'), così come nel secondo, in cui tradizionalmente campeggiano il processo e la logica avversariale, sono sempre più valorizzate le potenzialità insite nelle attività di prevenzione e di gestione consensuale dei conflitti (rappresentate da tutti quegli strumenti di negoziazione cui conviene il nome di metodi alternativi di risoluzione delle controversie, o 'ADR', dall'acronimo inglese *ADR – Alternative Dispute Resolution*). Nell'uno e nell'altro campo, poi, il successo (dell'intervento terapeutico, così come di quello giuridico) dipende non soltanto dalle competenze tecniche, ma anche, se non soprattutto, dalla qualità della relazione che si viene ad instaurare tra i relativi protagonisti e dalle capacità del professionista di saperla coltivare, custodire, conservare e, in definitiva, 'curare'.

Così, con i nostri due 'vecchi amici' abbiamo cercato, con diligenza e, ovviamente, con cura, di contattare e reperire psicoterapeuti e medici, soprattutto di estrazione antroposofica, nonché giuristi e avvocati, soprattutto appartenenti al novero degli esperti in mediazione, negoziazione e pratica collaborativa, che fossero in grado di assolvere il compito di declinare – ognuno secondo le proprie inclinazioni predisposizioni predilezioni – il tema della relazione di cura fra paziente e medico o psicoterapeuta (che è il fulcro attorno a cui ruota quella che con un'espressione il cui conio si deve alla psicoanalista americana

Elisabeth Zetzel viene chiamata ‘alleanza terapeutica’) e il tema della cura delle relazioni giuridiche (non soltanto fra cliente e avvocato o consulente legale, ma anche fra parti in conflitto), ovvero entrambi i temi congiuntamente.

Ne è nata una interessante e stimolante iniziativa, sfociata in un Convegno che presenta il medesimo titolo del presente volume e i cui lavori si sono interamente svolti nell’arco della giornata del 25 ottobre 2022 presso l’Aula Crociera alta di Studi umanistici dell’Università degli Studi di Milano, in cui si è appunto inteso affrontare in prospettiva interdisciplinare la questione della relazione interpersonale nel contesto medico, psicoterapeutico e legale. Il presente volume raccoglie, quindi, le riflessioni svolte in quella sede, opportunamente sviluppate e arricchite di ulteriori osservazioni o considerazioni, nonché altri contributi scientifici che alcuni professionisti partecipanti ai lavori del Convegno hanno fatto pervenire nelle mani del curatore e che in tale qualità siamo stati lieti di ospitare.

Un’ultima notazione merita di essere tributata al carattere collettaneo dell’opera. Questo libro non consiste nella mera sommatoria di lavori individuali, o solipsistici, di singoli autori, ma è il prodotto di una meditazione ‘corale’ (*vis unita fortior!*), che tende a riconoscere come suo tratto comune e aggregante lo sforzo consistente nell’intessere un dialogo multidisciplinare, in cui i diversi saperi, i diversi approcci metodologici e le diverse competenze professionali possano conoscere un momento di sintesi e di equilibrio fra la dimensione teoretico-scientifica e quella pratico-applicativa.

Se e in che misura questo dialogo sia stato proficuo e fecondo tocca soltanto al lettore (sia questi uno studioso, un operatore professionale o un semplice *civis*) valutare.

Milano, 17 marzo 2023

Il Curatore

Perché sostenere la pubblicazione di questa opera

Svolgendo ormai da molti anni il mio appassionante lavoro di investimento nel capitale di piccole e medie imprese e in *start up* nei settori più disparati, in realtà estremamente differenziate, noto sempre più come l'unica dimensione in cui le differenze tendono ad annullarsi, pur in presenza di tecnologie e modelli di *business* totalmente differenti, sia quella costituita dalle persone. Mi riferisco anche alle persone con cui ho l'opportunità di confrontarmi nelle società in cui investo tramite il mio fondo (siano soci, amministratori, dipendenti o, più in generale, *stakeholders*).

Coltivare con cura la relazione con le persone diventa, quindi, cruciale: tale necessità non solo è trasversale a molti ambiti, ma trasforma le relazioni, perfino con quelle persone che, nelle negoziazioni, vengono etichettate come "controparti": mi riferisco, a titolo di esempio (fra i tanti che si potrebbero evocare), ai miei potenziali soci, quando sto negoziando le condizioni di ingresso nel capitale di una società: cercare di calarsi nei loro panni crea sin dall'inizio una relazione sana, solida, empatica e spesso destinata a restare tale nel tempo.

Un altro punto irrinunciabile, anche nella redazione dei contratti di acquisizione societarie, consiste nella ricerca dell'allineamento degli interessi. Perseguendo questi obiettivi, si dà in qualche modo forma alla realtà circostante e anche il diritto viene ad assumere connotazioni meno conflittuali, valorizzando invece gli aspetti collaborativi. Si può dunque affermare che l'elemento umano determina, più di qualsiasi altro fattore, il successo o l'insuccesso di qualsiasi iniziativa imprenditoriale e l'approccio collaborativo alimenta e incanala le energie delle persone in senso sinergico verso obiettivi condivisi.

Peraltro, la dimensione economica rimane una condizione necessaria, ma non sufficiente: riscontro ed avverto, sempre più, l'esigenza di effettuare investimenti cosiddetti di "*impact investing*", che coniughino l'obiettivo del profitto con la creazione di un impatto sociale e ambientale positivo per l'essere umano e per le comunità: solo sviluppando la consapevolezza della centralità e sacralità dell'essere umano sarà, quindi, possibile mantenere e sviluppare autonomia di pensiero e giudizio, in un'epoca in cui, all'opposto, sembra prevalere una forza che tende ad etero-orientare verso modelli improntati non all'essere umano nella sua totalità, ma al consumatore/utente, imponendo inconsapevoli comportamenti di acquisto e stili di vita omologanti, di pari passo con una crescente dipendenza dalla tecnologia, non scevra da effetti distorsivi che stanno innescando un profondo mutamento antropologico.

Più precisamente, mai come ora diventa essenziale che ognuno, nel suo piccolo, supporti progetti, idee e modelli (in ambito medico e giuridico, ma non solo), improntati alla libertà, all'educazione alla libertà e alla cura delle relazioni.

Tornando al mio lavoro, ho avuto occasione di effettuare investimenti anche nel campo biomedicale e delle scienze della vita, e mi sono reso conto di quanto sia fondamentale la cura della salute: il punto di partenza è, di nuovo, il medico e la relazione che viene ad instaurarsi tra medico e paziente. Diventa quindi essenziale che il paziente non sia mai considerato un numero, cui applicare un arido protocollo, ma che i medici possano e intendano svolgere la loro missione guardando al singolo paziente come ad un essere umano con una propria biografia, unica e differente, ossia un soggetto meritevole di cure attentamente studiate e personalizzate.

Con riferimento alle modalità con cui rafforzare la salute nella sua accezione più ampia, penso anche all'ambito educativo su cui, personalmente, sto maturando esperienza, sia come genitore, sia come componente del consiglio direttivo di una scuola Waldorf. Alla luce di queste esperienze, sono arrivato alla conclusione che non ci sia nulla di più rivoluzionario che dare ai propri figli – nella cura della relazione con gli stessi e come alimento della relazione di questi ultimi col mondo circostante – gli strumenti per insegnare loro ad utilizzare la tecnologia e a non diventarne inconsapevoli strumenti, nonché a sviluppare autonomia di pensiero.

Sono, quindi, lieto di dare il mio supporto alla pubblicazione di questo libro, che tocca temi cruciali e ineludibili nel nostro divenire: temi che vengono trattati, sia sotto il profilo giuridico, sia sotto quello medico e psicologico, da professionisti uniti da un *idem sentire*, animati da ideali di professionalità, di deontologia, di solidarietà, di empatia e di consapevolezza della centralità dell'essere umano, nella sua interezza.

Alberto Craici
Founding Partner di Berrier Capital S.r.l.

Sezione I

**SCIENZA, MEDICINA
E PERSONA**

La categoria della persona e la dimensione del significato

Daniele Nani

SOMMARIO: 1. La relazione di cura tra scienza medica e arte medica. – 2. La rivoluzione scientifica rinascimentale e l'eliminazione delle proprietà secondarie. – 3. La riduzione al quantitativo delle scienze del vivente e la *Evidence Based Medicine*. – 4. Individuo e specie, efficacia e significato. – 5. La quarta rivoluzione industriale e la transizione dalla scienza alla tecnica. – 6. Come trovare un equilibrio tra la scienza basata sull'efficacia e quella basata sul significato.

1. La relazione di cura tra scienza medica e arte medica

In ambito giuridico, la *negoziiazione* fra parti in conflitto costituisce una possibile alternativa al *processo* di fronte all'autorità giudiziaria, in modo da favorire una soluzione tra i contendenti. La figura del Giudice viene in questo modo sostituita dal negoziato tra i soggetti coinvolti.

In medicina, il conflitto non riguarda primariamente solo il rapporto tra medico e paziente, nella ricerca di un'alleanza collaborativa, ma anche la cornice epistemologica entro la quale si svolge l'agire medico stesso. In ambito medico, infatti, la *legge* si trova in un rapporto di analogia con le *evidenze scientifiche* (il codice), della *medicina basata sull'evidenza* (EBM), che guidano oggi l'operare dei professionisti della salute.

L'*arte medica*, diversamente, attraverso la ricerca del senso della malattia in rapporto al corpo biologico e al divenire biografico, potrebbe costituire l'*anàlogon* della negoziazione, in quanto, pur riconoscendo l'importanza dei dati sperimentali rigorosi, cerca di trovare un equilibrio tra le evidenze scientifiche e le determinazioni individuali del paziente.

Per comprendere le differenze tra queste due dimensioni dell'agire medico è necessario un breve *excursus* di carattere epistemologico sullo sviluppo della scienza in generale, nonché delle scienze del vivente e della medicina, ancora oggi fondate sul metodo della fisica.

2. La rivoluzione scientifica rinascimentale e l'eliminazione delle proprietà secondarie

Lo sviluppo della fisica del XVII secolo ha portato progressivamente al passaggio dal *sapere verbale* aristotelico al *sapere numerico* reso possibile dall'eliminazione delle qualità secondarie¹. Il mondo così trasformato in un essere quantitativo ha potuto venir adeguatamente rispecchiato dalle equazioni del moto di Newton (1643-1727) come un oggetto dato a priori. Per la sua trasparenza, la meccanica newtoniana è stata eletta a modello della scientificità anche da parte delle altre scienze.

Il metodo newtoniano della fisica classica basato sulle categorie di *spazio*, *tempo* e *causalità* e sulla *misurazione* è diventato progressivamente sempre più il modello della scientificità anche per le scienze del vivente e ha influenzato lo sviluppo della medicina. Gli organismi sono stati ridotti a meccanismi per poter essere analizzati in modo rigoroso e oggettivo. Già l'idea cartesiana, formulata agli albori della nuova fisica, che i corpi degli animali non siano nient'altro che complesse macchine o automi meccanici, nella sua ingenuità, è stata fondamentale nell'intonazione della biologia successiva. La riduzione dell'ordine organico all'ordine meccanico, della biologia alla fisica, è ancora in atto nel pensiero biologico contemporaneo e ha influenzato anche la visione del mondo che sta alla base del materialismo dell'attuale civiltà dei consumi.

Tuttavia, la fisica del XX secolo ha messo fortemente in crisi le categorie classiche con cui veniva interpretato l'essere fisico. "Nella fisica quantistica, i cui oggetti sono costituiti dall'atomo e dalle particelle subatomiche, diviene fondamentale il concetto di *funzione d'onda*, così chiamata a causa della sua analogia con l'equazione delle onde luminose descritte dall'ottica. La funzione d'onda

¹ Alla base della fisica classica vanno messi in evidenza due elementi caratteristici, tipici della concezione empirista inglese, che sono particolarmente rilevanti per lo sviluppo della scienza. Il primo elemento consiste nella distinzione operata da Locke tra *qualità primarie* o originali e *qualità secondarie*. L'altro elemento, che ha in realtà una profonda connessione con il primo, è il carattere di *segno linguistico*, per cui la percezione non produce nel soggetto delle *immagini* inerenti all'oggetto percepito ma solo *segni* con carattere linguistico secondo il modello nominalista. Locke considera qualità primarie delle cose la solidità, l'estensione, la figura, il numero, il movimento o il riposo. L'esempio addotto da Locke, per dimostrare l'importanza delle qualità primarie, è quello del chicco di grano, che, per quanto possa venir successivamente diviso, avrà sempre estensione, solidità, figura e mobilità. Qualunque azione che si può esercitare su un corpo con una macina, con un pestello o con un altro corpo, non può mai eliminare queste qualità primarie, che risultano per così dire inestinguibili. Colori, suoni, sapori, odori, etc. (qualità secondarie), dipendono totalmente e sono causati dalle qualità primarie, che, perciò, rappresentano le proprietà della materia dotate del massimo interesse scientifico. In particolare la nozione di segno applicata alle qualità primarie ha fornito il modello fondamentale per lo sviluppo della scienza moderna, soprattutto nella forma della matematizzazione in uso nella fisica. V. J. Locke, *Saggio sull'intelligenza umana* [1690], Roma-Bari, 2003, p. 133 ss.

quantistica racchiude il comportamento corpuscolare/ondulatorio dei componenti subatomici e la sua evoluzione nel corso del tempo è descritta dall'*equazione di Schrödinger*. Quest'ultima, a differenza delle equazioni newtoniane del moto, non evolve in uno spazio descrittivo composto di punti che mostrano istante per istante il valore della quantità fisica, la cui evoluzione viene direttamente osservata, ma evolve in uno spazio astratto di funzioni chiamato spazio di Hilbert. Esso risulta correlato al sistema fisico esclusivamente attraverso un nesso di tipo statistico².

L'onda descritta dall'equazione non rappresenta un fenomeno fisico ma costituisce un'onda di probabilità. Con la fisica quantistica viene oltrepassata la soglia del mondo percepibile e non si ha più a che fare con entità reali nel senso classico del termine. In questa prospettiva le categorie di *sostanza* e di *fenomeno* perdono il significato che possedevano nella visione classica. "Che cosa significa chiamare reali le onde nello spazio di configurazione? Questo spazio è assolutamente astratto. La parola reale risale alla parola latina *res* che significa cosa, ma le cose si trovano nel normale spazio tridimensionale, non in un astratto spazio di configurazione. Si possono chiamare oggettive le onde nello spazio di configurazione se si vuole indicare che esse non dipendono dall'osservatore, ma appare difficile chiamarle reali se non si vuol travisare il significato di questa parola"³.

La fisica classica è stata fondata sull'estromissione delle qualità secondarie e il mondo della natura, spogliato delle sue qualità, è stato ridotto a un essere quantitativo che il soggetto delle sperimentazioni poteva trattare con il massimo della rigorosità. Tuttavia, nell'approccio della fisica classica era mantenuta una correlazione con la natura e con l'universo astronomico percepibile. Diversamente, nell'approccio della fisica quantistica viene completamente varcata la soglia della "visibilità" e viene inaugurata una *dark science* che osserva i "fenomeni" con "lenti" di tipo *logico-matematico*. In questo modo le realtà che vengono osservate perdono lo statuto di "cose" e vengono colte come "entità metodologiche". Da un lato, il processo di astrazione, messo in atto dal pensiero alla ricerca di algoritmi sempre più raffinati, raggiunge un grado estremo, dall'altro lato, si raggiunge un'elevata efficacia sperimentale con il risultato di relativizzare sia il concetto di *realtà* sia quello di *verità* che si svuotano sempre più del loro significato originario. Con lo sviluppo della *dark science*, si realizza una separazione sempre più critica tra scienza e verità e gli scienziati finiscono per confondere il *vero essere* col metodo, come afferma Husserl⁴.

² A. Rebaglia, *Logos, interpretazione e microfisica*, Milano, 1992; D. Nani, *Sotto le ceneri della scienza*, Venezia, 1995, p. 40.

³ D. Nani, *Sotto le ceneri della scienza*, cit., p. 44.

⁴ E. Husserl, *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale* [1935-1937], Milano, 2002, p. 80.

3. La riduzione al quantitativo delle scienze del vivente e la *Evidence Based Medicine*

La natura vivente si è manifestata entro la coscienza umana attraverso un ampio spettro descrittivo che va dalle potenti immaginazioni mitopoietiche del Timeo di Platone fino alla simbolica astratta e tecnologica della recente *biologia sintetica*. Tra questi due poli estremi, che rappresentano anche due diversi stati della coscienza esperiente, l'essere della vita è stato affrontato in modi molteplici nelle diverse epoche di cultura. La biologia aristotelica, che dominò fino all'epoca rinascimentale, si fondava sulle categorie dell'*anima* come principio della *forma* e della *specie* come struttura invariante delle molteplicità organiche. Tuttavia, sia il mondo inorganico che il mondo organico, nelle loro trasformazioni, venivano ancora abbracciati dalla visione metafisica che li teneva uniti in un unico essere, differenziato soltanto da stratificazioni logiche.

Dal Rinascimento, con la nascita della nuova fisica, la matematizzazione e la sperimentazione si sostituirono alla metafisica, dando origine alla visione meccanica della natura che influenzò profondamente anche lo sviluppo delle scienze della vita e della medicina, attraverso un inquadramento dell'universo e della natura secondo le categorie di spazio, tempo e causalità.

Nella seconda metà del Settecento, Kant, riconoscendo nella causalità, descritta dalle leggi fisico-matematiche, il principio "costitutivo" fondamentale della natura, ridusse i principi della forma e della finalità⁵ a meri principi "regolativi" o "massime euristiche", giungendo a affermare che non sarebbe mai potuto nascere il Newton del filo d'erba. La netta separazione operata da Kant tra metafisica e scienza fu enormemente importante nell'affermazione dell'atteggiamento laico e materialista nella scienza.

Nonostante tra Settecento e Ottocento, in contrapposizione alla visione meccanica, siano sorti tentativi di fondare una biologia come scienza autonoma, soprattutto con l'uso della microscopia ottica che aveva messo in luce l'irriducibile complessità dei viventi, il *meccanicismo* rimase dominante e sopravvisse ai successivi tentativi *vitalisti* di elaborare una biologia con concetti deboli come quello della *forza vitale*.

Alla fine dell'Ottocento spiccano tre figure fondamentali per lo sviluppo successivo della biologia: Claude Bernard, fondatore della fisiologia sperimentale, Charles Darwin, padre dell'evoluzionismo e Gregor Mendel, pioniere della genetica. Soprattutto dall'opera di questi scienziati si è potuta realizzare quella sintesi che ha condotto alla nascita della biologia contemporanea, attraverso l'integrazione della biologia sperimentale, dell'evoluzionismo e della genetica. Tale unificazione fu celebrata, negli anni Cinquanta del secolo scorso, in oc-

⁵ I. Kant, *Critica del giudizio* [1790], Roma-Bari, 1991, p. 220 ss.

casione del centenario dell'*Origine delle specie* (1859), con il nome di “sintesi moderna”, da Julian Huxley, “come un’integrazione di parti disparate della biologia intorno a un nucleo darwiniano”. Il neodarwinismo ha avuto origine dagli sviluppi della biologia molecolare. A questo livello, la visione meccanicista, ingenua, basata sulla fisica classica, è stata soppiantata tramite l’applicazione ai fenomeni biologici della fisica quantistica. Erwin Schrödinger, nel libro del 1944 *What is life?*⁶, ha fornito concetti basilari per la conoscenza della sostanza vivente e può essere considerato l’ispiratore della biologia molecolare. Dieci anni più tardi, nel 1953, ispirati da quest’opera, Francis Crick, James Watson e Maurice Wilkins scopriranno la struttura del DNA attraverso la diffrazione ai raggi X.

Lo schema astratto e probabilistico che sta alla base della struttura e della funzione della materia, secondo il modello quantistico, ha dato vita alla biologia molecolare. La vita cellulare, infatti, è costituita da atomi e molecole, come le proteine e gli acidi nucleici che rispondono alle leggi della fisica e della chimica, per cui il loro comportamento e le loro reciproche interazioni possono venir descritti attraverso algoritmi. Tuttavia, le proprietà combinatorie del DNA, legate alla sua struttura molecolare, costituita da 4 basi azotate, e la specificità delle interazioni tra le due eliche, secondo il modello della biologia molecolare, hanno permesso un passo successivo nell’approccio logico-matematico alle trasformazioni cellulari. Il linguaggio dell’informatica, quindi della *Computer Science*, si è collegato all’ingegneria genetica, partendo dall’idea che i processi vitali abbiano natura informatica o, perlomeno, che possano essere ridotti a un modello informatico.

La biologia si è evoluta negli ultimi decenni lungo la direzione delle biotecnologie e all’inizio del XXI secolo è nata negli Stati Uniti la biologia sintetica (vedi, ad esempio, X. Yixuan, et al., 2020⁷), una disciplina che si può considerare più una tecnologia che una scienza e che presenta, tra i suoi ambiti di sviluppo, il tentativo di creare circuiti biologici simili a quelli elettronici e di programmare le cellule come se fossero micro-computer. L’Intelligenza Artificiale applicata alla biologia sintetica può condizionare il futuro dell’umanità in modo radicale, attraverso l’artificializzazione dei processi vitali e di quelli cognitivi. Alla base di queste tecnologie è all’opera un tipo di pensiero diverso da quello che ha dato origine alla fisica classica e anche alla fisica quantistica, cioè il pensiero *computazionale* o *procedurale*, basato su una serie di processi mentali astratti che portano alla formulazione di un problema e alla descrizione della sua soluzione in modo che una macchina o un essere umano possano eseguirla.

⁶ E. Schrödinger, 1944, *What is life?*, Cambridge, 1955.

⁷ X. Yixuan et al., *Synthetic Biology Speeds Up Drug Target Discovery*, in *Frontiers in Pharmacology*, February 2020, vol. 11, art. 119, p. 1 ss.

Questo tipo di procedimento è alla base della programmazione nell'ambito informatico. Va inoltre sottolineato che anche lo schema di fondo dell'Intelligenza Artificiale è astratto e probabilistico, facendo uso di algoritmi statistici come quello della *regressione lineare*, fondamentale per la realizzazione dell'*apprendimento automatico* o *Machine Learning*. Nel nostro tempo recente, una prima applicazione su vasta scala è stata realizzata dalla biologia sintetica, con l'ausilio dell'Intelligenza Artificiale, permettendo lo sviluppo, in tempi molto rapidi, dei farmaci a mRNA usati come vaccini contro il *Covid-19*.

Dalla fine della Seconda Guerra Mondiale, lo sviluppo della scienza si è sempre più intrecciato con lo sviluppo della civiltà dei consumi. La scienza si è sempre più sganciata dall'umanesimo e dalla filosofia, e è stato privilegiato lo sviluppo tecnologico anche nelle scienze del vivente e in medicina. Ragioni collegate allo sconcertante aumento della popolazione mondiale, all'allungamento della vita media in Occidente e nell'Oriente occidentalizzato, al problema della sostenibilità economica dei sistemi sanitari pubblici hanno fatto sì che, in medicina, il concetto di *prevenzione* sia stato progressivamente privilegiato, rispetto alla *cura* della persona.

Dagli anni Novanta del secolo scorso si è sviluppata la *Evidence Based Medicine* (EBM), per la quale diventa fondamentale il concetto di *popolazione statistica*. L'aver privilegiato il concetto di popolazione statistica nei confronti della categoria della persona costituisce, dal punto di vista epistemologico, l'applicazione radicale alla ricerca scientifica in medicina della regola adottata ai tempi della rivoluzione scientifica rinascimentale di escludere le proprietà secondarie (qualità) dal metodo scientifico. Nella sperimentazione in medicina, gli oggetti presi in esame sono individui umani. In questo caso, la persona deve venir spogliata degli elementi qualitativi e biografici che caratterizzano l'individualità umana nella sua pienezza, per poter entrare in un campione statistico omogeneo. In questo modo il metodo della fisica viene applicato in massimo grado in medicina.

4. Individuo e specie, efficacia e significato

Anche nella ricerca scientifica in biologia, gli individui, per rientrare in una sperimentazione, devono venir ridotti a *oggetti*, devono cioè venir spogliati dei loro tratti qualitativi. Solo in questo modo, infatti, i campioni in esame possono risultare omogenei.

Fra il mondo vegetale, animale e umano sussistono tuttavia delle grandi differenze rispetto al significato di *essere individuale*. Una singola margherita, un granchio e una persona umana non possono essere considerati individui nello

stesso senso. Nell'elaborazione gnoseologica delle opere scientifiche di Goethe⁸, Rudolf Steiner (1861-1925) ha messo in luce chiaramente le differenze che sussistono nei diversi ordini della natura. L'ordine del vivente è strettamente connesso con il *tempo*, inteso nella sua dimensione *formativa* (e non in quella cronologica), in quanto capace di congiungere una totalità con i particolari. Lo spazio ha la proprietà di congiungere i particolari tra di loro, mentre il tempo, nella sua dimensione formativa, congiunge la totalità con i particolari. A differenza del tempo cronologico, posto tra il prima e il dopo, il tempo morfologico è posto tra l'idea e i fenomeni. Gli elementi che costituiscono una pianta non dipendono uno dall'altro come quelli di un meccanismo, ma ogni particolare è sempre in rapporto con la forma globale e da essa è determinato e tenuto in equilibrio armonico con gli altri particolari. La dimensione spaziale delle piante soggiace alla temporalità entro la quale si svolge il divenire della forma. Possiamo sperimentare questo tipo di relazione tra la totalità e la parte anche quando osserviamo il pensare nel suo svolgimento logico, come nel caso di giudizi del tipo "questo è un cane" o "il cane è un animale". I concetti di *genere*, *specie* e *individuo*, che rappresentano l'elaborazione della visione platonica delle idee da parte di Aristotele, forniscono un'immagine chiara e essenziale della struttura logica elementare del pensiero⁹. Il pensare si svolge nella temporalità della coscienza in modo che i suoi elementi, cioè rappresentazioni, immagini etc., costituiscono un flusso puramente *qualitativo* e continuo che possiamo chiamare *monadologico*. Goethe ha riconosciuto operante negli esseri vegetali un'entità che ha chiamato *tipo* (*Urpflanze*) e che il poeta tedesco considera di natura *ideale*. La forma di pensiero adatta a cogliere il tipo viene chiamata da Steiner *pensiero evolutivo*. Questa forma di pensiero, diversamente dal *pensare dimostrativo*, si basa sulla *comparazione* e non sul metodo *logico-analitico* e si sviluppa attraverso *immagini*. Si tratta cioè di un pensare *sintetico*. Nel mondo animale, oltre alla vita si sviluppa la *coscienza*. Nella pianta, la vita si estrinseca completamente nella sua stessa manifestazione come pura creazione di forme, diversamente nell'animale "... la vita non si perde nell'esteriorità, bensì si separa, si distingue dalla corporeità, e adopera la manifestazione corporea come proprio strumento". (R. Steiner, 1884-1897). Le parti degli animali non risultano mere forme nelle quali, come nel caso della pianta, è contenuta la pianta

⁸ Si vedano in proposito: R. Steiner, *Le opere scientifiche di Goethe* [1884-1897], Milano, 1944; R. Steiner, *Linee fondamentali di una gnoseologia della concezione goethiana del mondo*, in Id., *Saggi filosofici* [1886], Milano, 1990; R. Steiner, *La concezione goethiana del mondo* [1897], Lanciano, 1925.

⁹ Porfirio (233-305 ca.) nell'*Isagoge* (introduzione alle categorie di Aristotele) inquadra il rapporto genere, specie, individuo nella prospettiva del rapporto tra il tutto e le parti: "Il genere è un *tutto*, mentre l'individuo è una *parte*; la specie è nello stesso tempo *tutto* e *parte* ma *parte di qualcos'altro*, e *tutto in qualcos'altro*, e non di qualcos'altro; infatti il tutto è nelle parti" (Porfirio, 268-270, *Isagoge*, 7, 27-8, Milano, 1995).

intera, ma ogni organo animale sta in una relazione funzionale con tutti gli altri organi all'interno di qualcosa che tende verso un vero e proprio *microcosmo*. È quest'ultimo a costituire un intero. Detto diversamente, nella pianta ogni elemento contiene la totalità, nel caso dell'animale è la *dinamica* tra gli organi a costituire la totalità. Nel corso dello sviluppo ontogenetico degli animali si passa da uno stato meno differenziato a uno più differenziato, nel quale si verifica una tale distribuzione dei processi vitali e delle funzioni che i singoli organi risultano, alla fine, intrecciati così fortemente nelle loro attività specifiche, da non poter più vivere gli uni senza gli altri. Essi si specializzano, perdono "la potenzialità dell'intero ... diventano impronte della totalità"¹⁰. L'intero diviene, tuttavia, la dimensione direttiva dell'attività delle parti anche se fisicamente appare frantumato nei vari organi e inafferrabile ai sensi. In un organismo animale le parti sono subordinate alla totalità. Anche nello sviluppo che avviene nel mondo animale è operante il tipo che Goethe chiama *Urtier*. Gli individui vegetali e animali, in questa luce, risultano *individui tipologici*, in quanto forme particolari di un tipo *universale*, mentre la persona umana, in quanto entità spirituale, secondo la gnoseologia di Steiner, deve proporsi da sé lo scopo e la meta della sua esistenza e della sua attività. Nell'essere umano è data la possibilità dell'agire libero, mentre piante e animali sono soggetti a trasformazioni ripetitive e a stereotipi comportamentali. La persona umana è in grado di darsi da sé la propria legge attraverso un atto creativo. In altri termini, l'io umano corrisponde a ciò che nel mondo animale è costituito dalla specie¹¹.

Queste considerazioni si sono rese necessarie per mostrare, seguendo un filo epistemologico differente da quello della attuale filosofia della biologia e di quella della medicina, che la medicina basata sull'evidenza (EBM) e la biologia contemporanea risultano ormai sradicate da ontologie in grado di indagare il *significato*, rischiando così di rimanere preda di un concetto di verità totalmente basato su criteri di funzionalità e di utilità. Nel mondo attuale, infatti, ha prevalso l'idea che le *verità efficaci* consistano solamente nei risultati e nelle affermazioni che provengono dalle cosiddette *scienze di fatti*, dove i "fatti" costituiscono il risultato della riduzione del qualitativo al quantitativo e possiedono nella loro struttura ontologica un elevato grado di astrazione dovuto alla sempre maggior complessità della formalizzazione della natura attraverso algoritmi sempre più sofisticati. Nella EBM il concetto di popolazione statistica ha sostituito quello di specie dell'antica metafisica greca e le entità spogliate completamente dalle loro determinazioni individuali e biografiche, al fine di rendere

¹⁰ A. Suchantke, *Konvergente Evolution des Skelettes in verschiedenen Tiergruppen*, Elemente der Naturwissenschaft 8, 1968, p. 8 ss.

¹¹ Usiamo qui il termine specie in senso aristotelico, quindi '*ideale*', e non già nel significato biologico moderno di complesso di organismi tra loro interfecondi.

il più possibile omogeneo un campione sperimentale, prendono il posto di ciò che era l'individuo nella concezione aristotelica. Il concetto di efficacia ha così preso il posto di quello di significato portando a un criterio di verità che finisce per considerare vero solo ciò che funziona, indipendentemente da cosa significa. In questo modo si rischia che la *Techne*, cioè il *saper fare*, sorpassi di gran lunga l'*Episteme*, cioè il *saper cosa si fa*.

5. La quarta rivoluzione industriale e la transizione dalla scienza alla tecnica

Ogni civiltà ha la sua scienza. In particolare, la medicina attuale, e la scienza in generale, sono modellate su una concezione del *benessere* e della *salute* che risponde alle esigenze della civiltà dei consumi.

La IV rivoluzione industriale (o rivoluzione digitale), che si sta rapidamente diffondendo anche grazie alla pandemia da Sars-Cov2, che ne ha per così dire spalancate le porte, sta favorendo il passaggio dall'era della scienza a quella della tecnica. Con la *Computer Science* e con l'avvento del *digitale* e dell'*Intelligenza Artificiale* (IA), attraverso i dispositivi al silicio si è aperta la porta verso un altro universo, differente dall'universo astronomico, che possiamo chiamare universo virtuale. A questo livello si sta sviluppando un'ontologia dai contorni ancora poco chiari che gli studiosi di neuroscienze e di scienze cognitive stanno cercando di elaborare.

Nel 'pacchetto' della quarta rivoluzione industriale sono comprese, oltre il digitale, la *green economy*, la tecnologia a mRNA e una particolare attenzione a tutta la sfera dei diritti civili.

Lo sviluppo di questa nuova civiltà presenta, tuttavia, il rischio di creare un mondo "sterilizzato" nel quale il concetto di *uguaglianza* viene sostituito da quello di *omologazione*, attraverso la tendenza alla eliminazione delle differenze, dovuta, ad esempio in medicina, all'aver privilegiato il concetto di popolazione statistica rispetto a quello di persona. Risulta significativo che il concetto di *natura* venga sempre più sostituito, anche nel linguaggio comune, dal concetto di *ambiente*. La natura, infatti, è *troppo permeata da un residuo di sacralità originaria, per risultare adeguata alle esigenze culturali e sociali di una gran parte dell'umanità contemporanea, oggi così impegnata nella soddisfazione dei propri desideri e delle istanze collegate con la civiltà dei consumi. Il concetto di ambiente, come inteso nell'uso comune, risulta quindi più adatto per esprimere la configurazione del mondo realizzata attraverso quel tipo di realtà basata sui fatti della scienza sperimentale.*

6. Come trovare un equilibrio tra la scienza basata sull'efficacia e quella basata sul significato

La ricerca di un equilibrio, tra la medicina basata sulle evidenze e l'arte medica, necessita, per potersi realizzare, di un notevole grado di consapevolezza epistemologica rispetto alle categorie e ai metodi in uso all'interno delle due visioni. Occorre prendere coscienza delle differenze ontologiche tra due concetti fondamentali che stanno alla base delle due differenti visioni, cioè il concetto di popolazione statistica e quello di persona che costituiscono i due poli del conflitto all'interno della relazione di cura.

Nell'epoca attuale, l'ontologia aristotelica risulta lontana dal modo di trattare i problemi all'interno della visione scientifica contemporanea. Tuttavia, essa continua a mantenere un grande valore quando si voglia indagare la sfera del significato. Pur avendo circoscritto a categorie di entità più specifiche, ma non per questo meno importanti, l'analisi ontologica, lo stesso Husserl ha cercato di delineare delle *ontologie regionali*, che si occupano dei generi sommi in cui può articolarsi la nostra esperienza. Queste ontologie organizzano la realtà *materiale* in regioni, come ad esempio la regione "cosa" e la regione "coscienza", al fine di indagarne le regole di *individuazione*¹². Per realizzare la costituzione delle ontologie regionali, Husserl ha fatto uso del metodo fenomenologico della *riduzione* o *epoché*, in modo di neutralizzare fenomenologicamente l'*esperienza naturale*. Tale esperienza, 'ingenuamente realistica', si è instaurata in Europa, soprattutto, dopo la morte di Hegel, avvenuta nel 1831, sotto la spinta del *positivismo* nato in Francia nella prima metà dell'Ottocento. Come afferma Husserl¹³, ogni essere umano del nostro tempo vive in un mondo di oggetti che sono permeati "dai sedimenti delle operazioni logiche" con cui la scienza, in particolare la fisica matematica, ha costruito l'immagine del mondo e della natura. Questi oggetti esistono in uno spazio-tempo esatto, idealizzato, che è proprio della geometria e della fisica, e non corrisponde per nulla allo spazio e al tempo dell'esperienza originaria "che si compie nel mondo della vita (*Lebenswelt*)"¹⁴.

Diversamente, la scienza sperimentale si è progressivamente allontanata dall'*esperienza originaria* che costituisce la culla dello stupore filosofico (*Thaumazein*) di cui ci ha parlato Platone e che rappresenta anche la sorgente del significato. La *scepsi* scientifica e il *relativismo* hanno origini remote dall'antica sofistica greca. È interessante a questo proposito quanto afferma Husserl nella

¹² E. Husserl, *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica* [1913], vol. I, tr. it. di V. Costa, Torino, 2002, p. 26 ss.

¹³ E. Husserl, *Esperienza e giudizio* [1939], Milano, 1995, p. 38.

¹⁴ *Ibidem*, p. 41.

prima parte dell'opera dal titolo *Erste Philosophie*¹⁵, che raccoglie il contenuto di lezioni tenute all'Università di Friburgo nel semestre invernale 1923-1924, il filosofo mette in luce una contrapposizione, che potremmo chiamare "archetipica" lungo tutta la storia del pensiero filosofico, e, cioè, la contrapposizione tra *idealismo* e *scetticismo*. Agli albori della filosofia greca, ci troviamo di fronte alla contrapposizione tra il pensiero di Platone e di Aristotele, da una parte, e quello dei *sofisti*, in particolare Protagora e Gorgia, dall'altra. Ritroviamo la medesima contrapposizione in seguito, nel Medioevo, tra i filosofi che come Tommaso (1225-1274) sostenevano la realtà degli *universali* e i nominalisti. Più avanti, nell'epoca moderna, questa contrapposizione ci appare tra i razionalisti, come Cartesio (1596-1650), Leibniz (1646-1716) e Spinoza (1632-1677) e, dall'altro lato, gli *empiristi inglesi*, come Locke (1632-1704) e Hume (1711-1776), in particolare. Ai nostri tempi, troviamo questa contrapposizione dialettica tra la corrente *fenomenologica* e quella della *filosofia analitica*, da cui sono originate le *scienze cognitive*. Il nucleo gnoseologico dominante nella corrente dello scetticismo consiste nell'affermazione del carattere relativo, quindi arbitrario e non assoluto, dell'esperienza *soggettiva*, alla quale non si riconosce la possibilità di raggiungere l'essere in sé (o un essere in se stesso) separato da qualsiasi apparenza, assolutamente identico con se stesso. Da questa visione deriva l'impossibilità di cogliere direttamente delle totalità di senso prescindendo dalla composizione delle parti, poiché il *qualitativo* secondo questa prospettiva può essere solo generato dal *quantitativo*. Il successo della fisica, in particolare, e delle sue conseguenze tecnologiche, ha un rapporto strettissimo con la teoria della conoscenza derivata da questo tipo di visione.

Nell'epoca attuale, è necessario trovare un equilibrio tra la scienza sperimentale dominata dalla matematizzazione e, in particolare, dalla statistica e che ha di mira soprattutto l'efficacia dei risultati e una scienza che ha nel proprio orizzonte la dimensione del significato. Nella scienza medica, è presente un conflitto tra la medicina basata sull'evidenza, per la quale è di particolare rilevanza scientifica il concetto di popolazione statistica, e la medicina basata sulla persona. In questo tempo, poi, il concetto di *prevenzione* di casa nell'epidemiologia e basato sullo studio di popolazioni statistiche, anche per motivi di sostenibilità economica dei sistemi sanitari, è divenuto prevalente rispetto al concetto di *cura* tipico della clinica medica classica. Ad esempio, la tecnologia a mRNA è ormai riconosciuta come la tecnologia farmacologica del terzo millennio e ha come scopo fondamentale la prevenzione delle malattie.

¹⁵ E. Husserl, *Storia critica delle idee* (traduzione della prima parte di *Erste Philosophie*) [1923-1924], Milano, 1989; D. Nani, *Categorie e fisionomie – Introduzione a un'ontologia del vivente*, Milano, 2014, p. 52.

Appare, pertanto, necessario ed urgente fare propria una visione del mondo e della natura che tenga conto dell'elemento qualitativo e sia in grado di riconoscere le determinazioni individuali tipiche della persona umana. La categoria di persona è stata al centro dell'interesse dell'*antropologia filosofica* del Novecento e, rispetto alla medicina, la sua importanza è stata sottolineata da Rudolf Steiner, che ne ha studiato e approfondito i fondamenti spirituali nella elaborazione della sua Scienza dello Spirito (o Antroposofia). Una medicina basata sulla persona, tuttavia, non esclude una medicina basata sull'evidenza. Si tratta di riconoscere le differenze teoriche ed epistemologiche che stanno alla base delle due diverse visioni e dei due diversi approcci metodologici, cercando un'integrazione adeguata tra le necessità legate alla dimensione dell'efficacia e a quella del significato. Diversamente si rischia, come già detto, che la *Techne*, cioè il saper fare sorpassi di gran lunga l'*Episteme*, cioè il sapere cosa si fa. Tutto ciò condurrebbe a un mondo completamente "sterilizzato", ma totalmente inconsapevole del significato della salute e della malattia e lasciato in balia della deriva tecnocratica e tecnologica della civiltà.

Riferimenti bibliografici

J. Locke, 1690, *Saggio sull'intelligenza umana*, Roma-Bari, 2003; A. Rebaglia, *Logos, interpretazione e microfisica*, Milano, 1992; D. Nani, *Sotto le ceneri della scienza*, Venezia, 1995; D. Nani, *Categorie e fisionomie - Introduzione a un'ontologia del vivente*, Milano, 2014; E. Husserl, *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, Milano, 2002; I. Kant, *Critica del giudizio*, Bari, 1971; E. Schrödinger, *What is life?*, Cambridge, 1955; X. Yixuan, et al., *Synthetic Biology Speeds Up Drug Target Discovery*, in *Frontiers in Pharmacology*, February 2020; R. Steiner, *Le opere scientifiche di Goethe*, Milano, 1944; R. Steiner, *Linee fondamentali di una gnoseologia della concezione goethiana del mondo*, in Id., *Saggi filosofici*, Milano, 1990; R. Steiner, *La concezione goethiana del mondo*, Lanciano, 1925; Porfirio, 268-270, *Isagoge*, 7, 27-8, Milano, 1995; A. Suchantke, *Konvergente Evolution des Skelettes in verschiedenen Tiergruppen*, *Elemente der Naturwissenschaft* 8, 1968; E. Husserl, *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica*, vol. I, tr. it. di V. Costa, Torino, 2002; E. Husserl, 1939, *Esperienza e giudizio*, Milano, 1995; E. Husserl, *Storia critica delle idee*, Milano, 1989.

Prevenzione e cura, statistica e persona

Laura Borghi

SOMMARIO: 1. La biografia umana e la malattia. – 2. Il metodo statistico applicato alla medicina. – 3. Popolazione statistica e persona: la medicina basata sull'evidenza (EBM). – 4. Come trovare la normalità fuori dalla curva di Gauss. – 5. Prevenzione e cura: le origini della salute. – 6. La medicina antroposofica: un contributo originale per la medicina. – 7. Alcune considerazioni sul concetto di prevenzione. – 8. Epilogo.

1. La biografia umana e la malattia

Nella biografia umana accadono episodi di malattia la cui evenienza ha un senso nel divenire dell'individuo, cioè nell'ontogenesi¹. In generale, la medicina si articola in attività di prevenzione e attività di cura. Una vera prevenzione dovrebbe tener conto di fattori quali lo stile di vita, lo sviluppo equilibrato dell'essere umano e la ricerca di senso nell'affrontare la malattia in rapporto alla singola persona. Nel rapporto medico-paziente, un tema fondamentale è quello dell'alleanza terapeutica nella relazione di cura. La cornice filosofica alla base di questa alleanza riguarda il significato che viene dato al concetto di prevenzione e di cura. Nella visione della 'medicina basata sull'evidenza', queste categorie vengono inquadrare in modo quantitativo, attraverso protocolli e linee-guida impersonali, mentre la relazione medico-paziente rimane un fatto squisitamente personale. Ai protocolli e alle linee guida viene per così dire affiancata la 'Medicina Narrativa'², o un sostegno psicologico, per compensare i limiti della dimensione astratta di queste procedure derivate dalle evidenze scientifiche. Soltanto una 'arte medica' capace di coniugare le istanze della scienza medica rigorosa con quella della medicina della persona è in grado di risolvere il conflitto nella relazione di cura.

¹ Col termine 'ontogenesi' si intende il divenire biologico di un individuo, dal concepimento alla morte.

² La 'Medicina Narrativa' è stata teorizzata da Rita Charon in un libro del 2006, intitolato *Narrative Medicine: Honoring the stories of illness*, come la medicina praticata tramite l'uso della narrazione per riconoscere e sviluppare un rapporto di empatia con le storie di malattia. Questo tipo di terapia ha un effetto sul medico, oltre che sul paziente. Per approfondimenti, v. R. Charon, *Medicina narrativa. Onorare le storie dei pazienti* [2006], Milano, 2019; S. Calabrese-V. Fioretti-C. Conti, *Che cos'è la medicina narrativa*, Roma, 2022.

Occorre introdurre qualche considerazione sul tema della prevenzione come strumento volto a evitare lo sviluppo delle malattie, siano esse quelle trasmissibili, cioè contagiose, oppure quelle non trasmissibili, riconducibili a alterazioni metaboliche a andamento per lo più cronico. La domanda che sorge è: quale senso trova la malattia nel corso della biografia umana? Solo per l'essere umano si può parlare di un percorso biografico e una biografia comincia con un evento "drammatico", la nascita, e termina con un ulteriore evento "drammatico", la morte. La malattia è un intralcio nella vita o può talvolta diventare un'occasione? Come conciliare le esigenze della comunità umana con quelle del singolo individuo? Queste domande rimangono aperte ed è necessario sviluppare un'ontologia della malattia alla ricerca del significato. Appare al riguardo significativa l'affermazione di Georges Canguilhem: «è la vita stessa e non il giudizio medico che fa del normale biologico un concetto di valore e non un concetto di realtà statistica»³.

2. Il metodo statistico applicato alla medicina

Il metodo statistico applicato alla medicina corrisponde a quello che nella fisica è stata la formalizzazione quantitativa degli eventi fisici divenuta possibile attraverso l'abolizione, nel Rinascimento, delle proprietà secondarie (le qualità). Il metodo statistico viene applicato in modo sistematico nell'epidemiologia, al fine, ad esempio, di monitorare e studiare l'andamento dei contagi sul territorio.

Questo metodo, eminentemente diagnostico, viene oggi applicato nella ricerca farmacologica sia per la cura che per la prevenzione delle malattie. Ad esempio, si cerca di tenere, entro parametri considerati normali dalla comunità scientifica, determinati valori biologici al fine di prevenire eventi morbosi, quali diabete, ipercolesterolemia, distiroidismi, etc. Lo stesso metodo statistico viene poi utilizzato, attraverso i *trial* randomizzati in 'doppio cieco'⁴, per sviluppare e commercializzare i farmaci usati nelle cure mediche. Su questo metodo si fonda tutta la struttura dell'EBM (*Evidence Based Medicine*), da cui derivano i protocolli terapeutici e le linee-guida attraverso cui qualsiasi medico, in qualsiasi luogo della terra, è in grado di prescrivere la stessa cura.

³ G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Paris, 1966, *Il normale e il patologico*, trad. it. di M. Porro, Torino, 1998, p. 100.

⁴ Una sperimentazione in doppio cieco è uno studio in cui né i pazienti né gli sperimentatori sanno quale trattamento sarà somministrato al paziente. In questo tipo di studi, l'assegnazione del trattamento ai soggetti deve avvenire con un metodo casuale (*random*).

3. Popolazione statistica e persona: la medicina basata sull'evidenza (EBM)

Una buona definizione di EBM si rinviene nell'*abstract* di un articolo di Dean R. Hess intitolato '*What is evidence-based medicine and why should I care?*'⁵: «The principles of evidence-based medicine provide the tools to incorporate the best evidence into everyday practice. Evidence-based medicine is the integration of individual clinical expertise with the best available research evidence from systematic research and the patient's values and expectations. A hierarchy of evidence can be used to assess the strength of evidence upon which clinical decisions are made, with randomized studies at the top of the hierarchy»⁶.

Già David L. Sackett, considerato uno dei padri fondatori dell'EBM, aveva messo in guardia rispetto ai rischi di unilateralità nei quali avrebbe potuto cadere questo tipo di approccio: «Evidence based medicine is not 'cookbook' medicine. Because it requires a bottom-up approach that integrates the best external evidence with individual clinical expertise and patients' choice, it cannot result in slavish, cookbook approaches to individual patient care. External clinical evidence can inform, but can never replace, individual clinical expertise, and it is this expertise that decides whether the external evidence applies to the individual patient at all and, if so, how it should be integrated into a clinical decision»⁷.

Il fondatore dell'EBM, già nel 1996, espresse chiaramente nel saggio testé menzionato cosa l'EBM doveva e non doveva essere. Il medico canadese mise in evidenza che la EBM doveva essere una struttura metodologica formata da 'tre colonne'. Oltre alle migliori evidenze statistiche dei *trial* clinici, i due altri pilastri dovevano essere rappresentati dall'esperienza clinica del singolo

⁵ Dean R. Hess, *What is evidence-based medicine and why should I care?*, in *Respiratory Care*, July 2004, 49(7), p. 730.

⁶ "I principi della medicina basata sulle evidenze forniscono gli strumenti per incorporare le migliori evidenze nella pratica quotidiana. La medicina basata sulle evidenze è l'integrazione delle competenze cliniche individuali con le migliori evidenze disponibili della ricerca sistematica e con i valori e le aspettative del paziente. Per valutare la forza delle prove su cui si basano le decisioni cliniche si può utilizzare una gerarchia delle prove, con gli studi randomizzati in cima alla gerarchia".

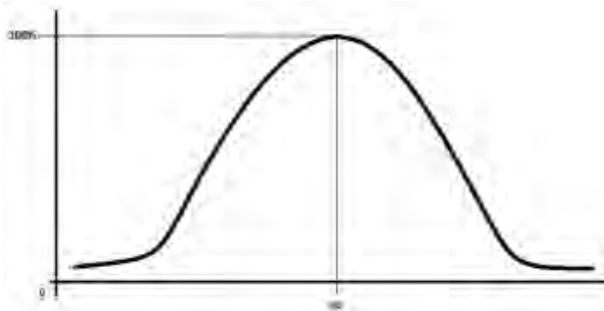
⁷ "La medicina basata sulle evidenze non è una medicina 'da libro di cucina'. Poiché richiede un approccio dal basso verso l'alto che integri le migliori evidenze esterne con le competenze cliniche individuali e le scelte dei pazienti, non può tradursi in approcci pedissequi, da 'libro di cucina', alla cura del singolo paziente. Le evidenze cliniche esterne possono informare, ma non possono mai sostituire, la competenza clinica individuale, e è questa competenza che decide se le evidenze esterne si applicano al singolo paziente e, in caso affermativo, come devono essere integrate in una decisione clinica" (D.L. Sackett et al., *Evidence based medicine: what it is and what it isn't: It's about integrating individual clinical expertise and the best external evidence*, in *BMJ*, vol. 312, 13 January 1996, p. 71 ss.).

medico e dalla scelta libera del paziente. Questo prevederebbe, quindi, una pluralità di approcci per cui il singolo medico, tenendo conto delle evidenze statistiche, dovrebbe tuttavia declinarle attraverso l'approccio al singolo individuo malato. Oggi i due pilastri dell'esperienza clinica e della libera scelta del paziente sono stati per lo più abbandonati e l'EBM si è ridotta alle sole evidenze statistiche, per cui il lato qualitativo della prevenzione e della cura viene totalmente a mancare, allontanando così la medicina dalla sfera del 'significato' e da quella della 'persona'.

4. Come trovare la normalità fuori dalla curva di Gauss

Come trovare la normalità fuori dalla curva di Gauss è un "titolo" solo parzialmente provocatorio.

La curva di Gauss, il cui nome deriva dal matematico tedesco vissuto tra il XVIII e il XIX secolo, e detta anche 'normale', è la curva della probabilità più usata nell'analisi statistica di fenomeni naturali come quelli biologici. Se consideriamo una popolazione statistica, come per esempio quella relativa all'altezza di una popolazione di persone, troveremo una frequenza maggiore di fenomeni che si raccolgono intorno alla linea mediana, mentre alle code si presentano i fenomeni più rari e si trovano le misure estreme in un senso e nell'altro.



Ovviamente, diverse popolazioni presenteranno differenti distribuzioni attorno alla mediana. La domanda provocatoria riguarda la possibilità di trovare la normalità, anche nel significato medico del termine, fuori dalla curva di Gauss allorché si considerino categorie come quella di 'persona' e di 'libertà'. Un atto libero, nel senso più rigoroso del termine, infatti, non è rappresentabile attraverso distribuzioni gaussiane.

Alla luce di queste riflessioni, risulta fondamentale un'integrazione della medicina basata sulla statistica con approcci medici, come quello della medicina antroposofica, in grado di non trascurare la categoria e la dimensione della persona, evitando il rischio di una medicina basata sull'omologazione.

Il corpo umano di cui si occupa la medicina per la cura e la prevenzione delle malattie, in quanto corpo di una 'persona', non è riducibile a oggetto delle scienze naturali.

Attualmente, la medicina scientifica non è in grado di sviluppare un livello di conoscenza adeguato alla complessità dell'essere umano. Come è stato sottolineato da Husserl⁸, anche la psicologia è diventata una scienza della natura. In realtà, la psicologia dovrebbe essere primariamente una scienza della 'soggettività': «La psicologia è la prima scienza dove lo spirito ha da fare con se stesso. Lo spirito, contemplando, sta di fronte a se stesso. (...) Qui, nell'essere particolare, non riconosciamo più, come nella scienza organica, una configurazione della forma universale dell'archetipo; ma nella percezione del particolare riconosciamo l'archetipo stesso»⁹. La medicina ha sempre a che fare con un corpo di un individuo, cioè con un corpo unico e irripetibile, che non può a nessun titolo essere considerato alla stregua di un 'oggetto' e tanto meno di un oggetto meccanico.

5. Prevenzione e cura: le origini della salute

La medicina scientifica studia le funzioni superiori, come la coscienza, il pensiero, il sentimento e la volontà, dal punto di vista del substrato fisico costituito dal sistema nervoso centrale.

Usando la terminologia cartesiana, la *res cogitans* risulterebbe un prodotto della *res extensa*. La distinzione cartesiana tra *res cogitans* e *res extensa*, inoltre, è stata alla base del problema della dicotomia mente/corpo. Quest'ultima rimane irrisolvibile se non si considera la *res vivens* come mediatore tra corpo e anima. Inoltre, la soggettività umana e le sue possibili manifestazioni non sono riducibili a ciò che possiamo inquadrare nel concetto di psiche o di anima. Si tratta cioè di una soggettività autocosciente, entro la quale vive e opera un 'io' che costituisce la parte spirituale dell'essere umano, e della cui attività il soggetto può diventare cosciente. Il corpo umano non può, pertanto, consistere soltanto in un 'corpo fisico', ma deve essere osservato attraverso un'anatomia ampliata, adeguata al suo livello di complessità. Se si considera l' 'io' umano un'entità spirituale dotata di una propria ontologia, non si può non riconoscere che questa entità dev'essere in grado di organizzare le altre componenti, cioè la componente psichica, quella vitale e quella fisica.

⁸ E. Husserl, *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale* [1935-1937], Milano, 2002, p. 90 ss.

⁹ R. Steiner, *Linee fondamentali di una gnoseologia della concezione goethiana del mondo* [1886], in Id., *Saggi filosofici*, Milano, 1990, p. 103 ss.

Secondo la terminologia usata da Rudolf Steiner nel 1910¹⁰, si possono riconoscere alla base della corporeità umana: il *corpo fisico*, il *corpo vitale* o *corpo eterico*, il *corpo senziente* o *corpo astrale*, e l'*organizzazione dell'io* che rende ragione dell'uso del termine corpo anche per le componenti superiori al corpo fisico, in quanto parti individualizzate in modo unico e irripetibile. Questi corpi corrispondono ai tre regni della natura, cioè al regno minerale, al regno vegetale e al regno animale. In realtà, l'essere umano ha in comune con il regno minerale il corpo fisico, con il regno vegetale il corpo fisico e il corpo vitale, e con il regno animale il corpo fisico, il corpo vitale e il corpo senziente. A questi si aggiunge l'organizzazione dell'io. In altri termini, nel corso dell'evoluzione l'uomo ha trattenuto in sé i tre regni nella propria costituzione globale individualizzandoli¹¹.

6. La medicina antroposofica: un contributo originale per la medicina

La suddivisione quadripartita della “anatomia” umana offre un modello di riferimento per un ampliamento dell'arte medica e della farmacia, e ha un'importanza fondamentale per lo sviluppo di terapie farmacologiche, adeguate alla complessità dell'essere umano, anche attraverso l'uso di tecniche realizzate per mezzo di un approccio fenomenologico rigoroso.

Nel tempo presente, una medicina per una civiltà futura, diversa dall'attuale civiltà dei consumi ipertecnologica, deve cominciare a mettere le sue prime radici e può, già da ora, integrare la medicina basata sull'evidenza, soprattutto al fine di colmare l'abisso tra mente e corpo che impedisce lo sviluppo di una vera medicina della persona, cioè di una vera *ars medica*.

Con l'avvento della pandemia, la medicina umana è stata sostanzialmente ridotta, sul piano metodologico, all'epidemiologia, ad esempio quando, anziché alla cura del paziente, si è preferito ricorrere esclusivamente alla prevenzione attraverso i vaccini. La medicina basata sull'evidenza (EBM), con i suoi protocolli e le sue linee-guida, ha raggiunto nel periodo della maggiore diffusività dell'infezione da SARS-Cov2, il massimo grado di dogmaticità. Allo stesso tempo, si è aperta la porta alla c.d. quarta rivoluzione industriale, il cui risvolto, in medicina, è costituito dallo sviluppo della biologia sintetica e della nuova farmacologia a mRNA.

In definitiva, la categoria di 'popolazione statistica' è stata privilegiata rispetto alla categoria di 'persona'.

¹⁰ R. Steiner, *La scienza occulta* [1910], Milano, 1978, p. 44 ss.

¹¹ Per approfondimenti riguardo alla medicina antroposofica, v. R. Steiner-I. Wegman, 1925, *Elementi fondamentali per un ampliamento dell'arte medica* [1925], Milano, 2013.

Una medicina basata soltanto su linee-guida e protocolli, realizzati attraverso metanalisi di studi clinici randomizzati in doppio cieco, può curare solo i sintomi, ma non è in grado di affrontare la malattia nel suo significato specifico per la persona e la sua biografia, anche quando si introducono forme di supporto al paziente come, ad esempio, quelle in uso nella Medicina Narrativa.

Nella malattia il soggetto non è libero, in quanto sottoposto a una 'necessità' biologica, e dovrebbe essere guidato dal medico attraverso un processo di cura il più possibile individualizzato e in grado di permettere al paziente di affrontare una malattia cronica, ritrovando la possibilità della libertà su un livello più alto rispetto a quello in cui la malattia è insorta, manifestandosi come una necessità. La medicina umana è 'una' e risulta ineludibile, nei procedimenti diagnostici e terapeutici, integrare le migliori conoscenze scientifiche con il sapere e l'esperienza del medico, nel rispetto della scelta del paziente. La medicina antroposofica pone l'attenzione su fattori di fondamentale importanza se si tiene conto della costituzione umana che si esplica nella singola persona. Tra tutti questi fattori si possono ricordare la cura dell' 'organismo di calore', sia in condizioni di salute sia ad esempio durante una malattia febbrile, il rispetto e la considerazione dei ritmi fisiologici, a partire da quelli circadiani, particolarmente nelle fasi di una loro eventuale alterazione per malattia.

Alcuni medicinali antroposofici sono preparati sul principio del 'ritmo' e sono un esempio di peculiari processi di laboratorio. Infatti, la farmacia antroposofica, oltre a considerare medicinali allopatrici, nei quali è presente sostanza ponderale, e medicinali preparati secondo il metodo omeopatico di diluizione e ritmizzazione della sostanza, comprende altri tipi di preparazioni, tra i quali assume importanza il riferimento all'immagine sana della persona, affetta da una malattia d'organo o sistemica. La malattia è espressione di un elemento di disturbo del rapporto tra essere umano (microcosmo), ambiente circostante (macrocosmo) e il complesso delle relazioni interumane. Per un rinnovamento della medicina, la domanda che ognuno può porsi è: quale civiltà vogliamo e quale dev'essere la sua scienza affinché la medicina possa mantenersi umana e favorire la salute?

7. Alcune considerazioni sul concetto di prevenzione

Ci si può chiedere cosa sia il cosiddetto 'normale', cosa comporti seguire norme e cosa sia anormale e potrebbe essere allungata la lista con abnorme, enorme, etc. Si può conseguentemente caratterizzare la normale attività o anche il normale stato di benessere.

Il benessere, che è anche collegato con le diverse situazioni di vita, è qualcosa di fisico, di psico-emotivo, di mentale? Riguarda me, con me stesso o nel rapporto che ho con il mondo e con gli altri? In ogni caso presuppone, insieme

ad un certo contesto, un contatto e quest'ultimo ha a che fare con i rapporti che instaurò con gli altri e con gli esseri della natura ed è mediato dal corpo, che permette di entrare in relazione con il mondo. Allora sorge un'altra domanda: come entro in contatto e riconosco l'altro da me al di là del rapporto fisico che avviene per esempio nel saluto con la stretta di mano, come cioè realizzare l'incontro con l'altro io? Ci si guarda negli occhi (non è forse un contatto?) con maggiore presenza d'anima scegliendo quando darsi la mano, non solo per abitudine.

La condizione di normale benessere, che sperimentiamo come qualità della vita, corrisponde allo stato di salute individuale nella comunità e non è standardizzabile, essendo proprio di ogni singolo, ossia non è misurabile se non appiattendone le possibilità, le caratteristiche e le peculiarità. Nella realtà si può 'stare bene' anche in situazioni di disagio, quando queste siano motivate da motivi 'nobili'. Il valore che attribuiamo alle cose, compresi gli eventi dolorosi da affrontare o difficili da realizzare, non è misurabile, ma è qualitativo e ha a che fare con virtù e capacità di cui siamo dotati o che possiamo sviluppare.

Il benessere in quanto condizione di salute è anche collegato al tema della 'igiene', oggi intesa come ramo della medicina che si occupa della salute umana rispetto all'ambiente e che ha lo scopo di proporre misure non curative, ma preventive¹². L'igiene ha a che fare con la salute prima che con la malattia e ci rimanda direttamente al concetto di 'salutogenesi', nel senso di considerare quale sia la fonte della salute accanto all'origine della malattia.

Salute e malattia costituiscono un binomio dell'essere umano, una polarità mobile entro cui viviamo nel corso della nostra biografia tra nascita e morte, due eventi che costituiscono un passaggio di soglia.

Tornando al tema della salute e dell'igiene, per completare il quadro si potrebbe porre l'ipotesi che esistendo la 'entità' della malattia debba esserci anche un archetipo della salute, cioè un modello dell'essere umano sano. Esso va inteso come uno stato originario e meta futura nel percorso della biografia e che si caratterizza differentemente per ognuno di noi. Nelle vicende della vita ci troviamo posti in una dinamica che vede l'essere individuale e la società umana come due aspetti a tutta prima in contraddizione tra loro. Nel mio comportamento quotidiano, in casa così come uscendo nel mondo, nel rapporto con me stesso, nella cerchia dei miei familiari e nella più ampia cerchia sociale, il 'mio' benessere e il 'mio' stato di salute sono unici, pur dipendendo dal fatto che sono inserito nel contesto in cui vivo, anche nel senso di umanità intera, oggi intesa come mondo globale. Considerare un aspetto senza tenere conto dell'altro è la tentazione a cui siamo esposti.

¹² *Igea* era una figura della mitologia greca, figlia di Asclepio (divinità legata alla medicina), venerata come dea della salute e simboleggiata da un serpente. Veniva per solito associata alla prevenzione delle malattie e al mantenimento dello stato di salute.

In un'ottica più ampia, l'igiene non può fermarsi alla considerazione delle misure fisiche volte ad evitare le malattie, con particolare considerazione a quelle infettive provocate dai microorganismi o collegate all'influenza nociva dell'ambiente. In un concetto di salute e malattia ampliato, l'uomo risulta un'entità complessa dotata di qualità proprie, oltre a quelle del corpo fisico che è solo una delle sue componenti. Ci possono e ci devono essere quindi differenti livelli che non si escludono tra loro: si può parlare di misure igieniche a livello fisico-vitale e animico-spirituale.

In sintesi, si può dire che la salute sul piano fisico ha a che fare con lo stato di benessere rispetto alle risorse economiche, alla possibilità di soddisfare le proprie necessità relativamente alle esigenze del corpo, per prima l'alimentazione.

Andando oltre, nell'ambito della vita sarebbe teorico mirare ad una omogeneità di uno stato di benessere che non venga alterato, sì anche turbato, quotidianamente dalle attività che svolgiamo; quindi necessitiamo di norme igieniche, intese come abitudini quotidiane, che possano favorire il recupero, con un ritmo sano tra il riposo e le attività di moto, tra esterno e interno, con uno scandire del tempo che sia adeguato per esse, e che tengano conto del luogo geografico e del territorio in cui viviamo. Inoltre, occorre che entriamo in relazione e facciamo nostre le qualità esterne, che ci vengono incontro sia attraverso l'alimentazione sia attraverso le percezioni sensoriali. Qui si aggiunge il livello della sfera del sentimento, ed è importante che collochiamo gli accadimenti del mondo, anche quelli a tutta prima incomprensibili, nell'ambiente delle emozioni e dei sentimenti con il giusto respiro. Prima che qualsiasi cosa diventi abitudine, con il senno dell'adulto, dovremmo poterla comprendere (prenderla con noi) per farla nostra. L'ambito animico, che vive sull'onda del respiro, viene allora governato dal movimento (anche quello interiore) intenzionale tipico dell'uomo¹³ e della forza che possiamo sviluppare per andare nel mondo con il *nostro passo*. La somma delle quattro condizioni relativamente all'igiene e alla salute non dà il risultato di un'addizione di procedure. Più concretamente, il sistema immunitario ha bisogno di svilupparsi grazie a resistenze, non su appianamenti e scantonamenti. Questo è valido anche per quanto concerne la salute del bambino e la cura che dobbiamo a chi è giunto alla vecchiaia, magari malato, e le misure da prendere interessano i quattro livelli. L'igiene e le sue norme non possono fermarsi a misure fisiche, ad esempio necessarie per

¹³ Un cane può essere abituato ad andare al guinzaglio o anche costretto a portare una museruola. Ma avete mai assistito un gatto a cui viene impedito di giungere al capo con le zampe, e le unghie, per una dermatite? L'unico modo può essere quello meccanico di un collare che impedisca il contatto. Un essere umano può fermare un movimento non adatto per educazione o per necessità o per un atto libero. D'altro canto, può svolgere un'azione altruistica che vada contro il suo interesse personale o non necessaria alla sopravvivenza della *sua* specie, cioè di se stesso.

la disinfezione, o alla profilassi nei confronti delle malattie infettive. Incontrare l'«altro da me» presuppone che io sia integro per quanto mi è possibile, nella consapevolezza che l'Uomo è una meta del singolo e della comunità.

Fin qui abbiamo sviluppato una premessa all'igiene di vita. Accanto alle norme da seguire che ci vengono proposte dall'esterno, compresi quei provvedimenti che rispondono a necessità di periodi o eventi eccezionali, accanto ad un'igiene che tenga conto della qualità della vita, l'uomo può darsi piccoli compiti quotidiani. Possono essere semplici esercizi inseriti nello svolgimento della vita quotidiana¹⁴: osservo qualcosa quotidianamente, ad esempio una pianta che cambia nel corso della stagione, la innaffio alla stessa ora ogni giorno, o compio regolarmente un'altra azione quotidiana «gratuita», nel senso di non necessaria; mi concentro sul percorso della giornata o percorro in modo retrospettivo (dal fondo all'inizio) un breve racconto che ho letto. Posso effettuare esercizi di postura igienici, cioè fisiologici; esercito un'arte a cui posso dedicare una o due ore a cadenza settimanale. Lo scopo è trovare una strada tra norma imposta e desiderio di evasione, seguendo anche regole sensate.

Anche per orientarsi, ad esempio, nella dimensione di una pandemia come quella da Sars-Cov2, si potrebbe considerare la storia delle misure igieniche adottate nel tempo fino ad oggi e fino alle esigenze sociali odierne. Un interessante inquadramento storico ad un tema affine, quello del portare aiuto, è la prefazione al breve ciclo di conferenze di Rudolf Steiner *Il mistero della ferita*¹⁵, tenuto all'irrompere della Prima guerra mondiale.

All'incirca nello stesso periodo in cui un evento catastrofico interessa per la prima volta un'ampia parte del mondo, nell'arte con Kandinsky e altri pittori, troviamo l'espressione del superamento della soglia attraverso la scomposizione dell'immagine figurativa nell'astrattismo. Kandinsky continuò ad operare secondo questo orientamento fino a dipingere un *Cielo azzurro* popolato da esseri scaturiti da una fantasia mossa dalle ricerche in biologia eseguite al microscopio, che aprivano con l'ausilio del supporto tecnico la via alla conoscenza «diretta» di bacilli e microbi, in quello che può chiamarsi biomorfismo. Negli stessi anni della «Grande guerra» sorge il Primo Goetheum a Dornach, nei pressi di Basilea, in Svizzera. In esso si trovava l'archetipo di varie manifestazioni artistiche, che volevano offrire uno spazio idoneo per la salute dell'anima e lo sviluppo spirituale dell'uomo. In pittura viene inaugurata, a partire dal colore e con l'uso delle trasparenze, una nuova strada verso la composizione dell'immagine, anche figurativa.

¹⁴ Si vedano ad esempio i cosiddetti «sei esercizi» e altre indicazioni originali, come proposti da Rudolf Steiner.

¹⁵ R. Steiner, *Il mistero della ferita – L'impulso del buon samaritano* [1914], Milano, 2018.

Un tema salutogenetico che si potrebbe sviluppare è quello dei colori e delle ombre colorate che tanto occupò anche Goethe e che, come filo rosso, ritroviamo nel Primo Goetheanum (e nel secondo, costruito dopo l'incendio del primo). Oggi le ombre colorate sono riconosciute come fenomeno oggettivo non solo fisiologico e il tema potrebbe essere argomento di ricerca ma anche di applicazione pratica igienica, a partire dai colori degli ambienti in cui viviamo e operiamo fino alla realizzazione di adatti spazi terapeutici. Infatti, accanto alla cura della alimentazione, l'attenzione alla qualità delle percezioni sensoriali è fattore di salute o malattia.

Proseguendo nel mondo delle attività sensoriali, il senso per percepire il calore è posto, secondo la fisiologia dei sensi antroposofica¹⁶, tra quello della vista e quello dell'udito, primo dei sensi superiori. Qui, il cammino può apparire lungo, ma la strada inaugurata da Rudolf Steiner costituisce un orientamento allo sviluppo della conoscenza di questi sensi, del senso del pensiero, del senso della parola, e di quello dell'io dell'altro uomo. Là dove, in città, la vita può essere una sfida, ma può diventare un'avventura, il risveglio a noi stessi e il risveglio all'altro sono esigenze dei tempi moderni.

Queste considerazioni ci permettono di riconoscere come l'igiene, estesa alla dimensione "artistica" rivolta ai dettagli della realtà e, in particolare, dell'ambiente circostante, può assumere dal punto di vista terapeutico un'importanza fondamentale, all'interno della relazione di cura.

8. Epilogo

La riduzione della categoria della persona a un'entità statistica e l'abuso di protocolli basati su astratti e insindacabili linee-guida hanno favorito la quantizzazione dell'umano. La medicina a orientamento antroposofico cerca di sviluppare una via qualitativa in grado di cogliere gli aspetti della persona nella sua totalità. Il raggiungimento dell'equilibrio della sfera emotiva viene cercato attraverso il riconoscimento, da parte del medico, di squilibri originari che si sono sviluppati nel percorso esistenziale del singolo paziente, soprattutto attraverso le relazioni interpersonali e la biografia. Queste ultime hanno infatti un impatto fondamentale nell'evoluzione e nel declino dell'organismo tra la nascita e la morte.

Non soltanto il freddo fisico o atmosferico, ma il freddo dell'anima è portatore di malattia. Il medico in grado di ritrovare in sé il *pathos* originario di fronte alle qualità che si presentano nel mondo dei fenomeni può, ad esempio, osservare il freddo non tanto o soltanto come riduzione della temperatura,

¹⁶ Rudolf Steiner ha sviluppato una dottrina dei sensi che estende a dodici lo spettro tradizionale dei cinque sensi. V. ad es. R. Steiner, *Lenigma dell'uomo - I retroscena spirituali della storia umana* [1916], Milano, 2014, pp. 137 ss. e 229 ss.

quanto e soprattutto come una qualità alla stregua della tenebra rispetto alla luce. Sempre con lo stesso sguardo, il medico può guardare alla natura per trovare rimedi attingendo al mondo delle piante, dei minerali, etc.

Una medicina basata su una scienza qualitativa nell'accezione sopra indicata permette al medico, da una parte, di trovare la corrispondenza tra i fenomeni della natura e l'organismo umano e, dall'altra parte, di cogliere l'elemento patologico nel paziente rendendo così possibile la trasformazione del *pathos* originario, intrappolato nell'organismo fisico sotto forma di malattia, in forze di guarigione. In questo modo, il *pathos* liberato mette a disposizione le sue potenze e potenzialità per una risoluzione 'creativa' del nodo della malattia all'interno della propria biografia. A questo riguardo, la medicina antroposofica ha sviluppato approcci qualitativi di cura e di prevenzione, innescati da una visione di tipo organico sia nell'ambito farmacologico sia nell'ambito delle terapie fisiche e artistiche. Nella relazione di cura, il medico diventa così il tramite per somministrare al paziente strumenti terapeutici che fanno appello, da un lato, al mondo della sostanza proveniente dai diversi regni naturali ed elaborata a farmaco e, dall'altro lato, alla sfera dei sensi con diversi tipi di terapie che il paziente può ricevere o esercitare, al fine di riportare l'armonia, perduta nello stato di malattia, tra le parti costitutive dell'organismo.

In quest'ottica, anche la preparazione dei farmaci e il loro impiego, nella medicina antroposofica, si basano sullo sviluppo di un pensare non meccanicistico solo in grado di cogliere il piano delle cause e degli effetti fisici. Soltanto un pensare organico, infatti, è capace di muoversi tra il piano ideale e quello della manifestazione sensibile. In questo senso Rudolf Steiner afferma¹⁷ che il laboratorio deve diventare un altare sul quale hanno luogo la ricerca scientifica e la preparazione dei farmaci. In questo modo, il sentire rivolto agli elementi della natura su cui si indaga può entrare in armonia con l'essere dell'universo e nutrire il rapporto di cura tra medico e paziente. Gli antichi concetti greci di *episteme* e *techné*, cioè del sapere cosa si fa e del saper fare, si ricompongono in una scienza capace di diventare *ars*. Solo attraverso quest'ultima, infatti, siamo in grado di "continuare" la natura secondo lo spirito originario che la percorre, nel senso tracciato da Goethe. L'altra via, quella del pensiero astratto e procedurale basato su algoritmi, se imboccata unilateralmente, può condurre allo sviluppo di una realtà appunto 'artificiale', che rischia di separarsi dalle potenze creative che guidano l'umanità.

Nell'epoca attuale, il conflitto tra la EBM e una medicina della persona va superato attraverso un tentativo di equilibrio tra la sfera dell'efficacia e dell'utilità, da un lato, e la sfera del significato, dall'altro lato. È necessario un confronto fecondo tra coloro che sono propensi a privilegiare i protocolli e le linee-guida

¹⁷ R. Steiner, *Der Tod als Lebenswandlung* [1918], Dornach, 1996, p. 69.

della medicina basata sull'evidenza e coloro che perseguono l'ideale della clinica medica basata sulla persona. Se per i primi la malattia viene catalogata come un incidente da eliminare attraverso prevenzione e cure sintomatiche, per i secondi la malattia costituisce un'opportunità non accidentale lungo il percorso biografico, che non va eliminata attraverso decisioni assunte secondo regole astratte.

È auspicabile un'integrazione tra le due visioni, cioè tra la rigosità del metodo scientifico quantitativo, basato esclusivamente sulla statistica, e il metodo scientifico qualitativo, in cui prevale la ricerca del senso della malattia nel percorso biografico umano e che tuttavia non si è ancora potuto sviluppare nella sua pienezza.

Tale scienza qualitativa può svilupparsi soltanto attraverso una transizione di paradigma che coinvolga lo sviluppo stesso della biologia. Le scienze del vivente, infatti, per poter incidere sulla realizzazione di una vera medicina umana capace di essere contemporaneamente una scienza e un'arte, devono diventare autonome rispetto al metodo della fisica, costruendo strumenti di ricerca propri che rispettino il tipo di ordine che sta alla base del vivente.

Perché ciò si possa realizzare, è necessaria un'evoluzione dello stato di coscienza del soggetto esperiente, in quanto il pensiero logico-analitico adatto alla conoscenza del mondo inorganico non risulta più sufficiente a questo livello della natura e, seguendo la prospettiva metodologica indicata da Rudolf Steiner, per la conoscenza del vivente risulta fondamentale lo sviluppo di una 'immaginazione esatta', capace di coniugare il rigore del pensiero logico astratto con la creatività propria dell'arte.

Riferimenti bibliografici

R. Charon, *Medicina narrativa. Onorare le storie dei pazienti* [2006], Milano, 2019; S. Calabrese, V. Fioretti, C. Conti, *Che cos'è la medicina narrativa*, Roma, 2022; G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Paris, 1966, *Il normale e il patologico*, trad. it. di M. Porro, Torino, 1998; D.R. Hess, *What is evidence-based medicine and why should I care?*, in *Respiratory Care*, July 2004, 49(7), p. 730 ss.; E. Husserl, *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale* [1935-1937], Milano, 2002; D.L. Sackett et al., *Evidence based medicine: what it is and what it isn't: It's about integrating individual clinical expertise and the best external evidence*, in *BMJ*, vol. 312, 13 January 1996, p. 71 ss.; R. Steiner, *Linee fondamentali di una gnoseologia della concezione goethiana del mondo* [1886], in Id., *Saggi filosofici*, Milano, 1990, p. 103 ss.; R. Steiner, *La scienza occulta* [1910], Milano, 1978; R. Steiner, *Il mistero della ferita – L'impulso del buon samaritano* [1914], Milano, 2018; R. Steiner, *L'enigma dell'uomo - I retroscena spirituali della storia umana* [1916], Milano, 2014; R. Steiner, *Der Tod als Lebenswandelung* [1918], Dornach, 1996, R. Steiner-I. Wegman, 1925, *Elementi fondamentali per un ampliamento dell'arte medica* [1925], Milano, 2013.

Trauma, dissociazione e terapia: il cervello che cambia

Diego Frigoli

SOMMARIO: 1. Il mito della Cura. – 2. L'Essere di Heidegger. – 3. L'archetipo del Sé secondo C.G. Jung. – 4. Il Sé e l'Ecobiopsicologia. – 5. Il Campo Akashico della cosmologia. – 6. L'inconscio ecobiopsicologico. – 7. La terapia ecobiopsicologica.

1. Il mito della Cura

La parola “Cura” (in italiano «cura», «premura», «preoccupazione», «inquietudine», «ansia») deriva da un personaggio della mitologia romana, la cui figura è legata ad un *logos* mitico cosmo-antropologico, tramandato da Igino nel suo mondo mitografico, *Le Fabulae*¹.

Narra il mito che un giorno, nell'attraversare un fiume, l'attenzione della dea Cura fu attratta dal fango argilloso, e pensosa, senza bene rendersi conto di ciò che andava facendo, Cura si mise a modellare il fango, traendone la figura di un uomo. Mentre era intenta quest'opera, sopraggiunse Giove, a cui la dea chiese di infondere lo spirito vitale alla figura da lei plasmata, cosa a cui Giove acconsentì con facilità. A questo punto Cura chiese di poter imporre il proprio nome alla creatura di fango, ma Giove glielo negò, sostenendo che il nome di quell'essere doveva provenire da lui, che gli aveva infuso la vita. Ne nacque una disputa, che si complicò quando intervenne anche la Terra: questa riteneva che il nome dovesse derivare da lei, essendo sua la materia con cui era stata plasmata la creatura. A risolvere la diatriba fu chiamato a pronunciarsi Saturno: a Giove che aveva infuso lo spirito sarebbe toccata alla morte di quell'essere di rientrare in possesso di quell'anima; alla Terra, della cui materia l'essere era composto, sarebbe tornato il corpo dopo la morte, ma a possederlo durante tutta la vita sarebbe stata l'inquietudine, la prima a plasmarlo. Il nome, invece, non sarebbe toccato a nessuno dei tre contendenti: l'essere si sarebbe chiamato “Uomo”, perché creato dall'*humus*².

¹ Igino, *Miti*, a cura di G. Guidorizzi, Milano, 2000, pp. 282-283.

² F. Zanasi, *Galio Giulio Igino: L'inquietudine*, in *homolaicus.com*, 2015.

2. L'Essere di Heidegger

Questo mito, certamente uno dei minori del Pantheon latino, sarebbe rimasto sconosciuto al grande pubblico, se non avesse suscitato l'attenzione del filosofo Martin Heidegger nelle sue riflessioni sull'*Essere e il Tempo*³. Secondo Heidegger la Cura rappresenta il fulcro dell'esistenza e ciò che permette all'essere dell'uomo di permanere nella vita, sino ad esprimere la propria condizione di un essere che progetta le sue possibilità, cioè di essere dell'*Esserci*, come totalità esistenziali delle sue possibilità originarie, dettate dall'essere "gettato" nel mondo. Il ruolo che Heidegger assegna all'uomo è dunque quello di "pastore" dell'essere, cioè di colui che consente il disvelarsi dell'essere, del quale se ne fa custode.

Se l'esistenza è "essere nel mondo", quindi essere fra gli altri, la Cura è l'espressione del rapporto dell'uomo con se stesso e contemporaneamente del rapporto tra l'autenticità dell'uomo e quella degli altri. Se la cura è inautentica, sottrae agli altri le loro cure procurandogli direttamente ciò di cui hanno bisogno; è quindi rivolta verso gli oggetti più che verso gli uomini (ad esempio, procurando del cibo a chi non sa produrlo) ed è l'espressione di "essere insieme". La cura autentica, invece, aiuta gli altri ad assumersi le proprie cure e quindi ad essere liberi di realizzare il proprio essere (ad esempio, insegnare a produrre il cibo necessario a quella comunità) consentendo così il "coesistere".

La svolta ontologica di Heidegger è dunque una vera e propria rivoluzione paradigmatica circa le premesse della natura umana (chi è l'essere umano) e sulla totalità degli accadimenti e dei fenomeni in cui l'uomo vive, intesa come "mondo". Dato che l'uomo è l'unico *ente* in grado di porsi il problema dell'essere, è l'uomo, che Heidegger chiama con un gioco di parole, *Dasein*, ossia *Esser-ci*, per rapportarsi al mondo superando l'inautenticità del suo essere spettatore disinteressato dei fenomeni e dei suoi significati, a causa della sua condizione di *deiezione*, ossia di essere *gettato* nel mondo alienandosi nella cosiddetta dittatura del *si*. «Ci divertiamo come ci *si* diverte, troviamo scandaloso ciò che *si* trova scandaloso. La dittatura del *si* decide il modo di essere nella sua quotidianità». L'esistenza che si basa sul *si* è inautentica, nel senso che il soggetto non l'ha fatta propria, ma è basata su una scelta anonima fatta da tutti ma da nessuno in particolare⁴. Da questa condizione di inautenticità (che si concretizza nella quotidianità attraverso l'espressione di istanti privi di valore) il *Dasein* umano può tuttavia riprendersi, acquisendo la consapevolezza della finitezza della vita, che si mostra all'uomo nella sua unità come *essere-per-la-morte*. Ciò comporta che è possibile vivere autenticamente solo se si pensa a fondo alle

³ M. Heidegger, *Essere e tempo*, Milano, 1976, p. 191.

⁴ M. Heidegger, *Essere e tempo*, p. 163.

esperienze più decisive della vita umana – l'angoscia e la morte – non riferendole ai singoli fenomeni ma alla totalità dell'esistenza.

La prima, svela l'insignificanza dei fenomeni in quanto tali, mentre la morte rappresenta l'esperienza che conferisce pienezza e senso alla vita dell'uomo, perché senza di essa l'essere umano non perverrebbe alla sua autenticità. A questo punto sorge una domanda centrale: come il *Dasein* di Heidegger si rapporta alla psicologia psicomodinamica, in particolare al "processo di individuazione" tracciato da Jung nella psicologia analitica e al concetto di Sé psicosomatico proprio dell'ecopsicologia?

3. L'archetipo del Sé secondo C.G. Jung

Diamo alcune definizioni prima di addentrarci in questo campo nuovo di studio della psiche e delle sue profondità archetipiche. Per "individuazione" Jung si riferisce a un processo psichico unico ed individuale, al quale ogni persona tende nel processo di avvicinamento dell'Io al proprio Sé; in altre parole si tratta di una progressiva integrazione ed unificazione delle ombre e dei complessi che formano la personalità dell'Io verso il Sé, che dal punto di vista introspettivo corrisponde al nucleo centrale della vita psichica, inteso come dimensione archetipica. Come totalità indescrivibile il Sé non si può separare dall'immagine del Divino presente nell'uomo. Si manifesta nella psiche come immagine di una personalità superiore (profeta, Buddha, Cristo, ecc.) o con simboli di totalità (quadrato, cerchio, sfera, croce, mandala, ecc.) e rappresenta una sintesi degli opposti che può apparire come l'unificazione dei contrari (come il Tao)⁵. Va ricordato che Jung arriva a concepire l'idea del Sé attraverso la scoperta dell'inconscio collettivo, contrapposto all'inconscio personale freudiano, tramite l'osservazione della sua presenza come contenitore psichico universale di tutte le forme e i simboli derivate dagli archetipi che si manifestano in tutti i popoli di tutte le culture⁶.

L'inconscio collettivo può essere considerato dunque come la struttura psichica dell'intera umanità, sviluppatasi nel tempo, a partire dalle radici arcaiche del passato sino ad integrare i valori socio-culturali di questo attuale momento, per arrivare a postulare i valori, le potenzialità e le scelte future dell'umanità. Nell'inconscio collettivo operano gli archetipi, che si possono considerare come le forme innate e universali del pensiero, dotate di un certo contenuto affettivo per il soggetto, che si riflettono nel sistema nervoso caratte-

⁵ Fung Yu-Lan, *Storia della filosofia cinese* [1948], Milano, 1975, p. 103 ss.

⁶ C.G. Jung, *Riflessioni teoriche sull'essenza della psiche* [1947-1954], in Id., *Opere*, vol. VIII, Torino, 1976, p. 177 ss.

ristico del genere umano, e vengono trasmessi in modo ereditario⁷. Gli archetipi più importanti sono: il *Sé*, cioè il risultato del progetto di formazione dell'unicità dell'individuo; l'*Ombra*: la parte istintiva ed irrazionale contenente anche i pensieri repressi della coscienza; l'*Anima*: la personalità femminile dell'uomo così come se la rappresenta nel suo inconscio; l'*Animus*: la controparte maschile dell'anima della donna^{8 9}. In tal modo Jung sposta sul piano inconscio quelle esigenze morali di tipo culturale, religioso, artistico e ambientale comuni a tutti gli individui, e l'archetipo, conseguentemente, viene ad essere una sorta di prototipo universale per le idee, attraverso il quale l'individuo interpreta ciò che osserva e sperimenta.

L'influsso dell'opera junghiana non si è limitato alla psicologia, alla psichiatria e alla psicoanalisi, ma si è esteso ad altri campi del sapere e della cultura in generale, sino all'ambito della religione. Con l'idea del *Sé* come totalità psichica Jung non solo ha recuperato il senso della trascendenza, in crisi nelle religioni tradizionali a causa delle esigenze sempre più individualistiche della tarda modernità, ma con il processo di individuazione ha offerto una "via di salvezza" basata sull'esperienza di trasformazione della coscienza¹⁰. Inoltre il suo costante dialogo con la scienza, in particolare con la fisica quantistica, ha permesso la scoperta della sincronicità come principio *acausale* operante nell'universo, stabilendo così un ponte di collegamento tra fisica quantistica e inconscio collettivo.

4. Il Sé e l'Ecobiopsicologia

Nonostante queste indubbie scoperte, la psicologia analitica junghiana ha trascurato di esplorare la dimensione della relazione che l'archetipo, come fattore d'ordine delle immagini psichiche, intrattiene con i dinamismi corporei, a partire dall'influenza sulle funzioni fisiologiche degli organi e degli apparati, sino alla complessa relazione con il DNA¹¹. Nel suo differenziarsi dalla psicoanalisi, lo sforzo di Jung è stato indirizzato a costruire il campo complesso della psicologia analitica, lasciando in ombre il rapporto che l'energia psichica da lui postulata aveva con l'energia vitale.

Oggi, con le più recenti scoperte della fisica quantistica, della biologia evuzionistica e della cosmologia, gli studi sulla psiche si debbono confrontare

⁷ *Ibidem*, p. 217 ss.

⁸ J. Jacobi, *Complesso, archetipo, simbolo*, Torino, 1971, p. 104 ss.

⁹ C.G. Jung, *L'Io e l'inconscio* [1928], Torino, 1967, p. 106 ss.

¹⁰ D. Frigoli, *Il linguaggio dell'anima. Fondamenti di ecobiopsicologia*, Roma, 2016, p. 57 ss.

¹¹ D. Frigoli, *La fisica dell'anima. Riflessioni ecobiopsicologiche in psicoterapia*, Bologna, 2013, p. 59 ss.; Id., D. Frigoli, *Il Telaio incantato della Creazione. Dalla particella elementare all'alchimia dell'anima*, Milano, 2022, p. 144 ss.

con nuovi concetti quali la “cognizione”¹² e “l’in-formazione”¹³, che sono alla base dei moderni paradigmi della complessità come strumenti di studio delle relazioni Corpo-Mente e Uomo-Natura in riferimento alla loro radice archetipica. Per “cognizione” la biologia evuzionistica intende che la mente è insita nella materia ad ogni livello in cui si manifesta la vita, e nel caso dell’uomo sin nelle sue cellule, organi ed apparati, al di là del sistema nervoso centrale¹⁴.

In quest’ottica la mente non è più legata all’attività del cervello, perché il cervello è solo il momento finale di una sintesi di processi periferici incarnati nel nostro corpo, costituiti da una forma di proto-mente definita come “cognizione”. Questi processi di cognizione periferica potrebbero essere assimilati sul piano del corpo ad un aspetto dell’inconscio collettivo studiato dalla psicologia analitica junghiana¹⁵.

Accanto a questa rivoluzione concettuale, secondo la quale la mente è diffusa a tutto il corpo dell’uomo sotto forma di “cognizione” – che nel corso dell’evoluzione diventerà “coscienza primaria” nei vertebrati sino alla coscienza riflessiva dell’uomo – le recenti acquisizioni della fisica quantistica e della cosmologia, rendono ancora più complesso il piano delle relazioni Uomo-Natura-Universo.

5. Il Campo Akashico della cosmologia

Si ammette che i principi fondamentali dell’universo fisico siano descrivibili in termini di eccitazioni vibrazionali o forme d’onda in-formative che pervadono e incorporano tutto l’universo manifesto sino alla coscienza dell’uomo, a partire da una Sorgente In-formativa definita come Campo di Vuoto Quantistico o Campo Akashico¹⁶.

Per descrivere questa sorgente di “vuoto” quantistico, che in realtà è un “pieno” di particelle fluttuanti, i cosmologi parlano di Campo Akashico derivando tale termine dal sanscrito *Akasha* per definire lo spazio onnipervasivo da cui deriva tutto ciò che percepiamo e a cui tutto ritorna¹⁷.

La comprensione del Campo Akashico o Campo-A rivela come l’universo è stato in-formato, ovvero come ha assunto la propria forma. Tutte le strutture materiali dell’universo, tutte le sue forme concrete, sono considerate eccitazioni

¹² H. Maturana, F. Varela, *L'albero della conoscenza*, Milano, 1987, p. 44 ss.

¹³ E. Laszlo, *La scienza e il campo Akashico*, Milano, 2009, p. 49 ss.

¹⁴ F. Capra, P.G. Luisi, *Vita e Natura. Una visione sistemica*, Sansepolcro (Arezzo), 2014, p. 169 ss.

¹⁵ D. Frigoli, *La fisica dell'anima, Riflessioni ecopsicologiche in psicoterapia*, cit., p. 60 ss.

¹⁶ J. Maldacena, *The Firewall Paradox*, New York Times, 2013; D. Bohm, *The Undivided Universe*, London, 1993.

¹⁷ E. Laszlo, *La scienza e il campo Akashico*, cit., p. 113 ss.

intrecciate (*entangled*) dello stato fondamentale di questa matrice cosmica¹⁸. I sistemi che appaiono come oggetti composti di materia si manifestano localmente nello spazio-tempo ordinario, ma in realtà sono configurazioni intrinsecamente intrecciate (*entangled*) all'interno di questa matrice. Quindi l'in-formazione è un fattore preminente nella comparsa e nella persistenza di configurazioni di energia strutturata in forma specifiche. In assenza di in-formazioni le energie presenti nell'universo sarebbero un insieme accidentale di eccitazioni dello stato fondamentale del Campo-A. L'in-formazione che governa le configurazioni di energia strutturata nello spazio-tempo è di natura olografica¹⁹.

I sistemi viventi in questa prospettiva sono configurazioni autonome e superiore di energia in-formata, che nascono nell'universo quando sono disponibili ambienti fisico-chimici favorevoli.

Se le cose stanno in questo modo, ne deriva una conseguenza: che l'archetipo non è soltanto un fattore d'ordine delle immagini psichiche – come teorizzava Jung –, ma possiede anche una propria capacità organizzativa per quanto riguarda la corporeità, tale da consentire che tra gli eventi fisici e le corrispettive immagini psichiche si strutturi un *continuum* in-formativo specifico di questa contemporaneità. La ricerca di questo *continuum*, sulla cui validità teorico-pratica non è il caso di discutere in quanto le scienze attuali biologiche e fisiche sembrano ormai averlo accettato come cardine del loro sviluppo, porta ad una conclusione, che l'inconscio collettivo di Jung vada oggi considerato in termini così estesi da contemplare tutto il panorama delle in-formazioni presenti nell'universo²⁰.



6. L'inconscio ecobiopsicologico

L'ecobiopsicologia, in questa prospettiva, può essere considerata la risposta innovatoria di lettura di questo campo in-formativo, i cui confini sono

¹⁸ A.D. Aczel, *Entanglement. Il più grande mistero della fisica*, Milano, 2004.

¹⁹ D. Bohm, *The Undivided Universe*, cit., *passim*.

²⁰ D. Frigoli, *Il linguaggio dell'anima. Fondamenti di ecobiopsicologia*, cit., p. 153 ss.; Id., *Il Telaio incantato della Creazione. Dalla particella elementare all'alchimia dell'anima*, cit., p. 144 ss.

così vasti da non poter essere conosciuti, ma solo intravisti tramite il linguaggio simbolico e analogico.

Che cosa significa il termine ecobiopsicologia? La scienza ci ricorda che tutta la natura e l'evoluzione delle forme viventi (aspetto *eco*) è sedimentato nel DNA del corpo dell'uomo (aspetto *bios*) e si risveglia nelle immagini psichiche dello stesso come fenomeni interconnessi con il corpo²¹. L'ecobiopsicologia quindi, può essere intesa come lo sguardo olistico che permette di guardare al mondo, al corpo dell'uomo e alla sua psiche nella loro gerarchia in-formativa di energia e materia, strutturate in modo diverso. Ad es., si sa che l'evoluzione delle forme viventi origina dal mare primordiale, il quale si presenta nel corpo dell'uomo sotto forma di plasma sanguigno, tanto che i biologi ne riconoscono la medesima composizione chimica. Nei casi di urgenza di "trasformazione" psicologica, le immagini oniriche più comuni per esprimere questa necessità sono costituite o dal tuffarsi nel mare o dall'emergere dalle sue acque²².

Da dove nascono queste immagini collettive di rinnovamento, se non dalle emozioni, connesse alla propria nascita e dai ricordi sedimentati nel DNA, in cui si ritrovano tutte le tappe evolutive dei passaggi dalla culla del mare primordiale allo sviluppo della filogenesi?²³

Il campo psichico, o meglio in-formativo, fra il corpo dell'uomo e la sua storia evolutiva, messo a confronto con le immagini psichiche coerenti ai fenomeni corporei indagati, designa la presenza di una centralità organizzativa che l'ecobiopsicologia ha chiamato Sé psicosomatico, ad indicare la dimensione archetipica agente sia sul piano del corpo che sul piano della psiche.

Date queste premesse teoriche, la somatizzazione e gli argomenti centrali del *mainstream* psicologico, come il trauma, la dissociazione, la memoria, il linguaggio alexitimico, ecc. assumeranno un nuovo punto di vista, quello di essere l'espressione della storia del corpo e della sua relazione con l'archetipo, memorizzata nel profondo dei circuiti sinaptici. L'inconscio ecobiopsicologico – costituito dalle connessioni sottili, quasi istantanee, non evanescenti e non energetiche, tra le forme dell'universo e della natura, sedimentate nel DNA dell'uomo – ubbidisce ai criteri del pensiero analogico e simbolico inseriti nella logica della sincronicità. Il pensiero analogico e simbolico riuscendo a combinare gli elementi più diversi in una descrizione unitaria, assolve la funzione di mediazione fra la potenza irrazionale dell'inconscio e il "senso" manifesto di esso, così come appare alla coscienza²⁴.

²¹ D. Frigoli (a cura di), *Psicosomatica e simbolo. Saggi di ecobiopsicologia*, Roma, 2010, p. 31 ss.

²² D. Frigoli, *L'archetipo del Sé e l'Ecobiopsicologia*, in *Ricerca psicoanalitica*, Anno XXXI, n° 2, 2020, p. 349.

²³ D. Frigoli, *Il Telaio incantato della Creazione. Dalla particella elementare all'alchimia dell'anima*, cit., p. 165 ss.

²⁴ D. Frigoli, *L'archetipo del Sé e l'Ecobiopsicologia*, cit., p. 348; Id., *Il linguaggio dell'anima. Fon-*

7. La terapia ecobiopsicologica

Come si è accennato più sopra, il campo di applicazione della cura ecobiopsicologica, non soltanto riguarda tutte le somatizzazioni, da quelle meno gravi a quelle più complesse che riguardano le malattie autoimmunitarie e i tumori, ma riguarda anche tutti i disturbi psicologici ai quali offre una comprensione più attenta alle vicissitudini dell'esistenza. Nel caso, ad esempio, che sin dall'età infantile siano presenti cefalee muscolo-tensive – accompagnate da sintomi neurovegetativi quali fotofobia (fastidio alla luce), lacrimazione, nausea e spesso vomito – inserite in un quadro clinico di un clima familiare dominato da ostilità, aggressività più o meno esplicita, il terapeuta ecobiopsicologico rileverà che:

- le emozioni e gli affetti traumatizzanti si sono somatizzati in fantasie ostili rimuginare continuamente nella psiche;
- tale atto di ruminazione ossessiva ha coinvolto l'area frontale della testa, nella quale i poli frontali del cervello sono responsabili dei processi elaborativi del pensiero;
- accanto ai nuclei ostili, in questi pazienti sono presenti profonde angosce di colpa per l'aggressività rimossa o negata, che verrà espressa attraverso la lacrimazione accessoria;
- la fotofobia verrà interpretata come la difficoltà da parte del paziente alla presa di coscienza del conflitto inconscio basato sull'aggressività rimossa o negata;
- la nausea e il vomito rappresenteranno l'espressione primaria di un rifiuto come incapacità a tollerare psichicamente fantasie ostili.

In questo quadro complesso, alcuni aspetti delle somatizzazioni potranno essere esplorati ricorrendo utilmente alla psicologia post-freudiana, come ad es. il tema del conflitto e delle sue rappresentazioni psichiche; altri alla psicologia archetipica, come ad esempio la scelta inconscia della testa per esprimere il nodo fra "emozione e "consapevolezza, in quanto archetipicamente parlando la testa è stata *costruita* nel cammino filogenetico come la sede della consapevolezza. Se nel caso delle cefalee muscolo-tensive le fantasie rimosse o negate riguardano il tema generale di una aggressività inconsciamente vissuta come pericolosa, sul piano dell'espressività esplicita, andando a fondo della comprensione di questi quadri clinici, il terapeuta dovrà esplorare anche le metafore con cui tali pazienti descrivono il loro disagio, perché in esse si nascondono le "fantasie specifiche" di vicissitudini esistenziali non elaborate a livello cosciente. Ben diverso sarà ad esempio parlare del proprio mal di testa come un "dolore bruciante" o "costrittivo simile a una morsa" o "trafittivo come se tanti spilli

mi pungessero” o “come un peso insopportabile che mi schiaccia, ecc. perché la scelta di tali terminologie, scaturita dal profondo dell’inconscio, lascia intuire emozioni differenti, ognuna delle quali rimanderà a significati analogici da ricondursi a traumi ben specifici²⁵.

Tramite l’analogia e il simbolo, dunque, l’ecobiopsicologia affronta la storia clinica dei pazienti, le loro vicissitudini traumatiche, gli eventi dolorosi dell’esistenza, i sogni, i comportamenti e le abitudini, cercando di costruire un campo coerente basato sull’importanza dell’archetipo del Sé come fattore d’ordine degli eventi corporei e delle immagini psichiche ad essi paralleli. Questo campo coerente opera attraverso immagini specifiche, e oggi noi sappiamo quanto le neuroscienze diano importanza all’immaginario che ha origine nella profondità delle emozioni del corpo, e si rappresenta poi nel sistema limbico del cervello attraverso i sentimenti e le immagini, per diventare da ultimo “parola” nella corteccia prefrontale²⁶.

La conoscenza per immagini è dunque di tipo empatico, molto più primitiva di quella concettuale, essa si organizza ontogeneticamente e filogeneticamente tramite l’emisfero destro, che matura prima del sinistro, grazie alle sue maggiori connessioni con i centri primitivi del tronco cerebrale e del sistema limbico. Mc Gilchrist dimostra che l’emisfero destro tende a vedere le cose come interi, e le vede inseriti in contesti con altre cose attraverso la costruzione di *gestalt* totali o di reti in-formative. Preferendo la novità e l’incertezza esso predilige la metafora rispetto al significato letterale, e media l’interpretazione del mondo servendosi dell’empatia, dell’analogia e del simbolo, piuttosto che della specificazione letterale delle definizioni. Si può dire pertanto che l’emisfero destro è più interessato al significato non letterale e connotativo rispetto all’emisfero sinistro, che è specializzato nel linguaggio “denotativo” proprio della scienza²⁷.

Date queste premesse, il terapeuta ecobiopsicologico, nell’incontro intersoggettivo con il paziente, sarà in grado di sperimentare atteggiamenti e stili emotivi destinati a riparare i traumi che dal paziente erano vissuti come insopportabili e indicibili, affinché si possano rendere gli stessi rappresentabili in nuovi costrutti accessibili al linguaggio. Se la salute è rappresentata da un equilibrio dinamico del soggetto appartenente alla rete della vita, la malattia

²⁵ D. Frigoli, *L’archetipo del Sé e l’ecobiopsicologia*, cit., p. 350.

²⁶ A. Damasio, *Il Sé viene dalla mente*, Milano, 2012, p. 140 ss.; Id., *Lo strano ordine delle cose*, Milano, 2018, p. 170 ss.

²⁷ J. Mc Gilchrist, *The Master and his Emissary. The Divided Brain and the Making of the Western World*, Yale University Press, 2009; A.N. Shore, *The Development of the Unconscious Mind*, New York, 2019.

dovrebbe essere considerata sempre un “disequilibrio in-formativo” con cui il terapeuta dovrebbe essere in grado di confrontarsi per poterlo riparare²⁸.

Ciò significa che ogni informazione va decodificata nel duplice codice di significato segnico e simbolico, per poter riportare il sistema-uomo in equilibrio con se stesso e le reti della vita. Il terapeuta che opera secondo tale criterio si deve confrontare con l’universo sub-simbolico del corpo del paziente, consentendogli la possibilità di esprimersi nell’universo simbolico non verbale delle immagini, sino al simbolico verbale del linguaggio, per ritrovare fra questi differenti domini dell’esperienza umana quella “coerenza” in-formativa espressione dell’attività arche tipica. È solo attraverso la conoscenza di questi passaggi che può essere possibile allo psicoterapeuta di gettare le basi di una nuova cornice epistemologica nella quale mente, corpo e natura fanno parte di un unico campo in-formativo, descritto dalla fisica quantistica come Campo-A.

Nella terapia occorre che la comunicazione tra paziente e terapeuta avvenga da cervello destro a cervello destro, perché solo in questo modo che può avvenire lo smantellamento delle difese anti-totalità del paziente. A causa della plasticità del cervello, occorre che una riparazione del genere avvenga più che dal vocabolario tecnico, dalla metafora, dall’analogia e dai simboli del terapeuta, unici strumenti in grado di riparare le esperienze implicite del paziente dissociate dal trauma.

Da tutto quanto sin qui espresso, emerge la necessità di nuove “terapie informazionali” che siano in grado di permettere un approccio complesso al paziente in cui gli interventi farmacologici e non farmacologici (uso di sostanze biologiche), le medicine complementari e la psicoterapia possano intersecarsi e intervenire armonicamente sull’individuo, tenendo conto dell’intera rete informativa e dell’inscindibilità mente e corpo. Una tale valutazione consentirebbe di creare interventi *ad personam*, in cui il trattamento sia mirato a riordinare neghentropicamente, attraverso messaggi precisi, l’intero sistema psicosomatico, integrando le emozioni inconsce con quelle conscie.

La relazione è dunque il cardine della terapia informazionale, alla condizione che essa non si limiti ad esplorare solo il complesso dell’Io, ma aspiri a focalizzarsi sulla ricerca del Sé, riflettendo sempre che la cura delle emozioni tempestose che si generano quando l’anima si confronta con la storia del corpo, può essere attenuata quando si ricreano le connessioni fra affetto e immagine, fra presente e passato, le sole in grado di permettere all’Io di non sentirsi più estraneo ai comandi del Sé.

²⁸ P.M. Biava, D. Frigoli, E. Laszlo, *Dal segno al simbolo. Il Manifesto del Nuovo Paradigma in Medicina*, Bologna, 2014, p. 51 ss.

Riferimenti bibliografici

A.D. Aczel, *Entanglement. Il più grande mistero della fisica*, Milano, 2004; P.M. Biava, D. Frigoli, E. Laszlo, *Dal segno al simbolo. Il Manifesto del Nuovo Paradigma in Medicina*, Bologna, 2014; D. Bohm, *The Undivided Universe*, London, 1993; F. Capra, P.G. Luisi, *Vita e Natura. Una visione sistemica*, Sansepolcro-Arezzo, 2014; A. Damasio, *Il Sé viene dalla mente*, Milano, 2012; A. Damasio, *Lo strano ordine delle cose*, Milano, 2018; D. Frigoli (a cura di), *Psicosomatica e simbolo. Saggi di ecobiopsicologia*, Roma, 2010; D. Frigoli, *La fisica dell'anima. Riflessioni ecobiopsicologiche in psicoterapia*, Bologna, 2013; D. Frigoli, *Il linguaggio dell'anima. Fondamenti di ecobiopsicologia*, Roma, 2016; D. Frigoli, *L'archetipo del Sé e l'ecobiopsicologia*, in *Ricerca psicoanalitica*, 2020; D. Frigoli, *Il Telaio incantato della Creazione. Dalla particella elementare all'alchimia dell'Anima*, Milano, 2022; Fung Yu-Lan (1948), *Storia della filosofia cinese*, Milano, 1975; M. Heidegger, *Essere e Tempo*, Milano 1976; Igino, *Miti*, a cura di G. Guidorizzi, Milano, 2000; J. Jacobi, *Complesso, Archetipo, simbolo*, Torino, 1971; C.G. Jung (1928), *L'io e l'inconscio*, Torino, 1967; C.G. Jung (1947-1954), *Riflessioni teoriche sull'essenza della psiche*, in Id., *Opere*, vol. VIII, Torino, 1976; E. Laszlo, *La scienza e il Campo Akashico*, Milano, 2009; J. Maldacena, *The Firewall Paradox*, in *New York Times*, 2013; H. Maturana, F. Valera, *L'albero della conoscenza*, Milano, 1987; J. Mc Gilchrist, *The Master and his Emissary. The Divided Brain and the Making of the Western World*, Yale University Press, 2009; A.N. Shore, *The Development of the Unconscious Mind*, New York, 2019; F. Zanasi, *Gaio Giulio Igino: L'inquietudine*, in www.homunculus.com, 2015.

Sezione II

LA RELAZIONE DI CURA

Relazione di cura, consenso informato e principi costituzionali

Benedetta Liberali

SOMMARIO: 1. Premessa. – 2. Quale consenso informato e quali diritti fondamentali. – 3. La costruzione del consenso informato in ambito medico: quali principi costituzionali. – 3.1. La costruzione del consenso informato a livello normativo primario. – 3.2. Il tempo “della” e “nella” relazione di cura. – 4. Qualche osservazione conclusiva. – 5. Postilla: il consenso informato, le vaccinazioni e la riserva di legge in materia di trattamenti sanitari obbligatori.

1. Premessa

Ragionare in una prospettiva interdisciplinare sulle problematiche sottese alla “cura della relazione” e alla “relazione di cura” consente di porre in rilievo molteplici ed eterogenei profili di interesse.

A questo proposito, ai fini dell’indagine che si intende proporre e che accosta le specifiche figure del medico e dell’avvocato, occorre fin da subito chiarire che non si potrà pervenire ad alcuna conclusione cristallizzata, ma si tenterà di individuare alcuni specifici “fili rossi” che interessano in modo trasversale le professioni prese in considerazione e le rispettive relazioni di cura, che legano medico e paziente, avvocato e cliente.

Queste relazioni professionali, peraltro, erano già state autorevolmente accostate da Francesco Carnelutti, che, pur chiedendosi se sarebbe stato possibile “tentare un paragone tra la partizione delle cosid[d]ette *materie* d’insegnamento nella medicina e nella giurisprudenza”, riteneva che una “verità” fosse “certa: che, a differenza dal futuro medico, il futuro giurista, finché rimane nell’università, «al contatto di quel reale, il cui possesso è la meta ultima della sua cultura», non arriva mai”¹.

¹ F. Carnelutti, *Clinica del diritto*, in *Rivista di diritto processuale civile*, 1935, II, parte I, p. 169, che si domandava anche se questa fosse una “inferiorità dell’insegnamento della giurisprudenza in confronto con quello della medicina” e, in caso di risposta positiva, se vi fosse un “modo di porvi rimedio”. L’A. affermava che indubabilmente questa inferiorità vi fosse, perché per dubitarne si sarebbe dovuto “credere che solo i medici e non i giuristi abbiano da fare col *reale* o, meglio, col *concreto*”: “Tanto noi quanto loro operiamo sull’uomo; varia il punto di vista ché essi lo considerano in sè, come *individuo* e perciò come *tutto*, e noi in relazione con gli altri uomini, come *cittadino* e così come *parte*; ma la materia è sempre una: la divina umanità”. In modo significativo, l’A. riteneva

Questo accostamento pone indirettamente due domande di cruciale rilievo.

La prima ci interroga intorno al perché questi rapporti professionali possano essere interessanti di per sé considerati: la risposta, evidentemente, risiede nell'importanza dei diritti fondamentali alla cui tutela gli stessi sono tesi; il secondo interrogativo riguarda la motivazione del loro peculiare accostamento, trattandosi di relazioni che coinvolgono diritti e interessi differenti: in questo caso è possibile, in effetti, cogliere tratti trasversali che sempre ben tenendo conto delle indubitabili differenze "qualitative" fra le due sembrano avvicinarle.

Tali interrogativi inducono a soffermarsi su due specifici aspetti.

Il primo riguarda la "costruzione" del consenso informato, sia a livello costituzionale sia a livello di fonti normative di rango primario; il secondo concerne l'individuazione dei profili problematici sottesi a entrambe le "relazioni di cura" (medico-paziente e avvocato-cliente), in relazione alle quali vengono in rilievo, ovviamente con diverse accezioni, la possibilità di configurare un diritto di "obiezione di coscienza" e la portata del "tempo" della cura e del rapporto professionale.

2. Quale consenso informato e quali diritti fondamentali

Se, come si è anticipato, l'interesse di riflessione su queste due specifiche relazioni professionali emerge dalla tipologia di diritti che le stesse mirano a tutelare e soddisfare, si può evidentemente cogliere un ulteriore profilo di omogeneità, che giustifica il loro stesso accostamento.

In entrambi i casi, infatti, è necessario che il medico e l'avvocato siano in grado di comunicare e di far comprendere i termini delle problematiche sottese al quadro di salute o alla questione giuridica che interessa rispettivamente il paziente e il cliente. Proprio in questa prospettiva si può cogliere l'importanza del flusso informativo che lega le due figure professionali (medico e avvocato) al rispettivo destinatario (paziente e cliente).

Nel primo caso, è funzionale e preliminare alla tutela effettiva del diritto alla salute (art. 32 Cost.) la garanzia del diritto di autodeterminazione nelle scelte e strategie terapeutiche, attraverso una serie di informazioni che consentono al paziente privo delle necessarie competenze di scegliere insieme al medico quale sia il percorso più adeguato alla propria condizione concreta.

Nel secondo caso, il diritto di difesa (art. 24 Cost.) può analogamente essere garantito e reso effettivo se l'avvocato condivide e prospetta al cliente

che il "giurista pratico, che ha almeno tre incarnazioni: legislatore, giudice e avvocato, taglia, come il medico, sulla carne viva", per concludere chiedendosi: "cosa si direbbe dunque di un dottore in medicina, al quale non abbiano fatto mai vedere un malato?"

tutta una serie di informazioni che permettono a questo ultimo di esercitare il proprio diritto di autodeterminazione nelle scelte e strategie difensive.

Sul carattere fondamentale del diritto di difesa e dei suoi corollari (e, quindi, sul rilievo e sulla portata che in generale le attività difensive dispiegano) non ci sono ovviamente dubbi, tenendo conto non solo della espressa lettera dell'art. 24 Cost., ma anche della interpretazione che della medesima disposizione ha fornito la Corte costituzionale².

In particolare, in questa sede preme porre in rilievo il nesso, da ultimo evidenziato dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 10 del 2022, fra il carattere fondamentale e inviolabile del diritto di difesa e la garanzia del pieno sviluppo della persona umana. Con tale decisione si è dichiarata l'illegittimità costituzionale della disciplina del patrocinio a spese dello Stato, nella parte in cui non prevedeva che tale diritto fosse riconosciuto ai non abbienti anche per l'attività difensiva svolta nel procedimento di mediazione obbligatoria concluso con un esito positivo. Alcuni passaggi della motivazione della decisione risultano particolarmente interessanti, nella prospettiva che si è delineata, poiché la Corte accoglie le questioni sollevate rispetto a entrambe le disposizioni costituzionali parametro (artt. 3, primo e secondo comma, e 24, terzo comma, Cost.).

Rispetto al primo profilo e, dunque, alla valutazione intorno alla ragionevolezza della disciplina, la Corte sottolinea che “il nesso di strumentalità necessaria con il processo e la riconducibilità della mediazione alle forme di giurisdizione condizionata aventi finalità deflattive costituiscono elementi che rendono del tutto distonica e priva di alcuna ragionevole giustificazione l'esclusione del patrocinio a spese dello Stato quando la medesima mediazione si sia conclusa con successo e non sia stata in concreto seguita dalla proposizione giudiziale della domanda”. E, infatti, il patrocinio a spese dello Stato “risulta contraddittoriamente escluso proprio nei casi in cui il procedimento de quo ha raggiunto [...] lo scopo deflattivo prefissato dal legislatore”, così “traducendosi anche in una sorta di disincentivo verso quella cultura della mediazione che il legislatore stesso si è fatto carico di promuovere”.

Con riguardo poi alla condizione dei non abbienti, la Corte ha modo di ricordare che l'art. 24, terzo comma, Cost. ha lo scopo specifico di garantire a questa categoria di soggetti (“che non sono in grado di sopportare il costo di un processo”) “«l'effettività del diritto ad agire e a difendersi in giudizio, che il secondo comma del medesimo art. 24 Cost. espressamente qualifica come diritto inviolabile [...]»”. Rientrando tale diritto fra quelli “civili, inviolabili e caratterizzanti lo Stato di diritto”, essi “richiamano il compito assegnato alla

² La Corte costituzionale al proposito ha espressamente qualificato come diritto inviolabile quello di agire e difendersi in giudizio nelle sentenze nn. 157 del 2021, 80 del 2020, 178 del 2017, 101 del 2012, 139 del 2010, oltre che nell'ordinanza n. 458 del 2002.

Repubblica dall'art. 3, secondo comma, Cost. affinché siano predisposti i mezzi necessari per garantire ai non abbienti le giuste chances di successo nelle liti, rimediando a un problema di asimmetrie – derivante dagli ostacoli di ordine economico che impediscono «di fatto» di compensare il difensore – che non può trovare soluzione nell'ambito dell'eguaglianza solo formale”.

Quello che può essere definito lo sforzo economico assicurato dall'ordinamento per rendere effettivo l'esercizio di un diritto fondamentale come quello alla difesa in giudizio deve, evidentemente, trovare un proprio “punto di equilibrio tra garanzia del diritto di difesa per i non abbienti e necessità di contenimento della spesa pubblica in materia di giustizia”, la cui modulazione mai può spingersi fino a “impedire a chi versa in una condizione di non abbienza «l'effettività dell'accesso alla giustizia, con conseguente sacrificio del nucleo intangibile del diritto alla tutela giurisdizionale»”.

Tale passaggio argomentativo si rivela particolarmente interessante ai fini che qui interessano perché la Corte non si limita a ribadire la natura fondamentale del diritto di difesa (anche per i soggetti non abbienti), ma collega tale natura alla garanzia del pieno sviluppo della persona: in particolare, la Corte esplicita simile collegamento rilevando come siano (addirittura) “nitidamente in gioco il «pieno sviluppo della persona umana» (art. 3, secondo comma, Cost.) e l'intero impianto dell'inviolabile diritto al processo di cui ai primi due commi dell'art. 24 Cost.”³.

Il settore medico-scientifico certamente offre un campo di riflessione e analisi forse più fecondo e anche maggiormente evocativo rispetto ai profili che si sono posti in rilievo nelle osservazioni introduttive e tenendo conto dell'interrogativo di fondo che collega il dovere informativo da parte del medico (e dell'avvocato) nei confronti del paziente (e del cliente) ai fini della costruzione del consenso informato, funzionale anch'esso a garantire il diritto alla salute (e il diritto di difesa).

Come si è già anticipato, proprio il raffronto che è possibile effettuare fra diritto alla salute e diritto di difesa (unitamente alle rispettive e pur differenti relazioni di cura) consente, in parte, di estendere anche a questo ultimo alcune considerazioni che sicuramente valgono per il primo.

³ Di conseguenza, prosegue la Corte, “l'argomento dell'equilibrio di bilancio recede di fronte alla possibilità, per il legislatore, di intervenire, se del caso, a ridurre quelle spese che non rivestono il medesimo carattere di priorità: è anche in tal senso che questa Corte ha affermato che «è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione»”.

3. La costruzione del consenso informato in ambito medico: quali principi costituzionali

Se, come si è sottolineato, la relazione di cura nel rapporto fra medico e paziente è strettamente correlata e funzionale alla tutela e alla effettiva garanzia del diritto alla salute, la relativa importanza si riflette necessariamente sulla stessa “costruzione” del consenso informato e, dunque, del flusso informativo che intercorre fra il primo e il secondo.

Se di questa relazione di cura e del sotteso consenso informato non troviamo esplicita menzione nella nostra Costituzione, i principi a essi sottesi sono stati progressivamente disegnati dalla Corte costituzionale con una interpretazione evolutiva, complessiva e organica che si fonda sugli artt. 2, 13 e 32 Cost.

Con tale interpretazione, inoltre, la Corte ha posto in stretta connessione la tutela del diritto alla salute e il consenso informato anche con il ruolo sia del legislatore (chiamato a regolamentare, in certi casi, alcuni profili della concreta applicazione di protocolli medici e, quindi, a individuare il “ragionevole” punto di equilibrio nel rapporto fra scienza e diritto) sia del medico (cui deve riconoscersi un certo margine di autonomia, fondata sulla specifica competenza professionale e sulla conseguente assunzione di responsabilità nei confronti dei pazienti).

A questo proposito rilevano innanzitutto le sentenze nn. 282 del 2002 e 338 del 2003 con cui la Corte ha deciso alcune questioni relative a leggi regionali che ponevano un divieto di ricorso a determinate terapie e trattamenti. In particolare, veniva censurata la legge della Regione Marche n. 26 del 2001 (*Sospensione della terapia elettroconvulsivante, della lobotomia prefrontale e transorbitale ed altri simili interventi di psichirurgia*), che, dopo aver esplicitato “generiche finalità di tutela della salute e di garanzia della integrità psicofisica delle persone”, disponeva che fosse “sospesa, su tutto il territorio della regione” sia “l’applicazione della terapia elettroconvulsivante (TEC)” sia “la pratica della lobotomia prefrontale e transorbitale ed altri simili interventi di psichirurgia”: “in entrambi i casi ‘fino a che il Ministero della salute non definisca in modo certo e circostanziato le situazioni cliniche per le quali tale terapia [rispettivamente la TEC, o c.d. elettroshock, e la pratica degli accennati interventi di psichirurgia], applicata secondo protocolli specifici, è sperimentalmente dimostrata efficace e risolutiva e non è causa di danni temporanei o permanenti alla salute del paziente”⁴.

⁴ Corte cost., sentenza n. 282 del 2002, sulla quale si vedano le osservazioni di L. Violini, *La tutela della salute e i limiti al potere di legiferare: sull’incostituzionalità di una legge regionale che vieta specifici interventi terapeutici senza adeguata istruttoria tecnico scientifica*, in *Le Regioni*, 2002, VI, p. 1450 ss.

Venivano inoltre censurate le analoghe disposizioni della legge della Regione Piemonte n. 14 del 2002 (*Regolamentazione sull'applicazione della terapia elettroconvulsivante, la lobotomia prefrontale e transorbitale ed altri simili interventi di psicoturgia*) e della legge della Toscana n. 39 del 2002 (*Regole del sistema sanitario regionale toscano in materia di applicazione della terapia elettroconvulsivante, la lobotomia prefrontale e transorbitale ed altri simili interventi di psicoturgia*). La prima disciplinava il consenso informato nella specifica pratica della terapia elettroconvulsivante, stabilendo il “divieto di utilizzare in tutte le strutture regionali la TEC sui bambini e gli anziani”. Per le donne in gravidanza veniva posto lo stesso divieto a meno che la sua applicazione venisse richiesta dalla paziente e “autorizzata anche dal coniuge e dai familiari diretti”. Era, inoltre, vietato “utilizzare in tutte le strutture regionali la lobotomia prefrontale e transorbitale”. Veniva eliminata anche ogni “responsabilità professionale del medico che decida di non ricorrere alla TEC, alla lobotomia prefrontale e transorbitale e ad altri simili interventi di psicoturgia, salvo rispondere dei propri atti nei termini previsti dalla normativa sulla responsabilità professionale”⁵. La seconda, sempre in materia di consenso informato rispetto alla TEC, stabiliva un analogo divieto di ricorso a tale tecnica sui minori, sugli anziani oltre i sessantacinque anni di età e sulle donne in gravidanza, “se non in caso di eccezionale e comprovata necessità medica, su espressa richiesta e autorizzazione dei familiari diretti del paziente nel caso dei minori” oppure del paziente stesso negli altri casi, “sempre e comunque salvaguardando la tutela della vita, della salute e della piena dignità del paziente”. Inoltre, si vietava di utilizzare nel sistema sanitario della Regione la lobotomia prefrontale e transorbitale e altri simili interventi di psicoturgia, prevedendo l'adozione di specifiche linee guida sull'utilizzo della TEC e sulle procedure del consenso e di autorizzazione che avrebbero dovuto essere “adottate dalla Giunta regionale, su conforme indicazione della Comunità scientifica toscana e acquisito il parere della Commissione regionale di bioetica”⁶.

In queste occasioni, la Corte ha stabilito in modo significativo che la “pratica terapeutica si pone [...] all'incrocio fra due diritti fondamentali della persona malata: quello ad essere curato efficacemente, secondo i canoni della scienza e dell'arte medica; e quello ad essere rispettato come persona, e in particolare nella propria integrità fisica e psichica”. Secondo la Corte tali diritti e il confine fra i medesimi devono sempre essere rispettati e “a presidiarne l'osservanza in concreto valgono gli ordinari rimedi apprestati dall'ordinamento,

⁵ Corte cost., sentenza n. 338 del 2003.

⁶ *Ibidem*.

nonché i poteri di vigilanza sull'osservanza delle regole di deontologia professionale, attribuiti agli organi della professione”⁷.

A meno che non vengano individuati altri diritti e doveri costituzionali, infatti, “non è, di norma, il legislatore a poter stabilire direttamente e specificamente quali siano le pratiche terapeutiche ammesse, con quali limiti e a quali condizioni”. E ciò è tanto più vero se si considera che, in fondo, “la pratica dell'arte medica si fonda sulle acquisizioni scientifiche e sperimentali, che sono in continua evoluzione”: da qui, l'individuazione della “regola di fondo in questa materia [che] è costituita dalla autonomia e dalla responsabilità del medico che, sempre con il consenso del paziente, opera le scelte professionali basandosi sullo stato delle conoscenze a disposizione”⁸.

La Corte esplicita questa profonda connessione, sottolineando come l'autonomia del medico nel compimento delle proprie scelte professionali legate al singolo caso concreto si accompagni necessariamente al dovere di tenere conto dello stato delle conoscenze scientifiche, assumendosene di conseguenza la relativa responsabilità: ciò segna quello che la Corte definisce “un altro punto di incrocio dei principi di questa materia”⁹.

Come si è anticipato, nell'incrocio o intreccio fra scienza e diritto, che richiama i profili di autonomia, responsabilità e competenza innanzitutto del medico, sempre funzionali a garantire il diritto alla salute fondato su un consapevole e informato consenso, si inserisce inevitabilmente anche il legislatore, laddove intenda regolamentare le modalità di accesso a (e di applicazione di) determinati trattamenti sanitari.

A questo proposito la Corte chiarisce che “un intervento sul merito delle scelte terapeutiche in relazione alla loro appropriatezza non potrebbe nascere da valutazioni di pura discrezionalità politica dello stesso legislatore, bensì dovrebbe prevedere l'elaborazione di indirizzi fondati sulla verifica dello stato delle conoscenze scientifiche e delle evidenze sperimentali acquisite, tramite istituzioni e organismi – di norma nazionali o sovranazionali – a ciò deputati, dato l'‘essenziale rilievo’ che, a questi fini, rivestono ‘gli organi tecnico-scientifici’ [...]; o comunque dovrebbe costituire il risultato di una siffatta verifica”¹⁰.

Il riferimento agli organi tecnici e scientifici viene ulteriormente specificato nella successiva decisione del 2003, laddove la Corte nel censurare il riferimento contenuto nella legge della Regione Toscana alla propria comunità scientifica territorialmente definita afferma che “il riferimento limitativo ad una non meglio precisata ‘Comunità scientifica toscana’ come base tecnica per

⁷ Corte cost., sentenza n. 282 del 2002.

⁸ *Ibidem.*

⁹ *Ibidem.*

¹⁰ *Ibidem.*

l'elaborazione delle linee guida si pone in contraddizione con il carattere, di norma nazionale o sovranazionale, delle acquisizioni e delle valutazioni tecnico-scientifiche sul cui fondamento i sanitari sono chiamati ad operare, non potendosi certo ammettere, per la stessa ragione per cui è precluso un intervento legislativo regionale sul merito delle scelte terapeutiche, un vincolo, in una sola Regione, a rispettare indicazioni provenienti da un solo settore, territorialmente circoscritto, della comunità scientifica¹¹.

Posti questi principi generali e i conseguenti limiti che incontra la discrezionalità del legislatore, consegue quale naturale corollario della complessiva regolamentazione il riconoscimento alla Corte del relativo margine di intervento per sindacare la cd. ragionevolezza scientifica delle scelte legislative, nelle materie in cui viene in rilievo lo stato e l'evoluzione delle conoscenze scientifiche¹².

¹¹ Corte cost., sentenza n. 338 del 2003.

¹² Sul sindacato costituzionale relativo alla cd. ragionevolezza scientifica si vedano C. Casonato, *La scienza come parametro interposto di costituzionalità*, in *Rivista AIC*, 2016, II, p. 1 ss.; G. D'Amico, *Scienza e diritto nella prospettiva del giudice delle leggi*, Messina, 2008; S. Penasa, *Verso una teoria della ragionevolezza scientifica: parametro costituzionale o metodo legislativo*, in B. Liberali, L. Del Corona (a cura di), *Diritto e valutazioni scientifiche*, Torino, 2022, p. 131 ss.; A. Iannuzzi, *Il diritto capovolto. Regolazione a contenuto tecnico-scientifico e Costituzione*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2018, e L. Del Corona, *Libertà della scienza e politica. Riflessioni sulle valutazioni scientifiche nella prospettiva del diritto costituzionale*, Torino, 2022, oltre che, con riguardo specifico ai temi della fecondazione assistita e dell'interruzione di gravidanza, S. Penasa, *La legge della scienza: nuovi paradigmi di disciplina dell'attività medico-scientifica. Uno studio comparato in materia di procreazione medicalmente assistita*, Napoli, 2015, e volendo B. Liberali, *Problematiche costituzionali nelle scelte procreative. Riflessioni intorno alla fecondazione medicalmente assistita e all'interruzione volontaria di gravidanza*, Milano, 2017.

Sul rapporto fra scienza e diritto e, in particolare, con riguardo ai limiti posti alla discrezionalità normativa, si deve anche richiamare quanto stabilito dal giudice amministrativo in relazione all'impugnazione delle linee guida in materia di interruzione volontaria di gravidanza adottate dalla Regione Lombardia, con il Decreto della Direzione generale della Sanità n. 327 del 22 gennaio 2008 (*Atto di indirizzo per la attuazione della legge 22 maggio 1978 n. 194 «Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza»*).

Il TAR Lombardia, con la sentenza n. 7735 del 2010, dichiara la parziale illegittimità dell'atto regionale, laddove, fra gli altri profili, avevano cristallizzato il limite temporale massimo per l'interruzione di gravidanza terapeutica (ventidue settimane più tre giorni), così fissando rigidamente il momento di autonoma vitalità del feto, che invece la legge n. 194 non indica. A questo proposito il TAR chiarisce che tale circostanza non è stata "frutto di una svista" né è "sintomo di incapacità del legislatore nazionale", ma esprime una "scelta precisa, consapevole e ponderata", poiché "in taluni casi non è opportuno imbrigliare in una disposizione legislativa parametri che possono variare a seconda delle condizioni che si presentano nelle innumerevoli, sempre diverse, fattispecie concrete e che, soprattutto, possono variare a seconda del livello raggiunto dalle acquisizioni scientifiche e sperimentali in dato momento storico. È proprio per questa ragione che si è preferito lasciare che l'accertamento circa la possibilità di vita autonoma del feto sia condotto caso per caso dal medico che segue la gestante". In particolare, la scelta del legislatore è stata tesa a "non interferire in un giudizio volutamente riservato agli operatori, i quali [...] debbono poter effettuare le proprie valutazioni esclusivamente sulla base delle risultanze degli accertamenti svolti caso per caso e sulla base del livello di acquisizioni scientifiche e sperimentali raggiunto nel momento in cui vengono formulate le valutazioni stesse". Sia consentito il rinvio alle più ampie considerazioni svolte sul punto in B.

Questi profili, peraltro, sono stati successivamente confermati dalla stessa Corte costituzionale in diverse occasioni, pur sempre senza mai attivare formale attività istruttoria, in relazione a materie eterogenee.

A questo riguardo si pensi alla materia della fecondazione medicalmente assistita, a partire dalla nota sentenza n. 151 del 2009, relativa ai limiti di creazione di un massimo di tre embrioni per ogni ciclo di stimolazione ovarica con connesso obbligo di contestuale e unico impianto degli stessi, con cui espressamente si ricorda che “la giurisprudenza costituzionale ha ripetutamente posto l’accento sui limiti che alla discrezionalità legislativa pongono le acquisizioni scientifiche e sperimentali, che sono in continua evoluzione e sulle quali si fonda l’arte medica: sicché, in materia di pratica terapeutica, la regola di fondo deve essere la autonomia e la responsabilità del medico, che, con il consenso del paziente, opera le necessarie scelte professionali”¹³.

Si pensi, ancora, alle cure cd. Di Bella e Stamina, sulle quali la Corte ha avuto occasione di intervenire rispettivamente con la sentenza n. 185 del 1998, con cui ha dichiarato l’illegittimità costituzionale del decreto-legge n. 23 del 1998 (*Disposizioni urgenti in materia di sperimentazioni cliniche in campo oncologico e altre misure in materia sanitaria*), laddove non prevedeva l’erogazione da parte del servizio sanitario nazionale dei medicinali relativi alla cura delle patologie tumorali in favore dei soggetti che siano in condizioni di insufficienti disponibilità economiche, “secondo i criteri stabiliti dal legislatore, nei limiti oggettivi, soggettivi e temporali di cui in motivazione”¹⁴, e la sentenza n. 274 del 2014, con cui ha respinto le questioni sollevate, ribadendo che le “decisioni sul merito delle scelte terapeutiche, in relazione alla loro appropriatezza, non

Liberali, *Il problematico intervento delle Linee guida ministeriali e regionali nelle materie in cui viene in rilievo l’evoluzione scientifica*, in *BioLaw Journal*, 2016, I, p. 241 ss. Si vedano le osservazioni di F. Biondi, *La sentenza del TAR per la Lombardia che ha annullato le linee guida regionali in tema di interruzione volontaria di gravidanza*, in *Forum cost.*, 4 febbraio 2011, p. 1 ss., e di S. Catalano, *Note a margine del decreto della Regione Lombardia di ‘attuazione’ della legge 22 maggio 1978, n. 194*, ivi, 1 aprile 2008, p. 1 ss.

¹³ Corte cost., sentenza n. 151 del 2009, sulla quale si vedano le numerose osservazioni pubblicate in M. D’Amico, I. Pellizzone (a cura di), *I diritti delle coppie infertili. Il limite dei tre embrioni e la sentenza della Corte costituzionale*, Milano, 2010, e di G. Ferrando, *Diritto alla salute della donna e tutela degli embrioni: la Consulta fissa nuovi equilibri*, in *Corr. giur.*, 2009, IX, p. 1216 ss.; E. Dolcini, *Embrioni nel numero “strettamente necessario”: il bisturi della Corte costituzionale sulla legge n. 40 del 2004*, in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 2009, II, p. 950 ss.; M. Manetti, *Procreazione medicalmente assistita: una political question disinnescata*, in *Giur. cost.*, 2009, III, p. 1688 ss.; L. Trucco, *Procreazione assistita: la Consulta, questa volta, decide (almeno in parte) di decidere*, in *Giur. it.*, 2010, II, p. 281 ss., e C. Tripodina, *La Corte costituzionale, la legge sulla procreazione medicalmente assistita e la «Costituzione che non vale più la pena difendere»?*, in *Giur. cost.*, 2009, III, p. 1696 ss.

¹⁴ Corte cost., sentenza n. 185 del 1998, su cui si vedano C. Colapietro, *La salvaguardia costituzionale del diritto alla salute e l’effettività della sua tutela nella sperimentazione del “Multitrattamento Di Bella”*, in *Giur. it.*, 1999, I, p. 160 ss., e T. Groppi, *La Corte costituzionale tra “fatto legislativo” e “fatto sociale”*, in *Giur. cost.*, 1998, V, p. 2798 ss.

potrebbero nascere da valutazioni di pura discrezionalità politica del legislatore, bensì dovrebbero prevedere «l'elaborazione di indirizzi fondati sulla verifica dello stato delle conoscenze scientifiche e delle evidenze sperimentali acquisite, tramite istituzioni e organismi – di norma nazionali e sovra-nazionali – a ciò deputati, dato l'essenziale rilievo che a questi fini rivestono gli organi tecnico-scientifici»¹⁵.

La Corte, inoltre, ha avuto diverse occasioni per intervenire in materia di vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, anche in relazione a quelle contro il Covid-19. Rispetto alle vaccinazioni obbligatorie per i minori di sedici anni, introdotte con il decreto legge n. 73 del 2017 (*Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale*), la Corte ha ribadito di aver “già chiarito che il diritto della persona di essere curata efficacemente, secondo i canoni della scienza e dell'arte medica, e di essere rispettata nella propria integrità fisica e psichica [...] deve essere garantito in condizione di eguaglianza in tutto il paese, attraverso una legislazione generale dello Stato basata sugli indirizzi condivisi dalla comunità scientifica nazionale e internazionale. Tale principio vale non solo [...] per le scelte dirette a limitare o a vietare determinate terapie o trattamenti sanitari, ma anche per l'imposizione di altri. Se è vero che il «confine tra le terapie ammesse e terapie non ammesse, sulla base delle acquisizioni scientifiche e sperimentali, è determinazione che investe direttamente e necessariamente i principi fondamentali della materia» [...], a maggior ragione, e anche per ragioni di eguaglianza, deve essere riservato allo Stato [...] il compito di qualificare come obbligatorio un determinato trattamento sanitario, sulla base dei dati e delle conoscenze medico-scientifiche disponibili»¹⁶.

¹⁵ Corte cost., sentenza n. 274 del 2014, secondo cui “la promozione di una sperimentazione clinica per testare l'efficacia, ed escludere collaterali effetti nocivi, di un nuovo farmaco non consente, di regola, di porre anticipatamente a carico di strutture pubbliche la somministrazione del farmaco medesimo: e ciò per evidenti motivi di tutela della salute, oltre che per esigenze di corretta utilizzazione e destinazione dei fondi e delle risorse a disposizione del Servizio sanitario nazionale. Nel caso in esame, il legislatore del 2013 – nel dare corso ad una «sperimentazione [...]» concernente l'impiego di medicinali per terapie avanzate a base di cellule staminali mesenchimali – ha parzialmente derogato ai principi di cui sopra. Ma lo ha fatto intervenendo nella particolare situazione fattuale, innanzi ricordata, che vedeva, in concreto, già avviati trattamenti con cellule staminali per iniziativa di vari giudici che, in via cautelare, avevano ordinato a strutture pubbliche di effettuarli”. Secondo la Corte costituzionale, in “tale anomalo contesto”, il legislatore, “privilegiando principi di continuità terapeutica ed esigenze di non interferenza con provvedimenti dell'autorità giudiziaria, ha quindi consentito la prosecuzione dei trattamenti con cellule staminali già ‘avviati’ o già ordinati da singoli giudici. Irragionevole sarebbe l'estensione indiscriminata di siffatta, temporalmente circoscritta, deroga, che l'ordinanza di rimessione mira ad ottenere, facendo leva sugli evocati parametri costituzionali che, a torto, prospetta violati”. Sulla decisione si rinvia alle più ampie riflessioni di G. D'Amico, *Caso “Stamina”: la “lotta per la salute”*, in *Forum cost.*, 1 febbraio 2015, p. 1 ss.

¹⁶ Corte cost., sentenza n. 5 del 2018, che richiama espressamente le sentenze nn. 169 del 2017, 338 del 2003 e 282 del 2002.

Contestualmente la Corte, con la sentenza n. 268 del 2017, con cui ha esteso il diritto di indennizzo anche ai casi di menomazioni permanenti all'integrità fisica e psichica derivanti dalla vaccinazione raccomandata e non obbligatoria contro l'influenza, si è soffermata in modo molto significativo sul rapporto fra individuo e collettività, sottolineando che "le ragioni dell'estensione del riconoscimento del diritto all'indennizzo [...] non hanno mai comportato né comportano" da parte della Corte "valutazioni negative sul grado di affidabilità scientifica della somministrazione delle vaccinazioni": infatti, "la previsione dell'indennizzo [...] e la sua estensione [...] – pur sempre se sia accertato un nesso di causalità tra somministrazione del vaccino e menomazione permanente – completano il 'patto di solidarietà' tra individuo e collettività in tema di tutela della salute e rendono più serio e affidabile ogni programma sanitario volto alla diffusione dei trattamenti vaccinali, al fine della più ampia copertura della popolazione"¹⁷.

In relazione alle vaccinazioni contro il Covid-19 la Corte ha ulteriormente ribadito nella sentenza n. 14 del 2023 che il proprio sindacato sulla ragionevolezza delle scelte legislative idonee a incidere sul diritto alla salute e sulla sottesa libertà di autodeterminazione "va effettuato alla luce della concreta situazione sanitaria ed epidemiologica in atto" e, quindi, richiamando proprio la sentenza n. 268 del 2017, oltre che le sentenze nn. 5 del 2018 e 282 del 2002, "la discrezionalità del legislatore «deve essere esercitata alla luce delle diverse condizioni sanitarie ed epidemiologiche, accertate dalle autorità preposte [...]»", oltre che "alla luce «delle acquisizioni, sempre in evoluzione, della ricerca medica, che debbono guidare il legislatore nell'esercizio delle sue scelte in materia [...]»". In particolare, quindi, la Corte è chiamata a verificare, "innanzitutto, se il legislatore, nell'esercizio del suo potere discrezionale, si sia tenuto all'interno di un'area di attendibilità scientifica, alla luce delle migliori conoscenze raggiunte in quel momento storico, quali definite dalle autorità medico-scientifiche istituzionalmente preposte"¹⁸.

¹⁷ Corte cost., sentenza n. 268 del 2017. Sulle problematiche sottese ai vaccini, in generale, si vedano C. Pinelli, *Gli obblighi di vaccinazione fra pretese violazioni di competenze regionali e processi di formazione dell'opinione pubblica*, in *Giur. cost.*, 2018, I, p. 100 ss.; C. Salazar, *La Corte costituzionale "immunizza" l'obbligatorietà dei vaccini*, in *Quad. cost.*, 2018, II, p. 465 ss.; S. Penasa, *Obblighi vaccinali: un itinerario nella giurisprudenza costituzionale comparata*, ivi, I, p. 47 ss.; M. Tomasi, *Vaccini e salute pubblica: percorsi di comparazione in equilibrio fra diritti individuali e doveri di solidarietà*, in *Diritto pubblico comparato ed europeo*, 2017, II, p. 455 ss.; L. Busatta, *Quando l'esperienza insegna: le decisioni pubbliche sulle politiche vaccinali in una prospettiva di diritto comparato*, in B. Liberali, L. Del Corona (a cura di), *Diritto e valutazioni scientifiche*, cit., p. 431 ss., e, volendo, B. Liberali, *Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate tra scienza, diritto e sindacato costituzionale*, in *BioLaw Journal*, 2019, III, p. 115 ss.

¹⁸ Corte cost., sentenza n. 14 del 2023. Con specifico riguardo alle vaccinazioni contro il Covid-19 si vedano R. Romboli, *Aspetti costituzionali della vaccinazione contro il Covid-19 come diritto, come obbligo e come onere (certificazione verde Covid-19)*, in *Questione giustizia*, 2021, p. 1 ss.; A.

Tali conclusioni sono state ulteriormente riprese, ribadite e specificate nella sentenza n. 15 del 2023, in cui, sempre richiamando i propri precedenti, la Corte giunge a un ulteriore quadro di sintesi dei principi sottesi alla materia che vede strettamente connessi la scienza, l'attività normativa e il sindacato costituzionale. In particolare, la Corte conferma il "rilievo assai significativo" che assumono "l'evoluzione della ricerca scientifica e le determinazioni assunte dalle autorità, sovranazionali e nazionali preposte alla tutela della salute", che guidano il legislatore nella "elaborazione di indirizzi fondati sulla verifica dello stato delle conoscenze scientifiche e delle evidenze sperimentali acquisite", che deve avvenire "tramite istituzioni e organismi – di norma nazionali o sovranazionali – a ciò deputati"¹⁹.

I principi costituzionali (e l'interpretazione che ne ha dato la Corte costituzionale), sempre in assenza di un intervento organico e puntuale in materia, sono stati ulteriormente arricchiti in occasione del noto caso Englaro dalla Corte di cassazione, con la sentenza n. 21748 del 2007, e, quasi contestualmente, dalla stessa Corte costituzionale, nella sentenza n. 438 del 2008.

In relazione alla sentenza n. 21748 del 2007²⁰, a fronte della richiesta del tutore di una paziente in stato vegetativo permanente di interrompere l'idratazione e l'alimentazione artificiali, la Corte di cassazione ha individuato le due condizioni concorrenti in presenza delle quali il giudice può autorizzare tale interruzione: da un lato il carattere irreversibile dello stato vegetativo accertato sulla base delle conoscenze scientifiche internazionalmente riconosciute e dall'altro l'accertamento della volontà del paziente, in base a eterogenei elementi quali il modo di vivere della persona, la sua personalità e i suoi personali convincimenti. È significativo che la Corte di cassazione, per giungere a individuare queste due condizioni, abbia ancorato il percorso argomentativo della decisione proprio al consenso informato, che "costituisce, di norma, legittimazione e fondamento del trattamento sanitario: senza il consenso informato l'intervento del medico è sicuramente illecito, anche quando è nell'interesse del paziente; la pratica del consenso libero e informato rappresenta una forma di

Ruggeri, *Perché la Costituzione impone, nella presente congiuntura, di introdurre l'obbligo della vaccinazione a tappeto contro il Covid-19*, in *Giustizia insieme*, 2021, p. 1 ss.; A. Mangia, *Si caelum digito tetigeris. Osservazioni sulla legittimità costituzionale degli obblighi vaccinali*, in *Rivista AIC*, 2021, III, p. 432 ss., e A. Maniaci, *Introduzione di un obbligo vaccinale contro il Covid-19: profili di criticità*, in *Stato, Chiese e pluralismo confessionale*, 2021, XX, p. 47 ss.; oltre che B. Liberali, *Le vaccinazioni contro il Covid-19 davanti alla Corte costituzionale. Profili processuali e di merito*, in *Quaderni di diritto e politica ecclesiastica*, 2022, II, p. 341 ss.

¹⁹ Corte cost., sentenza n. 15 del 2023, che sul punto richiama specificamente le sentenze nn. 162 del 2014 e 8 del 2011, oltre che le sentenze nn. 185 del 1998 e 282 del 2022.

²⁰ Sulla decisione si rinvia a C. Casonato, *Consenso e rifiuto delle cure in una recente sentenza della Cassazione*, in *Quad. cost.*, 2008, III, p. 545 ss.

rispetto per la libertà dell'individuo e un mezzo per il perseguimento dei suoi migliori interessi”.

Alla luce della ricostruzione della portata dei principi sottesi al consenso informato, ricostruita anche richiamando i propri precedenti, secondo i quali il “consenso afferisce alla libertà morale del soggetto ed alla sua autodeterminazione, nonché alla sua libertà fisica intesa come diritto al rispetto della propria integrità corporea, le quali sono tutte profili della libertà personale proclamata inviolabile dall'art. 13 Cost.”, e non mancando di ricordare come accanto al diritto di essere curato si configuri anche il diritto di rifiutare le cure, pure laddove tale consapevole scelta porti al sacrificio della vita, ecco che la Corte di cassazione è in grado di estenderne l'ambito applicativo all'ulteriore caso, certamente più problematico, in cui il paziente non sia in grado di esprimere la propria volontà.

Sempre tenendo conto della prospettiva che ispira queste riflessioni, ossia la centralità della “relazione” fra medico e paziente, risulta particolarmente significativo come la Corte di cassazione avesse valorizzato proprio tale aspetto anche in caso di stato di incapacità di quest'ultimo. In particolare, secondo la Corte, “anche in siffatte evenienze, superata l'urgenza dell'intervento derivante dallo stato di necessità, l'istanza personalistica alla base del principio del consenso informato ed il principio di parità di trattamento tra gli individui, a prescindere dal loro stato di capacità, impongono di ricreare il dualismo dei soggetti nel processo di elaborazione della decisione medica: tra medico che deve informare in ordine alla diagnosi e alle possibilità terapeutiche, e paziente che, attraverso il legale rappresentante, possa accettare o rifiutare i trattamenti prospettati”.

L'esigenza di garantire una effettiva relazione di cura fra medico e paziente anche laddove incapace conduce al riconoscimento del ruolo del rappresentante legale che può e deve farsi portavoce di quest'ultimo²¹.

²¹ Secondo la Corte di cassazione, infatti, “Chi versa in stato vegetativo permanente è, a tutti gli effetti, persona in senso pieno, che deve essere rispettata e tutelata nei suoi diritti fondamentali, a partire dal diritto alla vita e dal diritto alle prestazioni sanitarie, a maggior ragione perché in condizioni di estrema debolezza e non in grado di provvedervi autonomamente”. Ancora, la Corte ritiene che la “tragicità estrema di tale stato patologico – che è parte costitutiva della biografia del malato e che nulla toglie alla sua dignità di essere umano – non giustifica in alcun modo un affievolimento delle cure e del sostegno solidale, che il Servizio sanitario deve continuare ad offrire e che il malato, al pari di ogni altro appartenente al consorzio umano, ha diritto di pretendere fino al sopraggiungere della morte. La comunità deve mettere a disposizione di chi ne ha bisogno e lo richiede tutte le migliori cure e i presidi che la scienza medica è in grado di apprestare per affrontare la lotta per restare in vita, a prescindere da quanto la vita sia precaria e da quanta speranza vi sia di recuperare le funzioni cognitive. Lo reclamano tanto l'idea di una universale eguaglianza tra gli esseri umani quanto l'altrettanto universale dovere di solidarietà nei confronti di coloro che, tra essi, sono i soggetti più fragili. Ma – accanto a chi ritiene che sia nel proprio miglior interesse essere tenuto in vita artificialmente il più a lungo possibile, anche privo di coscienza – c'è chi, legando indissolubil-

Anche in tale ulteriore passaggio della decisione, con cui si riconosce la possibilità che il paziente incapace si esprima attraverso un terzo, la Corte di cassazione aggiunge decisivi elementi che contribuiscono a restituire il quadro complessivo dei principi sottesi.

In particolare, la rappresentanza del tutore, pure riconosciuta in relazione al consenso al trattamento medico e alla sua prosecuzione, “è sottoposta a un duplice ordine di vincoli”: innanzitutto il tutore deve agire “nell’esclusivo interesse dell’incapace; e, nella ricerca del best interest, deve decidere non ‘al posto’ dell’incapace né ‘per’ l’incapace, ma ‘con’ l’incapace: quindi, ricostruendo la presunta volontà del paziente incosciente, già adulto prima di cadere in tale stato, tenendo conto dei desideri da lui espressi prima della perdita della coscienza, ovvero inferendo quella volontà dalla sua personalità, dal suo stile di vita, dalle sue inclinazioni, dai suoi valori di riferimento e dalle sue convinzioni etiche, religiose, culturali e filosofiche”.

Come si anticipava, la Corte costituzionale ha enucleato quasi contestualmente i profili essenziali del fondamento costituzionale del consenso informato²². Nella sentenza n. 438 del 2008, occupandosi della legge della Regione Piemonte n. 21 del 2007 (*Norme in materia di uso di sostanze psicotrope su bambini ed adolescenti*), essa afferma, infatti, che il consenso informato deve essere “inteso quale espressione della consapevole adesione al trattamento sanitario proposto dal medico” e, in quanto tale, “si configura quale vero e proprio diritto della persona e trova fondamento nei principi espressi nell’art. 2 della Costituzione, che ne tutela e promuove i diritti fondamentali, e negli artt. 13 e 32 della Costituzione, i quali stabiliscono, rispettivamente, che «la libertà personale è inviolabile», e che «nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge»”²³.

La funzionalità del flusso informativo (e, dunque, della costruzione del consenso informato) nei confronti del paziente rispetto alla tutela del suo diritto alla salute pone in evidenza, secondo un percorso argomentativo perfettamente circolare, una vera e propria “necessità” che questi “sia posto in condizio-

mente la propria dignità alla vita di esperienza e questa alla coscienza, ritiene che sia assolutamente contrario ai propri convincimenti sopravvivere indefinitamente in una condizione di vita priva della percezione del mondo esterno”.

²² Sui profili sottesi al consenso informato si vedano in generale B. Vimercati, *Consenso informato e incapacità. Gli strumenti di attuazione del diritto costituzionale all'autodeterminazione terapeutica*, Milano, 2014, e C. Quagliariello – C. Fin (a cura di), *Il consenso informato in ambito medico. Un'indagine antropologica e giuridica*, Bologna, 2016, e, con specifico riferimento al cd. fine vita, F. G. Pizzetti, *Alle frontiere della vita: il testamento biologico tra valori costituzionali e promozione della persona*, Milano, 2008, C. Casonato, *Il principio della volontarietà dei trattamenti sanitari fra livello statale e livello regionale*, in *Le Regioni*, 2009, III-IV, p. 627 ss., e P. Borsellino, *La sfida di una buona legge in materia di consenso informato e di volontà anticipate sulle cure*, in *BioLaw Journal*, 2016, III, p. 93 ss.

²³ Corte cost., sentenza n. 438 del 2008.

ne di conoscere il percorso terapeutico”²⁴: il fondamento costituzionale stesso del consenso informato emerge dagli artt. 2, 13 e 32 Cost. e “pone in risalto la sua funzione di sintesi di due diritti fondamentali della persona: quello all’auto-determinazione e quello alla salute, in quanto, se è vero che ogni individuo ha il diritto di essere curato, egli ha, altresì, il diritto di ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura e ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché delle eventuali terapie alternative; informazioni che devono essere le più esaurienti possibili, proprio al fine di garantire la libera e consapevole scelta da parte del paziente e, quindi, la sua stessa libertà personale, conformemente all’art. 32, secondo comma, della Costituzione”.

Proprio per queste ragioni (che, occorre sottolinearlo, emergono chiaramente nel percorso argomentativo e interpretativo complessivo di tutte le decisioni della Corte) “il consenso informato deve essere considerato un principio fondamentale in materia di tutela della salute, la cui conformazione è rimessa alla legislazione statale”²⁵.

3.1. La costruzione del consenso informato a livello normativo primario

Tali principi costituzionali per come interpretati dalla Corte costituzionale e dalla Corte di cassazione sono stati trasfusi nella legge n. 219 del 2017 (*Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*)²⁶, con cui il legislatore per la prima volta in modo organico innanzitutto definisce il consenso informato, qualifica i trattamenti di idratazione e alimentazione come veri e propri trattamenti sanitari e introduce nel nostro ordinamento l’istituto delle disposizioni anticipate di trattamento, affiancando al paziente la figura del fiduciario. In secondo luogo, espressive di questi medesimi principi risultano essere anche la previsione della cd. pianificazione condivisa delle cure e, evidentemente, le modalità concrete con cui il medico, una volta “costruito” il consenso informato è chiamato a operare “sul” corpo del paziente.

Ai fini che in questa sede interessano, ossia quelli relativi alla individuazione del fondamento e del rilievo della relazione di cura fra medico e paziente, viene in particolare rilievo quanto prevede l’art. 1, secondo comma, della

²⁴ *Ibidem*. Secondo la Corte questa necessità, in modo significativo, emerge anche da altre discipline, come la legge n. 219 del 2005 (*Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati*), la legge n. 40 del 2004 (*Norme in materia di procreazione medicalmente assistita*) e la legge n. 833 del 1978 (*Istituzione del servizio sanitario nazionale*).

²⁵ Corte cost., sentenza n. 438 del 2008.

²⁶ Sulla disciplina si vedano le osservazioni generali di P. Borsellino, *La L. n. 219/2017 a un anno dall’approvazione e i nuovi scenari aperti dall’ordinanza della Corte costituzionale n. 207/2018*, in *Notizie di Politeia*, 2019, CXXXIII, p. 84 ss.; *Id.*, “Biotestamento”: i confini della relazione terapeutica e il mandato di cura, in *Famiglia e Diritto*, 2018, VIII-IX, p. 789 ss., e L. Busatta, *A un anno dalla legge 219 del 2017: la sostenibilità costituzionale della relazione di cura*, in *Rivista AIC*, 2019, II, p. 95 ss.

legge n. 219, secondo cui viene “promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l’autonomia decisionale del paziente e la competenza, l’autonomia professionale e la responsabilità del medico”²⁷.

Come emerge chiaramente dalla disposizione citata, il legislatore del 2017 ha pedissequamente recepito le indicazioni della Corte costituzionale, fondando la relazione di cura e di fiducia proprio sul flusso informativo che sostanzia il consenso informato, cui si devono affiancare sia l’autonomia del paziente stesso, sia la competenza e la responsabilità professionali del medico. Forse proprio considerando l’eterogeneità dei casi e la rapida evoluzione delle tecniche, opportunamente il legislatore esplicitamente richiama il ruolo dell’*équipe* sanitaria composta da soggetti che possono offrire diverse competenze e garantire un approccio multidisciplinare, laddove necessario.

Se, sulla base di questa sostanziale continuità rispetto alle decisioni della Corte costituzionale, si può esprimere un giudizio positivo della regolamentazione dettata dalla legge n. 219, non si possono sottacere quelle che si potrebbero definire delle vere e proprie “perplexità di contesto” interne ed esterne alla stessa²⁸.

Innanzitutto, non è sempre chiaro come si articoli in concreto la relazione di cura fra medico di famiglia, medico o medici specialisti ed *équipe*, soprattutto se si pensa ai cambi di turno e alle conseguenti problematiche sottese alla prosecuzione dei trattamenti e delle terapie. Si potrebbero al riguardo porre non secondari profili di problematicità se, con l’avvicinarsi della presa in carico del paziente, il flusso informativo che ha fondato il consenso informato originario venisse ritenuto non sufficiente o non adeguato.

In secondo luogo, se pure la legge n. 219 non riconosce espressamente il diritto di obiezione di coscienza, in essa è possibile individuare una serie di previsioni che consentono di fatto al medico che ha preso in carico il paziente di disattendere le volontà. Ciò accade sia quando ci siano richieste contrarie “a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali” (art. 1, sesto comma), sia “qualora esse appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente

²⁷ Si sofferma in particolare sulla “relazione di cura come rivoluzione della Medicina” L. Orsi, *La relazione in medicina*, in *Responsabilità Medica*, 2019, I, p. 9, laddove sottolinea che la legge n. 219 nel citare espressamente la relazione di cura e connotandola come fiduciaria ha sancito “un’elevazione del livello relazionale poiché introduce la fiducia quale elemento fondamentale della relazione”. La legge n. 219, in tale prospettiva, “si propone un traguardo molto elevato: costruire un processo decisionale condiviso tra malato e professionisti sanitari (non solo medici) basato sulla comunicazione e sulla relazione, a loro volta radicati nella fiducia e nel consenso informato”.

²⁸ Per ulteriori riflessioni critiche, in ragione della “pletora di disposizioni, eterogenee e non sempre chiare sia dal punto di vista lessicale che dal punto di vista tecnico e sistematico”, della legge n. 219, si veda anche M. Piccinni, *Modalità e forme del consenso*, in *Responsabilità Medica*, 2019, I, p. 67.

ovvero sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita" (art. 4, quinto comma)²⁹.

Peraltro, proprio in relazione alla mancata previsione del diritto di obiezione di coscienza, non sembra priva di rilievo la disposizione che stabilisce che "Ogni struttura sanitaria pubblica o privata garantisce con proprie modalità organizzative la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla presente legge, assicurando l'informazione necessaria ai pazienti e l'adeguata formazione del personale" (art. 1, nono comma). L'eccentricità della norma emerge se si considera che la formulazione corrisponde sostanzialmente a quanto previsto dall'art. 9 della legge n. 194 del 1978 (*Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza*), che, invece, come noto, riconosce pur con precisi e specifici limiti l'esercizio del diritto di obiezione di coscienza, imponendo agli ospedali e alle Regioni i correlativi oneri organizzativi e di controllo.

Peraltro, se si leggono complessivamente le disposizioni della regolamentazione delle cd. DAT non risultano sempre chiari e univoci i riferimenti al fiduciario, alla persona di fiducia, ai famigliari accostati a o escludenti le parti delle unioni civili e i conviventi³⁰.

Infine, se si considerano le due decisioni rese dalla Corte costituzionale in materia di aiuto al suicidio (ordinanza n. 207 del 2018 e sentenza n. 242 del 2019³¹) e quella sull'ammissibilità del referendum relativo all'omicidio del

²⁹ Su questi profili si rinvia necessariamente alle più approfondite considerazioni svolte in B. Liberali, *La problematica individuazione e il ruolo dei soggetti terzi coinvolti nella relazione di cura fra medico e paziente nella nuova disciplina sul consenso informato e sulle DAT*, in *Forum cost.*, 25 giugno 2018, p. 1 ss.

³⁰ Anche rispetto a tali punti si rinvia a B. Liberali, *La problematica individuazione e il ruolo dei soggetti terzi coinvolti nella relazione di cura fra medico e paziente nella nuova disciplina sul consenso informato e sulle DAT*, cit.

³¹ A commento dell'ordinanza n. 207 del 2018 si vedano i contributi pubblicati in A. Morrone (a cura di), *Il "caso Cappato" davanti alla Corte costituzionale*, in *Forum cost.*, 2018; M. D'Amico, *Il "Casò Cappato" e le logiche del processo costituzionale*, in *Forum cost.*, 24 giugno 2019, p. 1 ss.; M. Bignami, *Il caso Cappato alla Corte costituzionale: un'ordinanza ad incostituzionalità differita*, in *Questione giustizia*, 19 novembre 2018; F. Biondi, *L'ordinanza n. 207 del 2018: una nuova soluzione processuale per mediare tra effetti inter partes ed effetti ordinamentali della pronuncia di incostituzionalità*, in *Forum cost.*, 24 giugno 2019, p. 1 ss.; M. Cecchetti, *Appunti diagnostici e prognostici in vista della definizione del giudizio costituzionale sul "caso Cappato"*, in *Federalismi*, 2019, XVII, p. 2 ss. e N. Fiano, *Caso Cappato, vuoti di tutela costituzionale. Un anno al Parlamento per colmarli. Riflessioni a caldo a partire dal modello tedesco*, in *Forum cost.*, 25 ottobre 2018, p. 1 ss.; sulla sentenza n. 242 del 2019 si rinvia a M. D'Amico, *Il "fine vita" davanti alla Corte costituzionale fra profili processuali, principi penali e dilemmi etici (Considerazioni a margine della sent. n. 242 del 2019)*, in *Osservatorio costituzionale*, 2020, I, p. 286 ss.; A. Ruggeri, *Rimosso senza indugio il limite della discrezionalità del legislatore, la Consulta dà alla luce la preannunciata regolazione del suicidio assistito (a prima lettura di Corte cost. n. 242 del 2019)*, in *Giustizia insieme*, 27 novembre 2019, e I. Pellizzone, *Aiuto al suicidio e sindacato di costituzionalità: pars destruens e pars construens delle pronunce della Corte*

consenziente (sentenza n. 50 del 2022³²), si può rilevare come nonostante alcuni disegni di legge siano stati presentati permanga l'inerzia del legislatore, che dovrebbe organicamente e complessivamente riordinare la materia, prendendo in considerazione non solo (come ha fatto) le disposizioni anticipate di trattamento, ma anche la possibilità di accesso all'aiuto al suicidio o al proprio omicidio, in presenza di determinate condizioni. Queste ultime potrebbero essere le medesime individuate dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 242 del 2019, laddove si è occupata "solo" della rilevanza penale della condotta dei terzi che aiutano determinati soggetti a suicidarsi, non configurandosi affatto alcun "diritto" individuale nei confronti dell'ordinamento; oppure potrebbero essere modificate in relazione, in particolare, alla condizione fissata dalla Corte relativa alla presenza di trattamenti di sostegno vitale.

Alla nozione di consenso informato per come esso è stato delineato dalla legge n. 219 che, come si è visto, sostanzialmente ha recepito quanto già stabilito dalla Corte costituzionale ha fatto significativo riferimento, recentemente, il Consiglio di Stato con la sentenza n. 2928 del 2022, nella già citata materia dell'interruzione volontaria di gravidanza, con specifico riguardo alla somministrazione della pillola dei cinque giorni dopo.

Il Consiglio di Stato, richiamando espressamente la legge n. 219 del 2017, ricostruisce la definizione di trattamento sanitario alla luce dell'art. 32 Cost., che consisterebbe in ogni atto diagnostico o terapeutico prescritto dal personale sanitario, mentre escluderebbe la dispensazione di farmaci da banco, che non sono soggetti alla prescrizione medica. Tale esclusione conduce coerentemente all'esclusione dell'applicazione dei principi sottesi al consenso informato e, quindi, alla relazione fra medico e paziente. In questo modo il Consiglio di Stato non censura l'atto con cui l'Agenzia Italiana del Farmaco ha modificato il regime di fornitura della pillola dei cinque giorni dopo, eliminando la necessità di ottenere una prescrizione medica per la sua assunzione, anche laddove la donna sia minore di età³³.

Costituzionale come chiave di lettura della tecnica decisoria e della ratio decidendi del caso Cappato, in *Forum cost.*, 2020, II, p. 472 ss.

³² Sulla decisione si vedano S. Penasa, *Una disposizione costituzionalmente necessaria ma un bilanciamento non costituzionalmente vincolato? Prime note alla sentenza n. 50 del 2022 della Corte costituzionale*, in *Diritti comparati*, 17 marzo 2022, e i contributi pubblicati in G. Brunelli, A. Pugiotto, P. Veronesi (a cura di), *La via referendaria al fine vita*. Ammissibilità e normativa di risulta del quesito sull'art. 579 c.p., in *Forum cost.*, 2022, I, e in M. D'Amico, B. Liberali (a cura di), *Il referendum sull'art. 579 c.p.: aspettando la Corte costituzionale*, in *Rivista del Gruppo di Pisa*, 2022, fasc. monografico n. 4.

³³ Secondo le associazioni ricorrenti, invece, ciò avrebbe illegittimamente violato proprio la legge n. 219 del 2017 in punto di consenso informato per la somministrazione di un trattamento sanitario, perché i sottesi principi si sarebbero dovuti applicare anche alla commercializzazione e alla dispensazione di specialità medicinali e di farmaci da banco.

Come si è anticipato, un secondo ordine di previsioni risulta rilevante nel complessivo quadro della “costruzione” del consenso informato, ossia quelle relative alle modalità, evidentemente successive, con cui il medico è chiamato a fare applicazione concreta dei protocolli terapeutici condivisi con il paziente.

La legge n. 219, in questa prospettiva, in modo significativo dedica una specifica disposizione alla terapia del dolore, al divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e al riconoscimento della dignità della persona nella fase finale della vita (art. 2), oltre che, come già anticipato, alla pianificazione condivisa delle cure (art. 5).

Ecco che se nella prima disposizione il legislatore fa espresso riferimento ai “mezzi appropriati allo stato del paziente” al fine di “alleviarne le sofferenze, anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario”, e la nozione di appropriatezza ritorna specificamente, nel medesimo primo comma dell’art. 2, in relazione alla terapia del dolore³⁴, nella seconda previsione si restituisce il senso complessivo del rapporto fra medico e paziente, che, evidentemente chiamato a “durare nel tempo” a fronte della specifica patologia cronica o caratterizzata da una inarrestabile evoluzione, influisce sulla pianificazione (condivisa) delle cure, che deve poter essere “aggiornata al progressivo evolversi della malattia, su richiesta del paziente o su suggerimento del medico”. In questo caso, dunque, si configura un consenso informato in continua potenziale evoluzione, con sotteso flusso informativo suscettibile di modificarsi per potersi adattare alla condizione concreta del paziente.

3.2. Il tempo “della” e “nella” relazione di cura

Come in parte sembra già essere emerso da quanto si è sottolineato, la necessità della relazione di cura fra medico e paziente (così come della relazione professionale fra avvocato e cliente) ai fini della garanzia del fondamentale diritto alla salute attraverso la costruzione di un consapevole consenso informato (così come del fondamentale diritto di difesa attraverso il correlativo flusso informativo che consente al cliente di comprendere e decidere insieme al proprio difensore) richiede che a essa sia dedicato un congruo arco temporale.

È, in fondo, già implicito nel riconoscimento della portata del consenso informato la circostanza che per la sua costruzione sia richiesto uno specifico corredo di informazioni che necessariamente richiedono tempo di comunicazione, di comprensione e, infine, di (co)decisione. Come si è in parte già

³⁴ Si veda L. Busatta, *A un anno dalla legge 219 del 2017: la sostenibilità costituzionale della relazione di cura*, cit., p. 107, ss., che si sofferma specificamente sul criterio dell’appropriatezza, richiamando anche il decreto ministeriale del 9 dicembre 2015 (*Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell’ambito del Servizio sanitario nazionale*).

anticipato in relazione alla pianificazione condivisa delle cure il legislatore ha espressamente previsto che essa venga aggiornata adattandosi al progressivo evolversi della condizione del paziente, caratterizzata da una patologia cronica e invalidante o da una inarrestabile evoluzione con prognosi infausta (art. 5).

Più in generale, però, la legge n. 219 del 2017 stabilisce all'art. 1, comma ottavo, senza prevedere alcuna cristallizzazione dal punto di vista numerico, che il "tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura".

Da questa previsione si possono trarre due ordini di corollari, profondamente connessi fra loro, che riguardano sia il paziente sia il medico.

Il primo corollario riguarda l'arco temporale dedicato alla comunicazione che, sostanziando poi il consenso informato, si rivela con tutta evidenza particolarmente importante. Al riguardo, occorre considerare sia la tipologia di informazioni, sia le modalità con cui queste vengono fornite; e, in fondo, la stessa determinazione del tempo della cura è influenzata proprio dalla tipologia e dalle modalità con cui le informazioni vengono trasmesse. L'art. 1, comma terzo, della legge n. 219 a questo proposito specifica il contenuto del consenso informato, laddove stabilisce che sia un vero e proprio diritto della persona quello di "conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi".

Il secondo corollario sembra riflettersi maggiormente sul medico, ma, con ogni evidenza, dispiega i suoi effetti sul paziente. Affinché il flusso informativo che contribuisce alla costruzione del consenso informato sia completo, comprensibile e adeguato alla persona che ne è destinataria, è evidente che occorra non solo una preparazione tecnica e professionale legata alle questioni mediche e sanitarie (oggetto di comunicazione), ma anche una formazione specifica "in materia di relazione e di comunicazione con il paziente": in questi termini si esprime l'art. 1, comma decimo, che riconduce questa formazione a quella "iniziale e continua dei medici e degli altri esercenti le professioni sanitarie".

Il rilievo e l'importanza di queste previsioni (che, lo si intende sottolineare in modo particolare, non fanno che esplicitare i principi sottesi alla stessa garanzia del diritto alla salute e della libertà di autodeterminazione in materia terapeutica e, quindi, al consenso informato) paiono scontrarsi, però, nella legge n. 219, con la clausola di invarianza finanziaria. L'art. 7, infatti, in modo sorprendente prevede che a tutte le previsioni (comprese quelle sulla raccolta e sulla gestione delle disposizioni anticipate di trattamento) debba essere data attuazione "nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili

a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica”³⁵.

Le riflessioni sul tempo “della” e “nella” relazione di cura sono suscettibili di ricomprendere anche ulteriori profili, poiché, evidentemente, con esso può (o deve) misurarsi la valutazione della “performance” professionale e, quindi, della sua efficacia ed efficienza, anche in rapporto alle risorse economiche e del personale.

Poiché questo aspetto risulta forse più evidente e immediato nell’ambito della consulenza giuridica e nella relazione fra avvocato e cliente, è opportuno richiamare un recente esempio di misurazione del tempo dedicato alla cura nella relazione fra medico e paziente.

La Regione Lazio nel 2017 ha approvato con proprio decreto un cd. temporario per le visite e per gli esami specialistici, con previsione di un tempo massimo entro il quale la singola prestazione medica doveva essere assicurata e, soprattutto, terminata³⁶.

Il TAR del Lazio ha annullato il provvedimento, riassegnando al medico la relativa valutazione, richiamando in fondo le considerazioni cui si è già fatto ampio riferimento rispetto alla giurisprudenza costituzionale³⁷. Secondo il giudice amministrativo, infatti, “a) la durata effettiva di ogni singola prestazione dipende da ‘tipologia’ e ‘complessità’ del trattamento (esame o visita) da eseguire; b) una siffatta valutazione (sulla durata, ossia, della singola prestazione) è riservata in via esclusiva allo ‘specialista ambulatoriale’”. Di conseguenza, “il singolo specialista deve osservare tempi di esecuzione comunque idonei a garantire una assistenza sanitaria coerente con gli standard qualitativi individuati dallo Stato con il decreto LEA (livelli essenziali di assistenza)”, con relativa “scarsa propensione alla standardizzazione, in termini di durata, delle singole prestazioni sanitarie”. Tale “scarsa propensione alla standardizzazione” è determinata dalla “ineliminabile disomogeneità dei singoli casi sottoposti all’attenzione del medico specialista. Disomogeneità da cui inevitabilmente deriva la diversificazione delle rispettive risposte assistenziali che lo stesso professionista è tenuto proporzionalmente e adeguatamente ad assicurare. Il che andrebbe a scontrarsi con la semplificazione normativa (*id est*, fissazione preventiva dei tempi di esecuzione di determinati esami e visite) voluta con il gravato provvedimento dal regolatore regionale”.

Peraltro, se pure, come si è già sottolineato, a queste conclusioni sembra potersi pervenire alla luce dei principi costituzionali, cionondimeno rilevano –

³⁵ Al riguardo si vedano ancora le osservazioni di più ampio respiro di L. Busatta, *A un anno dalla legge 219 del 2017: la sostenibilità costituzionale della relazione di cura*, cit., p. 109 ss.

³⁶ Si tratta del Decreto n. U00239 del 28 giugno 2017, emesso dal Presidente della Regione Lazio in qualità di Commissario ad Acta.

³⁷ TAR Lazio, sez. III-*quater*, sentenza n. 6013 del 2018.

e il giudice amministrativo non manca di valorizzarli – anche alcuni riferimenti al Codice di deontologia medica. Al riguardo il TAR osserva che sul “piano della lesione delle prerogative di autodeterminazione dei singoli specialisti” occorre richiamare quanto specificamente previsto agli artt. 3, 4, 6, 13, 20 e 33, dedicati all’autonomia e alla responsabilità nella diagnosi medica, al riconoscimento dei principi di libertà, indipendenza, competenza tecnica e professionale, autonomia e responsabilità del medico, nonché ai principi di efficacia e di appropriatezza con cui le competenze del medico devono misurarsi, a quelli che devono sostanziare una informazione comprensibile, esaustiva e completa e che devono ascrivere il tempo della comunicazione al tempo di cura. Da queste previsioni si evince, “nella sostanza, che il medico deve poter avere a disposizione un tempo minimo, onde poter svolgere le proprie funzioni in modo autonomo e responsabile, la cui durata non può che essere rimessa alla sua unica valutazione discrezionale e con esclusione, dunque, di indicazioni rigidamente e astrattamente predeterminate da fonti esterne quali quelle di specie”³⁸.

4. Qualche osservazione conclusiva

Dalle considerazioni che si sono svolte sembra emergere con particolare chiarezza quali sono i principi che, nella relazione fra medico e paziente, devono guidare non solo l’individuazione qualitativa delle informazioni atte a fornire a quest’ultimo gli strumenti per esercitare la propria libertà di autodeterminazione in materia terapeutica, ma anche le modalità e i tempi dedicati a questa fase, che risulta funzionale alla piena realizzazione dei medesimi diritti e principi sottesi al consenso informato.

³⁸ Il TAR Lazio, peraltro, non manca in ogni caso di considerare il “pur pregevole obiettivo che si intende realizzare con il gravato provvedimento (riduzione tempi di attesa per essere sottoposti a visite ed esami specialistici)”: in questa prospettiva, però, il giudice amministrativo rileva che “un simile obiettivo ben potrebbe essere perseguito con mezzi che non necessariamente debbano coincidere con una riduzione, *de facto*, del tempo da dedicare ai singoli esami ed alle singole visite (e con conseguente aumento del carico di lavoro per il personale medico attualmente in forza)”. Il TAR giunge a suggerire che un “simile obiettivo, al contrario, potrebbe essere piuttosto concretizzato, a titolo esemplificativo, attraverso un (tanto auspicato) aumento delle risorse umane e strumentali da adibire ad un così delicato settore quale quello della pubblica sanità”. Similmente, in materia di interruzione volontaria di gravidanza e in particolare relazione a un bando della Regione Puglia riservato ai soli medici non obiettori di coscienza per posti disponibili nei consultori, il TAR Puglia (pur dichiarando illegittimo il bando, rilevando che, in ogni caso, nei consultori il diritto di obiezione di coscienza non può essere esercitato poiché in essi non si svolgono attività necessariamente e specificamente dirette all’aborto) era giunto a suggerire all’amministrazione regionale come costruire un bando che rispettasse il principio di non discriminazione (TAR Puglia, sez. II, sentenza n. 3477 del 2010, sulla quale si vedano le osservazioni di D. Paris, *Medici obiettori e consultori pubblici*, in *Stato, Chiese e pluralismo confessionale*, maggio 2011, p. 1 ss.).

A partire dalle disposizioni costituzionali l'opera interpretativa della Corte costituzionale (e, anche, della Corte di cassazione) è stata essenziale per guidare il primo intervento organico da parte del legislatore nel 2017, che, se pur detta preliminari principi generali suscettibili di essere applicati a tutti i trattamenti sanitari, come si è visto è complessivamente orientato a regolare le disposizioni anticipate di trattamento e, dunque, la materia del cd. fine vita.

Proprio in questo settore, peraltro, e tenendo conto della relativa delicatezza (a volte definita addirittura "eticamente sensibile"), alla luce dell'emersione di "nuovi casi" e considerando gli effetti e le indicazioni delle già richiamate decisioni della Corte costituzionale, emerge la portata dell'inerzia continuata del legislatore che non si fa, per ora, ancora carico di regolamentare tutte le ulteriori fattispecie che non rientrano strettamente nell'istituto delle disposizioni anticipate di trattamento (già regolato dalla legge n. 219) e nella fattispecie dell'aiuto al suicidio, per come ri-perimetrato dalla Corte costituzionale, che non ha potuto che soffermarsi sulla "sola" rilevanza penale delle condotte dei terzi che aiutano al suicidio, senza affatto introdurre un vero e proprio diritto al suicidio assistito³⁹.

Per molti aspetti analoghe criticità si possono riscontrare in altre e diverse materie, analogamente definite "eticamente sensibili"⁴⁰, quali quelle della già citata interruzione volontaria di gravidanza e della fecondazione medicalmente assistita.

Sia la legge n. 194 del 1978 sia la legge n. 40 del 2004 prevedono specifici oneri informativi, imponendo nel primo caso alla donna e nel secondo caso alla coppia anche un certo lasso di tempo prima della possibilità di accedere ai trattamenti sanitari richiesti⁴¹.

Nel primo settore sono emerse diverse criticità nell'effettiva applicazione dei sopra richiamati principi costituzionali, innanzitutto in ordine al ruolo del giudice tutelare in caso di accesso all'aborto di donna minorenni (art. 12). In diverse occasioni si è reso necessario il puntuale intervento della Corte costituzionale che, da ultimo, con l'ordinanza n. 196 del 2012, ha ribadito come "sia «attribuito a tale giudice – in tutti i casi in cui l'assenso dei genitori o degli eser-

³⁹ Per più approfondite considerazioni su questo specifico profilo si rinvia a B. Liberali, *L'aiuto al suicidio "a una svolta", fra le condizioni poste dalla Corte costituzionale e i tempi di reazione del legislatore?*, in *Diritti comparati*, 9 dicembre 2019.

⁴⁰ Si veda al proposito M. D'Amico, *Le questioni "eticamente sensibili" fra scienza, giudici e legislatore*, in *Forum cost.*, 5 novembre 2015, p. 1 ss.

⁴¹ Ci si riferisce in particolare alla previsione di cui all'art. 5, quarto comma, della legge n. 194 del 1978, che prevede che debbano trascorrere sette giorni dal rilascio del documento che attesta lo stato di gravidanza al momento in cui la donna può presentarsi presso una struttura sanitaria per eseguire il trattamento richiesto, e alla previsione di cui all'art. 6, terzo comma, della legge n. 40 del 2004, secondo cui tra "la manifestazione della volontà e l'applicazione della tecnica deve intercorrere un termine non inferiore a sette giorni".

centi la tutela non sia o non possa essere espresso – il compito di ‘autorizzazione a decidere’, un compito che [...] non può configurarsi come potestà co-decisionale, la decisione essendo rimessa – alle condizioni ivi previste – soltanto alla responsabilità della donna», e che «il provvedimento del giudice tutelare risponde ad una funzione di verifica in ordine alla esistenza delle condizioni nelle quali la decisione della minore possa essere presa in piena libertà morale»⁴².

In secondo luogo, rispetto alla chiara formulazione della legge n. 194, che prevede il coinvolgimento del padre del concepito solo laddove lo consenta la donna (art. 5), è stata sollevata una specifica questione di legittimità costituzionale alla Corte, definita con l’ordinanza n. 389 del 1988 nel senso della sua manifesta inammissibilità. Secondo la Corte il mancato coinvolgimento del padre si inserisce in modo “non [...] irrazionale in quanto [tale scelta] è coerente al disegno dell’intera normativa e, in particolare, all’incidenza, se non esclusiva sicuramente prevalente, dello stato gravidico sulla salute sia fisica che psichica della donna”⁴³. A fronte del chiaro tenore testuale delle previsioni di legge e della decisione della Corte costituzionale, la Regione Lombardia con il già citato decreto della Direzione generale della Sanità n. 327 del 2008, poi integralmente annullato dal TAR Lombardia con la sentenza n. 7735 del 2010, prevedeva, invece, che vi fosse “attenzione ad una maggiore condivisione, ma anche ad una maggiore formalizzazione delle metodologie e delle procedure con cui viene accolta e seguita la donna che si presenta con una richiesta di interruzione volontaria di gravidanza in modo da corrispondere ad una presa in carico globale della persona, della coppia e della famiglia, anche seguendo i cambiamenti sociali e culturali di questi anni e la sempre maggiore presenza di donne/famiglie migranti”. Il riferimento alla “coppia” veniva esplicitato anche in relazione alla consulenza multidisciplinare che deve fornire alla donna (e, appunto, alla coppia) “tutti gli elementi utili a prendere una decisione consapevole”. Per la donna minorenni, nonostante le decisioni della Corte costituzionale che hanno chiarito la portata dell’intervento richiesto ai soggetti coinvolti nella procedura e, in particolare, al giudice tutelare, si prevedeva che vi fosse un percorso di aiuto con una “attenta verifica della sua relazione genitoriale ed un adeguato accompagnamento psicologico ed assistenziale”.

⁴² Si rinvia volendo per un commento più specifico a questa ultima decisione a B. Liberali, *Una nuova censura (nuovamente respinta) nei confronti della l. n. 194 del 1978*, in *Biodiritto.org*, 2012, p. 1 ss.

⁴³ A commento della decisione si vedano le osservazioni di R. Romboli, *Il consenso del non avente diritto*, in *Foro it.*, 1988, VII-VIII, p. 2111 ss. e di J. Luther, *Le vie del padre non sono finite*, in *Giur. cost.*, 1988, III, p. 1721 ss. Si rinvia inoltre a B. Liberali, *Problematiche costituzionali nelle scelte procreative*, cit., p. 559 ss., per ulteriori riferimenti anche alla giurisprudenza della Corte Europea dei Diritti dell’Uomo.

Nella materia della fecondazione assistita, il profilo del consenso emerge ovviamente in relazione all'accesso della coppia alle tecniche sanitarie che si rendano necessarie, ma si colora di una maggiore complessità laddove l'intervenuta formazione dell'embrione diviene condizione ostativa per la sua revocabilità. Come è noto con la sentenza n. 151 del 2009 la Corte costituzionale ha fatto venire meno anche l'obbligo di unico e contemporaneo impianto in utero degli embrioni prodotti, valorizzando la tutela della salute della donna e consentendo di fatto di rendere revocabile il suo consenso alla fase finale del trattamento. Permanendo, però, la disposizione che rende irrevocabile il consenso dal momento della formazione dell'embrione, si pongono tutta una serie di problemi connessi alla figura maschile.

A tale proposito, si deve segnalare l'eccentrico provvedimento del Tribunale di Santa Maria Capua Vetere, che ha rigettato il reclamo con cui il coniuge separato aveva impugnato la decisione che aveva ordinato al centro medico di procedere con l'impianto degli embrioni nonostante l'intervenuta separazione e la revoca del consenso espressa dal reclamante⁴⁴.

Proprio sull'art. 6, terzo comma, che prevede che la "volontà può essere revocata da ciascuno dei soggetti indicati dal presente comma fino al momento della fecondazione dell'ovulo", in relazione agli artt. 2, 3, 13, primo comma, e 117, primo comma, Cost., però, sono state recentemente e nuovamente sollevate questioni di legittimità costituzionale dal Tribunale di Roma, con ordinanza di rimessione n. 131 del 2022⁴⁵, correttamente interpretando il ruolo di filtro del giudice rispetto alla valutazione intorno alla non manifesta infondatezza⁴⁶.

Se con la sentenza n. 151 del 2009 la Corte aveva dichiarato la manifesta inammissibilità di analoghi profili di censura, per mancanza di rilevanza, e con l'ordinanza n. 97 del 2010 alla stessa conclusione la Corte era pervenuta per mancata motivazione sul medesimo punto, nella più recente sentenza n. 84 del 2016 la questione viene dichiarata (solo) inammissibile "per il carattere meramente ipotetico, e non attuale, della sua rilevanza".

Occorrerà, quindi, verificare quale peso la Corte intenderà assegnare alla motivazione sulla rilevanza da parte del Tribunale di Roma e se riterrà sussistente la stessa condizione.

⁴⁴ Si rinvia necessariamente per riflessioni più approfondite sul punto, ancora, a B. Liberali, *Problematrice costituzionali nelle scelte procreative*, cit., 289 ss., e, con specifico riferimento alla citata decisione, Id., *Le nuove dimensioni del consenso informato: quali limiti materiali e temporali?*, in *BioLaw Journal*, 2021, III, p. 505 ss.

⁴⁵ È stata fissata la trattazione in udienza pubblica davanti alla Corte costituzionale per il 24 maggio 2023.

⁴⁶ Sul delicato compito assegnato ai giudici comuni si vedano le riflessioni critiche di M. D'Amico, *Ma riuscirà una legge incostituzionale ad arrivare davanti al suo giudice (quello delle leggi, appunto...)?*, in *Forum cost.*, 13 maggio 2004, p. 1 ss.

Se la Corte, infatti, dovesse ritenere al riguardo non implausibile la motivazione del giudice *a quo* e, quindi, superare la soglia dell'ammissibilità, l'attesa decisione potrebbe fornire interessanti punti di riferimento rispetto alla costruzione e alla qualità del consenso informato nella materia della fecondazione assistita, che risulta, in fondo, quasi unica da questo punto di vista, poiché di fatto unisce e coinvolge nelle scelte di accesso al trattamento entrambi i componenti della coppia (essendo ancora vietato l'accesso alle persone singole).

I principi costituzionali sottesi alla costruzione del consenso informato e alla relazione di cura e di fiducia fra medico e paziente, dunque, riguardano con tutta evidenza ogni trattamento sanitario e trovano ormai un solido riferimento normativo generale nell'art. 1 della legge n. 219 del 2017, dovendosi necessariamente declinare differentemente – come si è cercato di mostrare alla luce della imprescindibile e irrinunciabile connessione fra responsabilità, autonomia e competenza del medico ed evoluzione delle tecniche e delle conoscenze scientifiche – nei diversi settori presi in considerazione (come è appunto il caso sia dell'interruzione di gravidanza, in cui il flusso informativo che sostiene il consenso informato necessariamente coinvolge solo la donna, sia della fecondazione assistita, laddove al contrario l'accesso al trattamento, la cui applicazione indubbiamente si differenzia a seconda dei componenti della coppia, è riservato a entrambi questi ultimi).

Nella relazione fra medico e paziente, peraltro, emergono anche profili problematici generali se si considera quello che è stato definito un "graduale *empowerment* del paziente", che conduce a una "attitudine sempre più pretenitiva dei pazienti e diffidente nei confronti dell'operato del personale sanitario, cui corrisponde una reazione tendenzialmente difensiva da parte del medico", ed è dovuta a una sempre "maggiore disponibilità di informazioni", cui si può avere accesso "anche autonomamente"⁴⁷.

Sullo sfondo resta pur sempre, forse, l'aspetto di criticità più difficilmente superabile nella relazione fra medico e paziente, che attiene al linguaggio e che coinvolge, inevitabilmente e più in generale, il rapporto fra scienza e diritto e, quindi, fra scienza e attività normativa da un lato e dall'altro e in via successiva sindacato costituzionale⁴⁸.

⁴⁷ L. Busatta, *A un anno dalla legge 219 del 2017: la sostenibilità costituzionale della relazione di cura*, cit., p. 96, che giunge a prefigurare il pericolo che, "al posto di una relazione di cura fondata sul rapporto di fiducia e sul dialogo, si crei uno scoglio di incomunicabilità tra medico e paziente che determina improduttive tensioni e può condurre anche a decisioni cliniche poco sostenibili" (*ivi*, p. 96 s.).

⁴⁸ Sul rilievo di queste problematiche si rinvia alle più ampie considerazioni svolte in F. Cortese, M. Tomasi (a cura di), *Le definizioni nel diritto*, Collana Quaderni della Facoltà di Giurisprudenza, Università degli Studi di Trento, 2016.

5. Postilla: il consenso informato, le vaccinazioni e la riserva di legge in materia di trattamenti sanitari obbligatori

Nelle more della pubblicazione di questo volume sono state depositate, come è già stato accennato, alcune decisioni della Corte costituzionale sugli obblighi di vaccinazione contro il Covid-19, con cui è stata dichiarata inammissibile la questione di legittimità sollevata sull'art. 4, quarto comma, del decreto-legge n. 44 del 2021 (*Misure urgenti per il contenimento dell'epidemia da COVID-19, in materia di vaccinazioni anti SARS-CoV-2, di giustizia e di concorsi pubblici*), nella parte in cui, in caso di inadempimento dell'obbligo vaccinale, non limita la sospensione dall'esercizio della professione sanitaria alle sole prestazioni o mansioni che implicino contatti personali o che comportino il rischio di diffusione della malattia; è stato riconosciuto che l'obbligo di vaccinazione per i lavoratori impiegati in strutture residenziali, socio-assistenziali e socio-sanitarie, anziché quello di sottoporsi a test diagnostici, come per esempio il tampone, non sia irragionevole o sproporzionato rispetto ai dati scientifici disponibili, così come non è stata giudicata contraria ai principi di uguaglianza e di ragionevolezza la scelta di non prevedere, per i lavoratori del settore sanitario non vaccinati per scelta, un obbligo di assegnazione a mansioni diverse per il datore di lavoro, in ragione del maggior rischio di contagio correlato alla loro professione; si è ritenuta giustificata anche la mancata erogazione per il dipendente sospeso (per mancata vaccinazione per scelta) di un assegno alimentare, unitamente alla sospensione dalla retribuzione senza corresponsione di ogni altro tipo di compenso o emolumento⁴⁹.

Ai fini che in questa sede interessa mettere maggiormente in rilievo, occorre soffermarsi sulla questione sollevata dal Consiglio di Giustizia amministrativa per la Regione siciliana, che poneva in rilievo un asserito profilo di contraddittorietà della disciplina che impone il consenso rispetto a un trattamento (quello di vaccinazione) che è reso comunque obbligatorio.

In particolare, il Consiglio di Giustizia amministrativa ha censurato sia l'art. 1 della legge n. 219 del 2017, poiché non prevede l'esclusione espressa dalla sottoscrizione del consenso informato in caso di trattamenti sanitari obbligatori, sia l'art. 4 del decreto-legge n. 44 del 2021, laddove non esclude

⁴⁹ Rispetto a tale profilo, in particolare, la Corte ha ritenuto che non fosse comparabile la situazione del lavoratore che non abbia voluto vaccinarsi con quella del lavoratore di cui sia stata disposta la sospensione dal servizio a seguito di un procedimento penale o disciplinare (nei confronti del quale, invece, è possibile l'erogazione dell'assegno alimentare).

Sulle problematiche sottese all'obbligo di vaccinazione nel particolare contesto lavorativo si vedano le osservazioni di A. Maresca, *La vaccinazione volontaria anti Covid nel rapporto di lavoro*, in *Federalismi*, 2021, VIII, p. iv ss., e di M. Massa, *Lavoro e vaccinazione contro il Covid-19. Note costituzionali su un dibattito giuslavoristico*, in *Quad. cost.*, 2021, I, p. 89 ss.

l'onere di sottoscrizione del consenso informato a fronte di una vaccinazione obbligatoria, per contrasto con gli artt. 3 e 21 Cost.⁵⁰

Secondo la Corte costituzionale tali questioni risultano infondate e, per giungere a simile conclusione, in modo significativo vengono richiamati proprio i principi sottesi al consenso informato. Quest'ultimo, infatti, "quale condizione per la liceità di qualsivoglia trattamento sanitario, trova fondamento nell'autodeterminazione, nelle scelte che riguardano la propria salute, intesa come libertà di disporre del proprio corpo, diritti fondamentali della persona sanciti dagli artt. 2, 13, 32 Cost. e dagli artt. 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea", e, secondo quanto prevede poi il già richiamato art. 1 della legge n. 219, nessun trattamento può essere iniziato o proseguito senza un consenso libero e informato, tranne nei casi espressamente stabiliti dalla legge. La Corte tiene a specificare che "il consenso del paziente deve essere libero e consapevole, preceduto da informazioni complete, aggiornate e comprensibili relative a diagnosi, prognosi, benefici e rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, possibili alternative e conseguenze dell'eventuale rifiuto al trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi"⁵¹.

Poste queste osservazioni preliminari che non fanno che confermare il quadro definitorio e di principio sotteso al consenso informato e alla stessa tutela della salute, la Corte affronta specificamente la questione posta, rilevando che è proprio la fase di "raccolta del consenso" ad avere "rilevanza [...] anche ai fini di un'adeguata emersione dei dati essenziali per una completa e corretta anamnesi pre-vaccinale, destinata, tra l'altro, [...] a valutare l'eleggibilità del soggetto interessato alla vaccinazione". In questa prospettiva, allora, "la natura obbligatoria del vaccino [...] non esclude la necessità di raccogliere il consenso informato, che viene meno solo nei casi espressamente previsti dalla legge, come disposto dal comma 1 dell'art. 1 della [...] legge n. 219 del 2017"⁵².

Questo passaggio – specificamente correlato all'obbligo di vaccinazione contro il Covid-19 – contribuisce a chiarire ulteriormente la portata essenziale del momento informativo e del flusso di informazioni che precedono l'applicazione di qualsiasi trattamento anche al fine, peraltro, di escluderne l'opportunità o la necessità, a tutela del destinatario.

⁵⁰ Rispetto al provvedimento precedente all'ordinanza di rimessione dello stesso Consiglio di Giustizia amministrativa che aveva disposto un'istruttoria su specifici profili sottesi alla materia per poter sciogliere la propria riserva in ordine alla sussistenza della non manifesta infondatezza di alcuni dubbi di legittimità costituzionale si rinvia a quanto già osservato in B. Liberali, *La non manifesta infondatezza subordinata alle risultanze istruttorie: una trasformazione impropria?*, in *Rivista Interdisciplinare sul Diritto delle Amministrazioni Pubbliche*, 2022, I, p. 121 ss.

⁵¹ Corte cost., sentenza n. 14 del 2023.

⁵² *Ibidem*.

Il sopra citato elemento di asserita contraddittorietà, quindi, viene ritenuto superato dalla Corte e, a questo fine, risulta significativo anche un ulteriore passaggio della motivazione che evidenzia come in ogni caso l'obbligo di sottoporsi alla vaccinazione contro il Covid-19 lascia pur sempre libero al singolo individuo "la possibilità di scegliere se adempiere o sottrarsi" allo stesso, evidentemente "assumendosi responsabilmente, in questo secondo caso, le conseguenze previste dalla legge". Neppure nel caso in cui il soggetto adempia all'obbligo di vaccinazione il consenso è, per così dire, inutile, poiché quest'ultimo "è rivolto, proprio nel rispetto dell'intangibilità della persona, ad autorizzare la materiale inoculazione del vaccino".

La Corte, peraltro, ha fissato per il prossimo 4 aprile 2023 l'udienza pubblica in cui è prevista la trattazione di una analoga questione, sollevata sempre dal Consiglio di Giustizia amministrativa per la Regione siciliana con ordinanza n. 118 del 2022, e non è scontato che essa non colga l'occasione, oltre che per ribadire le conclusioni sopra richiamate, per aggiungere qualche ulteriore considerazione sul punto, magari proprio in relazione ai parametri costituzionali evocati, che, anche in questa occasione, sono gli artt. 3 e 21 Cost. (e non riguardano, quindi, specificamente quelli che fondano i principi del consenso informato, per come essi sono stati da ultimo anche nella sentenza n. 14 del 2023 richiamati dalla stessa Corte, ossia gli artt. 2, 13 e 32 Cost.).

In questo contesto, proprio rispetto agli obblighi di vaccinazione – peraltro non relativi al Covid-19 e con considerazioni che, evidentemente, assumono valenza generale per tutti i tipi di trattamenti sanitari obbligatori – la Corte costituzionale si è pronunciata ancora più recentemente con la sentenza n. 25 del 2023, affrontando un nodo cruciale che si inserisce perfettamente nelle considerazioni svolte rispetto alla ricostruzione del fondamento del consenso informato anche in rapporto agli obblighi di trattamento sanitario. La Corte, infatti, è stata chiamata specificamente a occuparsi della riserva di legge di cui all'art. 32 Cost., giungendo a dichiarare l'illegittimità costituzionale dell'art. 206-*bis*, primo comma, (*Profilassi vaccinale del personale militare*) del decreto legislativo n. 66 del 2010 (*Codice dell'ordinamento militare*), laddove autorizzava la sanità militare a imporre al personale militare la somministrazione di determinate profilassi vaccinali, senza che queste fossero state previamente individuate da parte del legislatore.

L'importanza di tale decisione non è limitata, come ovvio, alla "sola" questione della portata della citata riserva di legge, ma pare ulteriormente arricchirsi, contribuendo la stessa indubitabilmente a delineare in modo complessivo, organico e ancora più netto il perimetro dei principi sottesi alla tutela del diritto alla salute, della libertà di autodeterminazione in materia terapeutica e, dunque, dello stesso consenso informato.

Riferimenti bibliografici

M. Bignami, *Il caso Cappato alla Corte costituzionale: un'ordinanza ad incostituzionalità differita*, in *Questione giustizia*, 19 novembre 2018; F. Biondi, *La sentenza del TAR per la Lombardia che ha annullato le linee guida regionali in tema di interruzione volontaria di gravidanza*, in *Forum cost.*, 4 febbraio 2011; F. Biondi, *L'ordinanza n. 207 del 2018: una nuova soluzione processuale per mediare tra effetti inter partes ed effetti ordinamentali della pronuncia di incostituzionalità*, in *Forum cost.*, 24 giugno 2019; P. Borsellino, *La sfida di una buona legge in materia di consenso informato e di volontà anticipate sulle cure*, in *BioLaw Journal*, 2016, III; P. Borsellino, "Biotestamento": i confini della relazione terapeutica e il mandato di cura, in *Famiglia e Diritto*, 2018, VIII-IX; P. Borsellino, *La L. n. 219/2017 a un anno dall'approvazione e i nuovi scenari aperti dall'ordinanza della Corte costituzionale n. 207/2018*, in *Notizie di Politeia*, 2019, CXXXIII; G. Brunelli, A. Pugiotta, P. Veronesi (a cura di), *La via referendaria al fine vita*. Ammissibilità e normativa di risulta del quesito sull'art. 579 c.p., in *Forum cost.*, 2022, I; L. Busatta, *A un anno dalla legge 219 del 2017: la sostenibilità costituzionale della relazione di cura*, in *Rivista AIC*, 2019, II; L. Busatta, *Quando l'esperienza insegna: le decisioni pubbliche sulle politiche vaccinali in una prospettiva di diritto comparato*, in B. Liberali – L. Del Corona (a cura di), *Diritto e valutazioni scientifiche*, Torino, 2022; F. Carnelutti, *Clinica del diritto*, in *Rivista di diritto processuale civile*, 1935, II, parte I; C. Casonato, *La scienza come parametro interposto di costituzionalità*, in *Rivista AIC*, 2016, II; C. Casonato, *Consenso e rifiuto delle cure in una recente sentenza della Cassazione*, in *Quad. cost.*, 2008, III; C. Casonato, *Il principio della volontarietà dei trattamenti sanitari fra livello statale e livello regionale*, in *Le Regioni*, 2009, III-IV; C. Colapietro, *La salvaguardia costituzionale del diritto alla salute e l'effettività della sua tutela nella sperimentazione del "Multitrattamento Di Bella"*, in *Giur. it.*, 1999, I; F. Cortese, M. Tomasi (a cura di), *Le definizioni nel diritto*, Collana Quaderni della Facoltà di Giurisprudenza, Università degli Studi di Trento, 2016; G. D'Amico, *Scienza e diritto nella prospettiva del giudice delle leggi*, Messina, 2008; G. D'Amico, *Caso "Stamina": la "lotta per la salute"*, in *Forum cost.*, 1 febbraio 2015; M. D'Amico, *Ma riuscirà una legge incostituzionale ad arrivare davanti al suo giudice (quello delle leggi, appunto...)?*, in *Forum cost.*, 13 maggio 2004; M. D'Amico, I. Pellizzone (a cura di), *I diritti delle coppie infertili. Il limite dei tre embrioni e la sentenza della Corte costituzionale*, Milano, 2010; M. D'Amico, *Il "Caso Cappato" e le logiche del processo costituzionale*, in *Forum cost.*, 24 giugno 2019; M. D'Amico, *Le questioni "eticamente sensibili" fra scienza, giudici e legislatore*, in *Forum cost.*, 5 novembre 2015; M. D'Amico, *Il "fine vita" davanti alla Corte costituzionale fra profili processuali, principi penali e dilemmi etici (Considerazioni a margine della sent. n. 242 del 2019)*, in *Osservatorio costituzionale*, 2020, I; M. D'Amico, B. Liberali (a cura di), *Il referendum sull'art. 579 c.p.: aspettando la Corte costituzionale*, in *Rivista del Gruppo di Pisa*, 2022, fasc. monografico n. 4; L. Del Corona, *Libertà della scienza e politica. Riflessioni sulle valutazioni scientifiche nella prospettiva del diritto costituzionale*, Torino, 2022; L. Del Corona (a cura di), *Diritto e valutazioni scientifiche*, Torino, 2022; S. Catalano, *Note a margine del decreto della Regione Lombardia di 'attuazione' della legge 22 maggio 1978, n. 194*, in *Forum cost.*, 1 aprile 2008; M. Cecchetti, *Appunti diagnostici e prognostici in vista della definizione del giudizio costituzionale sul "caso Cappato"*, in *Federalismi*, 2019, XVII; E. Dolcini, *Embrioni nel numero "strettamente necessario": il bisturi della Corte costituzionale sulla legge n. 40 del 2004*, in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 2009, II; G. Ferrando, *Diritto*

alla salute della donna e tutela degli embrioni: la Consulta fissa nuovi equilibri, in *Corr. giur.*, 2009, IX; N. Fiano, *Caso Cappato, vuoti di tutela costituzionale. Un anno al Parlamento per colmarli. Riflessioni a caldo a partire dal modello tedesco*, in *Forum cost.*, 25 ottobre 2018; T. Groppi, *La Corte costituzionale tra "fatto legislativo" e "fatto sociale"*, in *Giur. cost.*, 1998, V; A. Iannuzzi, *Il diritto capovolto. Regolazione a contenuto tecnico-scientifico e Costituzione*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2018; B. Liberali, *Una nuova censura (nuovamente respinta) nei confronti della l. n. 194 del 1978*, in *Biodiritto.org*, 2012; B. Liberali, *Il problematico intervento delle Linee guida ministeriali e regionali nelle materie in cui viene in rilievo l'evoluzione scientifica*, in *BioLaw Journal*, 2016, I; B. Liberali, *Problematiche costituzionali nelle scelte procreative. Riflessioni intorno alla fecondazione medicalmente assistita e all'interruzione volontaria di gravidanza*, Milano, 2017; B. Liberali, *La problematica individuazione e il ruolo dei soggetti terzi coinvolti nella relazione di cura fra medico e paziente nella nuova disciplina sul consenso informato e sulle DAT*, in *Forum cost.*, 25 giugno 2018; B. Liberali, *Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate tra scienza, diritto e sindacato costituzionale*, in *BioLaw Journal*, 2019, III; B. Liberali, *L'aiuto al suicidio "a una svolta", fra le condizioni poste dalla Corte costituzionale e i tempi di reazione del legislatore?*, in *Diritti comparati*, 9 dicembre 2019; B. Liberali, *Le nuove dimensioni del consenso informato: quali limiti materiali e temporali?*, in *BioLaw Journal*, 2021, III; B. Liberali, *Le vaccinazioni contro il Covid-19 davanti alla Corte costituzionale. Profili processuali e di merito*, in *Quaderni di diritto e politica ecclesiastica*, 2022, II; B. Liberali, *La non manifesta infondatezza subordinata alle risultanze istruttorie: una trasformazione impropria?*, in *Rivista Interdisciplinare sul Diritto delle Amministrazioni Pubbliche*, 2022, I; J. Luther, *Le vie del padre non sono finite*, in *Giur. cost.*, 1988, III; A. Mangia, *Si caelum digito tetigeris. Osservazioni sulla legittimità costituzionale degli obblighi vaccinali*, in *Rivista AIC*, 2021, III; A. Maniaci, *Introduzione di un obbligo vaccinale contro il Covid-19: profili di criticità*, in *Stato, Chiese e pluralismo confessionale*, 2021, XX; M. Manetti, *Procreazione medicalmente assistita: una political question disinnescata*, in *Giur. cost.*, 2009, III; A. Maresca, *La vaccinazione volontaria anti Covid nel rapporto di lavoro*, in *Federalismi*, 2021, VIII; M. Massa, *Lavoro e vaccinazione contro il Covid-19. Note costituzionali su un dibattito giuslavoristico*, in *Quad. cost.*, 2021, I; A. Morrone (a cura di), *Il "caso Cappato" davanti alla Corte costituzionale*, in *Forum cost.*, 2018; L. Orsi, *La relazione in medicina*, in *Responsabilità Medica*, 2019, I; I. Pellizzone, *Aiuto al suicidio e sindacato di costituzionalità: pars destruens e pars construens delle pronunce della Corte Costituzionale come chiave di lettura della tecnica decisoria e della ratio decidendi del caso Cappato*, in *Forum cost.*, 2020, II; S. Penasa, *La legge della scienza: nuovi paradigmi di disciplina dell'attività medico-scientifica. Uno studio comparato in materia di procreazione medicalmente assistita*, Napoli, 2015; S. Penasa, *Obblighi vaccinali: un itinerario nella giurisprudenza costituzionale comparata*, in *Quad. cost.*, 2018, I; S. Penasa, *Verso una teoria della ragionevolezza scientifica: parametro costituzionale o metodo legislativo*, in B. Liberali, L. Del Corona (a cura di), *Diritto e valutazioni scientifiche*, Torino, 2022; S. Penasa, *Una disposizione costituzionalmente necessaria ma un bilanciamento non costituzionalmente vincolato? Prime note alla sentenza n. 50 del 2022 della Corte costituzionale*, in *Diritti comparati*, 17 marzo 2022; C. Pinelli, *Gli obblighi di vaccinazione fra pretese violazioni di competenze regionali e processi di formazione dell'opinione pubblica*, in *Giur. cost.*, 2018, I; F. G. Pizzetti, *Alle frontiere della vita: il testamento biologico tra valori costituzionali e promozione della persona*, Milano, 2008; M. Piccinni, *Modalità e forme*

del consenso, in *Responsabilità Medica*, 2019, I; C. Quagliariello, C. Fin (a cura di), *Il consenso informato in ambito medico. Un'indagine antropologica e giuridica*, Bologna, 2016; R. Romboli, *Il consenso del non avente diritto*, in *Foro it.*, 1988, VII-VIII; R. Romboli, *Aspetti costituzionali della vaccinazione contro il Covid-19 come diritto, come obbligo e come onere (certificazione verde Covid-19)*, in *Questione giustizia*, 2021; A. Ruggeri, *Rimosso senza indugio il limite della discrezionalità del legislatore, la Consulta dà alla luce la preannunziata regolazione del suicidio assistito (a prima lettura di Corte cost. n. 242 del 2019)*, in *Giustizia insieme*, 27 novembre 2019; A. Ruggeri, *Perché la Costituzione impone, nella presente congiuntura, di introdurre l'obbligo della vaccinazione a tappeto contro il Covid-19*, in *Giustizia insieme*, 2021; C. Salazar, *La Corte costituzionale "immunizza" l'obbligatorietà dei vaccini*, in *Quad. cost.*, 2018, II; M. Tomasi, *Vaccini e salute pubblica: percorsi di comparazione in equilibrio fra diritti individuali e doveri di solidarietà*, in *Diritto pubblico comparato ed europeo*, 2017, II; C. Tripodina, *La Corte costituzionale, la legge sulla procreazione medicalmente assistita e la «Costituzione che non vale più la pena difendere?»*, in *Giur. cost.*, 2009, III; L. Trucco, *Procreazione assistita: la Consulta, questa volta, decide (almeno in parte) di decidere*, in *Giur. it.*, 2010, II; B. Vimercati, *Consenso informato e incapacità. Gli strumenti di attuazione del diritto costituzionale all'autodeterminazione terapeutica*, Milano, 2014; L. Violini, *La tutela della salute e i limiti al potere di legiferare: sull'incostituzionalità di una legge regionale che vieta specifici interventi terapeutici senza adeguata istruttoria tecnico scientifica*, in *Le Regioni*, 2002, VI.

CAPITOLO 2

La relazione che cura in psicoterapia

Consuelo C. Casula

SOMMARIO: 1. Premessa. – 2. La relazione terapeutica efficace e la relazione che cura. – 3. Caratteristiche dei terapeuti esperti. – 4. Caratteristiche di base della relazione che cura. – 4.1. Il *setting*. – 4.2. Il tempo e il luogo della cura. – 4.3. L'alleanza terapeutica. – 4.4. La fiducia reciproca. – 4.5. L'empatia. – 4.6. La flessibilità. – 5. La relazione che cura e l'approccio naturalistico di Milton Erickson. – 6. La terapia che cura con la relazione. – 7. Il linguaggio della cura. – 8. Conclusioni.

1. Premessa

Nelle pagine seguenti ci proponiamo di identificare alcune caratteristiche che trasformano la relazione terapeutica in “relazione che cura”, utilizzando le dinamiche che essa stessa crea. Nella relazione che cura, il terapeuta accoglie il cliente con fiducia, rende visibili le sue ferite, fa emergere le risorse latenti e si fa carico dei suoi bisogni più profondi. La fiducia del terapeuta verso il cliente consente a quest'ultimo di riconoscersi affidabile e disponibile a intraprendere processi trasformativi che lo porteranno a gestire le sue risorse per aiutare sé stesso.

Tali caratteristiche sono state identificate, a partire dalla seconda metà del Settecento, da numerose ricerche, volte a comprendere cosa possa rendere efficace una psicoterapia. Le ricerche hanno dimostrato che l'efficacia terapeutica è data non tanto dall'approccio adottato, bensì da come il terapeuta si comporta con ogni singolo cliente, dalla empatia, congruenza e genuinità, e dall'atteggiamento di fiducia, rispetto, e speranza di risolvere il problema¹. Il terapeuta, tramite la comunicazione verbale e analogica che connette mente conscia e inconscia, dona fiducia quando ascolta i suoi clienti con partecipato interesse; mostra rispetto quando accetta anche la loro vulnerabilità; rinforza la speranza quando dirige le energie verso un processo evolutivo.

L'efficacia della terapia è anche data dal cliente che sente che è arrivato il momento per mettersi in gioco e cerca un terapeuta di cui fidarsi e alle cui cure affidarsi. Se la fiducia del terapeuta verso il cliente è un dono, quella del cliente verso il terapeuta va guadagnata. Il cliente si affida al terapeuta quando ha la

¹ Cfr. ad es. Aa.Vv., *Psychotherapy Relationships that Work. Evidence-based Responsiveness*, a cura di J.C. Norcross, 2^a ed., Oxford, 2011.

sensazione di essere accolto, accettato, compreso, non giudicato. Il terapeuta, una volta guadagnata la fiducia dei clienti, la mantiene, facendone emergere le risorse, entrando in risonanza con le loro emozioni, calmandoli quando necessario, aiutandoli a migliorare le loro funzioni esecutive, mitigando la paura per il futuro.

In generale, i terapeuti esperti sono sensibili alla relazione: conoscono l'importanza della congruenza tra comunicazione verbale e analogica, sperimentano la rilevanza della acuità percettiva e linguistica: caratteristiche, queste, che rinforzano la relazione che cura e facilitano il raggiungimento dell'obiettivo terapeutico.

Dopo una breve analisi delle ricerche che attestano l'importanza della relazione, ne esamineremo le caratteristiche indispensabili, per poi introdurre l'ipnosi ericksoniana e delineare, infine, il suo specifico contributo alla relazione che cura.

2. La relazione terapeutica efficace e la relazione che cura

Uno dei primi casi, in cui si è scoperto che la relazione tra terapeuta e cliente è fondamentale, rimonta al magnetismo di Franz Mesmer, che consisteva nell'ottenere risultati terapeutici grazie all'applicazione di calamite su parti malate del corpo dei clienti². Nel 1784, una commissione dell'accademia reale delle scienze, incaricata dal re Luigi XVI di Francia di esaminare il fenomeno del magnetismo, scopre che non erano i magneti a curare, ma il processo psichico connesso alle suggestioni inviate da Mesmer che risvegliavano l'immaginazione dei clienti. È agli esperimenti sul magnetismo di Mesmer che si fa risalire anche la scoperta dell'inconscio³. Da allora, numerose altre ricerche hanno confermato che l'efficacia della cura psicoterapeutica non è data dalla disciplina, né dai metodi utilizzati, ma dalla relazione che il clinico instaura e mantiene con il cliente di cui ha guadagnato la fiducia.

È con Hippolyte Bernheim e la scuola di Nancy che la suggestione viene considerata un fenomeno naturale, slegato dalla patologia attribuita precedentemente alla suggestionabilità dei clienti. Per i frequentatori della scuola di Nancy, i fenomeni della suggestione sono caratterizzati dalla mancanza di consapevolezza conscia del cliente⁴.

A questo riguardo, il neurologo Pierre Janet definisce la suggestione come l'influenza che una persona esercita su un'altra, senza la mediazione del

² Cfr. A. Semerari, *La relazione terapeutica. Storia, teoria e problemi*, Bari, 2022, p. 5 ss.

³ H.F. Ellenberg, *La scoperta dell'inconscio, storia della psichiatria dinamica*, Torino, 1976.

⁴ H. Bernheim, *De la suggestions dans l'etat hypnotique et dans l'etat de veille*, Paris, 1884.

consenso volontario⁵. Questa semplice definizione potrebbe essere attribuita anche agli esperti di manipolazione che, con abilità comunicazionale, riescono a ottenere dall'interlocutore qualcosa che va a proprio vantaggio e a svantaggio del manipolato. La suggestione esercitata dal terapeuta avviene invece all'interno del *setting* clinico ed è rivolta a vantaggio del benessere del cliente. Pierre Janet sostiene che sia la percezione esterna sia la propriocezione maturano con l'esperienza terapeutica, che aiuta a diventare capaci di deliberare e di scegliere; l'autocoscienza avrebbe una capacità limitata e non riuscirebbe a governare né la volontà né le decisioni, ma solamente le forme inferiori, automatiche.

Dan Short ha operato un confronto sugli approcci di William James e di Milton Erickson riguardo la cura della coscienza umana⁶. Tale confronto porta a riconoscere che James ritiene che la psicoterapia offra ai clienti la possibilità di cambiare coltivando in loro la speranza rivoluzionaria e il senso di responsabilità. In accordo con James, anche Milton Erickson sostiene che il terapeuta debba trasferire al cliente la responsabilità sia della definizione del problema sia dei risultati che vorrebbe raggiungere, offrendogli l'opportunità di esercitare la sua libera scelta. Per questo Erickson inviava in modo indiretto la suggestione più importante: il cambiamento è possibile ed è nelle tue mani.

Anche Saul Rosenzweig scopre che alla base dell'efficacia delle varie forme di psicoterapie c'è l'influenza di fattori impliciti e non verbalizzati, come la catarsi, la personalità del terapeuta, la sua ideologia circa la formulazione alternativa degli eventi psicologici e l'interdipendenza coi fattori di personalità del cliente⁷.

Nel corso degli anni, la ricerca sulla natura degli effetti terapeutici si sposta sempre più a osservare la congruenza e genuinità del terapeuta, la sua coerenza formale e la sua capacità di leggere in modi creativi gli eventi psicologici interdipendenti con l'organizzazione della personalità del cliente⁸. L'impatto della relazione che cura si avvale di pratiche collaborative, in cui l'esperienza interpersonale col terapeuta diventa per il cliente correttiva in sé; anche grazie a processi di identificazione o di assimilazione ai suoi schemi cognitivi nel patto per il cambiamento e nella modifica degli schemi di attaccamento grazie all'alleanza terapeutica.

⁵ P. Janet, *L'automatisme psychologique*, Paris, 1889, trad. it. *L'automatismo psicologico. Saggio di psicologia sperimentale sulle forme inferiori dell'attività umana*, Milano, 2013.

⁶ D. Short, *William James e Milton Erickson. La cura della coscienza umana*, Milano, 2019.

⁷ S. Rosenzweig, *Some Implicit Common Factors in Diverse Methods of Psychotherapy*, in *American Journal of Orthopsychiatry*, 1936, vol. 6, issue 3, p. 412 ss.

⁸ G.G. Kolden, M.H. Klein, C.-C. Wang, S.B. Austin, *Congruence/genuineness*, in Aa.Vv., *Psychotherapy Relationships that Work. Evidence-based Responsiveness*, a cura di J.C. Norcross, cit., p. 187 ss.

La relazione che cura offre *esperienze emozionali correttive*⁹ che guariscono ferite relazionali dovute ad attaccamenti insicuri, trascuratezze, abusi, o al distacco emotivo dei *caregiver*. La relazione che cura offre al cliente l'opportunità di scoprire che da un lato può essere visto, riconosciuto e accettato per ciò che è e, allo stesso tempo, essere aiutato a far emergere le parti migliori di sé, quelle appunto che erano state precedentemente neglette o ignorate. La relazione che cura modifica atteggiamenti e comportamenti disfunzionali che erano prima basati sulla diffidenza e sfiducia e fa sperimentare il calore della fiducia reciproca grazie alla regolazione affettiva e affidabile col terapeuta. Il terapeuta che cura la relazione riconosce il valore del mettersi in gioco, dell'aprirsi a comprendere l'altro nella sua complessità psicologica, nelle sue zone chiare e quelle in ombra, nella sua ambiguità e ambivalenza, nelle sue titubanze e dubbi. La relazione diventa fondativa dell'evoluzione del cliente che si realizza grazie alla sua collaborazione e motivazione a raggiungere il proprio benessere evolutivo.

Anche Bruce Wampold sostiene che l'efficacia di un terapeuta prescinde dal suo orientamento, ma è data dalla sua competenza nel relazionarsi col cliente. Per l'autore i fattori che accomunano i terapeuti efficaci riguardano un legame emotivamente saldo col cliente, legame che si rinforza nell'ambiente di cura coerente con la terapia, e col fornire spiegazioni psicologicamente connesse al problema, adattative, comprese e accettate dal cliente¹⁰.

Dal canto suo, Scott Miller nelle sue ricerche riconosce che i terapeuti maggiormente apprezzati dai propri clienti sono coloro che chiedono un riscontro. Non solo alla fine di ogni seduta, con un questionario scritto, ma anche durante ogni seduta con domande tipo: "che riflessioni ha fatto dopo il nostro precedente incontro?"; "C'è qualcosa che avrebbe voluto dirmi ma che per qualche motivo non ha potuto e che vorrebbe dirmi oggi?"; "Che effetto le ha fatto questo mio intervento?"; "Quello che ho appena detto ha senso per lei?" Oppure, prima della conclusione dell'incontro, porre domande tipo: "Oggi avrebbe preferito che avessimo trattato un altro tema?"; "C'è stato qualche mio comportamento che le è risultato poco gradito o poco pertinente?"; "Ha già un'idea del tema che vorrebbe affrontare nella prossima seduta?"¹¹

Sulla stessa linea, agli psicoterapeuti che desiderano migliorare la loro relazione coi clienti Tony Rousmaniere suggerisce una pratica deliberata, che consiste nel selezionare alcune frasi rivolte ai clienti che sono risultate poco empatiche e sostituirle con frasi alternative che mostrino empatia affettiva e comprensione cognitiva. L'Autore suggerisce di recitare le nuove frasi scegliendo

⁹ F. Alexander, T.M. French, *Psychoanalytic Therapy: Principles and Application*, New York, 1946.

¹⁰ B.E. Wampold, Z.E. Imel, *The Great Psychotherapy Debate. The Research Evidence for what Works in Psychotherapy*, 2^a ed, New York, 2015.

¹¹ M.A. Hubble, B.L. Duncan, S.D. Miller, *The Heart & Soul of Change. What Works in Therapy*, American Psychological Association, Washington, 2006.

parole e toni più appropriati più e più volte con delle variazioni sino a ottenere un risultato soddisfacente: sino a quando le nuove frasi diventano incorporate così che potranno emergere spontaneamente nel futuro. Suggestisce anche pratiche di allenamento alla lettura delle emozioni attraverso la visione di film¹².

3. Caratteristiche dei terapeuti esperti

I terapeuti esperti sono in grado di formare un rapporto collaborativo, di coltivare l'alleanza di lavoro con una vasta gamma di clienti, sia quelli motivati e fiduciosi sia quelli aggressivi, sfidanti, problematici. Hanno una notevole proprietà e fluidità linguistica, sono abili nel riformulare e ristrutturare parole e frasi, capaci di descrivere il disturbo con parole semplici e chiare, di spiegare la logica del trattamento con sintesi efficaci. La fluidità linguistica consente al terapeuta di tener conto del contesto socioculturale del cliente, così da adattare il suo eloquio per renderlo comprensibile e familiare.

I terapeuti esperti hanno sviluppato l'intelligenza emotiva sia intrapsichica sia interpersonale¹³. L'intelligenza intrapsichica aiuta a definire, attribuire nomi precisi alle sensazioni e alle emozioni, riconoscerne la pertinenza e la funzione, attenuarle se troppo intense e smussarle se inappropriate al contesto. L'intelligenza interpersonale li aiuta a leggere gli stati emotivi dei clienti anche quando questi simulano o tentano di nasconderli, quando sopprimono alcune emozioni che non hanno imparato a esprimere in modo funzionale e costruttivo. O quando nominano certe emozioni senza però sentirle, senza riconoscerne le sfumature sensorialmente specificate, gusto, olfatto, colori e calore, localizzazione nel corpo. Un terapeuta esperto è capace di entrare in risonanza con le emozioni dei clienti senza farsene contagiare, sa sostenere sentimenti anche negativi suscitati dal cliente senza liberarsene frettolosamente e mantenendo la sana distanza del ruolo indispensabile per aiutarli a diventare più intelligenti emotivamente. Si commuove, prova compassione, rabbia, dispiacere, delusione, colpa, gratitudine, separando ogni volta la quota indotta dal cliente da quella evocata visceralmente da una propria ferita non ancora sufficientemente elaborata. Tipico il caso di un cliente che si rivolge per un lutto a un terapeuta che non ha ancora elaborato il proprio.

Il terapeuta esperto non si limita all'*expertise* della disciplina in cui si è specializzato, ma si mantiene curioso e continua ad aggiornarsi esplorando i contributi di altri approcci. Rivolge la sua attenzione allo studio delle esperienze interpersonali, a come queste plasmano lo sviluppo del cervello e delle sue

¹² T. Rousmaniere, *Deliberate Practice for Psychotherapists: A guide to Improving Clinical Effectiveness*, New York, 2016.

¹³ P. Bertrando, *Il terapeuta e le emozioni. Un modello sistemico-dialogico*, Milano, 2014.

connessioni nervose, attraverso le quali la mente sviluppa la capacità di elaborare accuratamente le nuove informazioni. Studia come la plasticità psicobiologica facilita malleabilità e agilità, fisica e immaginativa, suscettibilità a influenze esterne e mentalità aperta nei domini cognitivi ed emotivi¹⁴.

Il terapeuta esperto conosce sé stesso, ha esplorato le sue zone d'ombra, e riflette sui valori e convinzioni profonde circa i fattori che contribuiscono al proprio benessere e sui limiti del suo ruolo, sui fondamenti del suo paradigma che costituiscono l'architettura del *setting* e del suo impegno nella relazione. I terapeuti che curano attraverso la relazione offrono una collaborazione strutturata che consente al cliente di sperimentare nuove competenze, quali il rispetto di patti e regole stabilite, l'adesione a criteri oggettivi condivisi, il contenimento di certi impulsi.

Il terapeuta esperto, in conformità al noto ditterio di Terenzio “*tutto ciò che è umano mi appartiene*”, riconosce che per comprendere e aiutare il cliente ha bisogno di esplorarne alcune peculiarità relative allo stile di attaccamento, al sistema motivazionale, alle aspettative, alla reattività, all'intelligenza emotiva e alla capacità di mentalizzare. Risulta altresì utile indagare sulla formazione socioculturale, sulla rete di relazioni familiari e amicali che lo definiscono e sostengono, sul sistema di valori di riferimento, sull'appartenenza a fedi, credi e religioni, nonché sui segreti personali o familiari¹⁵.

4. Caratteristiche di base della relazione che cura

Tra i numerosi fattori che concorrono a formare le basi della relazione terapeutica possiamo inserire in primo piano la negoziazione sugli obiettivi terapeutici e la definizione delle responsabilità del cliente. Qui, ci limitiamo a presentare alcuni elementi che caratterizzano la relazione che cura quali il *setting*, il tempo e il luogo della cura, l'alleanza terapeutica, la fiducia reciproca, l'empatia, e la flessibilità. Tali fattori aiutano il cliente a sentirsi sicuro, ascoltato, rispettato, accolto, visto per quello che è, e aiutato a risolvere i suoi problemi. Con questo tipo di accoglienza il cliente si sente al centro dell'attenzione, comincia a sentirsi a suo agio, in un luogo sicuro da cui può esplorare un mondo nuovo, si prepara a cercare l'integrazione tra le sue parti cosce e inconscie, a

¹⁴ D.J. Siegel, *I misteri della mente. Viaggio al centro dell'uomo*, Milano, 2017. V. anche Id., *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Milano, 2001.

¹⁵ P. Fonagy, M. Target, *Attaccamento e funzione riflessiva*, Milano, 2001; J.G. Allen, P. Fonagy, A.W. Bateman, *La mentalizzazione nella pratica clinica*, Milano, 2010; C. Casula, *La forza della vulnerabilità. Utilizzare la resilienza per superare le avversità*, Milano, 2011; C. Loredio, C. Angiolari, *Il segreto. La complessità nascosta nel sistema familiare*, Milano, 2021.

riparare lontane ferite, e a costruire ciò cui nelle scienze psicologiche conviene il nome di *'locus of control interno'*.

A questo proposito mi viene in mente un caso di una cliente che, nei primi giorni di quest'anno, mi esprime la sua gratitudine. Finalmente dopo tre anni di convivenza col nuovo compagno ha trascorso il Natale con la famiglia di lui. Negli anni precedenti, la mia cliente trascorreva questa festività con sua sorella, mentre il compagno era a casa del fratello, dove era presente anche la ex moglie. "Di cosa specificamente mi ringrazia" – chiedo alla cliente? Lei risponde: "Del fatto che durante le prime sedute, in fase di negoziazione degli obiettivi terapeutici, lei aveva espresso il desiderio che il suo compagno non trascorresse più il Natale con la ex moglie". Io avevo commentato che quella formulazione di obiettivi non riguardava lei direttamente: desiderava che non accadesse più qualcosa che sino a quel momento era accaduto per tradizione decennale nella famiglia del suo attuale compagno ma non qualcosa per sé stessa. Le chiedo pertanto come lei desidera trascorrere il Natale del 2022. La cliente impiega un po' di tempo per entrare in contatto con i suoi desideri profondi. Quando le pongo la domanda diretta se le piacerebbe essere invitata a casa del fratello del compagno a Natale, lei risponde con un veloce "sì, certo". Ma non aveva osato dirlo neanche a sé stessa, sottovoce. Quando ho ipotizzato quel nuovo scenario, la cliente ha potuto riconoscere la legittimità del suo desiderio di essere conosciuta e riconosciuta dalla famiglia del suo compagno. Voleva essere una 'spinta gentile', la mia, verso una chiara ridefinizione degli obiettivi che per la cliente ha comportato un importante cambiamento nella sua vita.

4.1. Il setting

Ogni approccio psicoterapeutico dà specifiche indicazioni sul *setting*, quel luogo fisico dove si svolge l'incontro tra terapeuta e cliente, che diventa anche un luogo mentale di fantasie e proiezioni da parte di entrambi gli attori coinvolti e, soprattutto, un luogo sicuro dove il cliente sperimenta i primi passi verso il cambiamento. Il *setting* è un 'non detto' presente nell'*hic et nunc* di ogni incontro, con i suoi riti e rituali di inizio e di fine: fornisce una cornice spazio-temporale che contiene una dimensione logica e una struttura all'interno delle quali vengono esplicitate e concordate alcune regole riguardanti i presupposti per connotare l'incontro tra due persone in un incontro tra un terapeuta e un cliente che intendono svolgere un lavoro terapeutico insieme. La logica del *setting* definisce l'insieme degli aspetti che regolano quella relazione asimmetrica e complementare, i tempi, la frequenza delle sedute, la durata della terapia, il costo e la modalità del pagamento, la natura e le dimensioni dell'influenza dei due attori coinvolti.

La competenza del terapeuta è riconosciuta e ratificata dal *setting*, connessa al ruolo di cura che esercita con le sue limitazioni deontologiche e per-

sonali; il ruolo del cliente è legato al suo diritto di essere visto per quello che è, di opporre resistenza, di non accettare interpretazioni arbitrarie o giudizi soggettivi, di interrompere quando non più soddisfatto. Il cliente decide di farsi assistere in terapia con una chiara aspettativa: quella di avere col terapeuta una relazione di calorosa vicinanza, che lo aiuti a raggiungere gli obiettivi concordati, che per solito concernono il benessere psico-fisico e l'evoluzione personale e professionale.

Nel *setting*, il terapeuta mantiene il contatto con la realtà del tempo che passa, governa eventuali fattori di disturbo, per esempio ritardi dei clienti, il loro chiedere consigli, valutando quali avvenimenti esterni incorporare nell'interazione terapeutica per aderenza al contesto terapeutico e quali trascurare.

Talvolta risulta necessario chiedere ai clienti di disambiguare alcune frasi. Ciò aiuta a non diventare complici di comportamenti, atteggiamenti o valori che non si condividono. Ad esempio, chiedere a un cliente che spesso ripete "non ce la faccio più, voglio morire", se pensi al suicidio, può aiutare a capire che si tratta soltanto di modo di dire, ed è indispensabile che anche il cliente lo riconosca.

4.2. *Il tempo e il luogo della cura*

Il tempo della cura tratta il presente, rende presente il passato, e semina fiori e frutti che germoglieranno in futuro, in un rapporto variabile tra *Cronos* e *Kairos*. *Cronos*, dio del tempo che scandisce oggettivamente il tempo che passa, bada al rispetto degli orari concordati di inizio e di fine dell'incontro, della frequenza e della durata. *Kairòs* invece, dio dell'opportunità e della scelta umana, genera occasioni da cogliere tempestivamente, offre episodi da elaborare che non si esauriscono in una seduta, porge continuità durante intervalli settimanali o plurisettimanali, sapendo che il legame si mantiene anche nella distanza. *Kairòs* valorizza il tempo frazionato, diluito secondo tempi scanditi sia da aspettative, motivazioni e bisogni dei clienti sia dalla ricettività, flessibilità e disponibilità del terapeuta¹⁶.

Se il tempo della terapia è un armonioso incontro tra presente, passato e futuro, *Cronos* e *Kairòs*, il luogo della cura è più *temenos* che *agorà*: è più un recinto sacro riservato ed esclusivo che una piazza, luogo aperto accessibile a tutti dove ciascuno ha diritto di passare frettoloso e di sostare quanto vuole. Nel *temenos* dello studio del terapeuta si officiano riti di espiazione e di riparazione, di riconoscimento dei propri doveri e di riappropriazione dei propri diritti, di risveglio e di rinascita, di riconoscimento dei propri e altrui errori, e di perdono.

¹⁶ Sul tema, cfr. ad es. L. Boscolo, P. Bertrando, *I tempi del tempo. Una nuova prospettiva per la consulenza e la terapia sistemica*, Torino, 1993.

In proposito, ricordo una cliente madre di quattro figli e ottima professionista affaticata dai doveri di madre-moglie-lavoratrice e ignara dei suoi diritti di donna, di persona. Le do il compito di scrivere l'elenco dei suoi diritti da far valere in casa, col marito, con la suocera, con i figli, e nel luogo di lavoro. Rendersi conto di quanti e quali diritti aveva ignorato nel corso degli anni è stata un'esperienza emozionale correttiva, che l'ha spinta a modificare alcuni comportamenti. Ha imparato a usare il 'no' positivo, ossia a dire no agli altri e a dire sì a se stessa¹⁷.

Il *temenos* è un luogo di guarigione per il tramite di parole bene-dette e benefiche, enfatizzate da sguardi che restituiscono visibilità al cliente e gesti che abbracciano ansie e timori, sottolineati da pause e silenzi. Quando le parole non sono più sufficienti, il terapeuta può concedere pause brevi o lunghi silenzi, in cui propone al cliente di ascoltare il dialogo interno e di entrare in contatto con le proprie risorse e bisogni più profondi.

4.3. *L'alleanza terapeutica*

Per Edward Bordin l'alleanza terapeutica si basa su tre pratiche collaborative: la negoziazione rispetto agli obiettivi; l'accordo circa i rispettivi e reciproci compiti, competenze e responsabilità; lo sviluppo della relazione centrata su reciproci sentimenti positivi, di fiducia e rispetto¹⁸.

Quando il cliente si affaccia alla terapia, è già motivato a creare un'alleanza, si aspetta un terapeuta che lo sappia accogliere con gentilezza e professionalità e desidera quella considerazione positiva incondizionata come fattore essenziale per il cambiamento terapeutico¹⁹. Una volta scelto il terapeuta, il cliente è incline ad accettare il proprio ruolo di cliente e ad affrontare un'esperienza che può a volte essere dolorosa, sfidante, talvolta deludente, ma che merita di essere vissuta. L'alleanza terapeutica aiuta a privilegiare la collaborazione e a stimolare la motivazione al cambiamento. Sarà l'esperienza terapeutica che farà vivere nelle sedute esperienze emozionali correttive e, allo stesso tempo, porterà a riconoscere nella vita reale quelle esperienze correttive che preparano il cambiamento.

Il terapeuta esperto è consapevole del processo di condizionamento reciproco e delle limitazioni del suo ruolo asimmetrico in cui deve mantenere quella giusta distanza, né troppo vicino, per non apparire troppo amicale, né troppo lontano, per non essere percepito come freddo e asettico, né troppo

¹⁷ W. Ury, *Il no positivo. Come negoziare un accordo senza rinunciare ai propri obiettivi*, Milano, 2007.

¹⁸ E.S. Bordin, *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*, in *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 1979, p. 252 ss.

¹⁹ C.R. Rogers, *Client Centered Therapy*, Boston, 1951, trad. it. *Terapia centrata sul cliente*, Molfetta, 2007.

disponibile, per non sembrare compiacente, né troppo rigido, per non essere reputato come dogmatico.

I terapeuti che curano la relazione sviluppano il pensiero dialogico e la pratica collaborativa, ponendo le loro competenze al servizio del cliente, nel rispetto dei suoi bisogni e della sua dignità, con grazia e *gravitas*. La grazia è caratterizzata dalla gentilezza dei modi, dalla tenerezza²⁰ dello sguardo, dalla morbidezza delle parole; la *gravitas* dalla profondità degli interventi terapeutici centrati sulle esigenze del cliente.

4.4. *La fiducia reciproca*

La struttura del *setting* e l'alleanza terapeutica generano e rinforzano fiducia, che a sua volta aiuta i clienti a sviluppare autonomia, e a trovare il *locus of control* interno, che corrobora autostima e autoefficacia, indipendenza e interdipendenza²¹. I clienti che hanno confidato al terapeuta le loro sofferenze e si sono affidati alle sue cure imparano anche a fidarsi di sé stessi e a trasformare in competenza le loro risorse risvegliate. In questo modo, possono gradualmente abbandonare il precedente ruolo di vittime per costruire un nuovo piano di vita in cui adottano il ruolo attivo di risolutori di problemi. In questo nuovo ruolo migliorano la capacità di usare il pensiero critico e strategico, supportato dall'immaginazione creativa che pianifica come promuovere resilienza e consolidare cambiamenti evolutivi.

Ogni cliente scopre che dentro di sé ci sono strati di vari dolori, alcuni lontani e remoti, altri recenti e vicini. Scopre anche che tra gli strati delle ferite si annidano le risorse che si sono sviluppate proprio per sanarle e cicatrizzarle. Nel condividere i propri dolori i clienti narrano una storia di sofferenza ma anche di riscatto, di limiti e vulnerabilità ma anche di resilienza e determinazione. Alcuni dolori appartengono alla memoria della mente, altri alla memoria del corpo, altri alla memoria del cuore²². I terapeuti accolgono senza giudicare ogni tipo di dolore, ogni tipo di memoria traumatica e restituiscono con benevolenza ai clienti l'accettazione di ciò che non può essere cambiato e la consapevolezza che, durante e dopo la terapia, possono narrare la loro storia con una nuova consapevolezza delle risorse emerse che trova nuove parole addolcite da calde emozioni e ammorbidite da pensieri incoraggianti.

²⁰ E. Borgna, *Tenezza*, Torino, 2022.

²¹ C. Casula, *Come costruire fiducia attraverso il rapporto: presenza, sintonizzazione e risonanza*, in Aa.Vv., *Il rapporto: una relazione speciale che cura: Responsività, reciprocità, e sincronismo nella psicoterapia naturalistica ericksoniana*, a cura di C. Mammìni, E. Mazzone, M. Paganelli, Milano, 2020, p. 108 ss.

²² P.A. Levine, *Somatic Experiencing. Esperienze somatiche nella risoluzione del trauma*, Roma, 2014; B. van Der Kolk, *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nella elaborazione di memorie traumatiche*, Milano, 2015.

Lo scambio di fiducia reciproca tra terapeuta e cliente stimola curiosità e speranza nei confronti del futuro, emozioni epistemiche che iniziano un processo di esplorazione e di conoscenza del mondo circostante e che fungono da antidoto. La fiducia è un antidoto dell'ansia, dell'incertezza, dell'ambiguità; la curiosità è un antidoto della paura e della stagnazione; la speranza è un antidoto dell'impotenza e dell'illusione. Fiducia, curiosità e speranza sono caratteristiche indispensabili che incoraggiano a lasciare il certo per l'incerto, a desiderare il nuovo, ad andare verso l'ignoto, verso l'incertezza che ogni apertura comporta. A predisporre programmi alternativi, pronti a lasciarsi sorprendere.

La fiducia stimola la ricerca di approfondire la conoscenza di ciò che aiuta a star bene: così i clienti comprendono che riconoscere le vulnerabilità li porta ad accettare anche i punti di forza; che apprendere dal passato e ricollocarlo nel passato è un modo per sintonizzarsi nel presente; che vivere pienamente il presente è acquisire consapevolezza che stanno muovendosi verso quel sé futuro che stanno costruendo con i loro tempi e i loro ritmi, un passo per volta²³.

4.5. *L'empatia*

Un altro fattore che caratterizza la terapia come relazione che cura riguarda l'empatia, entrare in risonanza con le emozioni del cliente, non semplicemente la pura compassione²⁴. La risonanza empatica col cliente ha a che fare con la sensibilità e genuinità del terapeuta e la sua disposizione a comprendere pensieri, emozioni, preoccupazioni dal punto di vista del cliente. Empatia è assumere la prospettiva dell'altra persona, vedere il mondo con i suoi occhi, raggiungere una comprensione cognitiva, immaginare la sua esperienza percettiva e mentalizzare i significati che attribuisce a ciò che accade in lei/lui, negli altri e nel mondo. Empatia è anche pre-occuparsi, anticipare rischi e mettere in guardia il cliente, è prendersi cura del suo benessere.

Ricordo una cliente *pro bono* venuta per poche sedute. Durante le quali ho cercato di farle percepire il rischio di perseguire la strategia vendicativa che intendeva mettere in atto. Ogni volta che esplicitavo i miei dubbi lei diceva: "si lo so". Alcuni mesi dopo il nostro ultimo incontro invia un messaggio scrivendo che avevo ragione su tutto: era accaduto quello che le avevo anticipato, anzi peggio. Mi spiace non essere riuscita ad aiutarla.

²³ C. Casula, *La ciotola d'oro. Vivere il presente, apprendere dal passato, progettare il futuro in terapia*, Milano, 2017.

²⁴ R. Elliot, A.C. Bohart, J.C. Watson, L.S. Greenberg, *Empathy*, in Aa.Vv., *Psychotherapy Relationships that Work. Evidence-based Responsiveness*, cit., p. 132 ss.; F. Benedetti, *La Speranza è un farmaco: come le parole possono vincere la malattia*, Milano, 2018; P. Bertrando, *Il terapeuta e le emozioni. Un modello sistemico-dialogico*, cit.; D. Short, C. Casula, *Speranza e resilienza. Cinque strategie psicoterapeutiche di Milton Erickson*, Milano, 2004.

Infine, empatia è anche gioia simpatetica: essere felici per la felicità, la soddisfazione e il successo del cliente.

Ricordo il caso di un cliente che con modestia mi comunica che la sua azienda gli ha dato un premio di 5.000 Euro. Esprimo la mia contentezza, gli faccio i complimenti, aggiungo che anche sua moglie sarà contenta e gli chiedo come si preparano a celebrare questo meritato riconoscimento. Lui mi guarda un po' perplesso e mi chiede come mai io sia così contenta. Gli chiedo quante persone sono state premiate assieme a lui: quattro, risponde. E quanti dipendenti lavorano nella sua azienda: un po' meno di duemila, risponde. Gli chiedo che senso dà a questi numeri, come li valuta, cosa stanno a significare per l'azienda? Che ho fatto un buon lavoro, riconosce. Dopo un lungo silenzio aggiunge: mio padre non mi ha mai fatto un complimento, non si è mai interessato ai miei risultati scolastici, neanche quando mi sono laureato a pieni voti. Ecco un'altra tipica esperienza emozionale correttiva di cui parla Alexander.

Attraverso l'empatia, la relazione che cura aiuta a sviluppare l'autoregolazione delle emozioni troppo intense, e la capacità di calmarsi. Il terapeuta trasferisce nelle mani e nel cuore dei clienti le competenze terapeutiche emozionali con tatto e tenerezza, affinché possano trovare l'energia proattiva che legittima una vita di amore e rispetto di sé stessi, prerequisito per amare e rispettare anche altri.

4.6. *La flessibilità*

La relazione che cura reclama anche l'adozione di un approccio strategico, soprattutto nell'aiutare il cliente a sviluppare maggiore flessibilità, laddove vi sia un irrigidimento eccessivo. Michael Yapko riconosce che per Erickson la sofferenza delle persone è il risultato della loro rigidità percettiva, emotiva, cognitiva, comportamentale, identitaria, relazionale e contestuale²⁵.

Pertanto, fin dai primi colloqui può essere utile che il clinico concentri l'attenzione sulle aree di maggiore rigidità che necessitano di un intervento immediato e quali possono essere trattate in seguito. Così come è d'aiuto indagare dove la rigidità si annida, dove il tronco si è incagliato, impedendo al fiume della vita di fluire. Si può esplorare se lenti scure e deformate ostacolano una chiara percezione e valutazione dei fenomeni, con una selezione percettiva di fattori negativi a discapito di quelli positivi; se un'emozione disfunzionale, troppo intensa e orientata al passato impedisca di riconoscere le risorse attuali e di proiettarne l'utilizzo nel futuro; se convinzioni limitanti, errori logici o fallacie interpretative suggeriscano risposte preconfezionate e blocchino ragionamenti complessi di causalità circolare. Si può, altresì, osservare se comportamenti

²⁵ M. Yapko, *Process-Oriented Hypnosis. Focusing on the Forest, not the Trees*, New York, 2021.

stereotipati e ripetitivi provochino reazioni automatiche, impulsive invece di risposte ponderate; se una vaga e opaca definizione di sé, a causa di attribuzioni ricevute da altri, freni il processo di autonomia e di integrazione; se relazioni interpersonali intrappolate da manipolazioni e abusi limitino l'evoluzione personale e professionale, rendendo difficile difendersi in modo assertivo e riconoscere regole situazionali implicite o esplicite da rispettare o a cui ribellarsi.

Si suggerisce, una volta identificata l'area che necessita di maggiore flessibilità, di procedere con suggestioni di processo, che aiutano i clienti a riconoscere l'ambiguità e a creare aspettative realistiche, a discriminare meglio e a governare gli impulsi, a definire le responsabilità, ad adottare azioni significative anche grazie a visioni prospettiche e lungimiranti.

5. La relazione che cura e l'approccio naturalistico di Milton Erickson

Milton Erickson, psicologo e psichiatra, ha ridato vita all'ipnosi, proponendone una versione naturalistica, permissiva, indiretta, in cui non è indispensabile seguire le procedure formali di induzione della *trance*, ma si possono utilizzare anche quelle informali dell'ipnosi conversazionale²⁶. Per *trance* si intende un fenomeno relazionale in cui prevale la bilateralità e la responsività, in cui la relazione selettiva ed esclusiva tra terapeuta e cliente è caratterizzata da focalizzazione e assorbimento reciproco con contemporanea riduzione della consapevolezza periferica. La *trance* è un mezzo per comunicare idee, per inviare al cliente suggestioni terapeutiche di contenuto e di processo, offrendogli un'esperienza multisensoriale efficace, invitandolo a fare proiezioni nel futuro, basate sul rinforzo delle risorse del presente e su una chiara definizione degli obiettivi²⁷.

La teoria naturalistica ericksoniana considera la *trance* una particolare forma di concentrazione su stimoli più interni che esterni: in quanto tale è un'esperienza familiare, comune, quotidiana, non solamente uno stato indotto dalle suggestioni del terapeuta. Nello stato di *trance* naturalistica, l'ipnosi consente di perdere l'orientamento verso la realtà esterna abituale per spostare l'attenzione verso un orientamento di una nuova realtà possibile e positiva. Compito del terapeuta consiste pertanto nel ri-orientare e ri-attivare nel cliente la possibilità di ri-associare e ri-organizzare la complessità psicologica e di usufruire di risorse personali sino a quel momento non accessibili a livello conscio.

²⁶ M.H. Erickson, *Le nuove vie dell'ipnosi*, Roma, 1978.

²⁷ M.H. Erickson, E.L. Rossi, Rossi S.I., *Tecniche di suggestione ipnotica*, Roma, 1979.

Poiché utilizza leggi e principi delle induzioni ipnotiche²⁸ basate sul potere della comunicazione e della relazione, l'ipnosi è considerata uno strumento valido per influenzare la plasticità psicobiologica, un processo dinamico, non uno stato: un processo che crea un cambiamento fluido e temporale, una plasticità che ammorbidisce le connessioni e interrompe il vecchio circuito del sapere²⁹. In questo modo, l'immaginazione creativa dell'intelligenza inconscia crea un contesto propedeutico al raggiungimento del cambiamento auspicato, aiuta il cliente a dare forza alle proiezioni nel futuro in cui si immagina dopo aver realizzato i propri obiettivi.

Per Erickson, essere in relazione significa riconoscere di essere l'uno in funzione dell'altro, in un legame di funzionalità reciproca, consapevoli della asimmetria della relazione. All'interno di questa relazione, il terapeuta è responsabile del processo, dei sentimenti positivi e negativi che prova, del proprio ruolo e del divenire della relazione che osserva con costante curiosità, soprattutto durante la danza della trance interattiva sincronica. In questa danza anche la resistenza del cliente va accettata come comunicazione essenziale che indica al terapeuta le strategie da modificare calibrando meglio le esigenze del cliente. Ogni comportamento di quest'ultimo è un aiuto, una componente essenziale del processo, non un fastidio connotato come resistenza o sfida. A fronte di una resistenza il terapeuta è invitato a mostrare la sua flessibilità adeguando i successivi interventi al cliente.

Il terapeuta ericksoniano ha e mantiene un ruolo attivo e proattivo, non autoritario né dominante, ma impegnato e concentrato nell'individuare e risvegliare le risorse del cliente, fermamente convinto che ogni persona ha un suo quoziente di resilienza che aiuta a superare le difficoltà della vita e che tutto passa, tutto cambia nella vita³⁰. Si pone come una guida intelligente che si adatta al cliente utilizzando ciò che questi porta in terapia, con un trattamento personalizzato, calibrato su misura, diverso per ogni singolo cliente. È attribuito a Erickson il detto che è come se dovessimo inventare ogni volta una nuova terapia con ogni nuovo cliente perché ognuno è un individuo unico e speciale.

Per Erickson nella relazione che cura c'è bilateralità e consensualità, in cui il terapeuta è maggiormente consapevole del proprio stile di comunicazione e delle suggestioni che utilizza. Da ciò consegue che i terapeuti ericksoniani

²⁸ C. Casula, *Laws and Principles of Hypnotic Inductions*, in *Handbook of Medical and Psychological Hypnosis. Foundations, Applications and Professional Issues*, a cura di G.R. Elkins, New York, 2017, p. 43 ss.

²⁹ L.I. Sugarman, J.H. Linden, L.W. Brooks, *Changing Minds with Clinical Hypnosis*, New York, 2020.

³⁰ D. Short, C. Casula, *Speranza e resilienza*, cit.; C. Casula, *A technique for Enhancing Resilience in Patients*, in *Handbook of Hypnotic Techniques. Favorite Methods of Master Clinicians*, vol. 2, a cura di M. Jensen, Kirkland-Washington, 2021, p. 85 ss.

curano le diverse componenti della comunicazione verbale, nella scelta delle parole e delle frasi, e della comunicazione analogica, non verbale, dei movimenti del corpo e della modulazione della voce, paraverbale. Nel processo di comunicazione il terapeuta presta attenzione alla sua postura e prossemica in relazione a quella del cliente, ai gesti, al contatto oculare, così come modula la prosodia, il tono, il tempo, il timbro e il volume della voce, le pause e i silenzi. L'osservazione e l'ascolto sono indispensabili per comprendere i non detti, sostengono il dialogo teso a rendere esplicito l'implicito, a disambiguare l'ambiguità, per raggiungere una sufficiente chiarezza e condivisione degli scambi di significati bilaterali.

È infatti fondamentale evocare le risorse sopite del cliente ponendo l'attenzione sui suoi punti di forza, sulla normalità quotidiana e non sulla patologia. Erickson, sostenitore della psicologia positiva e del potenziale umano, credeva in un inconscio colmo di risorse: perciò è essenziale accettare e utilizzare ciò che il cliente porta in terapia per aiutarlo ad aiutare sé stesso generando così il cambiamento voluto e agito dal cliente, non spinto dal terapeuta.

Perciò il terapeuta ericksoniano nota come il cliente si esprime, ascolta attentamente le sue parole, frasi e metafore; così come osserva gesti emblematici per poi utilizzarli magari disseminati durante interventi o suggestioni successive, in un accurato processo di *tailoring*. Per *tailoring* si intende una modificazione del trattamento per adattarsi ai bisogni e alle capacità del cliente, con una particolare attenzione al singolo soggetto, arricchita da ristrutturazioni e connotazioni positive, con un linguaggio sensorialmente specificato che evoca ricordi e fa immaginare nuove esperienze, con una comunicazione indiretta, ricca di implicazioni semantiche e pragmatiche, volte a seminare idee generative e ad attivare connessioni con le risorse risvegliate.

È così che Erickson invita gli psicoterapeuti a concentrarsi sull'unicità, sull'individualità e sulle peculiarità di ciascuna persona, con un approccio strategico orientato alla risoluzione dei problemi. La terapia dura sino a quando il cliente non soffre più di interferenze che frenano l'evoluzione personale e professionale, ha imparato l'ottimismo e a coltivare una mentalità positiva alimentata dalla speranza che supporta la creazione di un nuovo sé futuro³¹.

In terapia è utile spiegare ciò che il cliente fa per mantenere il sintomo e chiedere cosa potrebbe fare di diverso che non ha mai fatto prima per promuovere il più piccolo cambiamento utile che porterebbe con agilità verso l'obiettivo desiderato. Soprattutto quando il cliente si fa condizionare da idee zombi, considera la propria testardaggine cognitiva una manifestazione di coerenza, e

³¹ M.E.P. Seligman, *Imparare l'ottimismo. Come cambiare la vita cambiando il pensiero*, Firenze, 1996.

non ama né essere contraddetto, né che si esplori la falsificazione delle sue idee perfette.

A questo proposito mi viene in mente il caso di una cliente che racconta che mentre era a casa di sua figlia per accudire la bambina e consentire al padre di lavorare da casa, ha notato che la nipotina indossava una tutina macchiata e leggera: decide di cambiarla e di farle indossare una tutina più pulita e più pesante. Quando il genero si accorge del cambiamento di abbigliamento della bambina, va nel cesto della biancheria sporca e rimette alla bambina la tutina che indossava prima. La mia cliente riferisce questo episodio come emblematico della rigidità del genero, della sua ostilità nei suoi confronti, e della scarsa cura nei confronti della piccola. Riconosco subito l'intenzione premurosa della nonna amorevole e le propongo di spostare l'attenzione dalla relazione nonna/nipotina, alla relazione suocera/genero, peraltro in casa di quest'ultimo. La invito ad adottare un'altra visione, ad aprirsi a diverse letture e a chiedersi quale messaggio non verbale il genero le ha inviato. La cliente fa fatica a uscire dallo schema "io ho ragione, lui ha torto", "io sono buona, e premurosa, lui è anaffettivo, concentrato solo sul suo lavoro". Pongo domande esplorative chiedendole di immaginare di usare la comunicazione verbale al posto delle azioni. La cliente ipotizza che se avesse espresso la sua osservazione circa la sporcizia o la leggerezza della tutina, o il suo desiderio di vedere la bambina con una tutina più pulita e più calda, forse la risposta del genero sarebbe stata diversa. Dopo un ulteriore lavoro di analisi dell'episodio in un'ottica collaborativa, la cliente riconosce che lei non ha consultato, né coinvolto, né chiesto il permesso. Riconosce anche che lei solitamente si comporta come se fosse in casa sua e come se la bambina non fosse sua nipote ma sua figlia.

Quando i terapeuti ericksoniani, ritenendo non più necessario attivare la trance in modo formale, si avvalgono dell'ipnosi conversazionale e creano un contesto di collaborazione non solo tra terapeuta e cliente ma anche tra emisfero destro e sinistro, tra la parte logico razionale e la parte emotiva intuitiva. Ciò al fine di integrare la creatività con la finalità terapeutica riducendo l'attività intenzionale del cliente a favore dell'attività intuitiva, spontanea. L'attenzione del terapeuta è di tipo responsivo, con una focalizzazione sui messaggi inviati dal cliente che meritano ratifica, rinforzo o che vanno invece intenzionalmente accantonati. L'auto osservazione continua del terapeuta mantiene un atteggiamento protettivo nei confronti del cliente per far sì che recuperi in modo progressivo la sua capacità di autocontrollo. Il terapeuta rafforza decisioni e idee precedentemente espresse dal cliente e le arricchisce aggiungendo le emozioni utili che mancavano.

Il sincronismo nella trance, formale o conversazionale, facilita e mantiene quel fenomeno interattivo che Erickson ha denominato *rapport*, per sottolineare l'effetto della bidimensionalità della relazione, e del porre l'attenzione alla

circularità della comunicazione interpersonale³². Il *rapport* si manifesta sotto forma di attaccamento interpersonale caratterizzato da emozioni di apprezzamento, fiducia, rispetto, compatibilità reciproche da parte del terapeuta e della risposta del cliente ai suoi stimoli. Il *rapport* esalta la responsività del cliente e aiuta il terapeuta a connettersi sempre più profondamente col mondo del cliente, ad accettarlo e a coglierne le risorse che possono ridimensionare la patologia lamentata in prima seduta. L'attenzione responsiva del cliente è il fattore indicativo della sua suscettibilità e grado di assorbimento, favorisce la modificazione terapeutica: all'opposto della distrazione che riduce l'attenzione e sposta l'attivazione verso la realtà esterna. La focalizzazione e l'assorbimento determinano uno stato in cui il terapeuta dirige la concentrazione e la consapevolezza del cliente su certe situazioni dissociandole da altre.

Il *rapport* esalta la sensibilità reciproca ai segnali minimi verbali e analogici, creando una co-regolazione emotiva, basata sul rispecchiamento che il terapeuta mette in atto con il cliente. Così la coppia terapeuta cliente sperimenta una relazione collaborativa che alimenta l'intelligenza e l'intuizione degli attori coinvolti che diventano più responsivi anche verso stimoli indiretti veicolati da storie, aneddoti, metafore, messaggi impliciti non verbali, silenzi, pause.

6. La terapia che cura con la relazione

Così come la natura insegna ad amare le differenze, i cambiamenti e i misteri della natura³³, anche l'approccio naturalistico ericksoniano ricorda ai clienti che ogni creatura è unica e speciale, che tutto cambia e si trasforma, e che ciascuno/a può essere sorpreso e scoprire ciò che prima sembrava inaccessibile, ma che era solo nascosto nel profondo. Erickson considera il cambiamento frutto di un continuo processo di apprendimento, fatto di piccoli passi per volta per arrivare alla cima verso la quale si sono orientati i passi. Il cambiamento può essere promosso da un piccolo seme magari disseminato in una suggestione multipla del terapeuta e incubato dalla mente inconscia del cliente per il tempo necessario sino a quando si accorge che qualcosa è cambiato. È importante accettare il cambiamento e coltivarlo, e non è necessario rendere conscio l'inconscio: anzi, talvolta, se il terapeuta esplicita al cliente il processo che ha indotto il cambiamento, quest'ultimo rischia di interrompersi.

La terapia che cura con la relazione mette in discussione la descrizione rigida e ripetitiva del cliente, concentrando la sua attenzione sul presente che muta, disturbando la narrazione di copioni ripetitivi con domande, dubbi, cu-

³² M.D. Yapko, *Trancework. An Introduction to the Practice of Clinical Hypnosis*, 5ª ed., New York-London, 2019.

³³ P. Hadot, *Il velo di Iside. Storia dell'idea di natura*, Torino, 2006.

riosità che invitano a esplorare come interrompere la sequenza disfunzionale che alimenta il problema. Grazie alle suggestioni e all'immaginazione creativa stimolata dal terapeuta, il cliente sperimenta una realtà condivisibile che permette un evidente progresso della consapevolezza di sé con conseguenti cambiamenti ratificati o implementati dal terapeuta.

7. Il linguaggio della cura

L'ipnosi è una disciplina comunicazionale che facilita un processo di plasticità psicobiologica che chiamiamo trance, fenomeno naturale che può essere anche evocato con l'ipnosi conversazionale. Questa attrae l'attenzione con la sorpresa, la novità, la leggerezza e la orienta verso ciò che è pertinente per interrompere schemi di comportamenti disfunzionali e riorganizzare la memoria sensomotora³⁴.

L'ipnosi conversazionale è uno strumento che consente al terapeuta di utilizzare al meglio le proprie competenze cliniche e comunicazionali con creatività, grazie alla duttilità dei suoi strumenti quali il *rapport*, il *tailoring*, l'utilizzazione, la ristrutturazione, le suggestioni indirette, permissive e multiple: tutti strumenti per stimolare la mente inconscia e renderla più ricettiva all'esperienza terapeutica. La maestria nell'uso delle parole terapeutiche rende gli interventi suggestivi capaci di smuovere nuove emozioni di cui il cliente ha bisogno per orientarsi verso un futuro di benessere, dopo aver ristrutturato alcuni ricordi del passato.

L'ipnosi conversazionale risulta efficace anche nell'aiutare i clienti a identificare i fattori interni ed esterni che influenzano il sistema emotivo, con le sensazioni fisiche, pensieri associati, comportamenti proibiti o permessi, valori e virtù che possono attenuarne o accentuarne l'intensità, allungarne o accorciarne la durata, modificarne la modalità e soprattutto riconoscerne la funzione. Fa parte della relazione che cura invitare il cliente a identificare quale componente fisiologica, cognitiva, comportamentale e spirituale delle emozioni ha il potere di iniziare il processo di cambiamento. E da lì può iniziare un'altra fase dell'intervento terapeutico.

Il linguaggio dell'ipnosi conversazionale va alla ricerca di parole che disseminano ottimismo e speranza con giochi di parole, assonanze e consonanze, analogie, metafore, con termini evocativi, sensorialmente specificati, abili nel creare sintonizzazione inconscia e connessione intuitiva.

L'abilità ipnotica non riguarda solo come parlare ma anche come ascoltare. L'ascolto partecipe consente al clinico di captare per poi utilizzare le parole

³⁴ M.H. Erickson, *Opere*, I (*La natura dell'ipnosi e della suggestione*) e II (*L'alterazione ipnotica dei processi sensoriali, percettivi e psicofisiologici*), a cura di E. Rossi, Roma, 1983.

chiave del cliente, di identificare le sue metafore per poi disseminarle nelle suggestioni successive: le parole chiave possono anche servire per costruire storie terapeutiche che ristrutturano l'esperienza e propongono interventi risolutivi. È anche utile abituarsi a trasformare le ipotesi interpretative di un qualche fenomeno osservato in domande autoriferite tipo: "mi stavo domandando se..."; "mi pare di aver notato che..."; oppure rivolte al cliente con una qualche implicatura del tipo... "si è resa conto che..."; "ha notato che...".

A questo proposito mi viene in mente il caso di una mia cliente, abituata a trasformare le sue emozioni di delusione o dispiacere in rabbia, alla quale riferisco che la letteratura sostiene che sia più facile esprimere rabbia che tristezza: è come se la rabbia ci facesse sentire forti e potenti, mentre la tristezza deboli e passivi. E subito dopo domando: "mi stavo chiedendo se lei è d'accordo con questa asserzione, se è capitato anche a lei di trasformare talvolta la tristezza in rabbia".

Oltre ad ascoltare le espressioni verbali del cliente nel narrare le sue vicissitudini, il terapeuta presta attenzione all'accompagnamento non verbale e para verbale: postura e prossemica rispettose, ferma gentilezza dei gesti, tenerezza dello sguardo, tono interrogativo invece che impositivo. E a notare se la voce dei clienti si incrina smossa dall'emozione, se gli occhi si inumidiscono con lacrime che rimangono sospese tra le ciglia per cogliere l'occasione di dare loro il permesso di lasciar scorrere sul viso quelle nuove lacrime di un vecchio dolore. Altre volte è un gesto spontaneo e significativo del cliente che va colto, con un invito a ripeterlo (*utilizzazione di un gesto*) e a prestare attenzione alle sensazioni, emozioni, pensieri correlati.

Ricordo a questo proposito una cliente che, per descrivere la sensazione di ansia che la bloccava, con la mano destra disegnava una spirale sulla zona dello stomaco. Le chiedo di ripetere con intenzione quel gesto e di concentrarsi sulle sensazioni che prova; dopo un po' le propongo di invertire l'ordine della spirale e di percepire la differenza nelle sensazioni. L'inversione del movimento della spirale ha avuto il potere di calmarla: da allora la cliente se ne serve per rasserenarsi³⁵.

Altre volte, alcuni clienti muovono le due mani come se fossero due piatti di una bilancia, pronte a pesare incertezze o dubbi circa una decisione da prendere. In quei casi, chiedo al cliente di immaginare di mettere sul palmo di una mano un'ipotesi e sul palmo dell'altra l'alternativa. Invito a concentrarsi su una mano per volta per discriminare di ciascuna mano/alternativa le sensazioni cinestesiche, immagini e suoni che emergono spontanei, collegati con pensieri,

³⁵ S.W. Porges, *La teoria polivagale. Fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione*, Roma, 2014; Id., *La guida alla teoria polivagale. Il potere trasformativo della sensazione di sicurezza*, Roma, 2018.

ricordi e desideri. Una volta completata l'esplorazione delle reazioni di una mano, propongo una pausa di riflessione per poi spostare l'attenzione sull'altra mano e osservare le diverse reazioni cinestesiche, visive e auditive provocate dall'altra opzione, con i suoi correlati emotivi e cognitivi. Questo lavoro consente al cliente di raggiungere una chiarezza prima carente e nebulosa e diventa la base per successivi approfondimenti con altre strategie terapeutiche³⁶.

L'ipnosi conversazionale si avvale dell'uso di metafore, sia nella sua accezione retorica, come analogia o similitudine abbreviata, in cui si usa un termine concreto e familiare al posto di uno astratto e distante, sia nella accezione di storia, aneddoto, racconto terapeutico. A proposito di analogia ricordo il caso di una cliente che, per descrivere il suo vissuto quando litigava col marito, dichiara di sentirsi come una medusa sballottata dalle onde. Propongo alla cliente di esplorare nuove metafore che potrebbero risultare più appropriate e più isomorfiche alle litigate col marito diventate ripetitive e prevedibili. La cliente al posto dell'immagine della medusa passiva sceglie quella di un esperto surfista, che si prepara a cavalcare l'onda che sta per arrivare.

L'uso della metafora e di aneddoti ha evidenziato la sua valenza terapeutica in quanto consente di inserire nella narrazione della storia le suggestioni creative che smuovono nel cliente il processo di cambiamento utile in quella fase della vita. La metafora, regina della comunicazione indiretta, ha rilevanza terapeutica anche per esprimere valori che si desidera evocare ma non esplicitare, seminando nell'inconscio creativo del cliente proposte risolutive da incubare sino a quando il cambiamento emerge in modo naturale e spontaneo, quando il cliente è pronto³⁷.

8. Conclusioni

Abbiamo voluto evidenziare la relazione che cura nella sua duplice funzione: al terapeuta insegna come spostare il tronco che ostruisce il fiume della vita che scorre e utilizzare il più piccolo cambiamento emotivo, cognitivo, comportamentale del cliente per agire sul suo impulso evolutivo naturale; al

³⁶ E.L. Rossi, R. Hill, *The Practitioner's Guide to Mirroring Hands. A Client-Responsive Therapy that Facilitates Natural Problem-solving and Mind-body Healing*, Carmarthen (UK), 2018; R. Hill, *Mirroring Hands: A Practice and an Approach to Therapy*, in *Handbook of Hypnotic Techniques. Favorite Methods of Master Clinicians*, cit., vol. 2, p. 66 ss.

³⁷ C. Casula, *Giardinieri, principesse, porcospini. Metafore per l'evoluzione personale e professionale*, Milano, 2002; Ead., *L'uso delle metafore nella psicoterapia ericksoniana, Il trattato di ipnosi: dai fondamenti teorici alla pratica clinic*, a cura di G. De Benedittis, C. Lorio, C. Mammini, N. Rago, Milano, 2021, p. 138 ss.; Ead., *Utilizing, Reframing and Expanding Patient's Metaphors*, in *Handbook of Hypnotic Techniques. Favorite Methods of Master Clinicians*, cit., vol. 1, p. 108 ss.; Ead., *Stimulating Unconscious Processes with Metaphors and Narrative*, in *American Journal of Clinical Hypnosis*, Vol 4, issue 4, 2022, p. 339 ss.

cliente offre l'opportunità di essere visto con uno sguardo attento da un terapeuta che rende visibili anche le sue ferite nascoste e soprattutto le risorse sino a quel momento ignorate. Alla coppia terapeuta/cliente la relazione che cura invita ad andare con i tempi opportuni verso il benessere del cliente, ad affidare il cambiamento all'intelligenza inconscia che attiva un processo interno di incubazione in cui le risorse risvegliate aiutano a trovare le soluzioni anche al di fuori della consapevolezza³⁸.

La relazione che cura sottolinea l'importanza dell'accoglienza del cliente in un clima di accettazione, con un'attenzione al linguaggio impiegato dal terapeuta, compatibile con quello del cliente.

Una volta che il terapeuta si sia assicurato di aver instaurato un *rapport* col cliente, può dedicarsi alla relazione con l'impegno di ingenerare e mantenere collaborazione e fiducia reciproca, coltivare la propria flessibilità e quella del cliente, rafforzare quest'ultimo e legittimare il suo percorso di autoguarigione.

All'inizio del rapporto terapeutico, il cliente è incastrato in un circolo vizioso di emozioni raggomitolate, pensieri rattrappiti, comportamenti robotici. Per ripristinare risposte flessibili attive, il terapeuta interrompe il circolo vizioso, creando un circolo virtuoso che aiuta a ridurre il senso di allerta e ad aumentare il senso di sentirsi in un luogo sicuro (*temenos*). Aiuta anche a ricreare un senso di fiducia in un mondo pieno di volatilità, incertezza, complessità, ambiguità e misteri, nonché a risvegliare le risorse del momento presente, collocando le esperienze del passato nel passato.

L'accettazione del cliente e di ciò che veicola in sede terapeutica viene mostrata a livello analogico con messaggi tipo: "ti vedo, ti ascolto, sono qui con te; qui sei al sicuro, questo è un posto sicuro; raccontami la tua storia; sono qui per aiutarti a calmarti, ad avere cura di te, ad amarti, a darti il permesso di far sì che anche gli altri rispettino i tuoi diritti, senza giudicarti".

Preme, dunque, sottolineare che ogni approccio riconosce l'importanza del rispetto del *setting*, dell'attenzione all'unicità del cliente col quale creare e mantenere l'alleanza terapeutica, durante la quale l'empatia funge da collante emozionale, cognitivo e valoriale. Ogni singolo professionista della cura si dà delle regole etiche e deontologiche, delle linee-guida nella relazione col cliente e trova il modo di creare una sincronia e sintonia tale da guidare il cliente verso la direzione evolutiva per la quale ha chiesto aiuto.

Infine, va riconosciuto che ciò che fa funzionare una psicoterapia è la relazione che cura, che può valere più dell'approccio, della teoria, o della scuola di appartenenza del terapeuta.

³⁸ M. Yapko, *Process-Oriented Hypnosis. Focusing on the Forest, not the Trees*, cit.; D. Short, *Making Psychotherapy More Effective with Unconscious Process Work*, New York, 2022.

Riferimenti bibliografici

- AA.VV., *Psychotherapy Relationships that Work. Evidence-based Responsiveness*, a cura di J.C. Norcross, 2^a ed., Oxford, 2011; AA.VV., *Handbook of Medical and Psychological Hypnosis. Foundations, Applications and Professional Issues*, a cura di G.R. Elkins, New York, 2017; AA.VV., *Il rapporto: una relazione speciale che cura: Responsività, reciprocità, e sincronismo nella psicoterapia naturalistica ericksoniana*, a cura di C. Mammini, E. Mazzone, M. Paganelli, Milano, 2020; *Handbook of Hypnotic Techniques. Favorite Methods of Master Clinicians*, vol. 2, a cura di M. Jensen, Kirkland-Washington, 2021; F. Alexander, T.M. French, *Psychoanalytic Therapy: Principles and Application*, New York, 1946; J.G. Allen, P. Fonagy, A.W. Bateman. *La mentalizzazione nella pratica clinica*, Milano, 2010; F. Benedetti, *La Speranza è un farmaco: come le parole possono vincere la malattia*, Milano, 2018; H. Bernheim, *De la suggestions dans l'etat hypnotique et dans l'etat de veille*, Paris, 1884; P. Bertrando, *Il terapeuta e le emozioni. Un modello sistemico-dialogico*, Milano, 2014; E.S. Bordin, *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*, in *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 1979; E. Borgna, *Tenerezza*, Torino, 2022; L. Boscolo, P. Bertrando, *I tempi del tempo. Una nuova prospettiva per la consulenza e la terapia sistemica*, Torino, 1993; C. Casula, *Giardinieri, principesse, porcospini. Metafore per l'evoluzione personale e professionale*, Milano, 2002; C. Casula, *La forza della vulnerabilità. Utilizzare la resilienza per superare le avversità*, Milano, 2011; C. Casula, *L'uso delle metafore nella psicoterapia ericksoniana, Il trattato di ipnosi: dai fondamenti teorici alla pratica clinica*, a cura di G. De Benedittis, C. Loriedo, C. Mammini, N. Rago, Milano, 2021; C. Casula, *Stimulating Unconscious Processes with Metaphors and Narrative*, in *American Journal of Clinical Hypnosis*, 2022; C. Casula, *La ciotola d'oro. Vivere il presente, apprendere dal passato, progettare il futuro in terapia*, Milano, 2017; B. van Der Kolk, *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nella elaborazione di memorie traumatiche*, Milano, 2015; H.F. Elleberg, *La scoperta dell'inconscio. Storia della psichiatria dinamica*, Torino, 1976; M.H. Erickson, *Le nuove vie dell'ipnosi*, Roma, 1978; M.H. Erickson, *Opere, I (La natura dell'ipnosi e della suggestione) e II L'alterazione ipnotica dei processi sensoriali, percettivi e psicofisiologici*, a cura di E. Rossi, Roma, 1983; M.H. Erickson, E.L. Rossi, S.I. Rossi, *Tecniche di suggestione ipnotica*, Roma, 1979; P. Fonagy, M. Target. *Attaccamento e funzione riflessiva*, Milano, 2001; P. Hadot, *Il velo di Iside. Storia dell'idea di natura*, Torino, 2006; M.A. Hubble, B.L. Duncan, S.D. Miller, *The Heart & Soul of Change. What Works in Therapy*, American Psychological Association, Washington, 2006; G.G. Kolden, M.H. Klein, C.-C. Wang, S.B. Austin, *Congruence/genuineness*, in AA.VV., *Psychotherapy Relationships that Work. Evidence-based Responsiveness*, a cura di J.C. Norcross, cit., p. 187 ss.; P. Janet. *L'automatisme psychologique*, Paris, 1889, trad. it. *L'automatismo psicologico. Saggio di psicologia sperimentale sulle forme inferiori dell'attività umana*, Milano, 2013; P.A. Levine, *Somatic Experiencing. Esperienze somatiche nella risoluzione del trauma*, Roma, 2014; C. Loriedo, C. Angiolari, *Il segreto. La complessità nascosta nel sistema familiare*, Milano, 2021; S.W. Porges, *La teoria polivagale. Fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione*, Roma, 2014; S.W. Porges, *La guida alla teoria polivagale. Il potere trasformativo della sensazione di sicurezza*, Roma, 2018; C.R. Rogers, *Client Centered Therapy*, Boston, 1951, trad. it. *Terapia centrata sul cliente*, Molfetta, 2007; S. Rosenzweig, *Some Implicit Common Factors in Diverse Methods of Psychotherapy*, in *American Journal of Orthopsychiatry*, 1936; E.L. Rossi, R. Hill, *The*

Practitioner's Guide to Mirroring Hands. A Client-Responsive Therapy that Facilitates Natural Problem-solving and Mind-body Healing, Carmarthen (UK), 2018; T. Rousmaniere, *Deliberate Practice for Psychotherapists: A guide to Improving Clinical Effectiveness*, New York, 2016; M.E.P. Seligman, *Imparare l'ottimismo. Come cambiare la vita cambiando il pensiero*, Firenze, 1996; A. Semerari, *La relazione terapeutica. Storia, teoria e problemi*, Bari, 2022; D.J. Siegel, *I misteri della mente. Viaggio al centro dell'uomo*, Milano, 2017; D.J. Siegel, *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Milano, 2001; D. Short, *William James e Milton Erickson. La cura della coscienza umana*, Milano, 2019; D. Short, *Making Psychotherapy More Effective with Unconscious Process Work*, New York, 2022; D. Short, C. Casula, *Speranza e resilienza. Cinque strategie psicoterapeutiche di Milton Erickson*, Milano, 2004; L.I. Sugarman, J.H. Linden, L.W. Brooks, *Changing Minds with Clinical Hypnosis*, New York, 2020; W. Ury, *Il no positivo. Come negoziare un accordo senza rinunciare ai propri obiettivi*, Milano, 2007; B.E. Wampold, Z.E. Imel, *The Great Psychotherapy Debate. The Research Evidence for what Works in Psychotherapy*, 2^a ed, New York, 2015; M.D. Yapko, *Trancework. An Introduction to the Practice of Clinical Hypnosis*, 5^a ed., New York-London, 2019; M. Yapko, *Process-Oriented Hypnosis. Focusing on the Forest, not the Trees*, New York, 2021.

La malattia come opportunità nella prospettiva della medicina antroposofica

Sergio Maria Francardo

SOMMARIO: 1. Dal paradigma patogenetico al paradigma salutogenetico. – 2. Salutogenesi e nuova dimensione della malattia. – 3. La salute come realtà osservabile. – 4. La malattia nella realtà della persona. – 5. L'essere umano come somatizzazione. – 6. Costituzione dell'uomo e coscienza. – 7. Natura maestra del medico. – 8. La malattia: un accidente o un'opportunità? – 9. Conclusioni.

1. Dal paradigma patogenetico al paradigma salutogenetico

Dalla fine del Settecento, il modello dominante nella medicina è stato quello della patogenesi: lo studio delle cause rilevabili esteriormente delle malattie è stato il centro degli studi medici tradizionali; trovare l'eziologia di ogni malattia è stata la base della ricerca in medicina; che per ogni malattia si potesse trovare il farmaco idoneo a debellarla definitivamente era l'idea portante.

Nella visione odierna, la nozione e il concetto di salute appare poco scientifica, proprio perché poco si adatta al paradigma della patogenesi.

Nel XX secolo, e segnatamente intorno agli anni '60, nei Paesi anglosassoni fu sviluppato il concetto di salutogenesi, ma è a partire dagli anni '90 del secolo trascorso che si è riscontrato un crescente interesse: spostare l'asse dell'attenzione dalla genesi delle malattie alla genesi della salute è basilare, anche sulla base dei costi crescenti della spesa sanitaria (spesso fuori controllo).

La difficoltà crescente della sostenibilità economica e ambientale del sistema sanitario dei paesi occidentali impone un mutamento di paradigma¹.

Chi ha coniato il termine 'salutogenesi', e inaugurato i relativi studi, è stato il sociologo israeliano Aaron Antonovsky². Egli aveva ricevuto, dal governo israeliano, l'incarico di valutare lo stato di salute delle persone anziane in Israele; per fare questo, stabilì dei criteri di misurazione della salute dal punto

¹ Daniel Callahan, uno dei massimi esperti di bioetica, fondatore del primo centro al mondo di bioetica (l'*Hastings Center*, su cui v. S. Spinsanti, *Daniel Callahan: la difficile scienza del limite*, in *Tempo Medico*, n. 23, 16 giugno 1993, pp. 6-7), descriveva gli enormi costi economici della medicina tecnologica, che diventano sempre più insostenibili (D. Callahan, *La medicina impossibile. Le utopie e gli errori della medicina moderna*, Milano, 2009).

² A. Antonovsky, *Health, stress and coping*, San Francisco, 1979, Prefazione, VII; Id., *A somewhat personal odyssey in studying the stress process*, in *Stress Medicine*, 1990/6(2), 75 ss.

di vista fisico e psichico. Con sua grande sorpresa constatò che, tra le persone più sane che aveva trovato, stavano anche coloro che erano sopravvissute all'orrore dell'olocausto³.

Ma anche altri studiosi (come ad esempio Abraham Maslow, padre fondatore della psicologia umanistica) constatarono con sorpresa che spesso le persone più sane fisicamente avevano avuto esperienze interiori critiche.

La medicina antroposofica⁴, quale medicina della persona, fondata sull'osservazione della sua biografia medica e personale, accoglie e fa suo il punto di vista salutogenetico.

2. Salutogenesi e nuova dimensione della malattia

Nella medicina moderna si registra questa nuova direzione di ricerca, la salutogenesi, che si occupa di studiare le fonti della salute fisica, psichica e spirituale.

Secondo questa nuova visione (o prospettiva), la domanda fondamentale non è più: «quali sono le cause della malattia, e come si possono prevenire?», bensì: «quali sono le fonti della salute, come si crea, e come può essere rinforzata?»

Per far emergere con semplicità la differenza fra approccio patogenetico e approccio salutogenetico, prendiamo il caso di un'infezione.

La *ratio* patogenetica è basata sul modello del contagio. Mi chiedo: "Cosa e come mi ha contagiato?" "Di che virus, o batterio, si tratta?" "Quale antibiotico posso usare?"

Partendo dal punto di vista salutogenetico, invece, mi chiederò: "Perché proprio io ho contratto ora questa infezione, mentre le persone che mi stanno intorno sono rimaste immuni pur essendo stati a contatto con gli stessi germi?" Nel modello salutogenetico l'elemento essenziale riguarda la capacità di adattamento, la facoltà dell'uomo di confrontarsi con ciò che gli è estraneo, di

³ A. Antonovsky, *The Sociology of Health and Health Care in Israel*, New Brunswick, 1990.

⁴ La medicina antroposofica nasce intorno agli anni venti del secolo scorso accogliendo le richieste dei discepoli medici di Rudolf Steiner (1861-1925), il fondatore dell'antroposofia come corrente di pensiero e di ricerca spirituale, detta anche scienza dello spirito. Proprio l'approccio scientifico di ricerca consentì all'antroposofia di dare luogo a numerose applicazioni pratiche che si sono diffuse in tutto il mondo, come l'agricoltura biodinamica, la pedagogia steineriana Waldorf, l'architettura organica vivente, le nuove forme d'arte come l'arte della parola e l'euritmia. Un medico molto vicino a Steiner, la dottoressa Ita Wegman, volendo dare impulso al movimento medico antroposofico, fondò la prima clinica attualmente Ita Wegman Klinik di medicina antroposofica, tuttora esistente ad Arlesheim (Basilea). Oggi esistono numerose cliniche e ospedali antroposofici, soprattutto in Svizzera, Germania, Olanda, Svezia e Inghilterra. Contemporaneamente è sorto l'impulso farmaceutico antroposofico proprio per creare nuovi farmaci per la clinica ed i suoi pazienti.

sopportare i conflitti e di rafforzarsi in questo confronto. Non si tratta solo di evitare lo *stress*, ma di imparare a sopportarlo.

I due pilastri principali della Salutogenesi sono: le *Risorse Generali di Resistenza* e il *Senso di Coerenza*.

Le *risorse* sono di diverso tipo: (i) *interne* (fattori biologici, caratteristiche della personalità, atteggiamenti tipici, capacità vitali o “life skills”); (ii) *esterne* (beni a disposizione nel proprio contesto, relazioni, servizi, fermo restando che non ci si riferisce solo a ciò che c’è a disposizione, ma a ciò che le persone sono in grado di impiegare e riutilizzare).

Il movimento in direzione della salute è favorito da ciò che Aaron Antonovsky definisce “*Senso di Coerenza*”⁵. Esso indica l’orientamento del soggetto adulto a muoversi verso il mondo e la sua percezione di questo come comprensibile e governabile. Si possono definire come risorse utili quelle che contribuiscono al verificarsi di esperienze di vita che diano un senso, di tipo sia cognitivo sia emotivo, al suo mondo. La capacità di sapere usare le proprie risorse di resistenza è basata sul proprio senso di coerenza.

C’è una profonda differenza di fronte ad un sintomo patologico, come ad esempio l’ipertensione arteriosa, nell’assumere un betabloccante, un farmaco che rallenta il battito cardiaco, in sostanza un calmante, oppure modificare il proprio stile di vita, scoprendo che siamo protagonisti di un cambiamento che rende la nostra vita migliore. La cura dell’ipertensione arteriosa non solo sintomatica, ma salutogenetica, necessita di una certa maturità da parte del medico: si deve aiutare il paziente, che ha una esistenza complessa che deve tenere a bada, con scelte ed azioni consapevoli.

Non si può dire semplicemente al paziente di ‘stare tranquillo’; occorre sviluppare degli strumenti perché possa riuscire ad auto-educarsi, a reagire agli stimoli esistenziali in modo più complesso e modulato, e non già usando la propria interiorità come una discarica, dove accumulare materiali emotivi pericolosi che alla fine inquinano il proprio mondo emozionale e impediscono all’organismo di agire adeguatamente sulle sostanze. Si pensi al tema dei fattori di rischio come la dislipidemia (alterazioni del contenuto dei grassi nell’organismo come il colesterolo), il fumo, l’abuso di alcool o di caffeina, ecc. Il paziente non è spontaneamente disposto a cambiare qualcosa perché in questa fase iniziale dell’ipertensione è asintomatico. Il medico può usare questo sintomo per aiutare il paziente a conoscersi e approfondire il senso nella propria vita, per potere individuare le proprie profonde necessità ed aspirazioni. I medici possono sperimentare nella pratica clinica questo percorso con il paziente che è riuscito ad affrontare la propria storia personale e ad arricchirla positivamente, diventando protagonista di scelte autonome nel campo della salute.

⁵ A. Antonovsky, *Health, stress and coping*, cit., pp. 184-185.

Evidentemente c'è un elemento che non è stato sufficientemente indagato nella medicina moderna e riguarda le capacità di resistenza (*“la ricerca sulle forze di resilienza”*, oggi tanto citata). Da queste ricerche risulta che l'ereditarietà e l'influenza dell'ambiente, che non sono modificabili, non sono le sole entità fondamentali per lo sviluppo umano. È determinante un terzo fattore, sinora mai considerato con sufficiente attenzione: *il fattore della relazione umana*. Se un bambino sperimenta, anche solo se per un determinato periodo della sua vita, anche se unicamente verso una sola persona, l'amore, la sincerità, la lealtà e il rispetto verso l'altro, specie nei confronti di persone deboli, pure in condizioni di vita molto sfavorevoli, può crescere psichicamente sano. La grande scienziata Immacolata De Vivo, epidemiologa dell'Harvard Medical School ed esperta mondiale di genetica del cancro, dichiara: “possiamo adesso sviluppare uno stile di vita che eserciterà un impatto persino sul DNA e quindi sul benessere complessivo dell'individuo. In quest'ultimi anni sono stati fatti progressi impensabili e la quantità di prove scientifiche di cui disponiamo adesso è imponente: la salute può essere in molti casi una questione di scelte e di modi di vivere, ossia di fattori modificabili su cui possiamo intervenire per aiutarci a stare bene, allontanare le malattie e vivere più a lungo e in salute”⁶.

Per cui dalla domanda “Quali sono le cause delle malattie e come si possono prevenire?” si passa alla domanda: “Quali sono le fonti della salute, come si crea, e come può essere rinforzata?”

Nel modello salutogenetico l'elemento essenziale riguarda la capacità di adattamento, la facoltà dell'uomo di confrontarsi con ciò che gli è estraneo, di sopportare i conflitti, e in questo confronto di rafforzarsi. Non si tratta solo di evitare lo stress, ma di ridurre i fattori di ampliamento e rafforzamento e, nel limite del possibile, imparare a sopportarlo.

L'assunzione di responsabilità nei confronti della propria salute è un elemento fondamentale di crescita, espressione delle proprie potenzialità spirituali. Quando ciò avviene, spesso dopo il superamento di una malattia o nella gestione di una malattia cronica, l'individuo diventa “persona”. Questa è l'idea della medicina centrata sulla persona e l'ideale perseguito dalla medicina antroposofica, ove il singolo paziente, con la sua storia e biografia, diventa oggetto dell'attenzione del medico e dei terapeuti che se ne fanno carico e dunque soggetto della sua guarigione.

⁶ I. De Vivo, D. Lumera, *Biologia della gentilezza. Le 6 scelte quotidiane per Salute, Benessere e Longevità*, Milano, 2020, p. 16.

3. La salute come realtà osservabile

Il concetto di salute è talmente importante che l'Organizzazione Mondiale della Sanità⁷ ha definito 6 punti essenziali, sulla base dei quali si può parlare di salute:

- 1 – solida autostima;
- 2 – positivo rapporto col proprio corpo;
- 3 – capacità di stringere amicizie e rapporti sociali;
- 4 – ambiente integro;
- 5 – lavoro e buone condizioni lavorative;
- 6 – presente degno di essere vissuto e fondata speranza di un futuro degno di essere vissuto.

L'idea di salute dell'OMS è stata criticata dal punto di vista scientifico. Ma il fatto che raramente si verificano tutte e sei le condizioni non significa che l'OMS abbia commesso un errore, ma che l'uomo odierno sta perdendo di vista quegli elementi imprescindibili per una vita che si possa definire veramente sana e, a sua volta, generatrice di salute. L'OMS ha il dovere di guardare al futuro, indicando una strada, senza essere prigioniera di paradigmi del passato. Sta a noi, che abbiamo a cuore la salute del pianeta e degli esseri che lo abitano, creare le condizioni perché la realizzazione di questi sei punti possa diventare realtà.

Risulta importante collocare la salute individuale in un ambito sociale: lo stato dell'ambiente esterno, le condizioni lavorative, il rapporto con gli altri sono condizioni essenziali e imprescindibili per una crescita personale.

La vera sfida della medicina del futuro deve essere quella di cooperare per lo sviluppo di questo nuovo paradigma: generare salute fisica, psichica e spirituale.

Promuovere la salute, dunque, vuol dire:

- istituire e applicare dispositivi normativi che impediscano l'avvelenamento della terra, delle acque e dell'aria. La ricerca antroposofica ha creato la prima forma di agricoltura biologica: l'agricoltura biodinamica, che già nel 1920 nacque per rispondere alla domanda di salute della terra e che nei Paesi del c.d. terzo mondo ottiene risultati importanti⁸;

⁷ L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito il concetto di salute come "una condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale e non esclusivamente l'assenza di malattia o infermità" (Preambolo alla costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità come adottato dalla Conferenza Internazionale della Sanità, New York, 19-22 giugno 1946, sottoscritto il 22 luglio 1946 dai rappresentanti di 61 Stati ed entrato in vigore il 7 aprile 1948).

⁸ Sul punto, ci permettiamo di rinviare il lettore interessato a S.M. Francardo, *Salute della terra e sistema immunitario*, in Aa.Vv., *Biodinamica stregoneria o agroecologia?*, a cura di S. Masini, Bra (CN), 2022, p. 121 ss.

- creare migliori condizioni di vivibilità nelle nostre città, nei nostri paesi, nelle nostre campagne, incoraggiando e premiando la mobilità a piedi o in bicicletta come vera e prima prevenzione delle malattie croniche e degenerative e scoraggiando per quanto possibile l'uso del mezzo inquinante;
- dettare e fare applicare regole precise riguardo all'alimentazione nelle mense scolastiche e aziendali;
- rendere difficile l'approvvigionamento e l'uso di tutte quelle sostanze e veleni fonte di malattia e disagio⁹;
- accrescere la consapevolezza che le risorse non sono infinite e che ognuno di noi è responsabile della salute propria e di quella del Pianeta;
- porre la lotta allo spreco come prima emergenza;
- rinnovare l'educazione dei bambini e degli adolescenti, tenendo conto delle loro reali necessità, adeguate al loro sviluppo fisico, psichico e spirituale, e ponendo la sincerità, l'amore e il rispetto degli altri come basi per una crescita sana¹⁰.

Porre al centro della nostra attenzione e dei nostri sforzi la salutogenesi significa porci la domanda di quale sia il modello di sviluppo che vogliamo perseguire (non nel futuro prossimo, ma da) ora.

Per quanto riguarda l'area medica, ciò comporta dedicare spazio e risorse a tutti quegli approcci che, avendo una visione unitaria e olistica dell'essere umano, unico nella sua individualità fisica, psichica e spirituale, protagonista nello sviluppo della Terra e dell'Umanità, si caratterizzano per cure del malato che sono intrinsecamente fonte di salute.

4. La malattia nella realtà della persona

Malattia e guarigione coinvolgono l'uomo intero nei vari aspetti della sua esistenza e possono pertanto essere indagate solo tenendo conto di tutti gli aspetti che le caratterizzano, materiali e immateriali.

La malattia non è un evento anomalo che colpisce l'uomo dall'esterno, ma è sempre presente (o latente) al suo interno.

Senza una certa quantità di "malattia" o di tendenza alla malattia, l'uomo non potrebbe essere considerato sano. Si pensi all'inizio della vita. C'è una

⁹ L'errore fondamentale dell'attuale concezione della salute è di ritenere positivo il risparmio delle forze organiche attive nel processo di digestione e assimilazione, mentre va compreso che è solo dispiegando armonicamente le proprie potenzialità che l'organismo può agire e mantenersi sano (S.M. Francardo, *I semi del futuro. Riflessioni di un medico sui cibi transgenici*. Milano, 2008, p. 28).

¹⁰ Sotto tale profilo, l'impulso antroposofico nella pedagogia impartita nelle scuole Waldorf rappresenta una preziosa opportunità non solo culturale ma anche per la salute, ad esempio in termini di riduzione delle malattie allergiche (rinocongiuntivite allergica, asma, eczema atopico).

grande differenza per chi nasce nel passare per la via impegnativa del parto, che è una sorta di malattia da superare, oppure per la via indolore del parto cesareo.

Senza alcuna intenzione di colpevolizzare una pratica che salva la vita, osserviamo che i bambini nati da parto cesareo presentano una costituzione del microbioma¹¹ differente rispetto a chi nasce da parto naturale.

Sono diverse le ricerche scientifiche che evidenziano come il parto naturale, insieme al contatto immediato con la madre subito dopo la nascita, diano al bambino maggiori possibilità di sviluppare un sistema immunitario sano, ed efficiente. È chiaro, dunque, che dover fare a meno di determinati passaggi naturali a cominciare dalla nascita, fino all'attaccamento al seno materno il più precocemente possibile, lascia il sistema immunitario del bambino nato con parto cesareo più debole rispetto ad un bambino nato da parto naturale. In questi due casi, come detto, il microbiota intestinale sviluppato dal bambino nato da parto cesareo risulta diverso da quello di un bambino nato mediante parto naturale, ed un motivo fondamentale è essenzialmente il mancato contatto con il microbiota vaginale della mamma: un'infezione 'salutare'.

La medicina antroposofica sostiene che nel corso della vita la guarigione non può venir indotta semplicemente dall'esterno, da fattori esterni come farmaci e cure, ma deve scaturire dall'interiorità, da fattori legati alla persona nella sua complessità individuale. In quest'ottica non è concepibile la malattia locale. La malattia agisce, se correttamente compresa e curata, come evento attraverso cui la nostra complessità psicologica e spirituale lascia un segno del suo agire, nel tempo della nostra esistenza, fin dentro il corpo sensibile. Seguendo questi stimoli della medicina antroposofica, possiamo affermare che la malattia è una necessità della nostra storia di essere umani, che, se correttamente affrontata, può generare in noi un senso nuovo di appartenenza alla vita, un senso di maggiore libertà nei confronti delle condizioni che incontriamo nel cammino dell'esistenza.

La salute è il risultato del raggiunto equilibrio tra forze polarmente contrapposte, sempre presenti all'interno dell'uomo: forze distruttive di malattia, da un lato, e forze costruttive di guarigione, dall'altro lato. La salute non è una condizione fissa o statica; deve essere sempre di nuovo conquistata in modo diverso per ogni età della vita, per ogni giorno e per ogni ora, per ogni singolo uomo. Esistono tante forme di salute quanti sono gli esseri umani: ognuno potrebbe riconoscere la propria nel corso della vita e cercare di mantenerla. Esistono tanti modi di ammalarsi quanti sono gli esseri umani e ogni persona porta in sé la predisposizione o la disposizione ad ammalarsi in modo individuale.

¹¹ Il microbioma è l'insieme dei miliardi di batteri che vivono nel nostro organismo e che sono fondamentali per la sua difesa immunitaria.

La malattia è un fatto che ci riguarda, un evento che lascia sempre una traccia nella nostra biografia, come le cicatrici nel nostro corpo fisico.

La malattia può portare un cambiamento. Possiamo, pertanto, ragionevolmente ritenere che ogni malattia abbia un senso, che in ogni malattia si possa trovare un contenuto interiore che va oltre la ricerca delle cause che l'hanno prodotta o della terapia che possiamo approntare, un senso che appartiene alla totalità della nostra vita. Certamente della malattia dobbiamo conoscere il quadro patologico generale e rintracciare nel tempo tutti i fattori che agiscono come concause, l'evento scatenante, lo stile di vita, le abitudini e i vari aspetti tipici o atipici, ma ciò non contrasta con il principio per cui il soggetto della malattia rimane sempre l'individuo.

Per queste ragioni, accompagnare e curare il paziente come persona comporta nella medicina la necessità di una sensibilità artistica (non a caso si parla di 'arte medica'), in cui la conoscenza tecnico-scientifica è indispensabile, ma non sufficiente.

5. L'essere umano come somatizzazione

È importante conoscere i rapporti tra la nostra interiorità, i nostri organi e i nostri processi corporei, ché altrimenti il rischio è quello di elaborare a concetti estremamente sfumati, vaghi e indeterminati.

Si parte da una semplice constatazione, ossia che in corrispondenza di determinate situazioni emotive può verificarsi una reazione nella corporeità: comincia a battere forte il cuore, si forma acidità nello stomaco, le mani diventano fredde o vengono le vampi di calore. Si parla di somatizzazione.

'Somatizzazione' è il processo attraverso cui la nostra realtà interiore profonda, quella complessità che fa di ognuno di noi un individuo unico, diventa corporeità, immergendosi nella dimensione storica (o spazio-temporale).

La nostra forma umana, la capacità di stare eretti nello spazio, esprime nel corpo l'agire della nostra realtà personale, il protagonista di una narrazione unica e irripetibile. Rudolf Steiner, padre fondatore della medicina antroposofica, aggiunge: "nella normale vita dell'uomo è necessariamente insita la possibilità di ammalarsi che però deve trovare un continuo riequilibrio. Questo rende possibile l'osservazione entro la vita affettiva di moltissimi fatti relativi ai processi morbosi. Un osservatore sapiente può scorgere il sopraggiungere della malattia nel difettoso funzionamento della vita di sentimento già molto tempo prima che la patologia si manifesti con sintomi fisici"¹².

¹² R. Steiner, *Principi di etica medica*, Milano, 1995, pp. 29-30.

Noi siamo, in tutto il nostro essere corporeo, una somatizzazione, ed è ovvio che una modifica del nostro stato interiore si manifesti nella corporeità, nella dimensione psico-somatica, come lo è nel percorso opposto: un disturbo fisico può influenzare il nostro stato interiore.

Ricordo personalmente che, quando ero bambino, di colpo peggiorai a scuola (la cosa mi creò molta inquietudine). Per mia fortuna, un controllo oculistico di *routine* rivelò che avevo avuto un calo importante della vista. Misi gli occhiali. Tornai sereno. E migliorai i risultati scolastici: semplicemente tornavo a vedere quanto scritto alla lavagna. Come possiamo parlare di *psicosomatica*, così possiamo parlare di *somatopsichica*: un'azione o reazione dal corpo alla mente.

Con ciò non si intende sostenere alcun tipo di vittimismo, come certe definizioni punitive (ad es.: “la malattia è ciò che il malato ha fatto del suo mondo e di se stesso”). Si tratta di concezioni così irrazionali e pericolose che finiscono per rovesciare sul malato l'onere della malattia e riducono la sua capacità di comprendere la gamma delle cure plausibili. Non solo: lo inducono anche implicitamente ad evitarle. Spesso la medicina antroposofica si è rivelata di grande ausilio per il paziente, incoraggiandolo a seguire le cure mediche tradizionali necessarie. In medicina non è concesso alcun integralismo: il bene della persona è la massima aspirazione di ogni vero medico.

6. Costituzione dell'uomo e coscienza

*Ogni uomo, in definitiva, decide di sé.
E, in ultima analisi, l'educazione deve essere
educazione a saper decidere.
(Viktor Frankl)¹³*

È opportuno fare qualche cenno al rapporto tra la costituzione dell'uomo e la coscienza.

Quando si parla del sonno, abbiamo un oscillare, un distaccarsi e un interpenetrarsi della vita cosciente e della parte vitale incosciente. Questo gioco dà origine dentro di noi al ritmo fondamentale della veglia e del sonno. Proprio la perturbazione del ritmo è sempre la prima causa fondamentale della malattia.

Prima che la malattia diventi danno dei tessuti, compori una modificazione della struttura o modifica dei processi del metabolismo o altri sintomi, si

¹³ Viktor Frankl è stato un neurologo, psichiatra e filosofo austriaco, fondatore nella psicanalisi di ciò che è considerato come il terzo metodo della scuola viennese, la *logoterapia*, metodo che tende a evidenziare il nucleo profondamente umano e spirituale dell'individuo. V. ad es. V.E. Frank, F. Kreuzer, *In principio era il senso. Dalla psicoanalisi alla logoterapia*, Brescia, 1995.

manifesta nell'ambito del processo ritmico. La profondità della visione medica antroposofica consente di poter cogliere la malattia prima ancora che esista qualsivoglia processo organico; prima di ogni possibile tossicologia, esiste nella sfera ritmica tra sonno e sogno, un'alterazione. Ad esempio, semplicemente nel rapporto tra battito cardiaco e ritmo respiratorio.

Del resto, da queste semplici acquisizioni epistemologiche nacque la raffinata diagnosi che ha dato origine alla medicina. Il sacerdote, nella cultura sacerdotale dell'antica Grecia, durante il sonno del malato nel tempio, detto *incubatio*¹⁴, individuava questa alterazione tra sonno e sogno, e da questa esperienza nacque la medicina ippocratica, che è all'origine di tutta la medicina occidentale.

La prima origine della malattia si ha dove il nostro mondo cosciente incontra il processo vivente: ciò avviene in infiniti modi, ma nel sonno e nella veglia abbiamo questo grande processo ritmico dello staccarsi e del ricongiungersi di diversi stati di coscienza.

Nel sonno, emancipati dalla coscienza di veglia, possiamo raccogliere nuove forze e lasciare l'attività vitale (la vita vegetativa¹⁵) finalmente libera di operare per ricostruire, rigenerare le forze dell'organismo, in modo che il nostro strumento corporeo possa essere nuovamente utilizzabile come totalità.

Il ritornare in sé stessi al mattino va preso nel senso letterale della rinnovata presa di possesso dell'involucro corporeo. Visto nella sua totalità il ritmo di sonno e veglia è paragonabile ad una respirazione su un piano più elevato. Perciò possiamo dormire profondamente o superficialmente così come accade anche per il respiro.

Questa concezione non contraddice le modificazioni osservate nel sonno, nella corteccia cerebrale dalla neurofisiologia, modifiche che da sole non possono spiegare l'essenza del sonno.

Solo un ampliamento della conoscenza e in particolare della relazione tra vita individuale e i complessi eventi attorno a noi, risolvono l'importante pro-

¹⁴ PREGHIERA DEL RITO DELL'INCUBATIO (V-VI SEC.)

Tutto il bene ci viene dal Signore.

Uno solo è il vero Dio.

Solo Lui sana la tua piaga,

rende luce ai tuoi occhi,

spegne la febbre nelle tue vene.

Noi, Cosma e Damiano,

non siamo che suoi strumenti:

solo in Dio devi aver fede e guarire.

Santi Medici Cosma e Damiano

¹⁵ Nella psicologia aristotelica: anima vegetativa, grado della vita psichica preposto alle funzioni della nutrizione e della generazione (distinta dall'anima sensitiva e dall'anima razionale). Tale concetto viene ampliato e ripreso nella visione antroposofica dell'uomo: nella triplice natura dell'anima senziente, razionale e cosciente risiedono le relazioni tra corpo e anima.

blema antropologico della fisiologia del sonno in una considerazione totale. La forte attività distruttrice nello stato di veglia, che ha per conseguenza la drastica necessità della ricaduta nell'incoscienza del sonno è la premessa per lo sviluppo della coscienza.

Durante la vita di veglia, con la ripresa dell'attività cerebrale si hanno continui processi di demolizione e di perdita di forma¹⁶: il risultato è costituito dalla stanchezza serale e dal bisogno di dormire.

Paghiamo l'attitudine alla vita cosciente con una perdita quotidiana di vita organica, quindi con una naturale disposizione ad un vero processo di malattia di cui ci rendiamo coscienti già nell'affaticamento, nella stanchezza. Ciò fornisce l'importante conoscenza che la malattia non ci colpisce più o meno casualmente dall'esterno, ma appartiene alla nostra condizione di uomini. La malattia è il prezzo che paghiamo per la vita della coscienza. L'uomo è incontestabilmente l'essere più malato del pianeta: si pensi alle piante e agli animali quanto si ammalano meno dell'uomo.

Ma dove è riposta nell'uomo la forza della guarigione? Già Paracelso parlava del medico interiore.

Il più importante processo di guarigione offerto dalla natura contro la malattia latente nella fisiologia umana è lo stesso stato di sonno, che non è pausa né riposo; esso rappresenta in noi una fase attiva di guarigione. Il rispetto del nostro medico interno, il sonno, è un impegno formidabile con noi stessi o con chi cresciamo ed educiamo, ma rappresenta una grande possibilità di agire per la nostra salute concretamente.

Nel sonno è da ricercare l'origine delle forze di guarigione che di notte, non turbate dalla vita spirituale dell'attività cosciente, possono agire indisturbate in modo così benefico.

Il grande beneficio del sonno è dovuto all'azione indisturbata della vita vegetativa, portatrice di ogni processo di vita, di crescita e di forma; porta quindi il principio della costruzione e ricostruzione inconscia della corporeità, della guarigione. In medicina, nel raccogliere l'anamnesi (la storia clinica del paziente) si parla, come dato clinico positivo, di *sonno ristoratore*.

¹⁶ Ogni giorno si perdono neuroni, nel senso che si verifica una riduzione del volume e del numero delle cellule nervose, della morfologia e del numero delle sinapsi che in neurofisiologia esprimono la connessione funzionale tra due cellule nervose o fra una cellula nervosa e l'organo periferico di reazione. È stato calcolato che a partire dai 30 anni le cellule nervose cominciano a morire per apoptosi (indica una forma di morte cellulare programmata.) Dopo i 70 anni si possono perdere anche 100.000 neuroni al giorno.

7. Natura maestra del medico

Il mondo delle piante, quale primo regno della vita, manifesta nel modo più puro le forze vitali; non a caso nell'uomo si parla di vita vegetativa in assenza di vita cosciente: questa è la ragione per cui il regno vegetale non è solo il dispensatore dei nostri mezzi alimentari, ma è anche la fonte dei rimedi curativi della fitoterapia. Con il rimedio vegetale il medico può proseguire e accrescere in modo naturale l'attività guaritrice delle forze costruttive nell'uomo. Possiamo parlare di un'ecologia e responsabilità sociale della medicina e della farmacia. Oggi, lo sappiamo bene, siamo nel mezzo di una crisi ecologica globale.

La farmacia, così come la medicina nel suo complesso, possono cooperare in senso positivo se si allineano a standard ecologici e sostenibili.

La medicina e la farmacia antroposofica adottano in modo rigoroso tali standard di ecosostenibilità (in quanto la produzione viene misurata in base a rigorosi criteri di protezione ambientale, tra cui i sottoprodotti, la tossicità, la biodegradabilità e la neutralità carbonica). Considerano la terra e la sua atmosfera come un organismo vivente che deve essere preservato e la sua biodiversità promossa, proprio perché nella diversità delle specie vegetali e animali si realizza un ambiente ideale per gli esseri umani.

8. La malattia: un accidente o un'opportunità?

Un altro aspetto importante è la crescente consapevolezza del fatto che la malattia è un'opportunità per modificare determinati aspetti della vita. A volte una malattia rappresenta uno stimolo forte nella nostra storia personale, magari per superare certe abitudini meritevoli di essere abbandonate o comprendere le nostre vere aspirazioni. Questo aspetto riguarda soprattutto le malattie croniche, nel caso delle malattie acute occorre semplicemente agire per guarire, liberarsi da un impedimento. In immunologia si parla di 'immunocompetenza': essa sorge dal superamento delle malattie, intendendo la capacità dell'individuo a manifestare una risposta immune, quale la produzione di anticorpi, quando le cellule del sistema immunitario sono esposte ad antigeni. L'immunocompetenza è una caratteristica acquisita dai linfociti nel corso del processo di maturazione. La cultura del nostro sistema immunitario è frutto di un superamento armonico delle malattie.

Per fare un esempio, una delle cause del problema, sempre in aumento, dell'antibiotico-resistenza¹⁷ nasce da un uso superficiale e spesso auto/prescritto

¹⁷ Lo sviluppo e l'impiego degli antibiotici, a partire dalla seconda metà del XX secolo, ha rivoluzionato l'approccio al trattamento e alla prevenzione delle malattie infettive e delle infezioni permettendo l'evoluzione della medicina moderna. Tuttavia, la comparsa di resistenza agli antibiotici

di antibiotici, magari incongruamente, per una malattia virale. Alexander Fleming¹⁸, vincitore del Premio Nobel per la medicina nel 1945 per la scoperta del primo antibiotico della penicillina, affermò che chiunque giochi con la penicillina senza pensare alle conseguenze è moralmente responsabile del decesso di chi morirà per un'infezione sostenuta da un microorganismo resistente alla penicillina.

9. Conclusioni

La medicina convenzionale, imprescindibile come scienza, ha bisogno di un'estensione del suo attuale approccio. Il solo *focus* patogenetico sull'aspetto fisico della malattia deve essere coonestato da una comprensione medica che includa l'essere umano come individuo e ponga in primo piano lo sviluppo della salute di ogni persona. L'attenzione sostenuta dalla medicina antroposofica, in un'ottica salutogenetica, si sposta ad ampliare la conoscenza al mondo personale del paziente, ad attribuire valore alle conversazioni personali, alle decisioni individuali prese nel corso della vita, alle reazioni espresse dal paziente agli eventi. L'osservazione del paziente orientata ai fatti esistenziali della malattia deve essere estesa alla prospettiva dell'approfondimento della personalità dei pazienti, affinché la medicina diventi una scienza umanamente applicata.

La dignità del paziente diventa una realtà soltanto quando includiamo la considerazione della personalità e dello stile di vita individuale.

La malattia può essere intesa come una alterazione e un'interruzione dell'autoregolazione. La guarigione significa, quindi, promozione terapeutica

rischia di rendere vane queste conquiste. Negli ultimi anni, il fenomeno dell'antibiotico-resistenza (AMR, Antimicrobial resistance) è aumentato notevolmente. L'uso continuo degli antibiotici aumenta la pressione selettiva favorendo l'emergere, la moltiplicazione e la diffusione dei ceppi resistenti. Inoltre, la comparsa di patogeni resistenti contemporaneamente a più antibiotici (multidrug-resistance) riduce ulteriormente la possibilità di un trattamento efficace. Questo fenomeno riguarda spesso infezioni correlate all'assistenza sanitaria, che insorgono e si diffondono all'interno di ospedali e di altre strutture sanitarie. L'AMR è oggi uno dei principali problemi di sanità pubblica a livello mondiale, con importanti implicazioni sia dal punto di vista clinico (aumento della morbilità, della mortalità, dei giorni di ricovero, possibilità di sviluppo di complicanze, possibilità di epidemie), sia in termini di ricaduta economica per il costo aggiuntivo richiesto per l'impiego di farmaci e di procedure più onerose, nonché per l'allungamento delle degenze ospedaliere.

¹⁸ Dal discorso di Fleming al ritiro del premio Nobel nel 1945: "Non è difficile rendere i microbi resistenti alla penicillina in laboratorio esponendoli a concentrazioni non sufficienti ad ucciderli, e la stessa cosa è accaduta occasionalmente nel corpo. Potrebbe venire il momento in cui la penicillina può essere acquistata da chiunque nei negozi. Poi c'è il pericolo che l'uomo ignorante possa facilmente sotto dosare l'antibiotico e, esponendo i suoi microbi a quantità non letali del farmaco, renderli resistenti".

della capacità dell'individuo di autoregolazione come equilibrio omeostatico dei vari complessi sottosistemi dell'organismo¹⁹.

Gli interventi orientati alla patogenesi possono anche agevolare la capacità di autoregolazione. La medicina antroposofica coinvolge attivamente nella terapia l'intera persona, con i suoi ambiti fisico-biologici, psico-sociali e cultural-spirituali, nella consapevolezza che l'uomo non è una monade isolata.

Riferimenti bibliografici

AA.VV., *Biodinamica stregoneria o agroecologia?* a cura di S. Masini, Bra (CN), 2022; A. Antonovsky, *Health, stress and coping*, 1979; A. Antonovsky, *A somewhat personal odyssey in studying the stress process*, in *Stress Medicine*, 1990/6(2); A. Antonovsky, *The Sociology of Health and Health Care in Israel*, New Brunswick, 1990; D. Callahan, *La medicina impossibile. Le utopie e gli errori della medicina moderna*, Milano, 2009; I. De Vivo-D. Lumerà, *Biologia della gentilezza. Le 6 scelte quotidiane per Salute, Benessere e Longevità*, Milano, 2020; S.M. Francardo, *I semi del futuro. Riflessioni di un medico sui cibi transgenici*. Milano, 2008; V.E. Frankl-F. Kreuzer, *In principio era il senso. Dalla psicoanalisi alla logoterapia*, Brescia, 1995; M. Girke, *Internal Medicine: Foundations and Therapeutic Concepts of Anthroposophic Medicine*, Berlin, 2016; S. Spinsanti, *Daniel Callahan: la difficile scienza del limite*, in *Tempo Medico*, n. 23, 16 giugno 1993; R. Steiner, *Principi di etica medica*, Milano, 1995.

¹⁹ Cfr. M. Girke, *Internal Medicine: Foundations and Therapeutic Concepts of Anthroposophic Medicine*, Berlin, 2016, pp. 16-18.

Verso una umanizzazione della relazione di cura tra paziente e medico?

Elio D'Annunzio

SOMMARIO: 1. L'umanizzazione della medicina nella relazione di cura medico-paziente. – 2. Il dialogo come strumento fondamentale di cura. – 3. La cura del paziente in una 'comunità terapeutica'. – 4. Conclusioni.

1. L'umanizzazione della medicina nella relazione di cura medico-paziente

Da molti anni, le persone sofferenti, i cosiddetti pazienti, avvertono l'esigenza di una maggiore umanizzazione della relazione tra paziente e medico.

Nel tempo, si è creata una distanza sempre più crescente tra queste due figure: distanza peraltro percepita in maniera evidente anche dai medici stessi, i quali, di fronte alla progressiva iper-specializzazione e all'incremento degli strumenti tecnologici e digitali, hanno sempre meno tempo a disposizione per stabilire un rapporto con il paziente adeguato e soddisfacente.

Si tratta, quindi, di trovare la via per una umanizzazione della medicina¹, senza però perdere i significativi contributi forniti dalla medicina ufficiale, quali la diagnostica per immagini, gli esami di laboratorio, nonché molti presidi farmacologici, medico-chirurgici e riabilitativi.

Pertanto, si rende necessario un ampliamento dell'arte medica², che faciliti il passaggio da una medicina riduzionista, analitica e quantitativa, che divide l'essere umano in tante parti separate tra di loro, a una medicina che coltivi una visione unitaria dell'essere umano stesso³.

¹ Sul tema, cfr. ad es. G. Leonelli, *Lezioni ordinate del corso di formazione dei medici. Roncegno 1996-1999*, I, Torino, 2010; Id., *Antroposofia. Il divenire dell'uomo*, II, Torino, 2016.

² H.G. Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, Milano, 1994, 40 ss., in cui si indaga il tema della malattia e della salute nel contesto storico-evolutivo dell'arte medica. Cfr. inoltre V. Fintelmann, *Trattato di medicina antroposofica. La medicina intuitiva: arte e scienza della guarigione*, Milano, 1996.

³ In merito ai rapporti tra mente e cervello secondo la prospettiva della neurobiologia e della filosofia dell'io, cfr. K.R. Popper, J.C. Eccles, *L'io e il suo cervello. Materia, coscienza e cultura. Dialoghi aperti tra Popper e Eccles*, Roma, 1981. V. anche, nella prospettiva della filosofia della scienza, G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, Torino, 1996.

Nella letteratura scientifica si registrano numerosi studi, con particolare riguardo all'importanza fondamentale dell'empatia del medico nei confronti del paziente⁴.

Una delle caratteristiche più significative della relazione medico-paziente consiste sia nel fatto che il medico entra in rapporto non solo con la componente interiore (detta anche psichica o 'animica')⁵ del paziente attraverso una relazione empatica, sia nel fatto che il paziente offre al medico la cura del suo 'corpo', non solo facendo emergere nella relazione il suo vissuto, e cioè ciò che vive nella sua anima, ma mettendo letteralmente a nudo anche il suo corpo.

La corporeità viene intesa come espressione di quella unicità irripetibile, di quella opera d'arte unica al mondo che è l'individualità, in particolare della persona che soffre.

Ai fini di una maggiore comprensione del discorso, può risultare d'ausilio l'arte poetica, in particolare quella di Novalis, poeta, teologo e filosofo tedesco⁶. Nel frammento n. 1208 scrive: "la poesia rappresenta il non rappresentabile, vede l'invisibile, sente il non sensibile". E nel frammento n. 743 scrive: "Nel mondo esiste un unico tempio ed è il corpo umano. Nulla è più sacro di questa alta forma. L'inchino davanti ad esseri umani è un omaggio di questa rivelazione nella carne. Quando si palpa un corpo umano si tocca il cielo".

Da questa consapevolezza, ossia quella di 'toccare il cielo' quando un medico palpa con le mani il corpo del paziente, può ingenerarsi nel medico stesso il sentimento per cui nella relazione con la persona che soffre si ha a che fare con un elemento sacrale.

Il fatto che una persona affidi la sua anima e il suo corpo ad un altro essere umano, che nella maggior parte dei casi non ha mai visto e conosciuto prima, indica che anche il paziente in un qualche modo invisibile ha una 'consapevolezza' che la relazione medico-paziente ha qualcosa in sé che esce dall'ordinario, che è *extra ordinem*, perché presenta un aspetto terreno che ha a che fare con il sacro; in altri termini con la presenza del divino in noi.

Di fronte al corpo umano, tempio del divino, ossia della "rivelazione del divino nella carne", come ci suggerisce il poeta romantico Novalis, il medico può sviluppare un profondo senso di venerazione e di riverenza nei confronti del paziente.

⁴ A. Damasio, *L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano*, Milano, 1995; E. Moja, E. Vegni, *La visita medica centrata sul paziente*, Milano, 2000; C. Rogers, *Un modo di essere*, Firenze, 2012; M. De Hennezel, *Prendersi cura degli altri. Pazienti, medici, infermieri e la sfida della malattia*, Torino, 2019.

⁵ Sul punto, cfr. E. Christou, *Il logos dell'anima. Un inedito itinerario interiore sulle tracce dello spirito nella psicologia contemporanea*, Roma, 1987.

⁶ J.C. Novalis, *Frammenti*, trad. it. a cura di E. Pocar, Milano, 1976.

La venerazione di fronte al sacro rappresenta la fonte principale del calore umano che il medico deve sviluppare nell'incontro con il paziente, se vuole stabilire una reale e concreta relazione di cura.

Relazione è atto creativo, nel quale dall'incontro tra medico e paziente nasce una realtà nuova, in quanto non pre-esistente. E così nasce l'atto terapeutico, fondato sulla relazione di cura.

2. Il dialogo come strumento fondamentale di cura

Dal calore umano, che il medico può donare al paziente, si origina una condizione di 'accoglienza benevolente', che la persona sofferente sente, e che gli consente di 'aprirsi all'altro' in maniera totale: non solo quindi manifestando i disturbi fisici, ma anche le difficoltà interiori e i conseguenti ostacoli alla realizzazione della propria individualità unica e irripetibile.

Il calore umano del medico attiva il calore interiore del paziente, che 'cova' nel paziente stesso la comprensione della sua malattia e ne crea le necessarie premesse per il suo superamento.

Il calore umano, che si sviluppa durante la visita, permea di sé anche lo strumento fondamentale per la relazione, che è il 'dialogo'⁷.

Il poeta, scrittore e scienziato Johann Wolfgang von Goethe, il quale come scienziato ha dedicato gran parte dei suoi lavori allo studio del vivente⁸, e in particolare al mondo vegetale, nelle sue vesti di scrittore della fiaba *Il serpente verde e la bella Lilia*, fa rispondere al saggio, al quale viene chiesto che cosa ci sia di più splendente dell'oro, che più splendente dell'oro c'è la luce e che più consolante della luce c'è il dialogo⁹.

Il dialogo, ossia lo scambio tra due persone attraverso la parola, è il veicolo attraverso cui il medico può far sentire al paziente la sua vicinanza, la sua compassione, la sua empatia, senza per questo identificarsi con la sua sofferenza e quindi perdere la propria oggettività di medico e professionista della cura.

Si tratta, quindi, di un dialogo paritario riscaldato dal calore del cuore.

3. La cura del paziente in una 'comunità terapeutica'

Il calore umano che cura, di cui si è detto, esprime le sue potenzialità quando la persona che soffre viene accolta da una 'comunità terapeutica' che pone al centro del proprio operare l'essere umano nella sua globalità, come

⁷ A. Leroi-Gourhan, *Il gesto e la parola*, I, *Tecnica e linguaggio*, Milano, 2018.

⁸ R. Steiner, *Introduzioni agli scritti scientifici di Goethe. Per una fondazione della scienza dello spirito (Antroposofia)*, Milano, 2008.

⁹ J.W. Goethe, *La fiaba del serpente verde e della bella Lilia*, Oriago di Mira, 1988, p. 16.

quella che opera presso la Casa Raphael di Roncegno in Trentino, casa di salute con annesso stabilimento termale, dove gli ospiti in cura vengono seguiti con un approccio medico integrato, che scaturisce dalle conoscenze della medicina antroposofica, approccio nel quale le terapie artistiche quali la pittura, il modellaggio e l'euritmia rivestono una particolare importanza¹⁰.

In questa comunità terapeutica, costituita da medici, infermieri, fisioterapisti, massoterapisti e terapeuti artistici, si cerca di portare calore umano anche attraverso un cibo preparato dallo *chef* con grande attenzione alla qualità biologica e biodinamica, quindi un cibo che proviene da ingredienti maturati dal calore del sole ed in armonia con il corso delle stagioni.

La cura del corpo, tempio che racchiude il sacrario umano, ovvero la sua potenziale creatività auto-curativa, viene praticata attraverso le c.d. terapie esterne, quali i bagni in dispersione oleosa con olii essenziali, bagni con infusi e decotti di piante medicinali, massaggi con olii medicati, una tecnica di massaggio mutuata dalla medicina antroposofica che è il massaggio ritmico, impacchi e cataplasmi con piante medicinali e fanghi, inalazioni ed aerosol, l'ipertermia e l'ozonoterapia.

Tra le terapie esterne riveste un ruolo significativo l'acqua di Levico, una particolare acqua termale che risulta unica nel curare l'essere umano nella sua globalità e che si rivela particolarmente benefica in questi tempi frenetici che consumano la vitalità dell'essere umano e lo indeboliscono fino nelle sue difese immunitarie¹¹.

Questo tipo di comunità terapeutica può essere paragonata a un alveare, così come all'interno dell'alveare viene mantenuta dalle api una temperatura costante di circa trentasette gradi paragonabile a quella del corpo umano, allo stesso modo all'interno di questa comunità si cerca di suscitare il calore anche attraverso il riposo successivo alle terapie esterne. Durante tale riposo il paziente viene coperto in modo da creare una condizione di caldo avvolgimento uterino che favorisce l'emersione di parti di se stesso che attendevano di venire al mondo.

Attraverso questi strumenti terapeutici si creano le condizioni per la formazione di una 'calda atmosfera', in cui tutti i componenti della comunità donano una parte del proprio calore affinché il paziente possa venire 'covato', ossia messo nella condizione migliore per attingere le forze di guarigione anche in se stesso.

¹⁰ Sulla medicina antroposofica v. ad es. R. Steiner, I. Wegman, *Elementi fondamentali per un ampliamento dell'arte medica. Secondo le conoscenze della scienza dello spirito*, Milano, 2013; G. Leonelli, *Lezioni ordinate del corso di formazione dei medici*, cit.; Id., *Antroposofia. Il divenire dell'uomo*, cit.; V. Fintelmann, *Trattato di medicina antroposofica*, cit.

¹¹ Sulle caratteristiche e i benefici curativi dell'acqua di Levico, v. R. Steiner, *Scienza dello spirito e medicina, XII conferenza*, Milano, 1983, p. 193.

Un particolare ruolo in questo tipo di comunità è rivestito dal direttore sanitario, che è medico e si adopera affinché anche tra la cerchia dei terapeuti ci sia il calore umano necessario ad accogliere gli ospiti in cura.

Così, si può contribuire ad aiutare la persona che soffre a prendere coscienza della propria condizione di malattia e quindi scoprire che anche nel proprio 'tempio malandato' si annidano le forze che possono condurla ad un nuovo e migliore equilibrio nel corpo e nell'anima.

4. Conclusioni

È possibile andare nella direzione di una umanizzazione della medicina quando il medico sviluppa il calore umano che scaturisce dal riconoscere il paziente come una 'persona' intesa come un essere individuale che ha caratteristiche del sacro e il cui corpo rappresenta il tempio dove viene custodita la sacralità umana che ivi si manifesta.

Riferimenti bibliografici

G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, Torino, 1996; E. Christou, *Il logos dell'anima. Un inedito itinerario interiore sulle tracce dello spirito nella psicologia contemporanea*, Roma, 1987; A. Damasio, *L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano*, Milano, 1995; M. De Hennezel, *Prendersi cura degli altri. Pazienti, medici, infermieri e la sfida della malattia*, Torino, 2019; V. Fintelmann, *Trattato di medicina antroposofica. La medicina intuitiva: arte e scienza della guarigione*, Milano, 1996; H.G. Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, Milano, 1994; J.W. Goethe, *La fiaba del serpente verde e della bella Lilia*, Oriago di Mira, 1988, p. 16; G. Leonelli, *Lezioni ordinate del corso di formazione dei medici. Roncegno 1996-1999*, I, Torino, 2010; G. Leonelli, *Antroposofia. Il divenire dell'uomo*, II, Torino, 2016; A. Leroi-Gourhan, *Il gesto e la parola*, I, *Tecnica e linguaggio*, Milano, 2018; E. Moja, E. Vegni, *La visita medica centrata sul paziente*, Milano, 2000; J.C. Novalis, *Frammenti*, trad. it. a cura di E. Pocar, Milano, 1976; K.R. Popper, J. C. Eccles, *L'io e il suo cervello. Materia, coscienza e cultura. Dialoghi aperti tra Popper e Eccles*, Roma, 1981; C. Rogers, *Un modo di essere*, Firenze, 2012; R. Steiner, *Scienza dello spirito e medicina*, Milano, 1983; R. Steiner, *Introduzioni agli scritti scientifici di Goethe. Per una fondazione della scienza dello spirito (Antroposofia)*, Milano, 2008; R. Steiner, I. Wegman, *Elementi fondamentali per un ampliamento dell'arte medica. Secondo le conoscenze della scienza dello spirito*, Milano, 2013.

Sezione III

LA CURA DELLA RELAZIONE

CAPITOLO I

Prevenzione dei conflitti e relazione professionale

Cristina Menichino

“Intellectuals solve problems, geniuses prevent them”
(Albert Einstein)

SOMMARIO: 1. I significati della prevenzione. Confronto tra diritto e medicina: l'apporto della 'salutogenesi'. – 2. Dal *Prevention Law* al *Proactive Approach*. – 3. 'Equilibrio relazionale'. Definizione e benefici. – 4. Il contratto come strumento di 'equilibrio relazionale'. – 5. Altri strumenti volti al raggiungimento di un 'equilibrio relazionale' nei vari settori dell'esperienza giuridica. – 6. L'avvocato quale giurista della prevenzione e della costruzione di rapporti personali sostenibili. – 7. Conclusioni.

1. I significati della prevenzione. Confronto tra diritto e medicina: l'apporto della 'salutogenesi'

È possibile istituire un collegamento tra prevenzione dei conflitti e medicina preventiva, ponendo come centro di osservazione la 'cura' della relazione? Questo è il filo rosso della nostra ricerca.

Dal nostro punto di vista, come giurista e mediatrice, ci occuperemo della prevenzione nell'ambito della gestione consensuale dei conflitti, esaminando l'attività dei professionisti dei conflitti, quali avvocati negoziatori, mediatori, professionisti collaborativi, *counselor*, *conflict coach* e in generale coloro che lavorano avvalendosi non solo delle competenze tecniche tipiche della propria professione, ma anche di competenze relazionali (ad es. ascolto attivo, abilità comunicative e arte della domanda, gestione delle emozioni e empatia).

Ci pare utile partire dal significato etimologico del lemma 'prevenzione', con cui si intende la "adozione di una serie di provvedimenti per cautelarsi da un male futuro, e quindi l'azione o il complesso di azioni intese a raggiungere questo scopo. Genericamente, ogni attività diretta a impedire pericoli e mali sociali di varia natura"¹. Dunque, la prevenzione significa ciò che viene prima, l'atto di anticipare o precedere qualcosa, un evento o un fatto.

Quando si parla di prevenzione dei conflitti, a nostro avviso occorre ragionare sulla sottrazione, ossia raccontare una situazione in cui il conflitto² non

¹ In www.treccani.it/vocabolario/prevenzione/

² Sui conflitti interpersonali la letteratura è molto vasta. Si rinvia, in via essenziale, a: E. Arielli, G. Scotto, *Conflitti e mediazione*, Milano, 2003; D. Novara, *La grammatica dei conflitti. L'arte ma-*

c'è ancora, ma esiste qualcosa di meno, che chiameremo 'contrasto' o 'disaccordo', ossia una situazione di scontro sui contenuti ove la discussione verte sul merito del problema, ma senza che ciò riguardi la relazione delle parti, dato che questa è ancora preservata, le emozioni sono gestibili e la comunicazione non è interrotta. Al contrario, si ha un conflitto quando vi è un problema relazionale, tale per cui le parti non riescono più a comunicare nel merito, ognuna è concentrata sulla propria posizione ed è sopraffatta da emozioni forti e distruttive³. Quando vi è un conflitto le parti si trovano in una spirale negativa e distruttiva, situazione molto diversa da quella del contrasto, come hanno efficacemente spiegato Robert Baruch Bush e Joseph Folger, con riferimento al conflitto secondo la teoria della mediazione trasformativa: "il conflitto influisce sul modo in cui ciascuna parte percepisce se stessa e l'altra (...) Entrambe le parti sperimentano, rispetto allo stato pre-crisi, una 'relativa perdita di normali facoltà, cioè l'incapacità di controllare la situazione, accompagnata da confusione, dubbi, incertezza, indecisioni". Allo stesso tempo, il conflitto genera una chiusura solipsistica (*self-absorption*): ogni parte si concentra esclusivamente su sé stessa e le proprie richieste, assume un atteggiamento più difensivo, ostile, chiuso e refrattario alla prospettiva dell'altra parte"⁴.

Tornando al tema della prevenzione appare utile ai nostri fini effettuare un confronto con la medicina: in questa scienza si usa di frequente la prevenzione, soprattutto ai fini diagnostici, dove esami (es. esami ematochimici, elettrocardiogramma, lettura della pressione), accertamenti e check up mediante l'utilizzo di macchinari (es. tac, risonanza magnetica, ecografia, lastra) vengono effettuati per conoscere l'assenza di una malattia, oppure per prevenire l'aggravarsi della stessa. Quindi, in medicina, la prevenzione mira a accertare l'assenza di una malattia.

Ma se ci spostiamo da una prospettiva diversa, nel senso che non si parte da una situazione di assenza di un evento negativo (malattia in ambito medico e conflitto in ambito giuridico), allora possiamo portare l'attenzione su una situazione in cui la prevenzione può avere un'accezione opposta e di natura positiva. In ambito medico ciò è accaduto grazie al nuovo campo di ricerca cui conviene

ieutica di trasformare le contrarietà in risorse, Casale Monferrato, 2011; G. Cosi, *Conoscere il conflitto*, in Aa.Vv., *Mediazione e progresso. Persona, società professione, impresa*, a cura di P. Lucarelli, G. Conte, Torino, 2012, p. 5 ss.; Id., *L'accordo e la decisione*, Torino, 2017, p. 114 e ss.; R.A. Baruch Bush, J.P. Folger, *La mediazione trasformativa: le basi teoriche*, in Aa.Vv., *La mediazione trasformativa: il "Sourcebook"*, vol. I, *Teoria e ricerca*, a cura di J.P. Folger, R.A. Baruch Bush, D. Della Noce, ed. it. a cura di C. Mosca, Milano, 2015, p. 15 ss.

³ Sul rapporto tra contrasto e conflitto, cfr. R. Borgato, *Prefazione*, in M. Sala, R. Cardinale, *Conflitti. Nella coppia, tra fratelli, in azienda, Conversazioni fra un avvocato e una counselor*, Milano, 2021, p. 13 ss.

⁴ R.A. Baruch Bush, J.P. Folger, *La mediazione trasformativa: le basi teoriche*, in Aa.Vv., *La mediazione trasformativa: il "Sourcebook"*, cit., pp. 18-19.

il nome 'salutogenesi'. Si tratta di un approccio alla salute sorto in Germania negli anni '90 del secolo scorso. Il termine è stato coniato dal sociologo e accademico israeliano americano Aaron Antonovsky e deriva dalla combinazione del lemma latino medievale 'salus', salute, e del lemma greco 'ghènesis', inteso come inizio, origine⁵. Viene offerta questa nozione: "è tutto ciò che crea salute ovvero tutto ciò che permette alle persone, anche in situazioni di forte avversità (un trauma, una malattia cronica, la disabilità, precarie condizioni socioeconomiche, ecc.) di compiere scelte consapevoli di salute utilizzando risorse (interne ed esterne), accrescendo le proprie resilienza e capacità pro-attiva"⁶.

La 'salutogenesi' indaga le cause e le fonti della salute. Risponde alle seguenti domande: quali sono le fonti della salute? Come si crea? Come si rinforza?⁷

La 'salutogenesi' è un nuovo approccio alla salute, un filone di ricerca che vuole andare oltre il vecchio paradigma della patogenesi, la quale, diversamente, si occupa di indagare le cause della malattia, con un metodo che risponde alle seguenti domande: come sorge la malattia? Come può essere evitata?

È stato affermato che la salute non significa soltanto "sostituire le parti non funzionanti o eliminando le cause infettanti quali agenti di aggressione al nostro organismo o somministrando ciò di cui siamo carenti come principio attivo" (mezzi che spesso sono indispensabili e preziosi, come la stessa autrice osserva), perché ogni persona è un complesso integrato di vari aspetti, di componenti fisiche, ma anche relazionali, emotive e spirituali e un approccio integrato di queste componenti può aumentare la salute⁸. Ed ancora, secondo una pediatra tedesca antroposofa, ogni essere umano è parte di un complesso più vasto che lo stesso influenza e da cui è influenzato, pertanto essere sano significa anche essere integro, essere parte di un insieme; diversamente, la malattia è la conseguenza di un isolamento o del fatto che nell'organismo si stacca un singolo processo o una funzione⁹.

⁵ M. Glöckler, *Salutogenesi: le fonti della salute fisica, psichica e spirituale*, in *Salute, malattia e salutogenesi. Le fonti della salute fisica, psichica e spirituale*, Milano, 2004, p. 11, disponibile anche *on line* al seguente link: <https://www.liberascuola-rudolfsteiner.it/2017/12/30/salutogenesi-le-fonti-della-salute-fisica-psichica-e-spirituale/>.

⁶ Definizione della Fondazione per la Salutogenesi Onlus, cfr. <https://salutogenesi.org/chi-siamo/la-salutogenesi>.

⁷ M. Glöckler, *Salutogenesi*, cit., p. 12. Cfr. anche L. Borghi, *Salutogenesi e biografia, Lettere dalla Fondazione*, a cura della Fondazione antroposofica milanese, febbraio 2021, p. 20.

⁸ L. Borghi, *Salute e malattia*, in *Salute, malattia e salutogenesi. Le fonti della salute fisica, psichica e spirituale*, cit., 2004, p. 6 ss. L'approccio della dott.ssa Borghi è quello della medicina antroposofica, come medicina complementare a quella tradizionale e con un approccio integrato. Cfr. sul punto S.M. Francardo, *Medicina antroposofica familiare. Riconoscere e curare le malattie più comuni*, Milano, 2021.

⁹ M. Glöckler, *Salutogenesi*, cit., p. 15.

In merito poi alla domanda “come si rinforza la salute” è stato sottolineato che “la cura della salute comporta un’attenzione rinnovata verso il mantenimento o il cambiamento delle nostre abitudini di vita”. Diventa quindi importante rafforzare il proprio sistema immunitario attraverso varie pratiche, come un’alimentazione di cibi coltivati in modo sano e secondo la stagione, il rispetto del ritmo sonno-veglia, un’attività fisica regolare¹⁰.

È legata alla ‘salutogenesi’ anche una pedagogia che abbia cura dell’educazione del bambino, prestando interesse per tutte le componenti di un essere umano, quali quelle cognitive, emozionali e spirituali, in una dimensione integrata per creare equilibrio tra il polo emotivo e quello intellettuale del futuro adulto; tale educazione è ritenuta costituire una forma di prevenzione delle malattie dell’adulto¹¹. In particolare, una pedagogia come quella ‘steineriana’ praticata nelle scuole Waldorf, porta attenzione a tutte le componenti del bambino, in connessione con il suo sviluppo fisico e cognitivo¹².

Infine, tornando all’adulto, rafforza la salute, non solo l’attenzione agli aspetti fisici, ma una sfera emotiva e psichica in equilibrio, inoltre avere cura del proprio mondo interiore costituito da pensieri, sentimenti e da un anelito spirituale.

Uno dei principi della ‘salutogenesi’ è il ‘senso di coerenza’ (*sense of coherence*), ossia un atteggiamento positivo e di fiducia, di tipo cognitivo ed affettivo/emotivo nei confronti del mondo esterno e della propria vita e la percezione che esiste una rete che unisce tutte le creature, una connessione non solo tra esseri umani ma anche nei confronti del mondo della natura¹³.

In questa prospettiva, il senso di connessione con l’ambiente esterno è, quindi, uno degli elementi capace di rafforzare il benessere dell’essere umano e quindi la salute stessa.

¹⁰ S.M. Francardo, E. Mariani, *La stagionalità degli alimenti. Nutrirsi con cibi di stagione è la migliore medicina preventiva*, Milano, 2019.

¹¹ Su questi ultimi aspetti, cfr. L. Borghi, *Salute e malattia*, cit., p. 9; Ead., *Salutogenesi e biografia*, cit., p. 21; M. Glöckler, *Salutogenesi*, cit., p. 17 ss. con riferimento alla pedagogia delle scuole Waldorf.

¹² Nella pedagogia delle scuole Waldorf si ha riguardo alle componenti non solo intellettuali, ma anche a quelle legate al movimento (attività motorie, anche attraverso esercizi ritmici, e sportive come la ginnastica Bothmer) e artistiche (come la pittura, il canto e la musica), artigianali (come il lavoro manuale a maglia e a uncinetto o con il cucito, il modellaggio della cera e della creta e la falegnameria), emozionali e animico/spirituali (rappresentate dall’euritmia, dalle recite teatrali), affinché l’allievo/a possa sviluppare e armonizzare le facoltà del pensiero, le forze di volontà, di autonomia decisionale e di sentimento, nonché crescere in un contesto di amore, di sincerità, di rispetto per gli altri. Tutte queste competenze, se coltivate fin dall’infanzia, possono contribuire a creare una persona adulta sana e in equilibrio. Sulla pedagogia steineriana, cfr. R. Steiner, *L’educazione come arte. Dal complesso dell’entità umana*, trad. it., Milano, 2004; R. Steiner, *Introduzione all’antroposofia, testi scelti e commentati da W. Kugler*, Milano, 2011, p. 177 ss.

¹³ L. Borghi, *Salutogenesi e biografia*, cit., p. 20; M. Glöckler, *Salutogenesi*, cit., p. 20.

Anche secondo il filone di ricerca dell'ecobiopsicologia basato sulla psicologia del profondo, sulle scienze delle complessità e della fisica quantistica, si arriva a simili conclusioni della necessaria relazione esistente tra salute e malattia in rapporto con l'ambiente, per cui gli aspetti biologici, della coscienza e dell'inconscio sono tutti connessi e influenzati dal mondo esterno¹⁴. La salute "è rappresentata da un equilibrio dinamico del soggetto appartenente alla rete e della rete nei confronti del soggetto"¹⁵.

Analogamente, se ci spostiamo nel campo dei conflitti, è stato detto che una risorsa per superare i conflitti è la convinzione, a seguito di studi di psicologia sociale, di filosofia morale e di sociologia, che gli esseri umani hanno una naturale propensione sia a esprimere la propria individualità e autonomia decisionale, ma anche a connettersi con i propri simili (la cd. 'teoria relazionale' della natura umana o della identità soggettiva) e ogni persona ha innate capacità di comprensione dell'altro e di provare empatia¹⁶.

In definitiva e ragionando al contrario, prevenire i conflitti significa tessere anticipatamente una trama di relazioni, creare connessioni, azioni cui l'essere umano – a nostro avviso – è spinto per natura, come se questa propensione della natura umana fosse un elemento archetipico, un aspetto senza tempo e senza spazio posseduto da tutti gli esseri umani dai tempi remoti¹⁷.

Pertanto, l'analogia con la medicina in merito al rapporto tra patogenesi e 'salutogenesi' può offrire al giurista alcuni strumenti utili per indagare il rapporto tra risoluzione dei conflitti e prevenzione degli stessi.

Certamente il paradigma, tuttora, dominante nel nostro sistema giuridico è quello patologico. Già tempo fa si era osservato quanto segue: "si viene a generare un contesto caratterizzato dal netto prevalere di "terapia" su quelli di "prevenzione", in cui la patologicità della situazione, la specializzazione tecnica

¹⁴ D. Frigoli, in P.M. Biava, D. Frigoli, E. Laszlo, *Dal segno al simbolo. Il Manifesto del Nuovo Paradigma in Medicina*, Bologna, 2014, p. 117 ss., p. 133 ss.

¹⁵ D. Frigoli, *Dal segno al simbolo*, cit., p. 120.

¹⁶ R.A. Baruch Bush, J.P. Folger, *La promessa della mediazione. L'approccio trasformativo alla gestione dei conflitti*, ed. it. a cura di G. Scotto, M. Castoldi, Firenze, 2009, p. 57 ss.; R.A. Baruch Bush, J.P. Folger, *La mediazione trasformativa: le basi teoriche*, in *La mediazione trasformativa: il "Sourcebook"*, cit., p. 23 ss.

¹⁷ È il tema dell'archetipo e dell'inconscio collettivo secondo la psicologia junghiana cfr. C.G. Jung, *Il concetto di inconscio collettivo*, in *Gli archetipi dell'inconscio collettivo*, Torino, 1977, pp. 69-7; E. Neumann, *La Grande Madre. Fenomenologia delle configurazioni femminili dell'inconscio*, trad. it., Roma, 1981, p. 15 ss.; D. Frigoli, *Il codice psicosomatico del vivente. Analogia e simbolo come aspetti integrativi della relazione fra l'uomo, la natura, la realtà*, in *Intelligenza analogica. Oltre il mito della ragione*, a cura di D. Frigoli, Milano, 2005, p. 25; Id., *Dal segno al simbolo*, cit., p. 82. Cfr. anche, in una prospettiva che collega, in chiave moderna, il mito di una divinità e il suo archetipo ai conflitti e alla gestione delle relazioni interpersonali, C. Menichino, *Il conflitto e l'archetipo della dea Inanna*, Pisa, 2021.

e professionale dell'intervento e il compenso pagato dalla società per l'intervento stesso, si amplificano simultaneamente e reciprocamente"¹⁸.

Questo approccio, pur essendo legato alla nostra storia giuridica e alla nostra cultura, è idoneo a determinare mutamenti e trasformazioni.

Il modello di prevenzione dei conflitti che proponiamo, anche in base all'*excursus* storico che seguirà, ha l'intento di mostrare un approccio propositivo e una ricerca di equilibrio tra tutti gli aspetti legali e relazionali e una collaborazione dei soggetti – professionisti e clienti – coinvolti.

2. Dal *Prevention Law* al *Proactive Approach*

In Italia c'è ancora poca cultura della prevenzione in ambito giuridico, poiché siamo più orientati a risolvere i problemi quando si presentano e a collegare il conflitto ai rimedi. Come è stato autorevolmente sostenuto, “vi è un forte sbilanciamento della nostra cultura – giuridica, politica, istituzionale, sociale – verso i «rimedi»; e tale sbilanciamento è tanto forte da far dimenticare totalmente la natura, la forma, la struttura, la cultura dei conflitti"¹⁹.

Infatti, il giudizio e gli stessi strumenti consensuali di gestione dei conflitti intervengono quando un problema è in corso, c'è una controversia o un conflitto già in atto.

Diversamente, l'approccio basato sulla prevenzione dei conflitti ci porta a fermarci e a prevedere cosa potrebbe succedere in caso di sopravvenienze e come gestirle.

In sistemi giuridici diversi da quello italiano, come negli Stati Uniti e nei paesi scandinavi, questi argomenti sono oggetto di studio, ricerca e di applicazione pratica da alcuni decenni, dove si fa riferimento al *Prevention Law* e al *Proactive Approach*.

Il *Prevention Law* è nato negli Stati Uniti, frutto dell'intuizione di un giurista, avvocato e professore di diritto alla *University of Southern California* di Los Angeles, Louis Brown, che ha scritto il primo libro sull'argomento nel 1950: *Preventive Law*²⁰. È stato sicuramente un visionario che ha precorso i tempi, dato che questi non erano ancora maturi per tale approccio innovativo;

¹⁸ G. Così, *L'accordo e la decisione. Il conflitto tra giudizio e mediazione*, in *Le istituzioni del Federalismo*, 2008, 724.

¹⁹ E. Resta, *Giudicare, conciliare, mediare*, in *Pol. dir.*, 1999, p. 544.

²⁰ L. Brown, *Preventive Law*, Prentice Hall, 1950; Id., *Preventive Law and the Legal Assistant*, in *24 Vanderbilt Law Review*, 1971, p. 1181, in <https://scholarship.law.vanderbilt.edu/vlr/vol24/iss6/5>; v. inoltre E.A. Dauer and L.M. Brown, *The Dauer-Brown Letters: Towards a Comprehensive Legal Education*, 36 *Clev. St. L. Rev.*, 1988, p. 501, in <https://engagedscholarship.csuohio.edu/clevstlrev/vol36/iss4/10>.

infatti molti colleghi professori e avvocati avevano opinioni opposte alle sue, come ha raccontato suo figlio, anche lui avvocato²¹.

A seguito dei suoi insegnamenti nel 1986 è stato fondato presso la *California Western School of Law* di San Diego il *National Center for Preventive Law* (“NCPL”), che è dedicato a prevenire rischi legali prima che diventino problemi legali²², e si chiama anche *the Louis M. Brown Program in Preventive Law*.

Louis Brown ha spiegato il *preventive law* in analogia con la medicina preventiva: “Preventive law is analogous to preventive medicine, he said. «The time to see an attorney is when you’re legally healthy – certainly before the advent of litigation and prior to the time legal trouble occurs»” (Il *preventive law* è simile alla medicina preventiva, lui diceva: «il momento in cui vedere un avvocato è quando sei giuridicamente a posto – certamente prima di un giudizio e prima che si verifichino problemi legali» [trad. dell’autrice]²³).

Ed ancora, Louis Brown soleva dire: “In litigation it is important to predict what court will do. In Preventive Law, it is important to predict what people will do” (“nel giudizio è importante predire cosa una corte dirà, nel *preventive law* è importante predire cosa le persone faranno” [trad. dell’autrice]²⁴).

In sostanza, è molto importante concentrarsi sul comportamento umano, al fine di predire cosa le persone faranno e come si comporteranno, allo scopo di prevenire una lite giudiziaria²⁵.

Più recente e variegato è il *Proactive Approach*, sia a livello territoriale (nasce in Finlandia sul finire degli anni novanta del secolo scorso e si è poi sviluppato in tutti i paesi scandinavi e si è diffuso anche negli Stati Uniti), sia con riguardo ai destinatari (è rivolto non solo agli avvocati, ma anche ai manager)²⁶.

Il termine *proactive*, secondo il dizionario inglese Merriam-Webster, significa: “agire in anticipo rispetto a futuri problemi, bisogni o cambiamenti”²⁷.

²¹ H.A. Brown, *Preventive Law – The next Generation*, in www.preventivelawyer.org/main/default.asp?pid=essays/ha_brown.htm.

²² In <http://www.preventivelawyer.org/main/default.asp>, consultato il 30.1.2019.

²³ J. Lytle, *Louis M. Brown, Father of Preventive Law, Dies - USC News*, in <https://news.usc.edu/12383/Louis-M-Brown-Father-of-Preventive-Law-Dies/>.

²⁴ H.A. Brown, *Preventive Law – The next Generation*, cit.

²⁵ G. Berger-Walliser, Gerlinde, *The Past and Future of Proactive Law: An Overview of the Development of the Proactive Law Movement*, in Aa.Vv., *Proactive Law in a Business Environment*, a cura di G. Berger-Walliser, K. Østergaard, DJØF Publishing, 2012, pp. 13 ss.

²⁶ È stata creata la *Nordic School of Proactive Law*, una rete di professionisti provenienti dalla Danimarca, Finlandia Islanda, Norvegia e Svezia, allo scopo di creare un ProActive ThinkTank per creare sinergie e circolazione di idee destinato a professionisti, avvocati, professori per promuovere tale approccio (www.juridicum.su.se/proactivelaw/main, il cui sito è aggiornato fino al 2017). Questo progetto, partito dai paesi del Nord Europa, si è poi diffuso in altri territori e negli Stati Uniti e sono stati creati eventi in collaborazione con la *International Association for Contract and Commercial Management* (IACCM), che ha cambiato denominazione in *Word Commerce & Contracting* (<https://www.worldcc.com/>).

²⁷ “Acting in anticipation of future problems, needs, or changes” in <https://www.merriam-web->

“Legal knowledge is at its best when applied before things go wrong (“La conoscenza legale si realizza al meglio se si applica prima che le cose vadano male”) [trad. dell’autrice], così afferma Helena Haapio una delle più autorevoli studiose del *proactive approach*²⁸.

Il *proactive approach* è stato in primo luogo utilizzato in ambito aziendale e si riferisce a una serie di azioni commesse da un professionista, che non si limita a reagire agli eventi o ai problemi insorti, ma si sforza di prevederli e di predisporre, in tempo, strumenti e strategie. Quindi vi è una messa in atto di un’azione positiva che include l’uso di nuove metodologie e nuovi strumenti²⁹.

C’è una componente chiamata *promotive dimension*, per cui si intende promuovere un aspetto positivo e costruttivo e ciò che è desiderabile³⁰, ad esempio in un’impresa promuovere un fatturato di una certa misura o certi obiettivi di business.

Il *proactive approach* è una diretta emanazione del *prevention law*, solo che il secondo è nato in ambito aziendale e riguarda l’attività degli avvocati d’affari in rapporto con i manager.

Spesso gli interpreti ricorrono all’analogia tra l’assistenza legale e la cura medica: la diagnosi, la cura e l’applicazione di rimedi e l’invio allo specialista sono tutti percorsi che sono affrontati quando il cliente o il paziente ha un problema. La cura consiste in un intervento ‘reattivo’, una reazione al verificarsi di una malattia, mentre l’essere *proactive* è un atteggiamento positivo e ‘attivo’³¹.

Il *proactive approach* in ambito legale cerca di intervenire sulle cause dei conflitti, piuttosto che sulla gestione delle conseguenze degli stessi, nel supportare il benessere del cliente e dell’impresa, così come avviene nel caso della ‘salutogenesi’. Per spiegare la differenza tra il *preventive law* e il *proactive approach* viene fatto un esempio tratto in campo medico: in caso di diffusione della malaria, il *preventive law* cerca i rimedi per debellare la malattia, come la somministrazione del chinino, il *proactive approach*, invece, si concentra su

ster.com/dictionary/proactive#:~:text=pro%2%B7%E2%80%8Bac%2%B7%E2%80%8Btive,better%20relationships%20with%20their%20doctors.

²⁸ H. Haapio, *Introduction to Proactive Law: A Business Lawyer’s View*, in *Scandinavian Studies in Law*, vol. 49, p. 21.

²⁹ Cfr. la voce *Proactive Contracting* nella Encyclopedia MPDI: <https://encyclopedia.pub/entry/33480>.

³⁰ G. Siedel, H. Haapio, *Proactive Law for Managers. A Hidden Source of Competitive Advantage*, 2011, p. 106.

³¹ G. Siedel, H. Haapio, *Proactive Law for Managers*, cit., p. 11: “Traditionally, the steps in providing legal care have resembled those of medical care: diagnosis, treatment, and referral – all steps that happen after a client or a patient has a problem. Care has been reactive. You get sick, you seek treatment. You encounter a dispute, you turn to a lawyer. We need to move away from that model and, instead, adopt a proactive approach”.

sistemi per drenare le paludi ed evitare la diffusione delle zanzare che propagano la malaria. Il primo si basa sulla legge, il secondo su fatti e azioni³².

L'avvocato si ritrova, quindi, a lavorare in team con i manager, le altre risorse dell'impresa e diversi professionisti, con modalità interdisciplinari, dove riveste una particolare importanza la capacità di sapere collaborare e comunicare in modo efficace.

E cambia il ruolo dell'avvocato, da *litigator*, quindi esperto del processo con un approccio avversariale, a *designer* e *problem solver* che aiuta i managers, anche utilizzando il pensiero creativo, a raggiungere i propri obiettivi, a rendere l'impresa più efficiente, a massimizzare opportunità e minimizzare costi e rischi.

Anche il cliente muta il suo ruolo nella gestione del problema, acquista una posizione di primo piano: non è solo il soggetto assistito o rappresentato, ma colui che agisce in prima persona per portare valore all'impresa.

Ci siamo domandati come mai in Italia sussista ancora poca cultura della prevenzione dei conflitti, diversamente da quanto accade in altri territori, come negli Stati Uniti e i nei paesi scandinavi.

Si possono ipotizzare alcune ragioni. Da un lato la mentalità pratica e aperta al nuovo di quei paesi, così come la flessibilità degli strumenti (si pensi che negli Stati Uniti per svolgere la professione di mediatore non occorre una laurea, come da noi).

Un'altra ragione, ben più importante, può essere fondata sulle radici storiche del nostro sistema giuridico, che ha una solida e duratura tradizione processuale e quindi un sistema avversariale e antagonista che si fonda sul diritto romano e sulla tragedia greca, di cui il processo è diretta emanazione. Come spiega il prof. Francesco Cavalla, la tragedia nasce come confronto tra opposti e nell'Oresteia la dea Atena inventa il processo: "fonderò un istituto di giustizia che resterà saldo per sempre", ossia uno strumento fondato sul *logos*, creato per collegare pensieri opposti³³.

Come spiega, poi, il prof. Eligio Resta, i modi in cui ogni sistema sociale regola i conflitti sono variegati, differenti, soggetti a modifica nel tempo³⁴.

Si fa ancora fatica ad affiancare al sistema di natura avversariale un sistema di natura cooperativa, perché il nostro popolo è tendenzialmente ancorato alle abitudini, al modo di pensare praticato a lungo, anche se poi questo atteggiamento, a volte, non porta risultati. Ma è difficile abbandonare le abitudini, perché c'è sempre una *comfort zone*. Anche la mediazione civile e commerciale si è diffusa nel nostro paese proprio perché è stato reso obbligatorio il tentativo

³² Esempio tratto da E.E. Dauer e citato da H. Haapio, *Introduction to Proactive Law*, cit., pp. 25-26.

³³ F. Cavalla, *All'origine del diritto al tramonto della legge*, Napoli, 2011, p. 110 ss.

³⁴ E. Resta, *op. cit.*, p. 542.

di mediazione in alcune materie e questo impulso, dettato dalla legge, ha consentito un cambiamento.

Ciò detto, bisogna continuare a provare a diffondere la cultura e la pratica degli strumenti di prevenzione dei conflitti, confidando che il cambiamento sia possibile e che prima o poi avvenga.

3. 'Equilibrio relazionale': definizione e benefici

Sulla base di quanto descritto sopra in merito all'approccio proattivo e all'analogia con il paradigma in campo medico della 'salutogenesi', riteniamo utile definire l'attività, volta in modo costruttivo a rafforzare la relazione tra le parti: l'espressione più adatta è 'equilibrio relazionale'.

Occorre partire spiegando quale è il significato etimologico delle due parole chiave equilibrio e relazione.

Equilibrio deriva dal latino *aequilibrium*, termine composto di *aequus* (uguale) e *libra* (bilancia). È una "condizione per la quale un corpo (anche il corpo umano) sta fermo per un compensarsi delle azioni che su di esso si esercitano, o, anche muovendosi, conserva un suo determinato assetto"³⁵. In altre parole indica lo stato di un corpo che, se posto in bilico, sta fermo per contrappeso. Quindi è una posizione di stasi frutto di un'azione.

Nel caso della definizione da noi proposta l'equilibrio relazionale è usato con un'accezione positiva e fa riferimento all'effetto di un movimento. L'equilibrio infatti non è una situazione statica, ma è frutto di un processo e di un percorso.

Pensiamo al fatto di stare in equilibrio su un piede solo, il piede che è a terra fa dei micro spostamenti per mantenere l'equilibrio. Così come, nella pratica dello yoga, la posizione dell'albero (Vrkasana), che rientra tra le posizioni di equilibrio in piedi ed è una delle più note, si realizza mettendo un piede a terra e l'altro con la pianta collocata all'altezza della caviglia, o del ginocchio o della coscia della gamba a terra; le braccia sono sollevate con i palmi delle mani uniti sopra il capo o, come variante, i palmi uniti sono posti all'altezza del petto o plesso solare.

Dal punto di vista simbolico questa posizione ci porta all'immagine dell'albero, che, se ben ancorato a terra con le sue radici, nonostante la sua chioma possa essere mossa dal vento, nel tronco non si spezza. Se radicati ben a terra ci si può elevare verso il cielo³⁶.

³⁵ In <https://www.treccani.it/vocabolario/equilibrio>.

³⁶ Aa.Vv., *Hatha-yoga. L'equilibrio in piedi*, ed. it a cura di C. Conte (tit. orig. *Equilibres sur le pieds*, a cura di F.N.E.Y. (Fédération Nationale des Enseignants de Yoga), in *Revue Française de Yoga*, 1991), Torino, 1996. Aa.Vv., *L'equilibrio*, in *Percorsi yoga, Quaderni di YANI-Yoga Associazione*

Fuori di metafora, mantenere un equilibrio relazionale richiede un'attività e una visione, un progetto per capire quale procedura condurre e quali sono gli obiettivi da raggiungere.

D'altra parte anche in medicina è stato osservato che “secondo il modello salutogenetico la qualità essenziale dell'organismo sano non è l'omeostasi, ma il fatto che esso trasforma ininterrottamente processi eterostatici in processi omeostatici, il che gli consente di elaborare un enorme numero di processi e una grande capacità di adattamento. Aspetto essenziale del principio salutogenetico è quindi la facoltà dell'uomo di confrontarsi con ciò che gli è estraneo, di sopportare i conflitti, e in questo confronto di rafforzarsi”³⁷.

Per cui è importante il processo per arrivare a affrontare le situazioni di contrasto per gestirle.

La scelta del termine 'equilibrio', a nostro avviso, è legato a una tradizione del nostro sistema giuridico: sia dell'equilibrio economico (cfr. le norme del codice civile in tema di rescissione o risoluzione per eccessiva onerosità sopravvenuta), sia il più recente equilibrio giuridico presente nelle norme di protezione del soggetto debole, ad esempio nella disciplina dei contratti con i consumatori, in cui si vuole proteggere il consumatore e riequilibrare un contratto squilibrato dal punto di vista dei diritti e obblighi delle parti, in cui il legislatore interviene sanzionando la clausola o il contratto squilibrato con la nullità, e cioè somministrando un rimedio successivo al verificarsi dello squilibrio.

Diversamente, nel caso in esame sono le parti che mettono in atto tutti gli accorgimenti utili per negoziare e redigere un contratto equilibrato.

Premesso cosa noi intendiamo per equilibrio, ora ci concentriamo sulla seconda parola chiave: la 'relazione'.

Anche in questo caso è utile soffermarsi sul suo significato etimologico: per essa si intende “un rapporto, un legame o un vincolo reciproco”³⁸, quindi il cuore del termine si fonda sulla cooperazione e su un legame delle persone in due direzioni, che si sposta dal professionista al cliente e viceversa.

Sarà quindi utile che il professionista instauri un clima di fiducia, di rispetto e di trasparenza in cui la parte assistita possa esprimere la propria capacità di autodeterminazione, l'abilità e la responsabilità di compiere scelte consapevoli. È importante creare un'alleanza tra cliente e avvocato, per potere soddisfare in modo produttivo i bisogni e gli interessi dell'assistito.

Molteplici sono i vantaggi del ricorso a strumenti per realizzare l'equilibrio relazionale:

- si risolve un problema in meno tempo e a costi ridotti;

Nazionale Insegnanti, Milano, 2000; B.K.S. Iyengar, *Teoria e pratica dello yoga*, 2003.

³⁷ M. Glöckler, *Salutogenesi*, cit., p. 19.

³⁸ In <https://www.treccani.it/vocabolario/relazione/>

- si riduce la sofferenza delle parti e si crea maggiore soddisfazione;
- consente ai privati e alle imprese di impiegare risorse in attività più proficue e utili rispetto alla gestione dei conflitti;
- salvaguarda l'immagine del professionista e dell'impresa;
- crea valore e rafforza la relazione professionale e personale;
- comporta benefici a livello sociale.

Ora ci si domanda quali sono le modalità per realizzare un equilibrio relazionale. Da un lato si può utilizzare il contratto, negoziato e redatto in modo cooperativo, dall'altro si utilizzano diversi strumenti per rafforzare la comunicazione e la relazione tra le parti.

4. Il contratto come strumento di 'equilibrio relazionale'

Lo strumento per eccellenza per creare e mantenere un equilibrio relazionale è il contratto, l'atto di libertà e autonomia delle parti, che è utilizzato per regolare un rapporto di natura patrimoniale dei contraenti³⁹.

Secondo il modello classico, regolato dalle norme del codice civile, il contratto è disciplinato come atto individuale, basato sulla promessa e su uno scambio di natura istantanea (*discrete contract* nel sistema di *common law*, ossia il contratto in cui non c'è la relazione delle parti), negoziato e redatto nell'interesse di una delle parti⁴⁰. La negoziazione è di tipo avversariale, ha lo scopo di difendere e proteggere la parte contraente.

Diversamente, grazie alla prassi che si è diffusa degli strumenti consensuali di risoluzione dei conflitti, il contratto può essere negoziato e redatto secondo un approccio collaborativo/cooperativo in cui la negoziazione è basata sugli interessi e bisogni, secondo il noto modello dell'*Interest Based Negotiation* elaborato dalla scuola di Harvard⁴¹.

In quest'ottica, il contratto è utilizzato come strumento di collaborazione/cooperazione, in cui le parti condividono valori, strategie e un percorso per esplorare e soddisfare gli interessi comuni; questo percorso può avere come esito un accordo che sia sostenibile e duraturo nel tempo⁴². In estrema sintesi, è un

³⁹ Sui principi che dovrebbero guidare la negoziazione e redazione dei contratti, cfr. J. Orsi, *Practicing Law in the Sharing Economy. Helping People build Cooperatives, Social Enterprise, and Local Sustainable Economies*, ABA, 2012, pp. 101 ss.

⁴⁰ A. Fondrieschi, *Contratti relazionali e tutela del rapporto contrattuale*, Milano, 2018, pp. 3 ss. e 53 ss.

⁴¹ R. Fisher, W. Ury, B. Patton, *L'arte del negoziato. Per chi vuole ottenere il meglio in una trattativa ed evitare lo scontro*, XVI ed. it., Milano 2016. Nel 1979 la scuola Harvard ha creato l'*Harvard Negotiation Project* (HNP), diretto dal prof. Roger Fisher, ora diventato *Program on Negotiation* (PON), in https://www.pon.harvard.edu/category/research_projects/harvard-negotiation-project/.

⁴² J.K. Wright, *Lawyers as Peacemakers. Practicing Holistic, Problem-Solving Law*, ABA, Chicago, 2010, p. 280, osserva: "we lawyers now have an opportunity to distinguish ourselves by expanding

contratto che ha come scopo la tutela della relazione delle parti, e ciò è possibile perché sono esplorati gli interessi e i bisogni (attività estranea ai compiti che il diritto istituzionalmente svolge). Tornando all'analogia con la medicina, è stato osservato quanto segue: “come certi medicinali, il diritto sembra dunque capace di trattare soprattutto i sintomi, e non le cause, di un malessere”⁴³.

Il contratto di cui si è detto è un accordo che nella dottrina e nella prassi viene chiamato con diversi nomi:

- ‘*proactive contracting*’⁴⁴: secondo il metodo del *proactive approach* il contratto è considerato uno strumento di *management*, che ha lo scopo di far conseguire all'impresa o al professionista l'efficienza del *business*, mediante una integrazione di aspetti legali con quelli di *business*, una pianificazione e gestione dei rischi⁴⁵;
- ‘contratto collaborativo’: si ispira al modello della pratica collaborativa secondo la negoziazione degli interessi in base al modello di Harvard⁴⁶;
- ‘contratto relazionale’: i *relational contracts* elaborati e studiati da accademici nordamericani e poi sviluppati nella prassi negoziale⁴⁷, ove “è la relazione a dare forma e contenuto al contratto”, e non la promessa delle parti e l'atto che la incorpora⁴⁸;
- ‘contratto agile’: nato dalla prassi dei contratti di fornitura e sviluppo del software e degli appalti, in cui le parti, non si concentrano sul contratto come fonte di diritti e doveri, ma come “strumento di regolazione di pro-

our role in drafting meaningful contracts that create relationships, clarify expectations, establish the foundation of integrity in the contractual relationship, and prevent future litigation”. (Noi avvocati ora abbiamo l'opportunità di distinguerci, espandendo il nostro ruolo mediante la redazione di contratti consapevoli che creano relazioni, che chiariscono le aspettative delle parti, determinano il fondamento dell'integrità in una relazione contrattuale e prevengono future liti. [traduzione dell'autrice]).

⁴³ G. Così, *L'accordo e la decisione. Il conflitto tra giudizio e mediazione*, cit., p. 731.

⁴⁴ H. Haapio, *Business Approach and Problem Prevention to Proactive Contracting*, in *A Proactive Approach*, in *Scandinavian Studies in Law*, a cura di Peter Wahlgren, 1999, Vol. 49, p. 149 ss.; G. Siedel, H. Haapio, *Proactive Law for Managers*, cit., p. 106 ss.; G. Trono, *Sviluppo agile e proactive contracting*, in <https://www.giorgiotrono.it/sviluppo-agile-e-proactive-contracting/>.

⁴⁵ Sul contratto come strumento di allocazione dei rischi, cfr. per tutti P. Trimarchi, *Il contratto: inadempimento e rimedi*, Milano, 2010.

⁴⁶ Secondo quanto indicato nel sito di Aiadc, Associazione Italiana Professionisti Collaborativi, in <https://praticacollaborativa.it/ambiti-di-applicazione>. V., con riguardo all'appalto, S. Valaguzza, *Gli accordi collaborativi nel settore pubblico: dagli schemi antagonisti ai modelli dialogici*, in *Dir. economia*, 2019, II, p. 255 ss.

⁴⁷ I.R. Macneil, *The New Social Contract. An Inquiry into Modern Contractual Relations*, New York, 1980; D. Campbell (a cura di), *The Relational Theory of Contract: Selected Works of Ian Macneil*, Londra, 2001; cfr. nel panorama giuridico italiano, A. Fondrieschi, *Contratti relazionali e tutela del rapporto contrattuale*, cit., 2018.

⁴⁸ Sul punto, A. Fondrieschi, *Contratti relazionali*, cit., p. 68-69. Cfr. anche P. Lucarelli, L. Ristori, *I contratti commerciali di durata. Crisi di cooperazione e governo del cambiamento*, Torino, 2016, p. 134 ss.

cesso”, ossia quale mezzo per stabilire le procedure da effettuare quando qualcosa non funziona⁴⁹;

- il modello dei ‘*conscious contracts*’⁵⁰: ora sono oggetto di un marchio registrato, per cui si intendono accordi consapevoli, dove è prestata molta cura nella fase di negoziazione, per rendere le parti consapevoli e informate di ogni aspetto del contratto, mediante una esplorazione di valori e motivazioni condivise e una *mission* comune, espressi nella *Touchstone*, e predisposti per adeguarsi ai cambiamenti nel tempo attraverso lo strumento dell’*Addressing Change, Engaging Conflict and Disagreement*.

Seppure nella prassi questo stile contrattuale abbia assunto diversi nomi e definizioni, si possono riscontrare, a nostro avviso, alcuni tratti comuni, al di là delle particolarità e peculiarità di ogni modello e che possono essere così riassunte:

- a) particolare attenzione viene data alla fase di negoziazione, secondo la negoziazione basata sugli interessi, in cui vengono esplorati principi e valori comuni allo scopo di tutelare gli interessi di tutti i soggetti coinvolti;
- b) l’accordo è negoziato direttamente dalle parti che sono “al centro” della negoziazione;
- c) la redazione del contratto è effettuata con un linguaggio semplice e chiaro, perché possa essere comprensibile e accessibile da tutte le parti e l’accordo possa essere percepito dalle medesime come un loro atto, pur nel rispetto dei termini giuridici tecnici ove necessari;
- d) il testo contrattuale contiene alcuni aspetti giuridici e altri relazionali, connessi o correlati alla specifica relazione esistente tra le parti;
- e) il documento che contiene l’accordo delle parti può essere supportato da tecniche di visualizzazione⁵¹, quali immagini, strumenti grafici o vignette

⁴⁹ Il processo si articola in diverse fasi: il patto di collaborazione (in cui le parti definiscono le regole e i motivi della collaborazione); il piano di collaborazione (serve a definire come operativamente funziona la collaborazione, gli *alert* della collaborazione (*check list* di eventi ipotizzati in modo condiviso che dicono quando la collaborazione non funziona); il piano di comunicazione della collaborazione (fondato sulla circolarità delle informazioni tra le parti attraverso riunioni continue); le ricompense in caso di miglioramenti del processo e le *exit strategies* in caso di non funzionamento. Cfr. G. Nicosia, *Collaborare in azienda, Les Nouvelles Estétiques Italia*, dic. 2019, p. 149 ss.; Id., *I contratti come strumento di collaborazione*, in *Les Nouvelles Estétiques Italia*, agosto/sett. 2021, p. 150 ss.

⁵⁰ Il modello è stato elaborato nel tempo dalle avvocate nordamericane Kim Wright e Linda Alvarez. Tutte le informazioni nel sito web: www.consciouscontracts.com; si veda anche, per l’elaborazione del modello, L. Alvarez, *Discovering Agreement. Contracts that Turn Conflict into Creativity*, ABA, Chicago, 2016.

⁵¹ T.D. Barton, Gerlinde Berger-Walliser & Helena Haapio, *Visualization: Seeing Contracts for What They Are, and What They Could Become*, 19 *Journal of Law, Business & Ethics*, 2013, p. 47.

- (*comics contracts*)⁵², in quanto la comunicazione non verbale può far arrivare più facilmente il messaggio e rendere più efficiente l'accordo;
- f) l'accordo è redatto non in termini difensivi, allo scopo di prevedere meccanismi a salvaguardia in caso di patologia del rapporto contrattuale, ma al fine di costruire un patto che abbia fondamenta solide, perché è stato negoziato in modo approfondito, a beneficio di entrambe le parti;
- g) ha come obiettivo la salvaguardia della relazione tra le parti.

Diversamente, un contratto negoziato e redatto secondo il modello tradizionale, ossia secondo un approccio avversariale o antagonista, è fondato sulla promessa, prevede rimedi tipici in caso di sua violazione ed è tendenzialmente immodificabile nei contenuti; ha lo scopo soddisfare gli interessi individuali del singolo contraente, quindi ha una preminente funzione di protezione, stabilendo diritti e obblighi, responsabilità, risarcimento del danno o risoluzione del contratto, in definitiva prevedendo rimedi dissolutivi del patto in caso di patologia del rapporto⁵³.

Nel contratto, secondo questo modello, ogni parte ha interesse a gestire la patologia del rapporto (es. prevedendo clausole di recesso o di risoluzione in di caso di inadempimento come la clausola di esonero e di limitazione della responsabilità⁵⁴ o clausole di determinazione preventiva del risarcimento del danno, come la clausola penale⁵⁵). Il contratto poi, secondo le regole del c.c. del 1942, in cui vige la regola della 'forza di legge' del contratto di cui all'art. 1373 c.c., non è idoneo a reggere in caso di sopravvenienza generica, perché le uniche regole legali sono quelle della risoluzione per eccessiva onerosità sopravvenuta della prestazione o della revisione del prezzo nell'appalto. La rinegoziazione non è prevista nel nostro codice, anche se auspicata dagli interpreti come soluzione, soprattutto in tema di contratti internazionali, ricorrendo all'equità (art. 1374 c.c.) o alle clausole generali (artt. 1366 e 1375 c.c.) o all'analogia con quanto previsto dalle fonti persuasive⁵⁶.

Una negoziazione e redazione del contratto secondo il modello tradizionale, ossia con una negoziazione e con approccio individuale ha molti svantag-

⁵² Robert de Rooy, fondatore dei *Creative Contracts*, di cui i *Comic Contracts* fanno parte (v. <https://creative-contracts.com/>).

⁵³ In merito al contratto, nato e sviluppato nella prassi del commercio internazionale, di vendita di partecipazioni sociali di controllo, cfr. G. De Nova, *Il Sale and Purchase Agreement: un contratto commentato*, IV ed. ampliata, Torino, 2021.

⁵⁴ Mi sia consentito rinviare a C. Menichino, *Clausole di irresponsabilità contrattuale*, Milano, 2008.

⁵⁵ G. De Nova, *Il contratto. Dal contratto atipico al contratto alieno*, Milano, 2011, p. 493 ss.

⁵⁶ R. Sacco, in R. Sacco, G. De Nova, *Il contratto*, IV ed., Milano, 2016, p. 1708 ss.; F. Macario, *Sopravvenienze e gestione del rischio nell'esecuzione del terzo contratto*, in Aa.Vv., *Il terzo contratto. L'abuso di potere contrattuale nei rapporti tra imprese*, a cura di G. Gitti, G. Villa, Bologna, 2008, pp. 179 ss.

gi e può non essere sostenibile nel tempo: se, ad esempio, in un contratto di durata si verifica un inadempimento, può essere difficile azionare una clausola penale, perché la parte inadempiente potrebbe avere un'incapacità finanziaria; allora il contraente adempiente ha più interesse che l'altro contraente adempia e si lavori sulla manutenzione del contratto.

Diversamente, secondo la negoziazione cooperativa, entrambe le parti hanno interesse a fissare principi comuni volendo la manutenzione del rapporto contrattuale e la salvaguardia/protezione della relazione professionale.

È un contratto, che in quanto negoziato sulla base di valori e interessi comuni è predisposto 'su misura' ed è 'flessibile', attento alle esigenze dei contraenti.

Quello che conduce le parti è una visione, il sentimento di 'collaborazione' o 'cooperazione', allo scopo di soddisfare interessi comuni, il che comporta lo scambio di informazioni, la creazione di obbligazioni spontanee, anche successive alla conclusione del contratto, l'attività di rinegoziazione e il ricorso a rimedi manutentivi (es. riparazione o sostituzione del bene, ripetizione dei servizi non resi, risarcimento in forma specifica)⁵⁷.

È un contratto che si esprime non solo nel testo scritto, come nella tradizione e esperienza precedente, ma anche in confronti orali e esplorazioni, nel racconto delle parti, in cui hanno manifestato i loro interessi, bisogni e valori.

Il binomio dei modelli contratto con stile avversariale/antagonista e contratto con stile cooperativo/collaborativo si rispecchia nella suggestiva espressione, coniata da Pier Giuseppe Monateri, di 'contratto rude' e 'contratto rugiadoso' utilizzata dall'autore nel contesto del diritto europeo dei contratti⁵⁸.

Infine, va segnalato che all'interno della sezione *Dispute Resolution* dell'*American Bar Association* è stato elaborato il *Planned Early Dispute Resolution*, una guida per utenti (avvocati, managers e clienti) creata da una task force, guidata da John Lande, Kurt L. Dettman e Catherine Shanks⁵⁹. È un protocollo da utilizzare, non solo dai professionisti ma anche dalle parti, prima che le dispute sorgano o il prima possibile nel caso di loro insorgenza. Segna un passo importante che una istituzione di protezione della categoria degli avvocati come la *American Bar Association* abbia elaborato tale documento, è un segnale di consapevolezza e forte cambiamento verso i rimedi preventivi.

⁵⁷ A. Fondrieschi, *Contratti relazionali*, cit., pp. 67 ss.

⁵⁸ P.G. Monateri, *Contratto rugiadoso e contratto rude nel diritto europeo e comunitario*, in A. D'Angelo, P.G. Monateri, A. Somma, *Buona fede e giustizia contrattuale. Modelli cooperativi e modelli conflittuali a confronto*, Torino, 2005, p. 11 ss. Secondo il pensiero dell'autore, il contratto 'rude' è fondato sulla natura antagonista delle parti e l'accordo costituisce una tregua, solo parziale e limitata, basata essenzialmente su ciò che è stato scritto nel testo; diversamente il 'contratto rugiadoso' è fondato sulla cooperazione e si ispira ai principi di buona fede oggettiva, che guida l'interpretazione e la valutazione del comportamento delle parti anche successivo alla conclusione dell'accordo.

⁵⁹ In https://www.americanbar.org/groups/dispute_resolution/resources/planned_early_dispute_resolution_pedr/.

5. Altri strumenti volti al raggiungimento di un ‘equilibrio relazionale’ nei vari settori dell’esperienza giuridica

L’equilibrio relazionale si può attuare utilizzando i sistemi consensuali di gestione dei conflitti come strumenti per potere prevenire i conflitti, ad esempio utilizzando la mediazione⁶⁰, la negoziazione assistita e la pratica collaborativa per negoziare e redigere un accordo, oppure inserendo in un contratto una clausola di mediazione, di negoziazione assistita o di ricorso alla pratica collaborativa, quale clausola finale che rinvii a uno di questi procedimenti consensuali per gestire i contrasti⁶¹.

Inoltre, si è proposto di sottoscrivere ‘patti preconfittuali’, ossia clausole con cui le parti stabiliscono obblighi reciproci che guidino la loro relazione al fine di prevenire i conflitti. Sono applicabili prima dell’avvio di una negoziazione, prima di sottoscrivere un accordo, in una convenzione di negoziazione assistita o in altri documenti che servano per regolare rapporti futuri tra le parti⁶².

Seguono ora possibili applicazioni degli strumenti di equilibrio relazionale in alcune materie.

In materia medico/sanitaria, si possono prevedere sportelli di ascolto medico/paziente con la presenza di un terzo neutrale professionista del conflitto, come un mediatore o un *counselor* o un *conflict coach*.

Anche la presenza di un avvocato negoziatore può essere utile all’azienda sanitaria, perché può incoraggiare una soluzione preventiva, evitando o riducendo la conflittualità medico/sanitaria con il coinvolgimento delle assicurazioni.

Si è sottolineato, infatti, come la persona malata e angosciata ha il bisogno di essere compresa, ossia che l’operatore sanitario senta la sua sofferenza, la comprenda e la rispetti. L’ascolto del paziente da parte del personale sanitario dunque è indicato come un efficace strumento di prevenzione dei conflitti. Perché l’ascolto sia effettivo occorrerà anche formare gli operatori sanitari con per-

⁶⁰ Sull’utilizzo della mediazione in funzione anche preventiva, cfr. P. Lucarelli, L. Ristori, *I contratti commerciali di durata*, cit., p. 176 ss., che sottolineano come occorre che imprenditori e professionisti sviluppino una competenza relazione per consentire un’evoluzione non traumatica dei rapporti commerciali e per evitare che un problema diventi un conflitto; cfr. anche M. Dotti, M.C. Perego, *Dalla contestata all’intesa. Strategie vincenti dell’avvocato efficace in mediazione*, 2020, Milano, p. 71 ss.

⁶¹ Rinviamo a quanto avevamo a suo tempo scritto in merito a come utilizzare il metodo della pratica collaborativa per la redazione e negoziazione dei contratti: C. Menichino, *La pratica collaborativa*, in *ADR. Una giustizia complementare*, a cura di F. Danovi, F. Ferraris, Milano, 2018, p. 234.

⁶² T. Fragomeni, *I patti preconfittuali nel contesto di nuovi modelli relazionali e nuove professionalità*, in F. Danovi, F. Ferraris, T. Fragomeni, A. Maniaci, A. Marchese, *I patti preconfittuali*, Torino, 2019, p. 159 ss. L’autrice fa anche riferimento alle “mappe dei principi”, che sono documenti, allegati a un contratto o redatti prima di una negoziazione, in cui le parti stabiliscono regole, a seguito di un processo partecipativo, per affrontare dissidi o conflitti secondo una gestione costruttiva degli stessi. Su rapporto tra i patti preconfittuali e le ADR, cfr. A. Maniaci, *Autonomia privata e conflitto*, in F. Danovi, F. Ferraris, T. Fragomeni, A. Maniaci, A. Marchese, *I patti preconfittuali*, cit., p. 127 ss.

corsi formativi, consulenze e supervisioni. Inoltre il successo terapeutico non solo dipende dalle capacità tecniche del professionista e dalle terapie e farmaci somministrati, ma anche dalla relazione che si instaura tra il medico e il paziente⁶³. Si parla infatti a questo proposito di ‘medicina narrativa’⁶⁴.

In materia giusfamiliare, si può ipotizzare una consulenza preventiva alle coppie sposate e conviventi, in merito agli obblighi e diritti tra i componenti della coppia e nei confronti dei figli, in caso di contrasto e prima che sorga un vero e proprio conflitto; consulenza sui diritti delle parti in caso di separazione/divorzio o cessazione della convivenza di fatto e sui percorsi alternativi al giudizio per risolvere i conflitti. In questo modo si diffonde una cultura dei conflitti perché le persone imparino a ‘litigare meglio’ e conoscano il ventaglio di opportunità che il sistema offre loro.

In materia societaria: è stata discussa in dottrina la possibilità di prevedere strumenti di tutela endosocietaria in un’ottica preventiva, ossia predisponendo il contenuto dello statuto o dei patti parasociali, in modo da consentire il rispetto dell’equilibrio tra maggioranze e minoranze, evitando o limitando, così, la possibilità dell’insorgenza di conflitti all’interno della società o il ricorso a interventi inibitori o repressivi da parte dell’autorità giudiziaria⁶⁵.

È stata ipotizzata la predisposizione di clausole negli statuti e nei contratti che riguardano la gestione dei conflitti tra i soci oppure tra i soci e la società o l’organo amministrativo: sono clausole di negoziazione assistita regolata secondo il metodo e i principi della pratica collaborativa⁶⁶, che verrà azionata da avvocati formati a questo metodo di negoziazione; sono clausole *multistep*, nel senso che prevedono varie forme di risoluzione dei conflitti e, in ultima analisi, anche il ricorso all’arbitrato e alla giurisdizione; per quanto riguarda la loro applicazione sono clausole da inserire in patti parasociali o in accordi di regolamentazione di operazioni di acquisizioni societarie⁶⁷.

Alcuni colleghi professionisti collaborativi (avvocati e commercialisti) facenti parte di AIADC-Associazione Italiana Professionisti Collaborativi hanno incominciato a inserire tali clausole all’interno di statuti o contratti di acquisi-

⁶³ D. Gaddi, F. Marozzi, A. Quattrocchio, *Voci di danno inascoltate: mediazione dei conflitti e responsabilità professionale medica*, in *Med. legale*, 2003, p. 839 ss.

⁶⁴ Cfr. M. Foglia, *Nell’acquario. Contributo della medicina narrativa al discorso giuridico sulla relazione di cura*, in *Resp. medica*, 2018, n. 4, p. 373 ss.

⁶⁵ A. Baudino, *La pratica collaborativa: procedure ADR a confronto e nuove prospettive per la risoluzione delle controversie in materia societaria. Prima parte*, in *Nuovo dir. società*, 2019, I, p. 17 ss. Cfr. anche, per una esauriente descrizione del conflitto tra i soci, L. Lambertini, *Il conflitto tra soci. Origine. Gestione. Composizione*, Pisa, 2022.

⁶⁶ In merito all’applicazione della pratica collaborativa ai conflitti commerciali e societari si rinvia a P. Faxon, *Pratica collaborativa in ambito civile: un caso di ristrutturazione di impresa*, in *La Pratica Collaborativa. Dialogo fra teoria e prassi*, a cura di M. Sala, C. Menichino, Torino, 2017, p. 336 ss.

⁶⁷ A. Baudino, *La pratica collaborativa: procedure ADR a confronto e nuove prospettive per la risoluzione delle controversie in materia societaria. Seconda parte*, in *Nuovo dir. società*, 2019, II, p. 225 ss.

zione societaria, riportando i risultati all'interno del *practice group* interdisciplinare sul civile e commerciale dell'associazione, al fine di creare clausole modello utili per i professionisti⁶⁸.

Nei contratti di durata (es. contratti di appalto, locazione, di servizi informatici) la negoziazione e redazione del testo può prevedere dei meccanismi convenzionali di gestione delle sopravvenienze, in mancanza di norme adeguate nel sistema; ma anche, a contratto già concluso, è possibile prevedere nel testo contrattuale che nella sua fase di esecuzione le parti si adoperino per avere un dialogo proficuo, per un confronto, scambio di informazioni e ricerca di soluzioni, come strumenti di 'cura', che possono contribuire allo sviluppo di una competenza relazionale all'interno dell'impresa⁶⁹.

In questa direzione vanno anche 'gli accordi di collaborazione' nel settore degli appalti pubblici⁷⁰.

6. L'avvocato quale giurista della prevenzione e della costruzione di rapporti personali sostenibili

Un'ultima riflessione sul ruolo dell'avvocato quale giurista che si occupa di prevenzione dei conflitti, o meglio di 'giurista della prevenzione', termine coniato con grande lungimiranza dal prof. Giovanni Cosi, già nel 1998⁷¹: "si tratta di esplorare la possibilità di concepire operativamente, accanto alla figura dell'avvocato come giurista della patologia (che tende a degenerare in fenomeno, a sua volta patologico), la figura di un avvocato in quanto giurista della 'prevenzione': un professionista non solo della riparazione, ma della costruzione di rapporti; un 'architetto' di relazioni sociali"⁷².

L'immagine tradizionale dell'avvocato, secondo il comune sentire, è quello del professionista che ha a che fare con problemi: scrive infatti Giovanni Cosi: "Per molto sentire comune, la professione sembra vivere di patologia. Il rapporto professionale tipico nasce quando un rapporto umano fallisce: la parola è agli avvocati quando non ci si parla più"⁷³.

⁶⁸ <https://praticacollaborativa.it/ambiti-di-applicazione>.

⁶⁹ Cfr. P. Lucarelli, L. Ristori, *I contratti commerciali di durata*, cit., pp. 135 ss. e 177.

⁷⁰ S. Valaguzza, *Gli accordi collaborativi nel settore pubblico: dagli schemi antagonisti ai modelli dialogici*, cit., p. 255 ss.

Si veda anche il convegno su gli accordi collaborativi organizzato nel 2021 dalla Camera Arbitrale e il *Centre of Construction Law and Management*, in <https://www.milomb.camcom.it/documents/10157/42077928/constructorn/0c5a69c3-c643-4e5d-8360-9d7623a916ac>.

⁷¹ G. Cosi, *La responsabilità del giurista. Etica e professione legale*, Torino, 1998, p. XIII ss., p. 277 ss.; cfr. anche Id., *Giuristi e società. Lineamenti di etica professionale*, Siena, 2010.

⁷² G. Cosi, *La responsabilità del giurista*, cit., p. XV-XVI.

⁷³ G. Cosi, *La responsabilità del giurista*, cit., p. XIII.

Pertanto, possiamo fare un paragone tra l'avvocato e il medico, pensiamo al patologo, ossia al professionista che si occupa di curare con un intervento chirurgico che prevede l'uso metaforico delle armi, il bisturi nel campo medico, così come sono gli atti giudiziari nel processo.

L'avvocato, nella sua veste di patologo, è considerato nell'immaginario collettivo dell'uomo/donna comune come il professionista cui ci si rivolge come ultima spiaggia, solo quando il cliente ha problemi giuridici e non ha altra scelta che andare dall'avvocato, compie un'azione dettata dalla necessità della situazione in cui si trova, spinto da circostanze esterne.

Le similitudini tra il campo medico e quello legale possono continuare: avvocato e medico sono detentori di un linguaggio e una conoscenza tecnica, piena di simboli, es. la toga per l'avvocato, il camice e gli strumenti per ascoltare il cuore (stetoscopio) del medico. Questo linguaggio crea una separazione con il cliente/paziente, così come nel tempo antico il tempio era accessibile solo al sacerdote, che poteva instaurare un dialogo con la divinità, mentre ai fedeli tale zona era preclusa.

Diversamente, il giurista che si occupa di prevenzione deve cercare un altro modo di comunicare, più semplice, più chiaro, un linguaggio vicino a quello del cliente.

Cambia anche il modo di lavorare del professionista, non più esperto di tecniche con uno scopo difensivo del singolo, il proprio cliente, ma un professionista che lavora per costruire relazioni che funzionino, in un'ottica non lineare del proprio cliente, ma circolare di entrambe le parti.

È un professionista che è consapevole che questo approccio può portare benefici anche a livello sociale, perché se una relazione interpersonale funziona, tale beneficio si propagherà anche nel collettivo.

Inoltre è un professionista che ha un approccio interdisciplinare, dotato di competenze ulteriori rispetto a quelle tecnico giuridiche, ossia competenze sociali e umane, abituato a lavorare in *team* con altri professionisti diversi e appartenenti ad altre branche del sapere (competenze peraltro che sono ora richieste in ambito aziendale e nel mondo del lavoro), con la capacità di immaginare soluzioni, di pensare creativamente e di risolvere i problemi. È stato definito un "*multi-dimensional lawyer*"⁷⁴, che potrebbe essere tradotto come pluridimensionale, per cui viene data questa definizione: "che interessa diversi settori, che si sviluppa a diversi livelli, o si svolge in più direzioni, soprattutto nell'ambito della conoscenza e del sapere, o della ricerca"⁷⁵.

⁷⁴ T.D. Barton, *Preventive Law for Multi-Dimensional Lawyers*, in <https://ncplaus.wordpress.com/2015/05/23/preventive-law-for-multi-dimensional-lawyers-by-thomas-d-barton/>.

Cfr. nel panorama italiano, D. Briganti, *Avvocato non solo "guerriero": altri approcci possibili per un avvocato "multidimensionale"*, in <https://www.altalex.com/documents/news/2008/09/25/avvocato-non-solo-guerriero-altri-approcci-per-un-avvocato-multidimensionale>.

⁷⁵ Voce *pluridimensionale* in *Enc. Treccani*, in <https://www.treccani.it/vocabolario/pluridimensionio->

La nuova figura dell'avvocato ha altre caratteristiche: è anche un sociologo, in quanto conoscitore attento del gruppo sociale del proprio ordinamento; è inoltre un filosofo della pratica, perché va alla ricerca di giudizi di valore che siano concretamente fondati, in quanto connettono le norme alla realtà sociale⁷⁶.

Ed ancora, un avvocato che redige un contratto può essere considerato come esercitante una funzione in qualche modo analoga a quella di un legislatore costituzionale. Nel suo piccolo, ha la responsabilità di organizzare e mettere a punto un potere di governo: “è l'architetto di un patto che regolerà le future relazioni tra le parti”⁷⁷.

Dotato di queste caratteristiche l'avvocato è un “giurista della prevenzione esperto in strutture di rapporto”⁷⁸. Un simile avvocato, prevalentemente dedito alla costruzione anziché alla confutazione, quindi sarà impegnato a costruire relazioni che possano funzionare nel tempo a beneficio delle parti.

Inoltre, sarà molto meno un detentore di potere tecnico posto di fronte a un cliente passivo, secondo quanto avviene in una relazione professionale basata sulla tradizione; ma avrà un' *autorità* tecnica che può esercitare insieme al cliente, che nella relazione professionale è portato a acquisire maggiore consapevolezza e potere. Qui il compito del professionista consiste essenzialmente nel suscitare l'autonomia del cliente attraverso la propria autorità tecnica.

Avvicinandoci al termine di questa ricerca, vorremmo citare le parole del noto filosofo del diritto nordamericano Lon Fuller, “L'avvocato stila trattati, statuti, accordi, contratti. Ognuno di questi serve a dare forma a dei rapporti umani”⁷⁹.

Ciò significa anche che l'avvocato ‘si prende cura’ dei rapporti umani, attraverso nuovi strumenti relazionali e valoriali, allo scopo di costruire relazioni sostenibili, equilibrate e destinate a durare nel tempo.

Dunque, gli avvocati possono contribuire a porre le fondamenta per regolare i rapporti umani. Questo è un ruolo e un compito fondamentale, su cui vale la pena riflettere.

7. Conclusioni

Abbiamo cercato di creare un ‘filo rosso’ tra forme per rafforzare la salute (‘salutogenesi) e modi per mantenere un equilibrio relazionale (prevenzione dei

nale/#:-:text=%2D%20%5Bche%20ha%20pi%C3%B9%20dimensioni%3A,%E2%89%88%20 multidimensionale.

⁷⁶ Sul punto, cfr. G. Così, *La responsabilità del giurista*, cit., p. 298 ss.

⁷⁷ *Ibidem*, p. 328.

⁷⁸ *Ibidem*, p. 327.

⁷⁹ L. Fuller, *American Legal Philosophy at Mid Century*, in *Journal of Legal Education*, 1954, vol. 6, n. 4, pp. 457-85, spec. 476-477 – JSTOR, in <http://www.jstor.org/stable/42890824>. Sul pensiero di Fuller, v. G. Così, *La responsabilità del giurista*, cit., p. 314 ss.

conflitti), in entrambi i contesti, da quello medico a quello giuridico. L'intento è di integrare varie componenti per costituire un unico sistema: così come in ambito medico si armonizzano le componenti fisiche con quelle emotive e interiori, partendo dall'educazione del bambino come forma di istruzione integrata; nel campo del diritto si armonizzano le componenti tecniche fondate sulla logica e l'argomentazione e espresse dalle norme giuridiche, con quelle emotive, quelle fondate sugli interessi, bisogni e desideri e sul mondo valoriale delle persone coinvolte nel conflitto.

Abbiamo poi visto come il giurista della prevenzione e della costruzione, con ruolo e competenze diverse, attento alla realtà sociale, sia necessario per coltivare tutte le componenti indicate sopra e costruire relazioni sane e durature nel tempo.

Stiamo entrando in un nuovo mondo, con nuovi paradigmi, che comportano l'elaborazione di una visione, di un pensiero e di scelte di azione diverse rispetto al passato.

Lasciamo le nostre conclusioni al monito e alle suggestioni di Italo Calvino nella lezione americana dedicata alla *Leggerezza*: "Nei momenti in cui il regno dell'umano mi sembra condannato alla pesantezza, penso che dovrei volare come Perseo in un altro spazio. Non sto parlando nelle fughe del sogno e nell'irrazionale. Voglio dire che devo cambiare il mio approccio, devo guardare il mondo con un'altra ottica, un'altra logica, altri metodi di conoscenza e di verifica. Le immagini di conoscenza che io cerco non devono lasciarsi dissolvere come sogni dalla realtà del presente e del futuro..."⁸⁰.

Riferimenti bibliografici

AA.VV., *A Proactive Approach to Contracting and the Law*, a cura di H. Haapio, Turku (Finlandia), 2008; AA.VV., *Hatha-yoga. L'equilibrio in piedi*, ed. it a cura di C. Conte (tit. orig. *Equilibres sur le pieds*, a cura di F.N.E.Y. (Fédération Nationale des Enseignants de Yoga), in *Revue Française de Yoga*, 1991), Torino, 1996; AA.VV., *L'equilibrio*, in *Percorsi yoga, Quaderni di YANI-Yoga Associazione Nazionale Insegnanti*, Milano, 2000; L. Alvarez, *Discovering Agreement. Contracts that Turn Conflict into Creativity*, ABA, Chicago, 2016; E. Arielli, G. Scotto, *Conflitti e mediazione*, Milano, 2003; T.D. Barton, Gerlinde Berger-Walliser & Helena Haapio, *Visualization: Seeing Contracts for What They Are, and What They Could Become*, 19 *Journal of Law, Business & Ethics*, 2013; T.D. Barton, *Preventive Law for Multi-Dimensional Lawyers*, in <https://ncplaus.wordpress.com/2015/05/23/preventive-law-for-multi-dimensional-lawyers-by-thomas-d-barton/>; R.A. Baruch Bush, J. P. Folger, *La promessa della mediazione. L'approccio trasformativo alla gestione dei conflitti*, ed. it. a cura di G. Scotto, M. Castoldi, Firenze, 2009; R.A. Baruch Bush, J.P. Folger, *La mediazione trasformativa: le basi teoriche*, in AA.VV., *La mediazione trasformativa: il "Sourcebook"*, vol. I, *Teoria e ricerca*, a cura di J. P. Folger, R.A. Baruch Bush, D. Della Noce, ed. it. a cura di C. Mosca, Milano, 2015; A. Baudino, *La pratica*

⁸⁰ I. Calvino, *Lezioni americane. Sei proposte per il prossimo millennio*, Milano, 1988, p. 9.

collaborativa: procedure ADR a confronto e nuove prospettive per la risoluzione delle controversie in materia societaria. Prima parte, in *Nuovo dir. società*, 2019, I, p. 9 ss.; A. Baudino, *La pratica collaborativa: procedure ADR a confronto e nuove prospettive per la risoluzione delle controversie in materia societaria. Seconda parte*, in *Nuovo dir. società*, 2019, II, p. 225; G. Berger-Walliser, Gerlinde, *The Past and Future of Proactive Law: An Overview of the Development of the Proactive Law Movement*, in AA.VV., *Proactive Law in a Business Environment*, a cura di G. Berger-Walliser e K. Østergaard, DJØF Publishing, 2012; R. Borgato, *Prefazione*, in M. Sala, R. Cardinale, *Conflitti. Nella coppia, tra fratelli, in azienda, Conversazioni fra un avvocato e una counselor*, Milano, 2021; L. Borghi, *Salute e malattia, in Salute, malattia e salutogenesi. Le fonti della salute fisica, psichica e spirituale*, Milano, 2004, p. 5 ss.; L. Borghi, *Salutogenesi e biografia, Lettere dalla Fondazione*, a cura della Fondazione antroposofica milanese, febbraio 2021, p. 20 ss.; D. Briganti, *Avvocato non solo "guerriero": altri approcci possibili per un avvocato "multidimensionale"*, in <https://www.altalex.com/documents/news/2008/09/25/avvocato-non-solo-guerriero-altri-approcci-per-un-avvocato-multidimensionale>, L. Brown, *Preventive Law*, Prentice Hall, 1950; L. Brown, *Preventive Law and the Legal Assistant*, in *24 Vanderbilt Law Review*, 1971, 1181; H. A. Brown, *Preventive Law – The next Generation*, in www.preventivelawyer.org/main/default.asp?pid=essays/ha_brown.htm.; I. Calvino, *Lezioni americane. Sei proposte per il prossimo millennio*, Milano, 1988; D. Campbell (a cura di), *The Relational Theory of Contract: Selected Works of Ian Macneil*, Londra, 2001; F. Cavalla, *All'origine del diritto al tramonto della legge*, Napoli, 2011; G. Cosi, *La responsabilità del giurista. Etica e professione legale*, Torino, 1998; G. Cosi, *L'accordo e la decisione. Il conflitto tra giudizio e mediazione*, in *Le istituzioni del Federalismo*, 2008, p. 719 ss.; G. Cosi, *Giuristi e società. Lineamenti di etica professionale*, Siena, 2010; G. Cosi, *Conoscere il conflitto*, in AA.VV., *Mediazione e progresso. Persona, società professione, impresa*, a cura di P. Lucarelli, G. Conte, Torino, 2012, p. 5 ss.; G. Cosi, *L'accordo e la decisione*, Torino, 2017, 114 e ss.; Edward A. Dauer and Louis M. Brown, *The Dauer-Brown Letters: Towards a Comprehensive Legal Education*, *36 Clev. St. L. Rev.*, 1988, 501; F. Danovi, F. Ferraris, T. Fragomeni, A. Maniaci, A. Marchese, *I patti preconfittuali*, Torino, 2019; G. De Nova, *Il contratto. Dal contratto atipico al contratto alieno*, Milano, 2011; G. De Nova, *Il Sale and Purchase Agreement: un contratto commentato*, IV ed. ampliata, Torino, 2021; M. Dotti, M. C. Perego, *Dalla contesta all'intesa. Strategie vincenti dell'avvocato efficace in mediazione*, Milano, 2020; P. Faxon, *Pratica collaborativa in ambito civile: un caso di ristrutturazione di impresa*, in AA.VV., *La Pratica Collaborativa. Dialogo fra teoria e prassi*, a cura di M. Sala, C. Menichino, Torino, 2017, p. 336 ss.; R. Fisher, W. Ury, B. Patton, *L'arte del negoziato. Per chi vuole ottenere il meglio in una trattativa ed evitare lo scontro*, XVI ed. it., Milano 2016; M. Foglia, *Nell'acquario. Contributo della medicina narrativa al discorso giuridico sulla relazione di cura*, in *Resp. medica*, 2018, n. 4, p. 373; A. Fondrieschi, *Contratti relazionali e tutela del rapporto contrattuale*, Milano, 2018; S.M. Francardo, E. Mariani, *La stagionalità degli alimenti. Nutrirsi con cibi di stagione è la migliore medicina preventiva*, Milano, 2019; S.M. Francardo, *Medicina antroposofica familiare. Riconoscere e curare le malattie più comuni*, nuova ed. con aggiornamento farmaci, Milano, 2021; T. Fragomeni, *I patti preconfittuali nel contesto di nuovi modelli relazionali e nuove professionalità*, in F. Danovi, F. Ferraris, T. Fragomeni, A. Maniaci, A. Marchese, *I patti preconfittuali*, Torino, 2019; D. Frigoli, *Il codice psicosomatico del vivente. Analogia e simbolo come aspetti integrativi della relazione fra l'uo-*

mo, la natura, la realtà, in *Intelligenza analogica. Oltre il mito della ragione*, a cura di D. Frigoli, Milano, 2005, p. 15 ss.; D. Frigoli, in P. M. Biava, D. Frigoli, E. Laszlo, *Dal segno al simbolo. Il Manifesto del Nuovo Paradigma in Medicina*, Bologna, 2014, p. 73 e ss.; L. Fuller, *American Legal Philosophy at Mid Century*, in *Journal of Legal Education*, 1954, vol. 6, n. 4, p. 457; D. Gaddi, F. Marozzi, A. Quattrocchio, *Voci di danno inascoltate: mediazione dei conflitti e responsabilità professionale medica*, in *Med. legale*, 2003, p. 839 ss.; M. Glöckler, *Salutogenesi: le fonti della salute fisica, psichica e spirituale*, in *Salute, malattia e salutogenesi. Le fonti della salute fisica, psichica e spirituale*, Milano, 2004, p. 11 ss.; H. Haapio, *Business Approach and Problem Prevention to Proactive Contracting*, in *A Proactive Approach*, a cura di Peter Wahlgren, in *Scandinavian Studies in Law*, 1999, Vol. 49; H. Haapio, *Introduction to Proactive Law: A Business Lawyer's View*, in *Scandinavian Studies in Law*, 1999, vol. 49; B.K.S. Iyengar, *Teoria e pratica dello yoga*, 2003; C.G. Jung, *Il concetto di inconscio collettivo*, in *Gli archetipi dell'inconscio collettivo*, Torino, 1977, p. 69 e ss.; L. Lambertini, *Il conflitto tra soci. Origine. Gestione. Composizione*, Pisa, 2022; J. Lytle, *Louis M. Brown, Father of Preventive Law, Dies - USC News*, in <https://news.usc.edu/12383/Louis-M-Brown-Father-of-Preventive-Law-Dies/>; P. Lucarelli, L. Ristori, *I contratti commerciali di durata. Crisi di cooperazione e governo del cambiamento*, Torino, 2016; I.R. Macneil, *The New Social Contract. An Inquiry into Modern Contractual Relations*, New York, 1980; A. Maniaci, *Autonomia privata e conflitto*, in F. Danovi, F. Ferraris, T. Fragomeni, A. Maniaci, A. Marchese, *I patti preconfittuali*, Torino, 2019; C. Menichino, *Clausole di irresponsabilità contrattuale*, Milano, 2008; C. Menichino, *La pratica collaborativa*, in *ADR. Una giustizia complementare*, a cura di F. Danovi, F. Ferraris, Milano, 2018; C. Menichino, *Il conflitto e l'archetipo della dea Inanna*, Pisa, 2021; P.G. Monateri, *Contratto rugiadoso e contratto rude nel diritto europeo e comunitario*, in A. D'Angelo, P. G. Monateri, A. Somma, *Buona fede e giustizia contrattuale. Modelli cooperativi e modelli conflittuali a confronto*, Torino, 2005; E. Neumann, *La Grande Madre. Fenomenologia delle configurazioni femminili dell'inconscio*, trad. it., Roma, 1981; G. Nicosia, *Collaborare in azienda*, *Les Nouvelles Estétiques Italia*, dic. 2019, p. 149 ss.; G. Nicosia, *I contratti come strumento di collaborazione*, in *Les Nouvelles Estétiques Italia*, 2021, p. 150 ss.; D. Novara, *La grammatica dei conflitti. L'arte maieutica di trasformare le contrarietà in risorse*, Casale Monferrato, 2011; J. Orsi, *Practicing Law in the Sharing Economy. Helping People build Cooperatives, Social Enterprise, and Local Sustainable Economies*, ABA, Chicago, 2012; E. Resta, *Giudicare, conciliare, mediare*, in *Pol. dir.*, 1999, p. 541 ss.; M. Sala, R. Cardinale, *Conflitti. Nella coppia tra fratelli in azienda. Conversazioni fra un avvocato e una counselor*, Milano, 2021; G. Siedel, H. Haapio, *Proactive Law for Managers. A Hidden Source of Competitive Advantage*, Farnham (England), 2011; R. Steiner, *L'educazione come arte. Dal complesso dell'entità umana*, trad. it., Milano, 2004; R. Steiner, *Introduzione all'antroposofia, testi scelti e commentati da W. Kugler*, ed. it., Milano, 2011; P. Trimarchi, *Il contratto: inadempimento e rimedi*, Milano, 2010; G. Trono, *Sviluppo agile e proactive contracting*, in <https://www.giorgiotrono.it/sviluppo-agile-e-proactive-contracting/>; J.K. Wright, *Lawyers as Peacemakers. Practicing Holistic, Problem-Solving Law*, ABA, Chicago, 2010.

La cura nella relazione fra avvocato e cliente: la persona al centro

Marco Sala

SOMMARIO: 1. Premessa: perché avvocato e medico a confronto? – 2. La cura: origini del termine e significati. L'etica della cura. – 3. L'avvocato e la “difesa non conflittuale”. – 4. Le “parole della cura”. – 5. Il consenso informato. 6. – La cura nella gestione consensuale dei conflitti: un approccio “su misura”.

1. Premessa: perché avvocato e medico a confronto?

Il termine “cura” potrebbe sembrare estraneo alla professione legale, così come potrebbe apparire singolare mettere a confronto la professione dell'avvocato con quella del medico.

Tale confronto, peraltro, è stato fatto molto autorevolmente da Francesco Carnelutti, in un discorso pronunciato nel 1935 all'Istituto Veneto di Scienze, Lettere e Arti, poi pubblicato con il titolo *Clinica del diritto* nella *Rivista di diritto processuale*¹.

Carnelutti prendeva di mira l'astrattezza dell'insegnamento del diritto nelle università: «se non vi hanno provveduto da sé i nostri discenti diventano dottori senza aver mai veduto un caso vivo del diritto. Noi insegniamo loro qualcosa che somiglia alla fisiologia o alla patologia: comincio ad essere meno certo che vi sia tra i nostri insegnamenti uno che corrisponda al concetto dell'anatomia: in ogni modo alla clinica è fuor di questione che non si pensa nemmeno». «Il giurista pratico, che ha almeno tre incarnazioni: legislatore, giudice e avvocato, taglia, come il medico, sulla carne viva; così anche quando, anziché di me o di te si tratta del mio del tuo, poiché, a questo mondo, non v'è un coltello per separare l'essere dall'avere». Eppure, come per i medici «il caso è il malato o per metafora il letto, donde il nome di clinica proviene», così per noi giuristi il caso «sarà, per esempio, un contratto o un reato e così, insomma, un accordo o un contrasto fra due uomini».

Successivamente, lo stesso Carnelutti ha scritto, a proposito del termine “avvocato”, ancora confrontandolo con il medico: «Il nome stesso dell'avvocato

¹ F. Carnelutti, *Clinica del diritto*, in *Riv. dir. proc.*, 1935, I, 169 ss., da cui sono tratte le citazioni che seguono nel testo.

suona come un grido di aiuto. *Advocatus, vocatus ad*, chiamato a soccorrere. Anche il medico è chiamato a soccorrere; ma se solo all'avvocato si dà questo nome, vuol dire che v'è tra la prestazione del medico e la prestazione dell'avvocato una differenza [...] Avvocato è colui al quale si chiede, in prima linea, la forma essenziale dell'aiuto che è, propriamente, l'amicizia»².

Nel mondo anglosassone il termine *Advocacy* significa non solo "avvocatura", "patrocinio", "difesa", ma anche "assistenza", "sostegno".

In questa prospettiva – e considerata la grande evoluzione della professione legale, specie negli ultimi dieci/quindici anni – vorrei provare a considerare la cura come una delle possibili chiavi di lettura della relazione fra avvocato e cliente, con particolare riguardo alla figura del cosiddetto avvocato negoziatore, che si distingue da quella dell'avvocato esperto di contenzioso.

2. La cura: origini del termine e significati. L'etica della cura

La cura, nelle definizioni date dai dizionari, è una parola ricca di significati: «interessamento attento e sollecito; riguardo, attenzione; rimedio, terapia; preoccupazione, affanno; incarico, impegno, compito, responsabilità»³. Il *Dizionario della Lingua Italiana* di Niccolò Tommaseo sintetizzava le diverse accezioni del termine cura come «sentimento ora grato or molesto, ora misto de' due, che muove l'attenzione e l'opera dell'uomo a prevenire o togliere da sé o da altri un male o alleviarlo, a procacciare un bene a sé o ad altri. È anco l'atto e l'effetto dell'attenzione e dell'opera a questo fine»⁴.

Non è concorde l'etimologia remota della parola latina *cura*: perlopiù si ritiene che provenga dalla radice indoeuropea *Ku*, che significa "osservare, guardare" (da cui derivano anche i termini latini *cavere* e *cautus*)⁵.

"Aver cura" comporta "avere a che fare", e presuppone una dimensione temporale⁶, progettuale, e una partecipazione aperta e sensibile, arricchita da

² F. Carnelutti, *Le miserie del processo penale*, Venezia, s.d., ma 1957, p. 26. Il brano citato nel testo così prosegue: «E pure l'altra parola *cliente*, la quale serve a denominare colui, che domanda l'aiuto, ribadisce questa interpretazione: il cliente, nella società romana, chiedeva protezione al *patrono*; anche l'avvocato si chiama *patrono* e la derivazione di *patrono* da *pater* proietta sul rapporto la luce dell'amore».

³ Si vedano, ad es., www.garzantilinguistica.it/ricerca/?q=cura, www.treccani.it/vocabolario/cura/, <https://dizionario.internazionale.it/parola/cura>, <https://dizionari.repubblica.it/Italiano/C/cura.html>, <https://unaparolaalgiorno.it/significati/cura>.

⁴ *Dizionario della Lingua Italiana* di Niccolò Tommaseo, come riportato nel sito web [dizionario.org](http://www.dizionario.org), al seguente link: <http://www.dizionario.org/d/index.php?pageurl=cura&searchfor=cura&searchin-g=true>. In tale Dizionario si specifica anche: «avere a cura si approssima al senso di avere a cuore».

⁵ Cfr. www.etimo.it, versione web del *Vocabolario Etimologico della Lingua Italiana* di Ottorino Pianigiani, al seguente link <https://www.etimo.it/?term=cura>.

⁶ Secondo M. Mayeroff, *On Caring*, Harper & Row, 1971, p. 1, «il prendersi cura, inteso come aiutare un altro a crescere e a realizzarsi, è un processo, un modo di relazionarsi ad un'altra persona» (la traduzione è mia).

un approccio empatico⁷: «è primariamente *I care*, mi interessi. [...] La cura non è un'azione semplicemente, ma è il sentirsi in un cammino comune»⁸.

Nell'epoca attuale la parola "cura" viene ritenuta particolarmente significativa in relazione all'interconnessione globale che caratterizza la nostra esistenza e la nostra stessa identità: ciò richiede cura delle relazioni, responsabilità verso gli altri e rispetto delle differenze⁹. La percezione della fragilità e vulnerabilità umana¹⁰, che in particolare si è manifestata in modo evidente durante il periodo della recente pandemia, accresce a mio avviso la rilevanza della cura come approccio empatico all'altro.

Negli anni '80 del secolo scorso la psicologa statunitense Carol Gilligan ha fornito un importante contributo ad un paradigma etico basato sull'interconnessione fra le persone con l'opera *In a Different Voice: l'etica della cura*¹¹. Secondo Gilligan si possono individuare due diversi modelli etici: il primo, preferito dagli uomini, è definito come "l'etica del diritto", basato su un principio di "giustizia formale" e su principi ideali universalmente riconosciuti (quali la giustizia, la bontà, il dovere); il secondo, preferito dalle donne, è fondato sulla "connessione" con le altre persone considerate nella loro particolarità e diversità: è l'"etica della cura", attenta alle relazioni, ai bisogni delle persone e alla loro necessaria interdipendenza¹².

⁷ Cfr. <https://unaparolaalgiorno.it/significato/cura>.

⁸ V. Colmegna, *Comunità e cittadinanza in un tempo di solitudini. Prendersi cura del mondo*, in Aa.Vv., *Etica della cura, Riflessioni e testimonianze su nuove prospettive di relazione*, a cura di V. Colmegna, M.G. Guida, A. Ferrari, C. Sampietro, Milano, 2010, p. 32.

⁹ Così M.C. Bertola, *La cura: un paradigma etico per i nostri tempi*, in <https://lit.pearson.com/aree-disciplinari/agora/filosofia/filosofia-nostro-tempo/cura-paradigma-etico-nostri-tempi.html>.

¹⁰ Osserva L. Mortari, *La relazione di cura*, in *Riflessioni Sistemiche*, n. 7, dicembre 2012, pp. 63 e 65: «se la condizione umana fosse perfetta, di nulla avremmo bisogno. Invece l'essere umano manca di una forma compiuta. Il suo nascere coincide con il trovarsi sobbarcato del compito di dare forma, una forma buona, al tempo della sua vita. [...] In quanto esseri mancanti di essere e intimamente relazionali abbiamo una ineludibile necessità di essere oggetti di azioni di cura». Secondo V. Iori, *Il lavoro di cura tra razionalità e affettività*, in Aa.Vv., *L'etica della cura. Tra sentimenti e ragioni*, a cura di C. Viafora, R. Zanotti, E. Furlan, Milano, 2007, p. 41, «la cura è costitutiva dell'esistenza umana. Abita le relazioni e conferisce senso all'essere nel mondo». Nella prospettiva heideggeriana, come rileva S. Castelluzzo, *Martin Heidegger, l'esserci come con-essere e 'la cura'*, in *Synesis*, v. 8, n. 1, 2016, p. 194, la cura è considerata «l'esistenziale degli esistenziali, la struttura ontologica fondamentale, che indica l'originaria apertura dell'esserci».

¹¹ C. Gilligan, *In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development*, Harvard University Press, 1982, *Con voce di donna. Etica e formazione della personalità*, ed. it., Milano, 1987. Si vedano anche, fra gli studi italiani, in varie declinazioni: Aa.Vv., *L'etica della cura. Tra sentimenti e ragioni*, cit.; S. Brotto, *Etica della cura*, Nocera Inferiore, 2013; C. Botti, *Cura e differenza. Ripensare l'etica*, Milano, 2018; A. Camerella, L. Mortari, *Fenomenologia della cura*, Napoli, 2014; L. Mortari, *Filosofia della cura*, Milano, 2015; Ead, *La relazione di cura*, cit., p. 62 ss.; S. Tusino, *L'etica della cura. Un altro sguardo sulla filosofia morale*, Milano, 2021.

¹² In argomento M.C. Bertola, *op. cit.*

È allora evidente che l'importanza della cura nelle relazioni – e particolarmente, per quanto ci interessa qui, nelle relazioni professionali – non attiene solo ai medici e agli psicologi, in senso stretto professionisti della cura, ma a tutti i professionisti nel rapporto con le persone che si rivolgono a loro¹³.

3. L'avvocato e la “difesa non conflittuale”

L'importanza della cura – nella relazione fra avvocato e cliente – emerge in particolare nell'utilizzo delle cosiddette ADR¹⁴, ovvero, secondo una terminologia più recente, dei metodi di gestione consensuale del conflitto: l'avvocato non è solo un difensore di diritti, ma è anche un sostenitore degli interessi, un risolutore di problemi, un ricercatore di soluzioni pratiche ai problemi di vita delle persone.

È infatti opportuno sottolineare che alla tradizionale funzione di difesa, svolta dall'avvocato nel processo, si affianca, con pari dignità e importanza, la funzione sociale di «prevenire ed evitare i conflitti», come indicato nel Commento alla Carta dei Principi Fondamentali dell'Avvocato Europeo (adottata dal *CCBE-Council of Bars and Law Societies of Europe* l'11 maggio 2007).

¹³ Il 29 novembre 2022, nell'Aula Magna del Tribunale di Milano, la Consiglieria dell'Ordine degli Avvocati Marisa Meroni ha rivolto queste significative parole ai neo avvocati che prestavano l'impegno solenne: «vi auguriamo di operare avendo sempre in mente la legge professionale e il codice deontologico, affinché siano un solido riferimento per il vostro futuro. L'avvocato è chiamato a portare efficienza e a prendersi 'cura' delle relazioni [...] Questa è la cura del senso. Senza senso non c'è efficienza che tenga» (la citazione è tratta dalla *newsletter* dell'Ordine degli Avvocati di Milano del 5 dicembre 2022).

¹⁴ L'acronimo ADR, come è noto, è tradizionalmente inteso come *Alternative Dispute Resolution* e, più recentemente, come *Appropriate Dispute Resolution*, per sottolineare, più che l'alternatività al processo, l'autonomia dei metodi di gestione consensuale del conflitto e, anche, l'importanza della scelta del metodo adeguato ad ogni specifica situazione. In argomento, ad es., cfr. F. Ferraris, *Origine e diffusione degli ADR negli Stati Uniti*, in AA.VV., *ADR Una giustizia complementare*, a cura di F. Danovi e F. Ferraris, Milano, 2018, p. 15; F. Danovi, *ADR: giustizia non più solo alternativa ma complementare*, *ibidem*, p. 1 ss., che propone l'utilizzo del significativo termine “giustizia complementare”, richiamando l'intuizione di Cappelletti che, già alla fine degli anni '70 del secolo scorso, introdusse il termine “giustizia coesistenziale” (cfr. M. Cappelletti, *Giudici laici*, in *Riv. dir. proc.*, 1979, pp. 698 ss. e 707); v. anche F. Danovi, *Il prisma della giustizia e i suoi possibili modelli*, in AA.VV., *La Pratica Collaborativa. Dialogo fra teoria e prassi*, a cura di M. Sala, C. Menichino, Torino, 2017, p. 1 ss., che identifica «il più pregnante *atout* delle ADR [...] nella possibilità di raggiungere, per mezzo di esse, risultati per i quali il processo civile risulterebbe in radice inidoneo». Per un panorama sintetico sulle ADR in Italia cfr. F. Ferraris, *Nuove forme di giustizia alternativa: alla ricerca di una soluzione partecipata del conflitto*, in AA.VV., *ADR Una giustizia complementare*, cit., p. 43 ss. e, in tema di conflitti familiari, M. Sala, *Gli strumenti alternativi di composizione delle controversie familiari*, in *Trattato di diritto di famiglia*, diretto da Bonilini, vol. II, II ed., Torino, 2022, p. 34 ss.

In questa prospettiva, si è autorevolmente designato come “giurisdizione forense” l’esercizio, da parte degli avvocati, delle modalità di risoluzione dei conflitti, alternative al processo e considerate di pari rango rispetto allo stesso¹⁵.

È stato, d’altra parte, proposto l’utilizzo dell’efficace termine “difesa non conflittuale” (solo apparentemente un ossimoro) per indicare l’approccio dell’avvocato il quale, assistendo il suo cliente nella gestione di un conflitto al di fuori del processo, «deve avere presente che la soluzione di quella controversia potrà prescindere da valutazioni in termini di torto e ragione, di vittoria e sconfitta, di prova ed argomentazione. In tale nuova prospettiva, l’avvocato dovrà imparare ad assistere il cliente ed a fornirgli tutela e consulenza legale operando in modo da salvare e recuperare le possibilità di dialogo e di negoziazione con l’altra parte ed evitando di far assumere al cliente una visione oppositiva che ha pieno significato nell’ambito processuale, ma non ne ha alcuno nell’ottica negoziale»¹⁶.

Il nuovo modo di percepire il proprio ruolo professionale, da parte dei professionisti del conflitto, è stato denominato “cambio di paradigma” (*Paradigm Shift*)¹⁷: in particolare, nel modello di negoziazione denominato “Pratica Collaborativa”¹⁸, ciò presuppone l’abbandono della logica avversariale e diret-

¹⁵ R. Danovi, *Una “giustizia senza processo”: la giurisdizione forense*, in *Quaderno dell’Ordine di Milano per il XXXIII Congresso nazionale forense, dal titolo “Giustizia senza processo?” La funzione dell’Avvocatura*, Milano, 2016, p. 23 ss. e spec. p. 36 s. In argomento v. anche le riflessioni (e gli ulteriori richiami) di A. Maniaci, *Autonomia privata e conflitto*, in F. Danovi, F. Ferraris, T. Fragomeni, A. Maniaci, A. Marchese, *I patti preconfittuali*, Torino, 2019, p. 109 ss.

¹⁶ Così D. Stalla, *L’avvocato*, in Aa.Vv., *La Pratica Collaborativa*, cit., p. 152. Sul passaggio dalla logica avversariale al modello della “visione integrativa” cfr. T. Fragomeni, *I patti preconfittuali nel contesto di nuovi modelli relazionali e nuove professionalità*, in F. Danovi, F. Ferraris, T. Fragomeni, A. Maniaci, A. Marchese, *op. cit.*, p. 152 ss.

¹⁷ L’espressione “cambiamento di paradigma” è stata coniata nel 1962 dal filosofo della scienza Thomas Kuhn per descrivere un cambiamento nelle assunzioni fondamentali all’interno di una teoria scientifica dominante (T. Kuhn, *The Structure of Scientific Revolutions*, The University of Chicago Press, 1962, *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, trad. it., Torino, 2009); il concetto si è poi diffuso in parecchi altri ambiti, e in particolare nelle scienze sociali: per qualche indicazione si può consultare la voce *Paradigm Shift* di *Wikipedia*.

¹⁸ La principale elaborazione del modello collaborativo – ideato nel 1990 dall’avvocato del Minnesota Stuart Webb per la gestione dei conflitti familiari – è avvenuta ad opera di professionisti statunitensi e canadesi. In questa sede è sufficiente richiamare: S. Webb, R. Ousky, *The Collaborative Way to Divorce. The Revolutionary Method That Results in Less Stress, Lower Costs, and Happier Kids-Without Going to Court*, Penguin, 2006; P. Tesler, *Collaborative Law. Achieving Effective Resolution in Divorce Without Litigation*, III ed., American Bar Association, 2016; N.J. Cameron, *Collaborative Practice: Deepening the Dialogue*, II ed., Nancy J. Cameron, 2014, *Pratica Collaborativa, approfondiamo il dialogo. Un percorso innovativo nei conflitti familiari*, ed. it., a cura di C. Mordiglia, Milano, 2016; F.S. Mosten, *Collaborative Divorce Handbook: Helping Families Without Going to Court*, John Wiley & Sons, 2009; S. Abney, *Civil Collaborative Law: The Road Less Travelled*, Trafford Publishing, 2011, ed. Kindle. Nel nostro Paese si vedano: M.N. Bugetti, *La risoluzione extragiudiziale del conflitto coniugale*, Milano, 2015; O. Anastasi, *Il divorzio collaborativo*, Ascoli Piceno, 2013; G. Giaimo, *La gestione della crisi coniugale attraverso il procedimento collaborativo. Uno studio*

tiva, basata sui diritti e sulle posizioni, e una riconversione ad un approccio fondato sull'ascolto, sull'empatia e sulla ricerca condivisa degli interessi e dei bisogni¹⁹.

Ecco quindi che la cura, nell'ampia gamma di significati sopra delineati, può essere considerata come una delle più rilevanti chiavi di lettura della relazione, professionale ma necessariamente anche umana, fra avvocato e cliente.

4. Le “parole della cura”

Prendendo a prestito il titolo di un saggio di Umberto Curi²⁰, vorrei provare a declinare la relazione fra avvocato e cliente considerando sei “parole della cura”.

1) La prima parola è attenzione.

Si è scritto efficacemente: «aver attenzione è avere considerazione per l'altro. Proprio per questa sua tensione verso l'altro, l'attenzione è un gesto etico:

comparatistico, in *Europa e diritto privato*, 2016, p. 559 ss.; Aa.Vv., *La Pratica Collaborativa*, cit.; C. Menichino, M. Sala, *La Pratica Collaborativa*, in *ADR una giustizia complementare*, cit., p. 205 ss.

¹⁹ Così M. Sala, *I principi e i valori della Pratica Collaborativa*, in Aa.Vv., *La Pratica Collaborativa*, cit., p. 80 s. Sul cambio di paradigma nella pratica collaborativa si vedano in particolare: C. Mordiglia, *Il cambio di paradigma*, *ibidem*, spec. p. 137 ss.; N.J. Cameron, *op. cit.*, p. 35 ss.; P. Tesler, *op. cit.*, p. 30 ss.; S. Abney, *op. cit.*, p. 58, che osserva «Il cambio di paradigma [...] è un cambiamento nel comportamento, nell'attitudine e nella mentalità che comporta una rotazione di 180 gradi dall'approccio utilizzato in giudizio. Gli avvocati che hanno compiuto questo cambiamento adottano una nuova definizione di vittoria. Vincere non significa più far ottenere ai clienti il massimo del denaro o delle proprietà, né impiegare ore per cercare di accumulare montagne di prove che dimostrino che la colpa della lite è delle altre parti. Vincere nel procedimento collaborativo significa riuscire a creare un contesto che permetta alle parti, ai loro avvocati e agli altri professionisti di lavorare insieme per realizzare gli interessi e gli obiettivi di ciascuna parte nella massima estensione possibile. Vincere può anche comportare che le parti costruiscano ponti dai luoghi nei quali le loro relazioni sono deteriorate a luoghi di accordo e di comprensione» (la traduzione è mia). Sul ruolo dell'avvocato nella Pratica Collaborativa cfr. anche D. Stalla, *L'avvocato*, in Aa.Vv., *La Pratica Collaborativa*, cit., p. 148 ss. e S. Goren Slovin, *Collaborative Advocacy*, *ibidem*, p. 321 ss.

Il nuovo modo di percepire il ruolo degli avvocati naturalmente non riguarda solo l'ambito della Pratica Collaborativa: per uno sguardo più vasto si vedano, ad es.: C. Menkel-Meadow, *Ethics and Professionalism in Non-Adversarial Lawyering*, in *27 Florida State University Law Review*, 1999, p. 153 ss.; S. Daicoff, *Law as a Healing Profession: The “Comprehensive Law Movement,”* in *6 Pepperdine Dispute Resolution Law Journal*, 2005, p. 1 ss.; F.S. Mosten, *Lawyer as Peacemaker: Building a Successful Law Practice Without Ever Going to Court*, in *43 Family Law Quarterly*, 2009, p. 489 ss.; J.K. Wright, *Lawyers as Peacemakers: Practicing Holistic, Problem-solving Law*, American Bar Association, 2010; Ead., *Lawyers as Changemakers. The Global Integrative Law Movement*, American Bar Association, 2016; J.C. Murphy, J.B. Singer, *Divorced from Reality: Rethinking Family Dispute Resolution*, NYU Press, 2015, spec. p. 26 ss. e 60 ss.; J. Macfarlane, *The New Lawyer. How Clients are Transforming the Practice of Law*, II ed., UBC Press, 2017, spec. p. 16 ss. (la I ed. dell'opera, pubblicata nel 2008, è intitolata *The New Lawyer. How Settlement is Transforming the Practice of Law*).

²⁰ U. Curi, *Le parole della cura. Medicina e filosofia*, Milano, 2017, in cui l'autore riflette su alcune parole chiave della scienza medica: medicina, terapia, farmaco, chirurgia.

tenere nello sguardo l'altro è la prima forma di cura»²¹. La cura si caratterizza infatti, prima di tutto, per l'importanza di dedicare attenzione: alla persona che si rivolge all'avvocato, ed anche al suo contesto personale, familiare e relazionale.

L'attenzione implica un ascolto aperto e la capacità di fare le giuste domande per comprendere i bisogni e le aspettative della persona.

2) La seconda parola è rispetto.

Infatti l'attenzione e l'ascolto – che la cura presuppone – impongono rispetto: della persona che si rivolge all'avvocato, della sua specificità, e anche della sua autodeterminazione.

L'avvocato – e particolarmente l'avvocato negoziatore, che opera con metodi di gestione consensuale dei conflitti (quali la negoziazione, la mediazione, la Pratica Collaborativa) – non è a mio avviso un “dispensatore di soluzioni calate dall'alto della sua competenza”, ma piuttosto deve favorire l'autodeterminazione e l'*empowerment* del suo cliente e coinvolgerlo attivamente nella gestione del conflitto, affiancandolo e sostenendolo in tutto il percorso senza sostituirsi a lui.

È evidente, in questo approccio, la differenza rispetto al paradigma legale cosiddetto “tradizionale”, che vede l'avvocato “protagonista”, delegato dal cliente a fornire pareri, a scegliere le strategie e a gestire ogni aspetto della controversia in sua vece, sia nel processo che nell'ambito stragiudiziale. Come evidenziato già quindici anni fa da Julie Macfarlane, il “nuovo avvocato” «considera il cliente come un *partner* nel *problem solving*, almeno nella misura in cui ciò sia possibile e desiderabile (per il cliente) nel singolo caso»²².

Il coinvolgimento del cliente, per quanto possibile, in ogni aspetto della gestione consensuale del conflitto – dalla ricerca degli interessi, alla scelta del metodo più appropriato, dall'impostazione della strategia, fino all'intero svolgimento del percorso di negoziazione e al raggiungimento dell'auspicato accordo – è (anche) un evidente modo di rispettare profondamente la sua autodeterminazione, i suoi bisogni e desideri concreti, nonché la sua insostituibile unicità e specificità come persona.

3) La terza parola è empatia.

Empatia, come è noto, non è sensibilità o emotività, ma capacità di entrare nello stato d'animo di un'altra persona²³. L'empatia richiede due competenze: una emotiva, cioè la capacità di restituire all'altro una risposta emoziona-

²¹ L. Mortari, *La relazione di cura*, cit., p. 68.

²² J. Macfarlane, *The New Lawyer*, I ed., cit., p. 24.

²³ Sull'empatia rimane fondamentale il contributo di E. Stein, *Zum Problem der Einfühlung*, Buchdruckerei des Waisenhauses, 1917, *Il problema dell'empatia*, a cura di E. Costantini, ed. it., Roma, 1985.

le, e l'altra cognitiva, ossia adottare il punto di vista dell'altro per comprenderne comportamenti ed emozioni.

È particolarmente importante che l'avvocato negoziatore sia in grado di empatizzare con la persona che si rivolge a lui: perché la relazione professionale è, prima di tutto, una relazione "fra persone", e l'approccio empatico è un presupposto fondamentale per una buona relazione²⁴.

4) La quarta parola è connessione.

Dal latino *cum*, "insieme" e *nectere*, "unire, congiungere strettamente", connessione significa collegamento, ma anche unione e legame: nelle relazioni interpersonali la connessione favorisce la comprensione reciproca, lo scambio emozionale e la crescita della relazione stessa e delle persone che ne sono parte.

La connessione è il risultato dell'empatia: un approccio empatico consente di stabilire una connessione profonda fra la persona dell'avvocato e la persona del cliente, e questa connessione consente di costruire l'alleanza professionale²⁵.

5) La quinta parola è fiducia.

La fiducia non può esistere *a priori*, ma si costruisce nel tempo, a seguito dell'attenzione e dell'ascolto rispettoso, dell'approccio empatico e della connessione di cui ho parlato. La fiducia ha efficacia nella relazione se è reciproca: il cliente ha fiducia nell'avvocato come sostenitore dei suoi interessi e bisogni e

²⁴ Nell'ambito psicoterapeutico Carl Rogers ha sottolineato come l'empatia sia alla base di un'efficace relazione fra il terapeuta e il cliente: cfr. C.R. Rogers, *Client-centered Therapy*, Houghton Mifflin, 1961, *La terapia centrata sul cliente*, ed. it., Firenze, 1970.

²⁵ «Il concetto dell'alleanza è alla radice dell'avvocatura», scriveva Francesco Carnelutti nel libro sopra citato (*op. cit.*, p. 26).

Nella relazione fra psicoterapeuta e paziente si utilizza il termine "alleanza terapeutica" – la cui teorizzazione risale a Sigmund Freud, pur se il termine risulta usato per la prima volta nel 1958 dalla psichiatra Elisabeth Zetzel – con riferimento alla presenza di tre aspetti: accordo sugli obiettivi, assegnazione di compiti, sviluppo di legami: cfr. E.S. Bordin, *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*, in *Psychotherapy: theory, research and practice*, vol. 16, 3, fall 1979, p. 252 ss. Sull'evoluzione del concetto si veda T. Aceti, A. Liverano, *L'alleanza e la relazione come strumento terapeutico*, in *aT rivista di analisi transazionale e metodologie psicoterapeutiche*, anno XXXI, n. 23/24, p. 80 ss.

Nella relazione fra medico e paziente il concetto di alleanza terapeutica emerge a seguito del superamento del "modello paternalistico" (basato sul potere del medico di agire con le sue competenze tecniche per il bene del paziente senza bisogno del suo assenso), con il passaggio al "modello etico contrattuale" (basato su una relazione simmetrica in cui medico e paziente sottoscrivono liberamente un patto). Si osserva che l'alleanza terapeutica presuppone che «il medico si sintonizzi col mondo interno del paziente, accogliendo perciò anche la sua dimensione emotiva»: M.P. Zamagni, *Contributo al rapporto medico-paziente*, in *Psychofenia*, vol. XI, n. 18/2008, p. 55. Sul tema dell'alleanza terapeutica cfr. I. Barofsky, *Compliance, adherence and the therapeutic alliance: Steps in the development of self-care*, in *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, vol. 12, 1978, p. 369 ss.; si vedano anche I. Carrasco De Paula, N. Comoretto, *Per una medicina centrata sul paziente: riflessioni sulla fondazione etica del rapporto medico-paziente*, in *Medicina e Morale*, vol. 54, n. 3, 2005, e L. Romano, *Dall'alleanza terapeutica all'alleanza di cura*, in *Bioetica e cura. L'alleanza terapeutica oggi*, a cura di L. Chieffi e A. Postigliola, Sesto San Giovanni, 2014, p. 121 ss.

l'avvocato ha fiducia nel cliente come co-protagonista della gestione del problema posto ad oggetto della relazione professionale.

6) La sesta parola è responsabilità.

La gestione condivisa comporta assunzione di responsabilità in capo ad entrambi i soggetti della relazione professionale: avvocato e cliente condividono la responsabilità della gestione sinergica del problema che il cliente sottopone all'avvocato. Nei casi di gestione di un conflitto, sempre nella prospettiva dell'avvocato negoziatore, il cliente è parte attiva di tutto il percorso negoziale ed è corresponsabile del suo andamento, oltre che dei suoi risultati: ciò significa, da un lato, abbandonare la visione "paternalistica" in cui l'avvocato è considerato il protagonista della gestione del conflitto e l'erogatore di risposte e di soluzioni, dall'altro, e correlativamente, che la persona del cliente è al centro di tutto il percorso, e il *focus* è posto sulla realizzazione dei suoi interessi e bisogni, e non solo sull'attuazione dei suoi diritti²⁶.

5. Il consenso informato

In questa prospettiva è essenziale che la persona del cliente, per poter prendere decisioni consapevoli (anche relative al percorso di negoziazione), venga adeguatamente e compiutamente informata dall'avvocato, non solo sul "cosa", ma anche e prima di tutto sul "come" si può gestire il problema per il quale il cliente si è rivolto a lui: credo che, come nella relazione fra medico e paziente, così anche in quella fra avvocato e cliente (sia di consulenza che di assistenza, giudiziale o stragiudiziale) si debba considerare indispensabile un vero e proprio "consenso informato": ciò infatti accresce la consapevolezza del cliente e rende possibile il "patto di corresponsabilità" con l'avvocato.

È noto che alla legge 22 dicembre 2017 n. 219, che contiene «norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento», viene comunemente riconosciuto il merito di aver contribuito a rafforzare, nei rapporti tra vita e diritto, la centralità della persona²⁷. L'art. 1, comma 2, dispone:

²⁶ È nota la distinzione fra diritti e posizioni da un lato e interessi e bisogni dall'altro, ma mi piace ricordare la celebre frase di R. Fisher e W. Ury (*Getting to Yes. Negotiating Agreement Without Giving In*, Penguin, 1981, II ed. it., *L'arte del negoziato*, Milano, 2005, p. 71): «Gli interessi motivano la gente; essi sono i moventi silenziosi dietro il baccano delle posizioni. La vostra posizione è qualcosa che avete deciso voi. I vostri interessi sono ciò che vi ha indotto a decidere»: gli interessi e i bisogni, quindi, sono le cause profonde (e spesso nascoste) del nostro agire.

A proposito della centralità della persona è significativa una frase di Albert Einstein: «Preoccuparsi per le persone e per la loro sorte deve sempre essere l'occupazione principale di tutti i nostri sforzi in ambito tecnico. Non dimenticarlo mai in mezzo a tutti i vostri diagrammi e alle vostre formule».

²⁷ Sulla legge n. 219/2017: P. Zatti, *Spunti per una lettura della legge sul consenso informato e DAT*, in *Nuova giur. civ.*, 2018, 2, p. 247 ss.; M. Foglia, *Consenso e cura. La solidarietà nel rapporto terapeutico*, Torino, 2018; AA.VV., *La legge n. 219 del 2017, Norme in materia di consenso informato e*

«È promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico». Si tratta di un significativo riconoscimento della relazione di cura come rapporto paritetico, fondato sulla fiducia²⁸, nel quale è sempre imprescindibile il «consenso libero e informato» della persona, come espressione della sua autodeterminazione (cfr. anche l'art. 1, comma 1).

I principi enunciati dall'art. 1 della legge appena richiamata possono essere considerati, a mio avviso, quali punti di riferimento per qualsiasi relazione professionale: così in particolare la relazione fra avvocato e cliente non può prescindere dalla fiducia reciproca e dal consenso del cliente, libero e consapevole, a qualsiasi attività posta in essere, nel suo interesse, dall'avvocato (e con l'avvocato).

6. La cura nella gestione consensuale dei conflitti: un approccio “su misura”

Le riflessioni finora svolte assumono particolare rilievo nel considerare la relazione fra l'avvocato negoziatore – che utilizza i metodi di gestione consensuale dei conflitti (quali la negoziazione basata sugli interessi²⁹, la mediazione,

di disposizioni anticipate di trattamento, in *BioLaw Journal*, 2018, 1, pp. 11 ss.; M. Oppes, *La cura tra individualismo e personalismo. Consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento dopo la Legge 219/2017*, Firenze, 2019; L. Busatta, *A un anno dalla legge 219 del 2017: la sostenibilità costituzionale della relazione di cura*, in *Rivista AIC*, 2019, n. 2, p. 95 ss.; M. Foglia, *Nell'acquario. Contributo della medicina narrativa al discorso giuridico sulla relazione di cura*, in *Resp. medica*, 2018, p. 373 ss.; M. Graziadei, *Dal consenso alla consensualità della relazione di cura*, *ivi*, 2019, p. 37 ss.; M.N. Bugetti, *La disciplina del consenso informato nella legge 219/2017*, in *Riv. dir. civ.*, 2019, p. 106 ss.; L. Gaudino, *Parole: esplicite, implicite ed escluse nel linguaggio della l. 219/2017*, in *Resp. medica*, 2020, 1, p. 15 ss.

A proposito della centralità della persona M. Foglia, *Consenso e cura*, cit., p. 20 s. sottolinea che «oggetto della cura non è solo la malattia ma la persona nella sua interezza». L'Autore richiama una decisione della Suprema Corte (Cass. 24 gennaio 2007 n. 1511, in *Resp. civ. prev.*, 2007, p. 2318) che parimenti ha sottolineato: «l'intervento del medico riguarda non tanto o non solo la fisicità del soggetto ma la persona nella sua integrità».

²⁸ Sulla fiducia, nella prospettiva della legge n. 219/2017, osserva R. Pucella (*La relazione di fiducia tra medico e paziente*, in *Resp. medica*, 2019, p. 75): «è relazione così intensa da creare affidamento reciproco. Ed è affidamento non ovvio (in quanto necessaria conseguenza della relazione, fattuale e giuridica, tra medico e paziente); [...] è incardinamento di quella relazione su due pilastri fondamentali che la sola regola giuridica non è sufficiente ad erigere: quello della comunicazione tra medico e paziente, che senza il reciproco affidamento non si può efficacemente avviare; e quello della dimensione umana del rapporto, che tratteggia la necessaria peculiarità che contraddistingue la relazione di cura, rendendola unica».

²⁹ Il modello della negoziazione basata sugli interessi è stato sviluppato, come noto, dalla scuola di Harvard, che nel 1979 ha dato vita all'*Harvard Negotiation Project*: nacque la teoria della “*Principled Negotiation*”, illustrata nel famoso libro di R. Fisher, W. Ury, *Getting to Yes*, cit.; come è altresì

la Pratica Collaborativa) – e la persona che si rivolge a lui per risolvere, in modo (in senso lato) cooperativo, un conflitto o una controversia.

In questa prospettiva è necessario, a mio avviso, sottolineare quattro aspetti essenziali:

- 1) il cliente è “al centro”, ovvero è il protagonista della negoziazione, affiancato dall’avvocato: «partire [...] dalla centralità delle persone in conflitto significa superare il paradigma legale dominante che pone la figura dell’avvocato al centro, al di sopra e distante dalle effettive esigenze pratiche ed emotive»³⁰: l’avvocato deve pertanto favorire l’*empowerment* del cliente e l’assunzione in capo allo stesso della (cor)responsabilità nella gestione del conflitto;
- 2) la scelta del metodo di negoziazione è cruciale: l’avvocato e il cliente (quest’ultimo con la consapevolezza che gli deriva dalle informazioni approfondite che l’avvocato gli ha fornito) decidono insieme il metodo più adatto per la gestione del caso secondo gli interessi e i bisogni del cliente, tenendo conto delle specificità e criticità, delle risorse economiche ed emotive, degli aspetti di fatto e di diritto, del contesto relazionale, e di ogni altro profilo rilevante.

Si tratta quindi di un approccio sempre individuale e “su misura”: si può fare un parallelo con la riflessione sempre più diffusa in ambito medico sull’opportunità di integrare l’*Evidence Based Medicine*, che si fonda sulla statistica e sulla generalità della popolazione, con un approccio terapeutico che tenga conto della situazione specifica della persona considerata nella sua interezza³¹;

noto, questo tipo di negoziazione è basato su quattro punti fondamentali: «Separare le persone dai problemi», «Concentrarsi sugli interessi e non sulle posizioni», «Generare opzioni vantaggiose per entrambe le parti», «Usare criteri oggettivi». In argomento si vedano anche: W. Ury, *Getting Past No. Negotiating in Difficult Situations*, Bantam Dell, rev. ed., 2007; Id., *Getting to Yes with Yourself, and Other Worthy Opponents*, Harper One, 2015; R. Fisher, D. Shapiro, *Beyond Reason. Using Emotions as You Negotiate*, Penguin, 2005, *Il negoziato emotivo. Come ottenere il successo in una trattativa imparando a gestire le emozioni*, trad. it., Milano, 2012; R. Mnookin, S. Peppet, A. Tulumello, *Beyond Winning. Negotiating to Create Value in Deals and Disputes*, The Belknap Press of Harvard University Press, 2000; H. Raiffa, *The Art and Science of Negotiation. How to Resolve Conflicts and Get the Best out of Bargaining*, Harvard University Press, 1982, *L'arte e la scienza della negoziazione. Come risolvere i conflitti e raggiungere l'accordo negoziale*, trad. it., Bergamo, 2006; R. Korobkin, *Negotiation: Theory and Strategy*, III ed., Wolters Kluwer, 2014; A. Roberti, *Negoziare secondo Harvard. Principi e tecniche per preparare e condurre la negoziazione strategicamente*, Bergamo, 2005. Cfr. anche www.pon.harvard.edu.

³⁰ Così C. Mordiglia, *op. cit.*, p. 137 s.

³¹ Per qualche riflessione, e per ulteriori richiami, cfr. ad es.: G. Collecchia, *L'Evidence Based Medicine è un metodo, non una verità assoluta*, in www.quotidianosanita.it, 15 maggio 2019; N. Cartabellotta, *Gli sprechi della ricerca biomedica e la crisi dell'Evidence Based Medicine*, in www.evidence.it, 24 settembre 2014; A. Cappuccio, *Integrare EBM e Medicina Narrativa, verso una vera personalizzazione della medicina*, in www.medicinanarrativa.eu, 2 dicembre 2019; S. Chang, T.H. Lee, *Beyond Evidence-Based Medicine*, in *The New England Journal of Medicine*, 2018, 379, p. 1983 ss.; J. Jureidini, L.B. McHenry, *The Illusion of Evidence-Based Medicine. Exposing the crisis of credi-*

- 3) il ruolo del diritto è particolare: non costituisce l'unico punto di riferimento, non è neppure il punto di arrivo, ma una base di partenza, è necessario ma non sufficiente: «il diritto non è l'unico modo per aiutare le persone che si trovano in un conflitto [...] la realizzazione degli interessi e dei bisogni dei clienti può avvenire secondo una prospettiva diversa, di attenzione e cura per il loro contesto, di collaborazione, di ascolto empatico e ricerca creativa di soluzioni “su misura”»³²; non basta quindi l'approccio generale della legge – che necessariamente è “uguale per tutti” – ma occorre una considerazione specifica della persona e del suo contesto emotivo e relazionale;
- 4) per poter gestire in questo modo il conflitto non sono sufficienti all'avvocato negoziatore la conoscenza della legge e della giurisprudenza, le competenze tecniche sostanziali e processuali; è necessaria, attraverso una specifica formazione, l'acquisizione – come ha sancito la Corte di Cassazione in una sentenza davvero epocale – di ulteriori competenze «di tipo relazionale e umano, inclusa la capacità di comprendere gli interessi delle parti al di là delle pretese giuridiche avanzate»³³: il richiamo è alle cosiddette *soft skills*³⁴, quali ad esempio la capacità di fare le giuste domande, di ascoltare in modo aperto, l'autoconsapevolezza, l'empatia, le abilità di negoziazione,

bility in clinical research, Wakefield Press, 2020; J.A. Sacristán, *Evidence based medicine and patient centered medicine: some thoughts on their integration*, in *Revista Clínica Española (Barc)*, 2013, 213, p. 460 ss.

Come osserva P. Zatti, *Cultura della relazione e linguaggi normativi*, in *Resp. medica*, 2019, p. 32, l'appropriatezza della cura va intesa «non solo nel senso scientifico e tecnico, ma nella sua commisurazione al bisogno vissuto, alle scelte di vita, all'indole identitaria della persona». Sull'appropriatezza delle cure nella legge n. 219/2017, in rapporto con il rispetto dell'autodeterminazione del paziente e con i principi costituzionali, v. anche E. Palermo-Fabris, *Orizzonte e limiti della cura*, *ibidem*, p. 43 ss.

La decisione del Consiglio di Stato 2 settembre 2014 n. 4460 (in *Nuova giur. civ. comm.*, 2015, I, p. 72), sul celebre caso Englaro, sottolinea: «La “cura” non è più [...] un principio autoritativo, un'entità astratta, oggettivata, misteriosa o sacra, calata o imposta dall'alto o dall'esterno [...], ma si declina e si struttura, secondo un fondamentale *principium individuationis* che è espressione del valore personalistico tutelato dalla Costituzione, in base ai bisogni, alle richieste, alle aspettative, alla concezione stessa che della vita ha il paziente».

³² Così M. Sala, R. Cardinale, *Conflitti. Nella coppia, tra fratelli, in azienda, Conversazioni fra un avvocato e una counselor*, Milano, 2021, p. 17.

³³ Cass. 27 marzo 2019 n. 8473, in *Corr. giur.*, 2019, p. 718 ss. Mi pare interessante riportare un passo più ampio della motivazione di questa pronuncia: «La novella del 2013, che introduce la presenza necessaria dell'avvocato [nella mediazione], con l'affiancare all'avvocato esperto in tecniche processuali che “rappresenta” la parte nel processo, l'avvocato esperto in tecniche negoziali che “assiste” la parte nella procedura di mediazione, segna anche la progressiva emersione di una figura professionale nuova, con un ruolo in parte diverso e alla quale si richiede l'acquisizione di ulteriori competenze di tipo relazionale e umano, inclusa la capacità di comprendere gli interessi delle parti al di là delle pretese giuridiche avanzate».

³⁴ Per un interessante saggio sull'importanza delle *soft skills* nella professione legale cfr. R. Kiser, *Soft Skills for the Effective Lawyer*, Cambridge University Press, 2017.

la capacità di lavorare in squadra. È auspicabile, *de iure condendo*, che tale formazione diventi obbligatoria per tutti gli avvocati³⁵.

Mi sembra, in definitiva, di poter affermare che l'approccio "su misura" si possa considerare la vera chiave di una buona ed efficace relazione fra avvocato e cliente, e ciò soprattutto quando il perseguimento degli interessi della persona avvenga con l'utilizzo di uno dei metodi di gestione consensuale del conflitto.

A proposito di tale approccio concludo con un richiamo per me molto suggestivo, che – *si parva licet componere magnis* – credo possa favorire riflessioni sul rapporto fra ogni professionista e il suo cliente: il richiamo alle parole dello psicanalista lacaniano Massimo Recalcati, laddove scrive «Le mani di una madre sanno ospitare la singolarità insostituibile e irripetibile del soggetto senza ridurre le sue cure a una serie di adempimenti eseguiti magari con solerzia e precisione, ma senza alcun desiderio. [...] La funzione materna non è [...] un prendersi cura che si 'applica' universalmente, ma una cura che sa riconoscere il valore dell'uno per uno, il carattere insostituibile del figlio. [...] La lezione della maternità è la lezione di una cura che prescinde dalla Legge dell'universale – che non risponde a nessun finalismo, a nessun miraggio di efficientismo – perché sa fare posto all'eccezione del particolare»³⁶.

Riferimenti bibliografici

AA.VV., *ADR Una giustizia complementare*, a cura di F. Danovi, F. Ferraris, Milano, 2018; AA.VV., *Etica della cura, Riflessioni e testimonianze su nuove prospettive di relazione*, a cura di V. Colmegna, M.G. Guida, A. Ferrari, C. Sampietro, Milano, 2010; AA.VV., *La legge n. 219 del 2017, Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*, in *BioLaw Journal*, 2018, 1; AA.VV., *La Pratica Collaborativa. Dialogo fra teoria e prassi*, a cura di M. Sala, C. Menichino, Torino, 2017; AA.VV., *L'etica della cura. Tra sentimenti e ragioni*, a cura di C. Viafora, R. Zanotti, E. Furlan, Milano, 2007; S. Abney, *Civil Collaborative Law: The Road Less Travelled*, Trafford Publishing, 2011; T. Aceti, A. Liverano, *L'alleanza e la relazione come strumento terapeutico*, in *aT rivista di*

³⁵ Si noti che, nell'ambito delle ADR, una formazione specifica è prevista come obbligatoria (peraltro nell'ambito delle regole che si sono date le comunità di professionisti collaborativi, considerato che nel nostro Paese questo metodo di negoziazione non è regolato dalla legge) unicamente per l'utilizzo della Pratica Collaborativa: in argomento cfr. M. Sala, *I principi e i valori della Pratica Collaborativa*, cit., p. 79 ss.

³⁶ M. Recalcati, *Le mani della madre. Desiderio, fantasmi ed eredità del materno*, VI ed., Milano, 2019, pp. 77 e 79. Lo stesso autore, in un podcast dal titolo *Il Prendersi Cura*, disponibile a questo link <https://www.youtube.com/watch?v=Ju0yYhITaxE>, afferma efficacemente: «La cura si umanizza quando mostra che il nome è intraducibile nel numero. È chiaro che quando noi facciamo ricerca dobbiamo produrre numeri, ma al tempo stesso [...] dobbiamo essere consapevoli che il nome è sempre eccedente la dimensione del numero. [...] Tutti moriamo, ma la cura fa in modo che non ci sia mai esperienza anonima della morte, né esperienza anonima della malattia. La clinica diventa cura quando si struttura sul principio fondamentale dell'uno per uno, non nella standardizzazione, non nei protocolli generali, ma nella considerazione che il soggetto malato è sempre singolare».

analisi transazionale e metodologie psicoterapeutiche, anno XXXI, n. 23/24; O. Anastasi, *Il divorzio collaborativo*, Ascoli Piceno, 2013; I. Barofsky, *Compliance, adherence and the therapeutic alliance: Steps in the development of self-care*, in *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, vol. 12, 1978; M.C. Bertola, *La cura: un paradigma etico per i nostri tempi*, in <https://it.pearson.com/aree-disciplinari/agora/filosofia/filosofia-nostro-tempo/cura-paradigma-etico-nostri-tempi.html>; E.S. Bordin, *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*, in *Psychotherapy: theory, research and practice*, vol. 16, 3, fall 1979; C. Botti, *Cura e differenza. Ripensare l'etica*, Milano, 2018; S. Brotto, *Etica della cura*, Nocera Inferiore, 2013; M.N. Bugetti, *La disciplina del consenso informato nella legge 219/2017*, in *Riv. dir. civ.*, 2019; M.N. Bugetti, *La risoluzione extragiudiziale del conflitto coniugale*, Milano, 2015; L. Busatta, *A un anno dalla legge 219 del 2017: la sostenibilità costituzionale della relazione di cura*, in *Rivista AIC*, 2019, n. 2; A. Camerella, L. Mortari, *Fenomenologia della cura*, Napoli, 2014; N.J. Cameron, *Collaborative Practice: Deepening the Dialogue*, II ed., Nancy J. Cameron, 2014, *Pratica Collaborativa, approfondiamo il dialogo. Un percorso innovativo nei conflitti familiari*, ed. it., a cura di C. Mordiglia, Milano, 2016; M. Cappelletti, *Giudici laici*, in *Riv. dir. proc.*, 1979; A. Cappuccio, *Integrare EBM e Medicina Narrativa, verso una vera personalizzazione della medicina*, in www.medicinanarrativa.eu, 2 dicembre 2019; F. Carnelutti, *Clinica del diritto*, in *Riv. dir. proc.*, 1935, I; F. Carnelutti, *Le miserie del processo penale*, Venezia, s.d., ma 1957; I. Carrasco De Paula, N. Comoretto, *Per una medicina centrata sul paziente: riflessioni sulla fondazione etica del rapporto medico-paziente*, in *Medicina e Morale*, vol. 54, n. 3, 2005; N. Cartabellotta, *Gli sprechi della ricerca biomedica e la crisi dell'Evidence Based Medicine*, in www.evidence.it, 24 settembre 2014; S. Castelluzzo, *Martin Heidegger, l'esserci come con-essere e 'la cura'*, in *Synesis*, v. 8, n. 1, 2016; S. Chang, T.H. Lee, *Beyond Evidence-Based Medicine*, in *The New England Journal of Medicine*, 2018, 379; G. Collecchia, *L'Evidence Based Medicine è un metodo, non una verità assoluta*, in www.quotidianosanita.it, 15 maggio 2019; U. Curi, *Le parole della cura. Medicina e filosofia*, Milano, 2017; S. Daicoff, *Law as a Healing Profession: The "Comprehensive Law Movement"*, in *6 Pepperdine Dispute Resolution Law Journal*, 2005; F. Danovi, F. Ferraris, T. Fragomeni, A. Maniaci, A. Marchese, *I patti preconfittuali*, Torino, 2019; R. Danovi, *Una "giustizia senza processo": la giurisdizione forense*, in *Quaderno dell'Ordine di Milano per il XXXIII Congresso nazionale forense, dal titolo "Giustizia senza processo?" La funzione dell'Avvocatura*, Milano, 2016; R. Fisher, D. Shapiro, *Beyond Reason. Using Emotions as You Negotiate*, Penguin, 2005, *Il negoziato emotivo. Come ottenere il successo in una trattativa imparando a gestire le emozioni*, trad. it., Milano, 2012; R. Fisher, W. Ury, *Getting to Yes. Negotiating Agreement Without Giving In*, Penguin, 1981, II ed. it., *L'arte del negoziato*, Milano, 2005; M. Foglia, *Consenso e cura. La solidarietà nel rapporto terapeutico*, Torino, 2018; M. Foglia, *Nell'acquario. Contributo della medicina narrativa al discorso giuridico sulla relazione di cura*, in *Resp. medica*, 2018; L. Gaudino, *Parole: esplicite, implicite ed escluse nel linguaggio della l. 219/2017*, in *Resp. medica*, 2020, 1; G. Giaimo, *La gestione della crisi coniugale attraverso il procedimento collaborativo. Uno studio comparatistico*, in *Europa e diritto privato*, 2016; C. Gilligan, *In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development*, Harvard University Press, 1982, *Con voce di donna. Etica e formazione della personalità*, ed. it., Milano, 1987; M. Graziadei, *Dal consenso alla consensualità della relazione di cura*, *ivi*, 2019; J. Jureidini, L.B. McHenry, *The Illusion of Evidence-Based Medicine. Exposing the*

crisis of credibility in clinical research, Wakefield Press, 2020; R. Kiser, *Soft Skills for the Effective Lawyer*, Cambridge University Press, 2017; R. Korobkin, *Negotiation: Theory and Strategy*, III ed., Wolters Kluwer, 2014; T. Kuhn, *The Structure of Scientific Revolutions*, The University of Chicago Press, 1962, *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, trad. it., Torino, 2009; J. Macfarlane, *The New Lawyer. How Clients are Transforming the Practice of Law*, II ed., UBC Press, 2017; M. Mayeroff, *On Caring*, Harper & Row, 1971; C. Menkel-Meadow, *Ethics and Professionalism in Non-Adversarial Lawyering*, in *27 Florida State University Law Review*, 1999; R. Mnookin, S. Peppet, A. Tulumello, *Beyond Winning. Negotiating to Create Value in Deals and Disputes*, The Belknap Press of Harvard University Press, 2000; L. Mortari, *Filosofia della cura*, Milano, 2015; L. Mortari, *La relazione di cura*, in *Riflessioni Sistemiche*, n. 7, dicembre 2012; F.S. Mosten, *Collaborative Divorce Handbook: Helping Families Without Going to Court*, John Wiley & Sons, 2009; F.S. Mosten, *Lawyer as Peacemaker: Building a Successful Law Practice Without Ever Going to Court*, in *43 Family Law Quarterly*, 2009; J.C. Murphy, J.B. Singer, *Divorced from Reality: Rethinking Family Dispute Resolution*, NYU Press, 2015; M. Oppes, *La cura tra individualismo e personalismo. Consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento dopo la Legge 219/2017*, Firenze, 2019; R. Pucella, *La relazione di fiducia tra medico e paziente*, in *Resp. medica*, 2019; H. Raiffa, *The Art and Science of Negotiation. How to Resolve Conflicts and Get the Best out of Bargaining*, Harvard University Press, 1982, *L'arte e la scienza della negoziazione. Come risolvere i conflitti e raggiungere l'accordo negoziale*, trad. it., Bergamo, 2006; M. Recalcati, *Le mani della madre. Desiderio, fantasmi ed eredità del materno*, VI ed., Milano, 2019; A. Roberti, *Negoziare secondo Harvard. Principi e tecniche per preparare e condurre la negoziazione strategicamente*, Bergamo, 2005; C.R. Rogers, *Client-centered Therapy*, Houghton Mifflin, 1961, *La terapia centrata sul cliente*, ed. it., Firenze, 1970; L. Romano, *Dall'alleanza terapeutica all'alleanza di cura*, in *Bioetica e cura. L'alleanza terapeutica oggi*, a cura di L. Chieffi e A. Postigliola, Sesto San Giovanni, 2014; J.A. Sacristán, *Evidence based medicine and patient centered medicine: some thoughts on their integration*, in *Revista Clínica Española (Barc)*, 2013, 213; M. Sala, *Gli strumenti alternativi di composizione delle controversie familiari*, in *Trattato di diritto di famiglia*, diretto da Bonilini, vol. II, II ed., Torino, 2022; M. Sala, R. Cardinale, *Conflitti. Nella coppia, tra fratelli, in azienda, Conversazioni fra un avvocato e una counselor*, Milano, 2021; E. Stein, *Zum Problem der Einfühlung*, Buchdruckerei des Waisenhauses, 1917, *Il problema dell'empatia*, a cura di E. Costantini, ed. it., Roma, 1985; P. Tesler, *Collaborative Law. Achieving Effective Resolution in Divorce Without Litigation*, III ed., American Bar Association, 2016; S. Tusino, *L'etica della cura. Un altro sguardo sulla filosofia morale*, Milano, 2021; W. Ury, *Getting Past No. Negotiating in Difficult Situations*, Bantam Dell, rev. ed., 2007; W. Ury, *Getting to Yes with Yourself, and Other Worthy Opponents*, Harper One, 2015; S. Webb, R. Ousky, *The Collaborative Way to Divorce. The Revolutionary Method That Results in Less Stress, Lower Costs, and Happier Kids-Without Going to Court*, Penguin, 2006; J.K. Wright, *Lawyers as Peacemakers: Practicing Holistic, Problem-solving Law*, American Bar Association, 2010; J.K. Wright, *Lawyers as Changemakers. The Global Integrative Law Movement*, American Bar Association, 2016; M.P. Zamagni, *Contributo al rapporto medico-paziente*, in *Psychofenia*, vol. XI, n. 18/2008; P. Zatti, *Cultura della relazione e linguaggi normativi*, in *Resp. medica*, 2019; P. Zatti, *Spunti per una lettura della legge sul consenso informato e DAT*, in *Nuova giur. civ.*, 2018, 2.

Il conflitto come opportunità e i *commoda* delle ADR (*Alternative Dispute Resolution*)

Arturo Maniaci

SOMMARIO: 1. Diritto e conflitto. – 2. Il processo come giuoco e come giogo. – 3. Le vie di fuga dal processo. – 4. Processo civile *versus* ADR. – 5. Altri *commoda* e *incommoda* del processo civile e delle ADR. – 5.1. Scelta del terzo che risolve, o contribuisce a risolvere, il conflitto. – 5.2. Tempi, modi e costi del procedimento. – 5.3. Mancanza di filtri di accesso alla tutela. – 5.4. *Incommoda* delle ADR. – 6. Conclusioni.

1. Diritto e conflitto

Il diritto – per sua natura – presuppone il conflitto.

Se è vero, infatti, che i conflitti interpersonali risultano endemici e sostanziali al vivere in società¹, il diritto non può esserne avulso, regolando esso, appunto, relazioni sociali². Non si possono eliminare i conflitti dalla vita umana³. Anzi, l'immagine di una società senza conflitti appare indubbiamente utopistica, oltre che inquietante⁴.

La rappresentazione tradizionale e occidentale del (micro-)conflitto vede almeno due soggetti che controbattono, avanzando pretese o contestando pretese altrui, nell'attesa di una risposta e di una soluzione autoritativa da parte di un soggetto altro rispetto ai contendenti, tant'è che un filosofo "hegeliano"

¹ «Lo que no provenga de un conflicto es bestial o divino»: ci ricorda N. Gómez Dávila, *Escolios a un texto implicito*, I, Bogotá, 1977, 450d (opera tradotta in lingua italiana per i tipi di Adelphi soltanto nel 2007, con il titolo *Tra poche parole*).

² Senza voler scomodare il Sommo Poeta, la cui definizione (contenuta in Dante, *De Monarchia*, II, 5, 1, Oxford, 1894, p. 354: «*Ius est realis et personalis hominis ad hominem proportio, quae servata hominum servat societatem, et corrupta corrumpit*») è stata considerata «la più felice e profonda che sia mai stata data» (G. Fassò, *Storia della filosofia del diritto*, I, Bologna, 1976, p. 276), è pacifico che il diritto è, sempre e costitutivamente, relazione (*ex multis*, v. A. Levi, *Ubi societas, ubi ius*, in Id., *Saggi di teoria del diritto*, Bologna, 1923, p. 65; F. Di Marzio, *La ricerca del diritto*, Bari-Roma, 2021, pp. 157-158).

³ Neppure il diritto ha, o può avere, questo compito: «Più che un modo di eliminare i conflitti sociali, la pace giuridica è un modo per *risolverli* quando sorgono» [corsivo dell'A.] (N. Bobbio, *Formalismo giuridico e formalismo etico*, [1954], in *Filosofia del diritto*, 2^a ed., a cura di P. Di Lucia, Milano, p. 239).

⁴ M. Benasayag, A. del Rey, *Elogio del conflitto*, Milano, 2008, p. 204: «Ogni cosa è retta dal conflitto, e chi rimuove il conflitto non fa che precipitare il mondo degli uomini e delle donne nel gorgo dell'irreale».

era pervenuto ad individuare la quintessenza del fenomeno giuridico proprio «nell'intervento di un essere umano imparziale e disinteressato, che si effettua necessariamente all'interno di una interazione tra due esseri umani A e B e che annulla la reazione di B nei confronti dell'azione di A»⁵.

Nella visione tradizionale e occidentale, il soggetto 'terzo' viene per antonomasia incarnato in quella figura cui conviene il nome di 'giudice', il quale guarda il conflitto dall'esterno, per dirimerlo, sciogliendo il dubbio e scegliendo una delle possibilità decisorie a lui offerte⁶.

Ma la concezione secondo cui la giustizia si identifica (soltanto) con la giurisdizione, che a sua volta è prerogativa esercitabile (soltanto) da giudici, nonostante possa apparire suffragata – oltre che da ragioni storiche – dall'appartenenza dei tre lemmi ('giustizia', 'giurisdizione', 'giudice') alla medesima famiglia lessicale (in cui il semantema comune è rappresentato da 'gius-', che deriva dal latino *ius*) ed eserciti tuttora un certo fascino nel sentire comune⁷, è ormai clamorosamente smentita dalla progressiva affermazione di una giustizia pluralista⁸, atta a superare quella cultura unidimensionale della gestione del conflitto, basata sull'attesa di un atto decisorio di carattere eteronomo, emanato da un soggetto esterno al conflitto medesimo⁹ e dotato di un potere 'proprio', cioè non derivato da quello dei confliggenti.

⁵ A. Kojève, *Esquisse d'une phénoménologie du droit. Exposé provisoire* [1943], trad. it. *Linee di una fenomenologia del diritto*, Milano, 1989, p. 38.

⁶ In ciò, del resto, sta la «terribile grandezza del giudice», in quanto «[s]empre la decisione giudiziale (...) lascia sul campo tracce di dolore»: N. Irti, *Per la magistratura ordinaria nella storia dell'Italia unita*, in *Riv. trim. dir. e proc. civ.*, 2013, p. 131. V. anche Id., *Il terzo decide la causa*, in Id., *Diritti senza verità*, Roma-Bari, 2011, p. 73: «[L]a tutela giurisdizionale, che non rifiuta più nulla e accoglie tutti i casi della vita, si risolve (...) in appello alla decisione del terzo» [corsivo dell'A.].

⁷ V. F. Rigano, *Note sullo statuto costituzionale del giudice comune*, in *Riv. dir. cost.*, 2006, p. 96.

⁸ L'idea di «una 'giustizia pluralista', di una *justice in many rooms*, non è più un semplice slogan o una formula dal vago sapore sociologico, ma l'espressione di un tratto qualificante della moderna amministrazione della giustizia destinato a trovare in Europa una precisa collocazione istituzionale» (N. Trocker, *La Direttiva CE 2008/52 in materia di mediazione: una scelta per il rinnovamento della giustizia civile in Europa*, in Aa.Vv., *La mediazione civile alla luce della direttiva CE 2008/52*, a cura di N. Trocker, A. De Luca, Firenze, 2011, pp. 161-162). È significativo che tale suggestione sia stata di recente posta a giustificazione della genesi di una nuova rivista giuridica, dedicata al fenomeno poliedrico e interdisciplinare della 'giustizia consensuale' (S. Dalla Bontà, *Giustizia consensuale*, in *Giustizia consensuale*, fasc. n. 1/2021, p. 4).

⁹ E che per ciò solo aggiunge la propria percezione delle cose, spesso divergente da quella delle parti in conflitto (V. Ferrari, *Le parti e il rischio del processo*, in *Quaderni della Riv. trim. dir. e proc. civ.*, 2008, p. 46).

2. Il processo come giuoco e come giogo

Il luogo ideale tradizionalmente deputato alla soluzione dei conflitti è il processo, permeato dalla logica della controversia¹⁰. Domanda ed eccezione, tesi e antitesi, botta e risposta¹¹: l'antagonismo fra prospettazioni contrapposte è l'"anima" del processo e, più in generale, la cifra della dialettica eristica e dell'argomentazione elèntica. Significativamente, anche nell'antica Roma, si fronteggiavano due personaggi fittizi, chiamati Aulo Agerio ("colui che agisce, che promuove una causa") e Numero Negidio¹² ("colui che dice di non voler pagare, che si rifiuta di pagare").

Non c'è, allora, da stupirsi del fatto che il processo sia stato rappresentato come giuoco¹³.

Ma il giogo può tralignare in un giogo, non foss'altro perché ogni processo è fatto di riti, modi, forme, divieti, limiti, cadenze, scadenze, decadenze e preclusioni, e cioè di regole che condizionano la formazione del giudizio e influiscono, indirettamente, sul suo esito¹⁴.

E già qui si annida una (duplice) contraddizione, o paradosso: da un lato, le regole del processo, che sono a presidio del principio di legalità e di garanzie, anche di rango costituzionale, possono conoscere nei fatti un'involuzione di carattere formalistico¹⁵, rischiando di compromettere le stesse esigenze difensive che *in thesi* sarebbero destinate a tutelare; dall'altro lato, anche per quelle violazioni delle regole del processo che darebbero luogo a nullità, si tratterebbe

¹⁰ Cfr. per tutti A. Giuliani, *La controversia. Contributo alla logica giuridica*, in *Studi nelle scienze giuridiche e sociali dell'Università di Pavia*, vol. XXXIX, Pavia, 1966, p. 81 ss.

¹¹ Volendo riprendere la felice intuizione di A. Cattani, *Botta e risposta. L'arte della replica*, Bologna, 2006, che ne ha altresì fatto un metodo e un progetto didattico.

¹² Di cui ha scritto un pittoresco epicedio P. Zamorani, *Poesie romanistiche*, Milano, 2003, p. 5 ss.

¹³ P. Calamandrei, *Il processo come giuoco*, in *Scritti giuridici in onore di Francesco Carnelutti*, II, Padova, 1950, p. 485 ss.; F. Carnelutti, *Giuoco e processo*, in *Riv. dir. proc.*, 1951, I, p. 105 ss.; S. Valzania, *La partita di diritto. Considerazioni sull'elemento ludico del processo*, in *Jus*, 1978, p. 207 ss.; sulle affinità fra gioco e processo, v. anche il celebre scritto dello storico olandese J. Huizinga, *Homo ludens* [Amsterdam, 1939], trad. it. Torino, 2002, pp. 90-91.

¹⁴ In generale, sul carattere convenzionale, e dunque arbitrario, delle regole del gioco, v. R. Caillois, *I giochi e gli uomini. La maschera e la vertigine*, Milano, 2007, p. 23: «Le leggi ingarbugliate e confuse della vita ordinaria vengono sostituite, all'interno di questo spazio circoscritto e per il tempo stabilito, da regole precise, arbitrarie, irrevocabili, che bisogna accettare come tali e che presiedono al corretto svolgimento della partita».

¹⁵ Cfr. sul punto, ad es., S. Chiarloni, *Questioni rilevabili d'ufficio, diritto di difesa e "formalismo delle garanzie"*, in Id., *Formalismi e garanzie. Studi sul processo civile*, Torino, 1995, p. 175. Già S. Satta, *Il formalismo nel processo*, in *Riv. trim. dir. e proc. civ.*, 1958, p. 1144 ammoniva: «Il formalismo non ha nulla a che fare con la forma, e la critica al formalismo non si può intendere come una inconcepibile e assurda critica alle forme giuridiche (...). Il formalismo comincia dove il diritto finisce»; in termini analoghi, v. G. Così, *La responsabilità del giurista. Etica e professionale legale*, Torino, 1998, p. 376.

comunque nella maggior parte dei casi di un vizio ‘relativo’, nel senso che dovrebbe essere necessariamente fatto valere dalla parte nel cui interesse il requisito formale è stabilito e comunque nella prima difesa utile (v. art. 157 c.p.c., che, in considerazione anche della sua collocazione topografica all’interno del codice di rito, stabilisce una regola processuale di carattere generale¹⁶), ovvero si dovrebbe necessariamente convertire in uno specifico motivo di impugnazione (atteso il principio dell’assorbimento dei vizi di nullità in motivi di gravame, stabilito dall’art. 161, 1° comma, c.p.c.); a ciò si aggiunga che anche una fattispecie grave di nullità processuale (come, ad esempio, quella derivante dalla violazione del contraddittorio) potrebbe essere ritenuta ‘innocua’ e sterilizzata da quell’orientamento giurisprudenziale, sempre più diffuso, che richiede la sussistenza di un pregiudizio effettivo, che la parte interessata deve previamente e rigorosamente dimostrare per poter invocare il vizio di nullità derivante dalla inosservanza di una regola processuale (principio di cui rimangono, però, tuttora incerti il fondamento, le modalità di funzionamento, i limiti e che, se dotato dei caratteri di generalità e assolutezza, finirebbe per rendere superflua qualsiasi prescrizione formale violata¹⁷).

3. Le vie di fuga dal processo

L’unica via d’uscita o di fuga dalla competizione binaria e dall’ottica avversariale che contraddistingue il processo è rappresentata dalla possibilità di far ricorso a strumenti di giustizia partecipativa, consensuale o negoziata, e cioè a uno di quei dispositivi e metodi alternativi di composizione delle controversie che comunemente vengono denominati ‘ADR’ (*Alternative Dispute Resolution*)¹⁸ e che, privilegiando una logica di tipo cooperativo, mirano a trovare una soluzione condivisa, nonché, al di là del relativo esito, a ripristinare il dialogo fra le parti, così preservando (e, se si vuole, ‘curando’) la loro relazione. Come

¹⁶ In tal senso, v. già C. Mandrioli, *In tema di vizi c.d. «non formali» degli atti processuali civili*, in *Jus*, 1960, p. 338.

¹⁷ R. Donzelli, *Pregiudizio effettivo e nullità degli atti processuali*, Napoli, 2020, pp. 77 e 81. Per la casistica giurisprudenziale, v. Id., *Sul «principio del pregiudizio effettivo»*, in *Riv. dir. civ.*, 2020, pp. 548-549. Secondo A. Tedoldi, *L'appello civile*, Torino, 2016, p. 518, la «ascosa ragione» per cui i giudici fanno sempre più frequente ricorso a tale «ossimorica categoria» (*id est*, la ‘nullità innocua’) consiste nell’esigenza di evitare impugnazioni e annullamenti a distanza di decenni dal perpetuarsi della violazione processuale ai danni della parte. A nostro avviso, la ragione (altrettanto “ascosa”) risiede piuttosto nel fatto che i giudici si vorrebbero così “autotutelare” contro doglianze e lagnanze inerenti il loro operato, specie quando ad essere direttamente affetti da vizi di nullità siano provvedimenti giudiziali (*quod licet Iovi non licet bovi*).

¹⁸ Con tale acronimo si allude, come noto, alle «procedure non giurisdizionali di risoluzione delle controversie condotte da una parte terza neutrale, ad esclusione dell’arbitrato propriamente detto»: l’acronimo è così illustrato nel *Libro Verde relativo ai modi alternativi di risoluzione delle controversie in materia civile e commerciale*, 19.4.2002 COM(2002) 196 def.

è stato già osservato, sia pure con riguardo ad uno soltanto dei metodi 'ADR', «non è tanto centrale (...) l'accertamento e la regolamentazione di diritti, quanto piuttosto il soddisfacimento di interessi e utilità», in quanto la finalità «non è soltanto la cristallizzazione di rapporti di dare e avere, quanto piuttosto la riapertura di canali di comunicazione e di dialogo in precedenza interrotti. In questo modo, il (...) risultato travalica quello, proprio dei provvedimenti giurisdizionali, arrivando ad incidere finanche sui futuri comportamenti delle parti»¹⁹.

Tali metodi di giustizia alternativa, conosciuti oltreoceano sin dai primi decenni del secolo trascorso (soprattutto in concomitanza con la diffusione delle teorie di Roscoe Pound sulla 'socializzazione del diritto'²⁰) ed ivi sviluppatasi soprattutto a partire dagli anni '70, ma fino a poco tempo fa considerati in Italia marginali, sussidiari o, al più, complementari rispetto al processo, sono oggi sempre più frequentemente sponsorizzati dal legislatore, incoraggiati dal ceto forense, impiegati dalle parti, tant'è che se ne conoscono varie tipologie, per solito distinte in metodi autonomi ed eteronomi (a seconda che l'atto di risoluzione del conflitto promani direttamente dagli stessi soggetti in conflitto o da un altro soggetto a ciò deputato)²¹, alcuni dei quali sono peraltro fioriti nella prassi, senza aver finora registrato una sia pur minima regolamentazione legislativa (come il bianco-segno, la perizia contrattuale e la pratica collaborativa).

Del resto, la promozione di strumenti di auto-composizione dei conflitti si colloca in un disegno strategico complessivo di tutela delle situazioni giuridiche soggettive, che vede come non necessaria (o non più necessaria, se non financo controproducente) la presenza di 'terzi' dotati di potere autoritativo-decisorio.

Il nostro sistema giuridico, infatti, oltre a contemplare espressamente il sintagma 'tutela non giurisdizionale' (v. la rubrica dell'art. 30 della Legge n. 69 del 2009, che si riferisce a strumenti di risoluzione non giurisdizionale di tutela dell'utente di servizi pubblici o di pubblica utilità), concede non pochi spazi all'esercizio stragiudiziale di pretese individuali.

¹⁹ Così, F. Danovi, F. Ferraris, *La cultura della mediazione e la mediazione come cultura*, Milano, 2013, p. 11.

²⁰ R. Pound, *Jurisprudence*, St. Paul, Minn., 1959, I, 2, *The End of Law*, § 35 'The socialization of Law', p. 429 ss. Rimane celebre il suo discorso sulle disfunzioni del sistema della giustizia civile, cui si fa risalire l'origine storica delle ADR: v. Id., *The Causes of Popular Dissatisfaction with the Administration of Justice*, in *40 American Law Review*, 729 ss. (1906).

²¹ La distinzione si deve a F.P. Luiso, *Diritto processuale civile*, V, Milano, 2017, p. 14; Id., *La conciliazione nel quadro della tutela dei diritti*, in *Riv. trim. dir. e proc. civ.*, 2004, p. 1201 ss.; Id., *Il modello italiano di mediazione - Il «giusto» procedimento di mediazione (contraddittorio, riservatezza, difesa, proposta)*, in *Giur. it.*, 2012, p. 214. Per un tentativo di inquadramento sistematico e tassonomico delle diverse ADR, cfr. *amplius* A. Gentili, *Verso uno statuto generale delle ADR?*, in *Nuovo dir. civ.*, n. 1/2017, p. 134 ss.

Lo confermano, anzitutto, le numerose deroghe al ‘*Mitwirkungsprinzip*’, secondo cui, perché si possa produrre un effetto giuridico incidente sulla sfera giuridica altrui, è necessario il consenso di chi subisce la modificazione giuridica: a titolo esemplificativo, menzioniamo le diverse ipotesi di diritto di retratto o riscatto derivante da una prelazione legale (il cui esercizio stragiudiziale può comportare la perdita di un diritto di proprietà altrui), le diverse ipotesi di scioglimento del contratto attraverso un atto stragiudiziale (come l’esercizio della facoltà di recesso, legale o convenzionale, ovvero alcune fattispecie di risoluzione di diritto²²), nonché, più in generale, le diverse ipotesi di diritti potestativi²³ suscettibili di esercizio stragiudiziale (dall’impugnazione delle rinunzie o transazioni del lavoratore, ai sensi dell’art. 2113 c.c., all’opposizione alla donazione oggi prevista dall’art. 563, 4° comma, c.c.).

Al contempo, è dato registrare un decremento quantitativo delle c.d. azioni costitutive necessarie²⁴, di quelle azioni, cioè, che tendono al conseguimento di un effetto giuridico sostanziale che non sarebbe possibile conseguire se non attraverso la intermediazione di un provvedimento giurisdizionale, persino nel delicato e nevralgico campo del diritto delle relazioni familiari, in cui, se è vero che rimangono ancora tali le azioni dirette a modificare lo stato di filiazione, limitare la capacità di agire, far annullare un matrimonio, dichiarare la decadenza dalla responsabilità genitoriale, è altresì vero che non lo sono certamente più, a partire quantomeno dal 2015, quelle volte ad ottenere una pronuncia di separazione personale o di divorzio.

In tempi recenti, poi, anche in un settore tradizionalmente refrattario all’attribuzione di poteri autonomi in capo ai privati, come il diritto dell’esecuzione civile, sono contemplate vere e proprie forme di tutela coattiva di carattere stragiudiziale, alternative e succedanee ai procedimenti di espropriazione forzata²⁵ (v. ad es.: art. 4 D.Lgs. n. 170/2004, che legittima il creditore ad eser-

²² Facciamo riferimento non soltanto alle figure di risoluzione contrattuale espressamente previste dalla legge, il cui carattere stragiudiziale è pacifico (v. ad es. art. 135-*quater*, 2° comma, c. cons.), ma anche a quelle atipiche, di elaborazione giurisprudenziale (su cui v. *amplius* S. Pagliantini, *Giudizialità e stragiudizialità della risoluzione per inadempimento: il modello italiano e la riforma francese* (art. 1219, 1224, 1226 e 1227 code civil), in *Giust. civ.*, 2017, p. 641 ss.).

²³ La categoria, pressoché sconosciuta ai giuristi di *Common Law* e a quelli francesi (come attesta A. Guarneri, *Le diverse categorie dei diritti soggettivi*, in Aa.Vv., *Il diritto soggettivo*, nel *Tratt. dir. civ.*, dir. da R. Sacco, Torino, 2001, p. 464), è stata tanto in passato criticata quanto mai definitivamente abbandonata dai giuristi di lingua tedesca e da quelli italiani, i quali, anzi, la accolgono tuttora con favore (v., ad es., D. Medicus, *Allgemeiner Teil des BGB. Ein Lehrbuch*, 8ª ed., Heidelberg, 2002, § 12, p. 39 ss.; B. Carpino, voce *Diritti potestativi*, in *Enc. giur. Treccani*, XI, Roma, 1989, p. 1 ss.; R. Oriani, *Diritti potestativi, contestazione stragiudiziale e decadenza*, Padova, 2003, pp. 2-3).

²⁴ Sulla distinzione fra azioni costitutive necessarie e non necessarie, cfr. A. Proto Pisani, *Appunti sulla tutela c.d. costitutiva (e sulle tecniche di produzione degli effetti sostanziali)*, in *Riv. dir. proc.*, 1991, p. 84 ss.; C. Ferri, *Profili dell’accertamento costitutivo*, Padova, 1970, p. 58 ss.

²⁵ Reputa l’impiego diffuso di questi strumenti «un efficace antidoto rispetto alla lentezza delle

citare la facoltà di appropriarsi di attività finanziarie oggetto di un contratto di garanzia finanziaria; art. 1, 7° comma, L. n. 119/2016, che legittima il creditore ad appropriarsi dei beni oggetto di un pegno non possessorio; art. 11-*quaterdecies*, comma 12-*quater* D.L. n. 203/2005, conv. in L. n. 248/2005, come modificato dalla L. n. 44/2015, che legittima il creditore in forza di un contratto di prestito vitalizio ipotecario a vendere l'immobile su cui grava l'ipoteca e ad appropriarsi del prezzo ricavato dalla vendita; art. 120-*quinquiesdecies* T.U.B., secondo cui, in forza di una specifica clausola, eventualmente inserita in contratti di credito immobiliare ai consumatori e ricorrendo determinati presupposti, il finanziatore può conseguire direttamente la proprietà dell'immobile concesso in garanzia), con conseguente trasformazione del potere del creditore di far espropriare in potere di espropriare direttamente i beni del debitore²⁶, il quale, peraltro, è oggi legittimato a chiedere al giudice dell'esecuzione di essere autorizzato a procedere direttamente alla vendita dell'immobile pignorato (v. nuovo art. 568-*bis* c.p.c.).

In definitiva, si tende sempre di più a incentivare il ricorso a strumenti della giustizia privata, che, pur realizzandosi al di fuori dal processo e a prescindere da esso, non soltanto risulta compatibile con il quadro costituzionale, ma assurge essa stessa a valore di rango costituzionale: da un lato, infatti, l'art. 24 Cost. deve essere letto e interpretato alla luce del principio italo-europeo c.d. di effettività della tutela (art. 48 Cost.; art. 13 CEDU; art. 2.3 Patto internazionale sui diritti civili e politici del 1966; art. 47 Carta di Nizza del 2000; art. 19, § 1 del Trattato UE)²⁷; dall'altro lato, la riserva prevista in favore dell'autorità giudiziaria, prevista dall'art. 2907, 1° comma, c.c., riguarda soltanto l'accesso alla tutela giurisdizionale dei diritti soggettivi, ma il monopolio statale della giurisdizione non esclude punto altre forme ('non giurisdizionali') di tutela dei diritti soggettivi disponibili²⁸.

In questa prospettiva, ha allora senso porsi l'interrogativo se il processo, più che una risorsa (sia pure «limitata, delicata, costosa e preziosa», come ha avuto occasione di sottolineare un ex Primo Presidente della Corte di Cassazione²⁹), non sia in realtà un ostacolo all'effettivo conseguimento di quei beni e

procedure di espropriazione forzata» A. Luminoso, *Patto commissorio, patto marciano e nuovi strumenti di autotutela esecutiva*, in *Riv. dir. civ.*, 2017, p. 21.

²⁶ V. Confortini, *Primato del credito*, Napoli, 2020, p. 21.

²⁷ Sul fondamento, sulla portata, sulle diverse articolazioni e sugli sviluppi di tale principio, ci permettiamo di rinviare il lettore ad A. Maniaci, *Rimedi e limiti di tutela dell'acquirente*, Pisa, 2018, pp. 28-42; v. anche, più di recente, C.V. Giabardo, *Effettività della tutela giurisdizionale e misure coercitive nel processo civile. Un'indagine di diritto comparato*, Torino, 2022, p. 28 ss., ed ivi (spec. p. 31, nota 7) ulteriori riferimenti.

²⁸ Cfr. sul punto F. Bocchini, *La tutela non giurisdizionale dei diritti nella Costituzione*, in *Liber amicorum in onore di Augusto Cerri*, Napoli, 2016, p. 140.

²⁹ Cfr. *Relazione sull'amministrazione della giustizia nell'anno 2011. Linee di fondo* del Dott. Erne-

interessi che sarebbe *in thesi* deputato istituzionalmente a garantire³⁰, laddove i privati, sia pure mercé strumenti e congegni forgiati o conformati dall'ordinamento giuridico, sembrano poter fare di più, di meglio e con minor dispendio di energie, costi e tempi rispetto a quelli connessi alla messa in moto di una complessa e farragginosa *machinery* qual è quella giudiziaria.

Cercheremo, pertanto, di illustrare le differenze più significative fra ADR (in futuro destinate ad essere ufficialmente denominate «strumenti complementari alla giurisdizione»: art. 1, 4° comma, lett *b* L. n. 206/2021) e processo, per modo da far emergere, soprattutto, i vantaggi (rispetto agli strumenti propriamente giurisdizionali) che presentano le varie ed eterogenee forme di giustizia consensuale finora conosciute in Italia, la cui finalità comune rimane – è bene ribadirlo – quella di salvaguardare e conservare la relazione fra le parti che l'esplosione di un conflitto ha minato, più che, od oltre che, i diritti che il conflitto ha reso controversi.

4. Processo civile *versus* ADR

Salve le differenze strutturali che inevitabilmente connotano le ADR rispetto al processo civile, in cui operano una serie di principi e regole, in tutto o in parte incompatibili con la fluidità, duttilità e informalità tipiche delle prime (rigore delle forme degli atti e delle relative sanzioni, principio di corrispondenza fra chiesto e pronunciato, modi di deduzione e rilevazione delle questioni pregiudiziali di rito, decadenze e preclusioni, principio di non contestazione, regole sulla distribuzione dell'onere della prova, sospensione feriale dei termini, *et cetera*), i vantaggi che le diverse forme di giustizia negoziata conosciute dal nostro sistema giuridico presentano rispetto al processo emergono già nella fase che precede quella della negoziazione, così come in quella successiva all'eventuale definizione del conflitto.

Ed invero, appena il conflitto ha manifestato i suoi primi 'sintomi', per solito si svolge una fase caratterizzata da una corrispondenza, più o meno fitta, tra i legali delle parti, in cui uno dei due potrebbe decidere – previa consultazione e informazione del cliente – di avviare un percorso negoziale, ovvero ritenere come unico sbocco possibile del conflitto la soluzione contenziosa: in quest'ultimo caso, il formale invio di un atto stragiudiziale di costituzione in mora, a differenza di quanto previsto in materia di mediazione civile e commerciale o di negoziazione assistita da avvocati (v., rispettivamente, art. 8, comma 2, D.Lgs.

sto Lupo in data 26 gennaio 2012, reperibile *on line* in http://www.cortedicassazione.it/cassazione-resources/resources/cms/documents/Presentazione_orale_2011.pdf.

³⁰ Si vedano le lucide riflessioni di A. Zoppini, *Effettività in-vece del processo*, in *Riv. dir. proc.*, 2019, p. 676 ss., spec. pp. 679 e 685.

n. 28/2010 e art. 8 D.L. n. 132/2014, conv. in L. n. 162/2014), non sarebbe sempre e comunque idoneo ad interrompere il decorso della prescrizione del diritto che si intende far valere, atteso che, stando alla giurisprudenza, tale effetto interruttivo è escluso quando si tratti di diritti potestativi³¹.

Anche confrontando la definizione giudiziale di una lite e l'epilogo dello svolgimento di uno dei procedimenti stragiudiziali volti alla conciliazione di controversie, emerge che, se l'esito di una ADR è positivo, il risultato consacrato nell'accordo negoziale raggiunto in quella sede risulta svincolato da qualsivoglia accertamento, trattandosi di «un atto di normazione concreta non condizionato da una previa operazione di sussunzione giuridica (accertamento) a cui quella normazione debba in ipotesi aderire»³², laddove l'esito aggiudicativo del terzo decisore (giudice o arbitro) presuppone un accertamento – ben scolpito da quel 'fare stato a ogni effetto', di cui si rinviene traccia nell'art. 2909 c.c. – di un bene della vita, sul quale, infatti, è destinato a scendere il giudicato (o la cosa giudicata) sostanziale, posto che la sua forza o, come si dice, 'autorità', è giuridicamente incompatibile – salve le ipotesi tassative ed eccezionali di impugnazione straordinaria – con un *bis in idem*, e cioè con ulteriori, successivi accertamenti, giudizi o decisioni relative al medesimo bene della vita (ivi comprese financo le sentenze di accoglimento della Corte costituzionale, di fronte alle quali, nonostante la loro retroattività, l'istituto del giudicato gode di una propria resistenza passiva³³). Anzi, nel nostro sistema giuridico processuale – a differenza di altri sistemi (v. ad es. § 322 ZPO) – il giudicato, si dice, copre sia il dedotto sia il deducibile, e cioè non solo quanto fatto valere espressamente in giudizio sotto forma di azione o di eccezione, ma anche le questioni che, pur non dedotte in giudizio, costituiscono un presupposto logico ed indefettibile della decisione (se, ad esempio, viene dedotto, come *causa petendi* di un'azione di annullamento di un contratto, il dolo dell'altro contraente e poi tale vizio del consenso non viene accertato, mentre era possibile dedurre un altro vizio del consenso, come ad esempio l'errore, il giudicato di rigetto nel merito dell'azio-

³¹ V. ad es. Cass., sez. lav., ord. 18 gennaio 2018, n. 1159, in *Rep. Foro it.*, 2018, voce "Prescrizione e decadenza", n. 58; Cass. ord. 17 marzo 2017, n. 6974, in *Ass.*, 2016, 335; Cass. ord. 4 settembre 2017, n. 20705, in *Rep. Foro it.*, 2017, voce "Prescrizione e decadenza", n. 33; Cass. 16 dicembre 2010, n. 25468, in *Rep. Foro it.*, 2010, voce "Prescrizione e decadenza", n. 74. La giurisprudenza sembra aver mutato tale indirizzo con riferimento ai diritti e alle azioni basate sulla garanzia redibitoria per vizi della cosa venduta (Cass. S.U. 11 luglio 2019, n. 18672, in *Corr. giur.*, 2019, 1025 ss.), ma ogni tentativo di generalizzazione della portata di tale *revirement* sarebbe arbitrario e, comunque, prematuro.

³² M. Bove, *La conciliazione nel sistema dei mezzi di risoluzione delle controversie civili*, in *Riv. trim. dir. e proc. civ.*, 2011, p. 1067.

³³ Non a caso si parla in questi casi di «retroattività apparente» (Cass. 29 novembre 2004, n. 22413, in *Rep. Foro it.*, 2004, voce "Corte costituzionale", n. 57).

ne di annullamento per dolo copre anche l'errore come vizio del consenso, che poteva essere dedotto, ma non è stato processualmente dedotto).

Ex converso, mentre le soluzioni eteronome della controversia (processo; arbitrato) non possono incidere su diritti diversi da quelli in contestazione, essendo la loro portata (de)limitata dai *petita* e dalle *causae petendi*, la soluzione consensuale e negoziale può – come anche confermato dall'art. 1965, 2° comma, c.c. – oltrepassare i confini della controversia, essendo sganciata dai «binari della distribuzione della ragione e del torto, imposti dall'art. 112 c.p.c.»³⁴.

Nel caso in cui l'esito del percorso negoziale sia negativo e attestato da un verbale di mancata conciliazione, poi, tale circostanza non sarebbe idonea di per sé a produrre alcun vincolo o effetto giuridico sul rapporto giuridico sostanziale, atteso che il comportamento tenuto dalle parti nel corso del procedimento di mediazione o di negoziazione assistita, consistente nella mancata partecipazione ingiustificata al primo incontro o nella mancata accettazione della proposta conciliativa o, rispettivamente, nel rifiuto dell'invito a stipulare una convenzione di negoziazione assistita, potrebbe sortire conseguenze sull'eventuale e futuro processo soltanto ai fini probatori o di sopportazione di spese, costi, indennità ed eventuali risarcimenti del danno da abuso del processo (v. artt. 12-*bis* e 13 D.Lgs. n. 28/2010; art. 4 D.L. n. 132/2014, conv. in L. n. 162/2014)³⁵.

Si può, pertanto, convenire con chi ha avuto occasione di sottolineare che il negozio compositivo della controversia perfezionatosi a seguito di una ADR «può dare al conflitto soluzioni che il giudice non potrebbe dare»³⁶, e ciò, anche in termini di stabilità, considerato che l'accordo conciliativo, oltre ad avere un fondamento volontario e consensuale, è immune da *errores in iudicando* o *in procedendo*, potendo essere il suo contenuto rimesso in discussione soltanto se ricorra uno di quei vizi che, sul piano sostanziale, integrano gli estremi di una causa di nullità o di annullamento, secondo le norme generali del contratto (artt. 1418 ss. e 1425 ss. c.c.) o le regole speciali in tema di accordi compositivi della lite (v. soprattutto gli artt. 1968, 1971, 1972, 1973, 1974 e

³⁴ I. Pagni, *Mediazione e processo nelle controversie civili e commerciali: risoluzione negoziale delle liti e tutela giudiziale dei diritti. Introduzione*, in *Soc.*, 2010, p. 623.

³⁵ È da escludersi, peraltro, che il contegno delle parti nel corso di altre ADR produca tali effetti (con riguardo al comportamento tenuto dinanzi al competente ispettorato provinciale dell'agricoltura in sede di tentativo di conciliazione, che era previsto dall'art. 46 L. n. 203/1982 come onere a carico di chi intendeva proporre in giudizio una domanda relativa a controversia in materia di contratti agrari, v. Cass. ord. 21 novembre 2019, n. 30329, in *Rep. Foro it.*, 2019, voce "Prova civile in genere", n. 30; Cass. 22 giugno 2001, n. 8596, in *Foro it.*, 2001, I, c. 3120 ss.).

³⁶ M. Bove, *Le ADR e la composizione stragiudiziale delle controversie: obblighi ed opportunità per il sistema della giustizia civile*, in *Scritti offerti dagli allievi a Francesco Paolo Luiso per il suo settantesimo compleanno*, Torino, 2017, p. 43.

1975 c.c. in tema di transazione)³⁷, salva l'eventuale esperibilità, attesa l'efficacia esecutiva *ex lege* dell'accordo o del verbale che lo recepisca, del rimedio cognitivo dell'opposizione all'esecuzione.

5. Altri *commoda* e *incommoda* del processo civile e delle ADR

Gli *incommoda* del processo appaiono ancor più gravi quando risultano speculari a *commoda* delle ADR.

Ne proponiamo qui un inventario, che ha carattere meramente esemplificativo.

5.1. Scelta del terzo che risolve, o contribuisce a risolvere, il conflitto

Sia la Costituzione (art. 25, 1° comma) sia la CEDU (art. 6) sia la Carta di Nizza (art. 47) precludono una scelta del giudice-persona fisica ad opera delle parti, le quali potranno soltanto, nei casi previsti dalla legge, derogare alla giurisdizione o alla competenza territoriale del giudice-ufficio giudiziario (*arg. ex art. 6 c.p.c.*). La garanzia costituzionale del giudice 'naturale' comporta, infatti, l'estraneità di qualsiasi determinazione umana nella scelta del giudice-persona fisica, che deve essere quindi individuato 'alla cieca'³⁸.

Ma in quel peculiare strumento di soluzione delle controversie che è l'arbitrato, la cui forma rituale si ritiene abbia peraltro natura giurisdizionale e sostitutiva della funzione del giudice ordinario (come oggi confermato anche dall'art. 824-*bis* c.p.c.)³⁹, le parti possono, di regola, scegliere l'arbitro (unico) o il proprio arbitro. Anzi, il potere di scelta dell'arbitro è una componente essenziale e qualificante della stipulazione del patto compromissorio⁴⁰.

In una certa misura, poi, le parti possono scegliere anche la persona fisica destinata ad assumere il ruolo di mediatore nel procedimento di mediazione

³⁷ Del resto, anche l'Avvocato Generale Juliane Kokott, nelle conclusioni presentate il 19 novembre 2009 nelle cause C-317-320/2008, ha sottolineato che «una conciliazione delle parti conclusa in via extragiudiziale è spesso più idonea a conseguire una duratura stabilità del diritto rispetto a una decisione giudiziaria controversa».

³⁸ R. De Liso, «Naturalità» e «precostituzione» del giudice nell'art. 25 della Costituzione, in *Giur. cost.*, 1969, c. 2696; S. Senese, *Giudice naturale e nuovo processo del lavoro*, in *Foro it.*, 1974, V, c. 116. Per una sintesi dei diversi significati che sono stati attribuiti ai termini 'precostituito' e 'naturale', v. M.F. Ghirga, *Riflessioni sul significato di giudice «naturale» nel processo civile*, in *Riv. dir. proc.*, 2002, pp. 832-833, nota 81.

³⁹ *Ex multis*, v. Cass. S.U. 26 ottobre 2020, n. 23418, in *Rep. Foro it.*, 2020, voce "Arbitrato", n. 86; Cass., S.U., ord. 13 giugno 2017, n. 14649, in *Riv. dir. intern. priv. e proc.*, 2018, p. 398; Cass. 8 marzo 2016, n. 4526, in *Foro pad.*, 2016, I, c. 409; Corte cost., 19 luglio 2013, n. 223, in *Foro it.*, 2013, I, c. 2690 ss., in motivazione.

⁴⁰ G. Mirabelli, *Scelta dell'arbitro e rapporto parti-arbitri*, in *Giust. civ.*, 1998, II, p. 325; C. Spacapelo, *L'imparzialità dell'arbitro*, Milano, 2009, p. 144.

civile o commerciale, che come tipologia di ADR si colloca per così dire in una posizione intermedia fra i modelli autonomi ed eteronomi⁴¹.

Vero che la domanda di mediazione può e deve indicare l'organismo di mediazione (art. 4 D.Lgs. n. 28/2010), il cui responsabile avrà poi il compito di designare la persona del mediatore più competente ed idonea per quella singola controversia (v. art. 8, 1° comma, D.Lgs. n. 28/2010).

Vero è anche, però, che – come consentito dall'art. 7, 5° comma, lett. c D.M. n. 180/2010 e previsto da numerosi regolamenti di camere di commercio – le parti possono se non intervenire attivamente nella designazione quantomeno fornire una comune indicazione per la scelta del mediatore, individuandolo fra quelli inseriti nelle liste dell'organismo di mediazione. Anzi, qualcuno ha ritenuto persino auspicabile che le parti consensualmente, anche se non necessariamente contestualmente, contribuiscano alla designazione del mediatore⁴².

5.2. *Tempi, modi e costi del procedimento*

Il processo in quanto tale ha un vizio genetico, ben lumeggiato in un romanzo di un noto scrittore francese: «c'è della lentezza nella parola 'processo', una lentezza fatale»⁴³.

Ma l'Italia vanta il primato europeo nella lunghezza dei processi civili, in quanto, anche con riferimento agli ultimi tre anni giudiziari, la durata media delle cause civili in primo grado dinanzi ai tribunali è stata calcolata in un tempo non inferiore a 600 giorni⁴⁴.

Del resto, a differenza di quanto previsto in relazione ad alcune ADR, come la mediazione e la negoziazione assistita da avvocati (v. rispettivamente art. 6 D.Lgs. n. 28/2010 e art. 2 D.L. n. 132/2014, conv. in L. n. 162/2014), in cui il tempo massimo del procedimento è preordinato dalla legge (tre mesi nella mediazione; tre mesi, prorogabile per ulteriori trenta giorni su accordo delle parti, per la negoziazione assistita), la disciplina del processo civile non prevede un limite massimo di durata, sicché il tempo del processo potrà essere sindacato soltanto ai sensi della legge n. 89/2001, che prevede i presupposti, le condizioni e i limiti di ammissibilità della domanda di equa riparazione dei danni subiti a causa della durata irragionevole del processo. Peraltro, in Italia è

⁴¹ In tal senso, v. F. Danovi, F. Ferraris, *La cultura della mediazione e la mediazione come cultura*, cit., p. 14, i quali la considerano come una figura 'mediana' tra i due poli della transazione e dell'arbitrato.

⁴² M. Marinaro, *La designazione del mediatore tra legislazione e prassi ministeriale*, in *Riv. arb.*, 2012, p. 1015; R. Tiscini, *La mediazione civile e commerciale. Composizione della lite e processo nel d.lgs. n. 28/2010 e nei D.M. nn. 180/2010 e 145/2011*, Torino, 2011, p. 38, nota 26.

⁴³ D. Pennac, *La prosvendola*, trad. it. Y. Melaouah, Milano, 2004, p. 222.

⁴⁴ V. *Relazione sull'amministrazione della giustizia nell'anno 2022* del Primo Presidente della Corte di Cassazione Pietro Curzio, Roma, 26 gennaio 2023, p. 27.

paradossalmente avvenuto che sia stata proposta domanda di risarcimento del danno non patrimoniale sofferto a causa della non ragionevole durata di un giudizio di equa riparazione⁴⁵.

Né a tale lacuna normativa può sopperire l'istituto del calendario del processo (art. 81-*bis* disp. att. c.p.c.), sia perché i termini fissati nel calendario possono essere prorogati per gravi motivi sopravvenuti, sia soprattutto perché le sanzioni per l'inosservanza di tali termini da parte del giudice sono talmente platoniche (in quanto eventuali, incidenti soltanto sul piano disciplinare e sulla carriera del magistrato, nonché dipendenti dall'esito di accertamenti autonomi da compiersi *ex post*⁴⁶) da rendere l'istituto sostanzialmente lettera morta.

Il processo ha, poi, le sue forme, che le varie riforme succedutesi nel tempo hanno accentuato, e sia il rito sia le regole endoprocessuali non possono essere frutto di una scelta delle parti⁴⁷.

Nell'arbitrato rituale *ad hoc*, le cose stanno un po' diversamente, se si legge con attenzione l'art. 816-*bis*, 1° comma, c.p.c. e ci si rende conto delle potenzialità in esso racchiuse, nei fatti sinora poco sfruttate⁴⁸, mentre nella mediazione civile o commerciale e nella negoziazione assistita regna il principio di informalità (*arg. ex artt.* 3, 3° comma e 8, 3° comma, D.Lgs. n. 28/2010)⁴⁹ e comunque gli spazi di autonomia nella regolamentazione dei modi e dei tempi del procedimento sono molto più ampi di quelli riservati dalla disciplina del processo civile.

Quanto, infine, al profilo delle spese, è sufficiente esaminare e confrontare l'entità dei 'costi vivi' che l'accesso alla tutela giurisdizionale e l'accesso agli strumenti di risoluzione non giurisdizionale delle controversie rispettivamente comportano per rendersi conto della sesquipedale differenza fra essi (sul punto, v. soprattutto art. 13 del D.P.R. n. 115/2002, che regola e determina gli im-

⁴⁵ Hanno esaminato la questione Cass. 2 gennaio 2013, n. 1, salvo errore inedita, e Cass. 18 gennaio 2013, n. 1261, in *Resp. civ. e prev.*, 2013, p. 1153.

⁴⁶ Sul punto, v. M.F. Ghirga, *Le novità sul calendario del processo: le sanzioni previste per il suo mancato rispetto*, in *Riv. dir. proc.*, 2012, p. 180.

⁴⁷ Per l'analisi degli accordi delle parti che incidono sul processo, ci permettiamo di rinviare il lettore interessato ad A. Maniaci, *Autonomia privata e conflitto*, in F. Danovi, F. Ferraris, T. Fragomeni, A. Maniaci, A. Marchese, *I patti preconstituzionali*, Torino, 2019, p. 122 ss.

⁴⁸ G.F. Ricci, *Articolo 816-bis*, in Aa.Vv., *Arbitrato*. Commentario, dir. da F. Carpi, Bologna, 2007, p. 390; L. Salvaneschi, *Dell'arbitrato. Art. 806-840*, Bologna, 2014, p. 391 ss.; F. Danovi, *Il linguaggio del processo*, Milano, 2018, pp. 108-109; v. anche S. La China, *L'arbitrato. Il sistema e l'esperienza*, Milano, 2011, p. 127, secondo cui le parti sono restie ad esercitare tale potere, che le indurrebbe a redigere una sorta di "editto pretorio" nella prospettiva di una lite del tutto ipotetica ed eventuale.

⁴⁹ Sul punto, v. G. Fanelli, *La struttura del procedimento tra flessibilità e garanzia*, in Aa.Vv., *Mediazione e conciliazione nel nuovo processo civile*, a cura di B. Sassani e F. Santagada, Roma, 2011, pp. 34-35; V. Verdicchio, *L'informalità della procedura di mediazione e la sua sede (chiose a margine dell'art. 8, 2° comma, d.leg. n. 28/2010)*, in *Corti Irpinia*, 2010, p. 609 ss.

porti dovuti a titolo di contributo unificato, destinati peraltro ad aumentare della metà o a raddoppiare nel caso in cui si tratti, rispettivamente, di giudizi di impugnazione o dinanzi alla Corte di cassazione).

5.3. Mancanza di filtri di accesso alla tutela

Come anche osservato da un autorevole processualista “deluso” e recentemente scomparso⁵⁰, la moltiplicazione dei filtri che rendono inammissibile l’accesso alla tutela giurisdizionale finiscono con il limitare la portata dell’azione intesa quale aspettativa a un provvedimento di merito.

Nel processo di primo grado, il filtro più temibile per le parti è l’interesse ad agire (o a resistere in giudizio), che la giurisprudenza civile maneggia con la più acrobatica disinvoltura, richiedendo, di volta in volta, che sia attuale e concreto ovvero che riveli uno stato oggettivo di incertezza del bene della vita o un’utilità apprezzabile del risultato conseguibile con l’intervento del giudice⁵¹, fermo restando, comunque, che esso è carente quando siano integrati gli estremi dell’abuso del diritto di azione, le cui maglie la stessa giurisprudenza ha progressivamente allargato a dismisura⁵².

Nei processi di impugnazione, i nuovi ‘filtri’ introdotti negli anni 2009 e 2012 (v. artt. 342, 348-*bis*, 342-*ter* e 360-*bis* c.p.c.), modificati soltanto in parte dalla riforma ‘Cartabia’ e comunque in vigore sino quantomeno al 2022, hanno reso molto più gravosi gli oneri, non solo formali, ma anche argomentativi dell’appellante e del ricorrente in cassazione, i quali hanno rischiato, e rischiano tuttora, di incappare nella sanzione processuale della inammissibilità anche per vizi che attengono al merito della causa⁵³, come quelli fondati su precedenti giurisprudenziali.

⁵⁰ V. Colesanti, *Brevi «mémoires» (d’outre-tombe) di un processualista deluso*, in *Riv. dir. proc.*, 2019, 646.

⁵¹ Sul punto, cfr. ad es. M. Marinelli, *La clausola generale dell’art. 100 c.p.c. Origini, metamorfosi e nuovi ruoli*, Trento, 2005, p. 152 ss., e le sentenze ivi richiamate. Per un’analisi approfondita della giurisprudenza, cfr. *amplius* E. Fabiani, *Interesse ad agire, mero accertamento e limiti oggettivi del giudicato*, in *Riv. dir. proc.*, 1998, p. 545 ss.; G. Impagnatiello, *Due note in tema di interesse ad agire*, in *Foro it.*, 1993, I, c. 964 ss.

⁵² Ci si è spinti ad affermare che un’azione esecutiva, se ha ad oggetto un credito di natura meramente patrimoniale (!?) e di entità economica oggettivamente minima (?), non può ricevere tutela giuridica: *incredibile dictu*, ma vero (v. Cass. 3 marzo 2015, n. 4228, in *Corr. giur.*, 2016, p. 251 ss., con nota giustamente critica di A. Panzarola). In materia penale, invece, la Suprema Corte ha ritenuto legittima la misura della perquisizione personale funzionale al rinvenimento di una banconota da venti euro (Cass., V sez. pen., 10 agosto 2016, n. 34807, salvo errore inedita).

⁵³ Con riguardo al filtro dell’appello, v. ad es. S. Dalla Bontà, *Contributo allo studio del filtro in appello*, Napoli, 2015; Ead., *Limiti e filtri nei mezzi di impugnazione. Sull’accesso alla seconda istanza di giudizio*, in *Giusto proc. civ.*, 2017, p. 137 ss.; con riguardo al filtro in cassazione, v. l’analisi critica della giurisprudenza svolta da R. Tiscini, *Il filtro in cassazione nella giurisprudenza della Corte*, in *Riv. dir. proc.*, 2019, p. 1028 ss.

Nulla di tutto ciò è previsto nel contesto dei metodi non contenziosi di risoluzione dei conflitti, il cui carattere deformalizzato è incompatibile sia con vagli selettivi di questo tipo, sia con sanzioni diverse dalla (mera) irregolarità⁵⁴, sia con l'uso di argomenti basati sull'invocazione di precedenti esiti di ADR, che sarebbero peraltro rappresentati da documenti riservati e inutilizzabili (accordi, transazioni, verbali).

A differenza delle ADR, poi, il processo non conosce strumenti corrispondenti ai c.d. arbitrati tecnici (o sulle qualità), o alle clausole di adeguamento di contratti di durata⁵⁵ e, più in generale, risulta inidoneo all'accertamento di semplici fatti o alla soluzione di mere questioni (salve ipotesi eccezionali, come la querela di falso).

5.4. *Incommoda delle ADR*

A fronte di tutti questi *commoda* che le ADR indubbiamente presentano (ma si potrebbero ovviamente menzionare altri vantaggi e opportunità), gli *incommoda* rispetto al processo sono di modesta portata e comunque riflettono la diversa tipologia e finalità dello strumento di risoluzione del conflitto (non giurisdizionale e negoziale, ovvero giurisdizionale e contezioso).

Che l'atto introduttivo di una ADR non sia perfettamente equivalente alla proposizione di una domanda giudiziale, o che l'accordo conciliativo raggiunto a seguito di una ADR non sia perfettamente equivalente ad una sentenza (di accoglimento), è infatti un logico corollario della diversa natura del mezzo di tutela cui si fa ricorso.

Non può, pertanto, suscitare alcuno scandalo giuridico il fatto che la domanda di mediazione o l'invito a concludere una convenzione di negoziazione assistita non produce effetti sostanziali diversi da quelli circoscritti ai profili della prescrizione e della decadenza (v. ad es. artt. 55, 561, 2° comma, 669, 2° comma, 807, 948, 1148, 1283, 1453, 2° comma, 1492, 2° comma, c.c.), ovvero che esse non siano trascrivibili, perché questi sono effetti giuridici tipici ed esclusivi di domande giudiziali⁵⁶.

Al più, con uno sforzo ermeneutico compatibile con il quadro normativo complessivo, si può condividere l'opinione di chi ritiene che, fra gli effetti sostanziali di natura conservativa della (comunicazione della) domanda di mediazione, sia annoverabile anche quello sospensivo della prescrizione, previsto

⁵⁴ Cfr. sul punto A.M. Marzocco, *Requisiti di forma-contenuto ed effetti dell'istanza di mediazione*, in *Rass. dir. civ.*, 2012, p. 1133.

⁵⁵ Sul punto, v. *amplius* M. Bove, *La perizia arbitrale*, Torino, 2001, pp. 4, 155 ss. e 176 ss.; Id., *Le ADR e la composizione stragiudiziale delle controversie*, cit., p. 39, nota 12.

⁵⁶ R. Tiscini, *Vantaggi e svantaggi della nuova mediazione finalizzata alla conciliazione: accordo e sentenza a confronto*, in *Giust. civ.*, 2010, II, p. 492; G. Frezza, *Sulla trascrivibilità della domanda di mediazione e dei ricorsi al giudice amministrativo*, in *Giust. civ.*, 2012, II, pp. 516-517.

dall'art. 2945, 2° comma, c.c., che perdurerebbe fino al deposito del verbale di mancata conciliazione o del verbale che recepisce l'accordo conciliativo⁵⁷. Lo stesso discorso vale, ovviamente, per (la comunicazione del)l'invito a concludere una convenzione di negoziazione assistita, attesa la pressoché identica formulazione dell'art. 8, 2° comma, D.Lgs. n. 28/2010 e dell'art. 8 n. 132/2014, conv. in L. n. 162/2014. Rimane, tuttavia, ferma l'inapplicabilità dell'art. 2953 c.c. in tema di *actio iudicati*, secondo cui la prescrizione breve si converte in ordinaria (decennale) a seguito di una sentenza di condanna passata in giudicato⁵⁸, perché in questo caso la legge presuppone necessariamente una sentenza di condanna, cui non può essere equiparata l'esito di una ADR.

Infine, appare comunque insuperabile lo scoglio dogmatico e sistematico derivante dal carattere indisponibile del diritto controverso, atteso che si tratta di un limite connaturato al potere di disposizione negoziale dei privati (*arg. ex* art. 1966, 2° comma, c.c. e art. 806, 1° comma, c.p.c.)⁵⁹, sebbene il legislatore delle ultime riforme abbia ingenerato nell'interprete il dubbio che anche un diritto considerato tradizionalmente indisponibile come il diritto agli alimenti⁶⁰ possa, a certe condizioni, essere oggetto di accordi compositivi della controversia (v. art. 6 D.L. n. 132/2014, conv. in L. n. 162/2014, così come modificato dall'art. 1, comma 35, L. n. 206/2021, entrato in vigore il 22 giugno 2022).

In definitiva, non sembra che gli indubbi e significativi vantaggi delle ADR rispetto al processo, alcuni dei quali sono stati anche sunteggiati dalla giurisprudenza europea⁶¹, siano destinati ad essere neutralizzati, compensati o anche soltanto attenuati dagli svantaggi appena visti.

⁵⁷ D. Dalfino, *Domanda di mediazione ed effetti sulla prescrizione e sulla decadenza: l'attuazione della Dir. 2008/52/CE da parte degli Stati membri*, in *Giusto proc. civ.*, 2015, p. 49, ed ivi (alla nota 33) ulteriori riferimenti dottrinali conformi; G. Arieta, *La domanda di mediazione e le regole di instaurazione del procedimento*, in *Corr. giur.*, 2011, p. 569; *contra*, però, F. Danovi, *Mediazione, processo e ruolo dell'avvocato*, in *Giusto proc. civ.*, 2011, p. 1052; G. Impagnatiello, *La domanda di mediazione: forma, contenuto, effetti*, *ivi*, 2011, pp. 714-715.

⁵⁸ In tal senso, v. R. Tiscini, *La mediazione civile e commerciale*, cit., p. 279.

⁵⁹ È pacifica la natura negoziale dell'accordo conciliativo (D. Dalfino, *La mediazione civile e commerciale*, 2ª ed., in *Comm. Chiarloni*, Bologna, 2022, pp. 490-491, nota 57, ed ivi gli opportuni riferimenti).

⁶⁰ Cfr. ad es. G. Tamburrino, voce *Alimenti (dir. civ.)*, in *Enc. dir.*, II, Milano, 1958, p. 31; F. Macioce, voce *Rinuncia (dir. priv.)*, in *Enc. dir.*, XL, Milano, 1989, p. 943.

⁶¹ V. Corte giust. UE, 18 marzo 2010, cause nn. 317-320/2008, Alassin c. Telecom Italia (in *Foro it.*, 2010, IV, c. 361 ss.), che ha avuto cura di precisare i presupposti di un'ADR (obbligatoria): (i) non deve condurre a una decisione vincolante; (ii) non deve comportare tempi eccessivi; (iii) non deve comportare costi ingenti per le parti; (iv) deve sospendere o interrompere la prescrizione del diritto controverso; (v) la via elettronica non deve costituire l'unica modalità di accesso alla procedura; (vi) nei casi urgenti, deve essere possibile disporre provvedimenti provvisori.

6. Conclusioni

Si può discutere a lungo circa i possibili o migliori modi di gestione dei conflitti, che la storia conferma essere stati i più vari ed eterogenei (oracolo, ordalia, compurgazione, duello, votazione, processo, forme consensuali o partecipative di giustizia).

Ma una cosa è certa: la scelta del modo di risolvere un conflitto è inevitabilmente destinata ad influire sulla relazione fra le parti, che, dopo il conflitto, può uscirne spezzata o lacerata, ovvero rafforzata, consolidata e dunque proiettata verso il futuro.

In questa delicata e cruciale scelta, che è anzitutto politica⁶², si coglie e si scioglie anche, in definitiva, la contraddizione del diritto nella perenne dialettica tra funzione irenògena e funzione polemògena.

Riferimenti bibliografici

G. Arieta, *La domanda di mediazione e le regole di instaurazione del procedimento*, in *Corr. giur.*, 2011, p. 569; M. Benasayag-A. del Rey, *Elogio del conflitto*, Milano, 2008; F. Bocchini, *La tutela non giurisdizionale dei diritti nella Costituzione*, in *Liber amicorum in onore di Augusto Cerri*, Napoli, 2016; M. Bove, *La perizia arbitrale*, Torino, 2001; M. Bove, *La conciliazione nel sistema dei mezzi di risoluzione delle controversie civili*, in *Riv. trim. dir. e proc. civ.*, 2011; M. Bove, *Le ADR e la composizione stragiudiziale delle controversie: obblighi ed opportunità per il sistema della giustizia civile*, in *Scritti offerti dagli allievi a Francesco Paolo Luiso per il suo settantesimo compleanno*, Torino, 2017; R. Caillois, *I giochi e gli uomini. La maschera e la vertigine*, Milano, 2007; P. Calamandrei, *Il processo come giuoco*, in *Scritti giuridici in onore di Francesco Carnelutti*, II, Padova, 1950; F. Carnelutti, *Giuoco e processo*, in *Riv. dir. proc.*, 1951, I; B. Carpino, voce *Diritti potestativi*, in *Enc. giur. Treccani*, XI, Roma, 1989; A. Cattani, *Botta e risposta. L'arte della replica*, Bologna, 2006; S. Chiarloni, *Questioni rilevabili d'ufficio, diritto di difesa e "formalismo delle garanzie"*, in *Id.*, *Formalismo e garanzie. Studi sul processo civile*, Torino, 1995; V. Colesanti, *Brevi «mémoires» (d'outre-tombe) di un processualista deluso*, in *Riv. dir. proc.*, 2019; V. Confortini, *Primato del credito*, Napoli, 2020; G. Così, *La responsabilità del giurista. Etica e professionale legale*, Torino, 1998; D. Dalfino, *Domanda di mediazione ed effetti sulla prescrizione e sulla decadenza: l'attuazione della Dir. 2008/52/CE da parte degli Stati membri*, in *Giusto proc. civ.*, 2015; D. Dalfino, *La mediazione civile e commerciale*, 2^a ed., in *Comm. Chiarloni*, Bologna, 2022; S. Dalla Bontà, *Contributo allo studio del filtro in appello*, Napoli, 2015; S. Dalla Bontà, *Limiti e filtri nei mezzi di impugnazione. Sull'accesso alla seconda istanza di giudizio*, in *Giusto proc. civ.*, 2017; S. Dalla Bontà, *Giustizia consensuale*, in *Giustizia consensuale*, 2021; F. Danovi, *Il linguaggio del processo*, Milano, 2018; F. Danovi, *Mediazione, processo e ruolo dell'avvocato*, in *Giusto proc. civ.*, 2011; F. Danovi-F.

⁶² Cfr. N. Irti, *Per una teoria della norma giuridica*, in *Id.*, *Un diritto incalcolabile*, Torino, 2016, p. 184, secondo cui il diritto non si limita a regolare i conflitti, ma stabilisce anche i criteri che presiedono alla soluzione dei conflitti.

Ferraris, *La cultura della mediazione e la mediazione come cultura*, Milano, 2013; Dante, *De Monarchia*, II, 5, 1, Oxford, 1894; R. De Liso, «Naturalità» e «precostituzione» del giudice nell'art. 25 della Costituzione, in *Giur. cost.*; F. Di Marzio, *La ricerca del diritto*, Bari-Roma, 2021; R. Donzelli, *Pregiudizio effettivo e nullità degli atti processuali*, Napoli, 2020; R. Donzelli, *Sul «principio del pregiudizio effettivo»*, in *Riv. dir. civ.*, 2020; E. Fabiani, *Interesse ad agire, mero accertamento e limiti oggettivi del giudicato*, in *Riv. dir. proc.*, 1998; G. Fanelli, *La struttura del procedimento tra flessibilità e garanzia*, in AA.VV., *Mediazione e conciliazione nel nuovo processo civile*, a cura di B. Sassani e F. Santagada, Roma, 2011; G. Fassò, *Storia della filosofia del diritto*, I, Bologna, 1976; V. Ferrari, *Le parti e il rischio del processo*, in *Quaderni della Riv. trim. dir. e proc. civ.*, 2008; C. Ferri, *Profili dell'accertamento costitutivo*, Padova, 1970; G. Frezza, *Sulla trascrivibilità della domanda di mediazione e dei ricorsi al giudice amministrativo*, in *Giust. civ.*, 2012, II; A. Gentili, *Verso uno statuto generale delle ADR?*, in *Nuovo dir. civ.*, 2017; M.F. Ghirga, *Riflessioni sul significato di giudice «naturale» nel processo civile*, in *Riv. dir. proc.*, 2002; M.F. Ghirga, *Le novità sul calendario del processo: le sanzioni previste per il suo mancato rispetto*, in *Riv. dir. proc.*, 2012; C.V. Giabardo, *Effettività della tutela giurisdizionale e misure coercitive nel processo civile. Un'indagine di diritto comparato*, Torino, 2022; A. Giuliani, *La controversia. Contributo alla logica giuridica*, in *Studi nelle scienze giuridiche e sociali dell'Università di Pavia*, vol. XXXIX, Pavia, 1966; N. Gómez Dávila, *Escolios a un texto implicito*, I, Bogotá, 1977 trad. it. *Tra poche parole*, Milano, 2007; A. Guarneri, *Le diverse categorie dei diritti soggettivi*, in AA.VV., *Il diritto soggettivo*, nel *Tratt. dir. civ.*, dir. da R. Sacco, Torino, 2001; J. Huizinga, *Homo ludens* [Amsterdam, 1939], trad. it. Torino, 2002; G. Impagnatiello, *Due note in tema di interesse ad agire*, in *Foro it.*, 1993, I; G. Impagnatiello, *La domanda di mediazione: forma, contenuto, effetti*, in *Giusto proc. civ.*, 2011; N. Irti, *Per la magistratura ordinaria nella storia dell'Italia unita*, in *Riv. trim. dir. e proc. civ.*, 2013; N. Irti, *Diritti senza verità*, Laterza, Roma-Bari, 2011; N. Irti, *Un diritto incalcolabile*, Torino, 2016; A. Kojève, *Esquisse d'une phénoménologie du droit. Exposé provisoire* [1943], trad. it. *Linee di una fenomenologia del diritto*, Milano, 1989; S. La China, *L'arbitrato. Il sistema e l'esperienza*, Milano, 2011; A. Levi, *Ubi societas, ubi ius*, in Id., *Saggi di teoria del diritto*, Bologna, 1923; F.P. Luiso, *Diritto processuale civile*, V, Milano, 2017; F.P. Luiso, *La conciliazione nel quadro della tutela dei diritti*, in *Riv. trim. dir. e proc. civ.*, 2004; F.P. Luiso, *Il modello italiano di mediazione - Il «giusto» procedimento di mediazione (contraddittorio, riservatezza, difesa, proposta)*, in *Giur. it.*, 2012; A. Luminoso, *Patto commissorio, patto marciano e nuovi strumenti di autotutela esecutiva*, in *Riv. dir. civ.*, 2017; F. Macioce, voce *Rinuncia (dir. priv.)*, in *Enc. dir.*, XL, Milano, 1989; C. Mandrioli, *In tema di vizi c.d. «non formali» degli atti processuali civili*, in *Jus*, 1960; A. Maniaci, *Rimedi e limiti di tutela dell'acquirente*, Pisa, 2018; A. Maniaci, *Autonomia privata e conflitto*, in F. Danovi-F. Ferraris-T. Fragomeni-A. Maniaci-A. Marchese, *I patti preconfittuali*, Torino, 2019; M. Marinaro, *La designazione del mediatore tra legislazione e prassi ministeriale*, in *Riv. arb.*, 2012; M. Marinelli, *La clausola generale dell'art. 100 c.p.c. Origini, metamorfosi e nuovi ruoli*, Trento, 2005; A.M. Marzocco, *Requisiti di forma-contenuto ed effetti dell'istanza di mediazione*, in *Rass. dir. civ.*, 2012; D. Medicus, *Allgemeiner Teil des BGB. Ein Lehrbuch*, 8ª ed., Heidelberg, 2002; G. Mirabelli, *Scelta dell'arbitro e rapporto parti-arbitri*, in *Giust. civ.*, 1998, II; R. Oriani, *Diritti potestativi, contestazione stragiudiziale e decadenza*, Padova, 2003; I. Pagni, *Mediazione e processo nelle controversie civili e commerciali: risoluzione negoziale*

delle liti e tutela giudiziale dei diritti. *Introduzione*, in *Soc.*, 2010; S. Pagliantini, *Giudizialità e stragiudizialità della risoluzione per inadempimento: il modello italiano e la riforma francese (art. 1219, 1224, 1226 e 1227 code civil)*, in *Giust. civ.*, 2017; D. Pennac, *La prosivendola*, trad. it. Y. Melouah, Milano, 2004; R. Pound, *Jurisprudence*, St. Paul, Minn., 1959; R. Pound, *The Causes of Popular Dissatisfaction with the Administration of Justice*, in *40 American Law Review*, 1906; A. Proto Pisani, *Appunti sulla tutela c.d. costitutiva (e sulle tecniche di produzione degli effetti sostanziali)*, in *Riv. dir. proc.*, 1991; G.F. Ricci, *Articolo 816-bis*, in AA.VV., *Arbitrato*. Commentario, dir. da F. Carpi, Bologna, 2007; F. Rigano, *Note sullo statuto costituzionale del giudice comune*, in *Riv. dir. cost.*, 2006; L. Salvaneschi, *Dell'arbitrato. Art. 806-840*, Bologna, 2014; S. Satta, *Il formalismo nel processo*, in *Riv. trim. dir. e proc. civ.*, 1958; S. Senese, *Giudice naturale e nuovo processo del lavoro*, in *Foro it.*, 1974, V; C. Spaccapelo, *L'imparzialità dell'arbitro*, Milano, 2009; G. Tamburrino, voce *Alimenti (dir. civ.)*, in *Enc. dir.*, II, Milano, 1958; A. Tedoldi, *L'appello civile*, Torino, 2016; R. Tiscini, *La mediazione civile e commerciale. Composizione della lite e processo nel d.lgs. n. 28/2010 e nei D.M. nn. 180/2010 e 145/2011*, Torino, 2011; R. Tiscini, *Vantaggi e svantaggi della nuova mediazione finalizzata alla conciliazione: accordo e sentenza a confronto*, in *Giust. civ.*, 2010, II; R. Tiscini, *Il filtro in cassazione nella giurisprudenza della Corte*, in *Riv. dir. proc.*, 2019; N. Trocker, *La Direttiva CE 2008/52 in materia di mediazione: una scelta per il rinnovamento della giustizia civile in Europa*, in AA.VV., *La mediazione civile alla luce della direttiva CE 2008/52*, a cura di N. Trocker-A. De Luca, Firenze, 2011; S. Valzania, *La partita di diritto. Considerazioni sull'elemento ludico del processo*, in *Jus*, 1978; V. Verdicchio, *L'informalità della procedura di mediazione e la sua sede (chiose a margine dell'art. 8, 2° comma, d.leg. n. 28/2010)*, in *Corti Irpinia*, 2010; P. Zamorani, *Poesie romanistiche*, Milano, 2003; A. Zoppini, *Effettività in-vece del processo*, in *Riv. dir. proc.*, 2019.

Un nuovo Avvocato per un nuovo Cliente

Carla Marcucci

SOMMARIO: 1. Malattie e conflitti: molte analogie fra due mondi uniti dalla paura e dal bisogno di aiuto delle persone che li frequentano. – 2. Il *perché* della risoluzione dei conflitti attraverso il negoziato. – 3. Il *come* della risoluzione dei conflitti attraverso il negoziato. – 4. La relazione dell'avvocato-negoziatore con il cliente. – 5. Prendersi cura: un ruolo che può essere svolto solo dall'essere umano. – 6. Una valutazione integrata dell'interesse del cliente anche per la prospettiva del contezioso giudiziario. – 7. La necessità di una formazione integrata. – 8. A mo' di conclusione: l'operazione è riuscita, ma il paziente è morto.

1. Malattie e conflitti: molte analogie fra due mondi uniti dalla paura e dal bisogno di aiuto delle persone che li frequentano

L'analisi delle linee evolutive in atto da anni nella medicina e nel diritto – per gestire, rispettivamente, malattie e conflitti – rende evidenti i molti nessi e le profonde analogie fra i due mondi, soprattutto ove si focalizzi l'attenzione sulla sempre più avvertita necessità di un nuovo rapporto fra medico/paziente e fra avvocato/assistito.

In campo medico, a fronte del tradizionale paradigma bio-medico, che si concretizza in un atteggiamento paternalistico del medico verso il malato, pare andare affermandosi un paradigma più olistico, dove l'*Evidence Based Medicine*, fondata sul metodo dell'osservazione e della sperimentazione scientifica, viene integrata con la *Narrative Based Medicine* che valorizza i vissuti e le narrazioni del malato rispetto alla sua personale esperienza di malattia¹.

Tale (necessità di) cambiamento ha una sua espressa consacrazione in una disposizione della legge n. 219/2017, che detta “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento” e che, all'art. 1, 8° comma, enuncia che “Il tempo di comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura”².

¹ “La medicina narrativa (o “Narrative Based Medicine”) è un termine coniato da Rita Charon per sottolineare il ruolo della narrazione, sia essa scritta, verbale o para-verbale, nell'ambito della relazione di cura. Partendo dal presupposto che si cura la persona e non la malattia, la componente narrativa contribuisce a migliorare il rapporto terapeutico e, in definitiva, la cura della persona”: M. Foglia, *Nell'acquario. Contributo della medicina narrativa al discorso giuridico sulla relazione di cura*, in *Resp. medica*, 2018, p. 373.

² Cfr. L. Orsi, *La relazione in medicina*, in *Resp. medica*, 2019, p. 13, il quale si chiede come

In questa nuova ottica, stabilire una buona relazione fra medico e paziente – fatta di ascolto, empatia, tempo, condivisione di programmazione ed obiettivi – diventa un atto terapeutico, forse il primo e più importante.

E tutto ciò è ben diverso dalla deriva burocratica a causa della quale in certi casi – troppi – l'autodeterminazione del paziente si materializza in un modulo che deve essere firmato non come atto conclusivo di un vero e proprio percorso condiviso, ma come strumento per trasferire, mediante il consenso informato, la responsabilità da un soggetto (il professionista) ad un altro (il fruitore della prestazione professionale)³.

Non è questa la sede per soffermarsi sulla fattibilità concreta del precetto normativo sopra richiamato, che rischia di essere una pia aspirazione a fronte delle ragioni di bilancio economico delle aziende sanitarie, per le quali il tempo di relazione è spesso limitato a non più di pochi minuti d'intrattenimento del medico con il paziente.

In campo legale, da oltre un decennio anche in Italia è stata sempre più avvertita l'esigenza di individuare metodi alternativi alla giustizia dispensata dall'autorità giudiziaria. Nel nostro Paese, purtroppo, a spingere in tale direzione sono stati motivi molto pragmatici piuttosto che ragioni culturali, ossia un intento deflattivo, peraltro candidamente dichiarato nei titoli delle leggi di riforma⁴, quale quello di porre rimedio ad un eccessivo carico di lavoro dei tribunali, non più in grado di smaltire una richiesta eccedente rispetto alla ca-

venga percepito il tempo disponibile: “come Chronos o come Kairos? Il Chronos è il tempo fisico lineare, sottile, scandito dall'orologio e quindi un tempo che corre veloce e che porta ad utilizzarlo o percepirlo come un tempo episodico, un “tutto subito e qua” con alta tensione emotiva (ansia, preoccupazione, timore, paura) perché si deve comunicare l'essenziale (la parte biologico-clinica della malattia) nel poco tempo messo a disposizione dall'organizzazione sanitaria. Quindi è un tempo “ora o mai più”, di scarsa efficacia, che lascia insoddisfatta la parte biografica della malattia, che distorce la comunicazione delle informazioni e impedisce la nascita della relazione non essendoci spazio per un ascolto attivo e per l'empatia. Viceversa se prevale la concezione di Kairos, il tempo opportuno, il tempo più spesso, il tempo generatore di occasioni, il tempo intervallato che non si esaurisce in un episodio ma che continua in un percorso relazionale centrato sui bisogni e sulle preferenze del malato (e, fatte le debite differenze, del familiare), in cui non vi è l'ansia di “dire tutto e subito” con il timore di procurare danni, allora le tensioni emotive si allentano perché la comunicazione può essere frazionata, diluita secondo tempi scaduti anche dal malato, modulata sulle sue disponibilità, risultando quindi molto più efficace, oltre che efficiente”.

³ “La prospettiva della medicina narrativa è dunque utile al discorso giuridico sul consenso informato perché interviene nella mediazione tra fatto e diritto, disvelando un aspetto fondamentale del problema: l'acquisizione del consenso informato non consiste soltanto nella raccolta o comunicazione di informazioni, ma pone in capo al sanitario il dovere di creare le condizioni per una relazione: l'aiuto di un uomo a un altro uomo, che risponde sul piano giuridico al precetto costituzionale di solidarietà sociale di cui all'art. 2 Cost.; quel contatto umano che l'avanzamento della medicina e l'inevitabile burocratizzazione della pratica medica rischia di spersonalizzare, di inibire, di raffreddare” (M. Foglia, *Nell'acquario*, cit., p. 375).

⁴ V. ad es. D.L. n. 132/2014, convertito in L. n. 162/2014, contenente “Misure urgenti di degiurisdizionalizzazione ed altri interventi per la definizione dell'arretrato in materia di processo civile”.

pacità di risposta del sistema giudiziario e la conseguente, crescente sfiducia dei cittadini, a fronte di un sistema palesemente inefficiente.

Molto più profonde e di ampio respiro dovrebbero essere le ragioni – di carattere culturale – sottese alla sempre maggiore importanza delle *Alternative Dispute Resolution*, ossia dei metodi di risoluzione delle controversie alternativi al giudizio davanti all'autorità giudiziaria, ragioni che una parte dell'Avvocatura ha ben compreso e fatte proprie promuovendo tali metodi dopo avere acquisito una specifica formazione.

2. Il *perché* della risoluzione dei conflitti attraverso il negoziato

In una società sempre più complessa ed evoluta è, infatti, auspicabile che la risoluzione dei conflitti, escluso l'uso della forza, venga preferibilmente individuata attraverso procedimenti partecipativi che vedano come protagonisti gli stessi soggetti in conflitto piuttosto che mediante la delega a terzi deputati ad attribuire torti e ragioni.

Il processo di fronte ad un'autorità giudiziaria, svoltosi nelle forme del contraddittorio fra parti che debbono "*lottare ad armi pari*", ovvero nell'ambito di un giusto processo, infatti, si conclude con una decisione mediante applicazione di norme, necessariamente astratte, al caso concreto attraverso l'opera interpretativa del giudice. Una parte vince e l'altra perde, sulla base della valutazione di una verità processuale, talora assai distante dalla verità sostanziale.

Con molta approssimazione potremmo affermare che il diritto rappresenta una sorta di semplificazione della complessità delle interazioni umane, resa necessaria dall'esigenza di ristabilire, attraverso il processo, l'ordine messo in discussione dal conflitto. Il diritto nella sua affermazione più pura ed astratta, lontana dalla complessità delle situazioni umane, può molte volte risultare un elefante nella cristalleria evocato nel titolo di un saggio di un medico palliativista, Dott. Luciano Orsi, che evidenzia ad altri fini le certezze teorizzanti e le universalizzazioni razionali cui spesso diritto, etica e deontologia tendono⁵.

La complessità della società odierna rende palese il tentativo semplificato della soluzione giudiziaria e ne manifesta tutti i limiti.

I limiti fisiologici della giustizia dei tribunali, ossia quelli conseguente al fatto che necessariamente il Giudice può applicare solo la legge astratta al caso concreto, producono due conseguenze:

- la decisione interviene sulle conseguenze del conflitto, ma non sulle sue cause, cura il sintomo, non la malattia, con un investimento sul rimedio piuttosto che sulla causa del conflitto. Come è stato autorevolmente osser-

⁵ L. Orsi, *Un elefante nella cristalleria*, in *Resp. medica*, 2020, p. 161.

vato, “il modo in cui si litiga e si configge dipende dal modo in cui esistono sbocchi al conflitto e sono predisposti culturalmente e socialmente rimedi”⁶;

- la decisione non può che esprimersi per schemi fissi, rigidi e preordinati, ossia non può essere creativa né tagliata su misura rispetto alle esigenze delle parti.

Di qui la ricerca di soluzioni alternative, ossia di un’alternativa alla giustizia⁷ che trovi all’interno del conflitto e attraverso i soggetti che ne sono protagonisti – e non all’esterno e a mezzo di un terzo – una soluzione idonea (non a ristabilire semplicemente l’ordine, bensì) a trovare soluzioni che soddisfino tutti i contendenti (*win win*⁸), con conseguente effetto riflesso di un maggior benessere delle parti coinvolte e, più in generale, della società (*win-win-win*⁹).

3. Il *come* della risoluzione dei conflitti attraverso il negoziato

La decisione di un terzo autorevole come il Giudice viene sostituita dal negoziato fra le parti in conflitto, che dovrebbe auspicabilmente portare ad una soluzione mediante accordo e non imposta dall’esterno.

In questo caso non mutano solo i soggetti decisori – le parti stesse anziché il giudice – ma anche, e soprattutto, lo strumento utilizzato: nel primo caso, lo strumento è esclusivamente il diritto, nel secondo caso sono prevalentemente gli interessi.

Non solo: è l’interpretazione del conflitto stesso ad essere diversa nei due approcci. Nell’ottica della definizione mediante decisione dell’autorità giudiziaria, il conflitto è considerato evento patologico al quale porre fine mediante intervento autoritativo. Nell’ottica della soluzione negoziale, il conflitto è evento fisiologico della vita, in riferimento al quale possono essere individuate soluzioni creative potenzialmente foriere di cambiamenti positivi.

Si tratta di un vero e proprio metodo, del tutto diverso, di affrontare il conflitto – quello della negoziazione basata sugli interessi – elaborato pres-

⁶ E. Resta, *Giudicare, conciliare, mediare*, in *Pol. dir.*, 1999, p. 542.

⁷ Significativo sotto tale profilo il titolo di un saggio di F.P. Luiso, *Giustizia alternativa o alternativa alla giustizia?*, in *Giusto processo civ.*, 2011, p. 325 ss. V. anche Aa.Vv., *ADR. Una giustizia complementare*, a cura di F. Danovi e F. Ferraris, Milano, 2018.

⁸ R. Fisher, W. Ury, B. Patton, *Getting to Yes: Negotiating Agreement Without Giving In*, New York, 2011. In estrema sintesi, il metodo proposto si basa su quattro principi: scindere le persone dal problema (“morbidi con le persone, duri con il problema”), concentrarsi sugli interessi, non sulle posizioni, creare opzioni vantaggiose per entrambe le parti, insistere su criteri oggettivi.

⁹ W. Ury, *Getting to Yes with Yourself (and Other Worthy Opponents)*, New York, 2015, trad. it. *Il negoziato perfetto*, Milano, 2015. Quando i benefici si estendono oltre i due contendenti, raggiungendo le loro famiglie, il luogo di lavoro, la comunità, non è più solo un *vincere/vincere* ma un *vincere/vincere/vincere*.

so l'Università di Harvard dagli inizi degli anni '80¹⁰ che ha successivamente trovato numerose, ulteriori declinazioni in specifici "contenitori" quale, fra gli altri, quello denominato "Diritto Collaborativo" o, meglio, "Pratica Collaborativa"¹¹.

Per l'applicazione del solo diritto alla fattispecie concreta è necessaria la rappresentanza di soggetti competenti ed esperti della materia, capaci di inquadrare la fattispecie concreta nella fattispecie astratta enfatizzando i dati reali più favorevoli alla domanda del proprio assistito e minimizzando quelli contrari.

In questo contesto, il rapporto dell'avvocato con il cliente è asimmetrico: il primo è il soggetto competente, unico depositario del sapere legale, mentre il secondo è un soggetto passivo, che, spesso, con la sua emotività disturba l'inquadramento razionale della narrazione processuale. In questa prospettiva, l'interesse del cliente, anche deontologicamente salvaguardato, è quello del miglior risultato processuale, una volta valutata la sostenibilità delle sue domande secondo il diritto.

Al contrario, per l'individuazione degli interessi delle persone, sulla base dei quali costruire un accordo, i soggetti più competenti sono le parti stesse, perché nessuno meglio di loro conosce le ragioni del conflitto, nessuno meglio di loro conosce i rispettivi bisogni, quelli più profondi. Attraverso la loro partecipazione al negoziato il conflitto può risolversi allo stesso livello nel quale è sorto, con soddisfazione di tutti, giocando sull'incastro di interessi diversi o convergenti.

4. La relazione dell'avvocato-negoziatore con il cliente

In una simile prospettiva, anche il rapporto avvocato/cliente subisce una profonda trasformazione: dall'essere un rapporto di deferenza, conseguente alla

¹⁰ *Harvard Negotiation Project* presso l'*Harvard Law School* con il *Program on Negotiation* oggi conosciuto in tutto il mondo con la sua abbreviazione PON. Fondato nel 1983 il *Program on Negotiation* è un consorzio di professori, con diverse competenze (diritto, economia, matematica, antropologia, ecc.), appartenenti a varie università (Harvard, il Massachusetts Institute of Technology e la Tufts University) che ha base ad Harvard.

I suoi fondatori sono i nomi più prestigiosi della negoziazione: oltre a Roger Fisher, Bruce Patton e William Ury, ci sono anche Howard Raissa, Frank Sander, James Sebenius, Lawrence Susskind.

¹¹ Cfr. S. Webb, R. Ousky, *The Collaborative Way to Divorce. The Revolutionary Method That Results in Less Stress, Lower Costs, and Happier Kids-Without Going to Court*, Penguin, 2006; P. Tesler, *Collaborative Law. Achieving Effective Resolution in Divorce Without Litigation*, 3^a ed., American Bar Association, United States of America, 2016; P. Tesler, *Law & Collaboration: A Modest Proposal in IACP The Collaborative Review*, Winter 2004/6, Issue 3; Aa.Vv., *La Pratica Collaborativa. Dialogo fra teoria e prassi*, a cura di M. Sala, C. Menichino, Torino, 2017, N.J. Cameron, *Collaborative Practice: Deepening the Dialogue*, 2^a ed., 2014; Aa.Vv., *Pratica Collaborativa. Approfondiamo il dialogo. Un percorso innovativo nei conflitti familiari*, ed. it., a cura di C. Mordiglia; C. Marcucci, *The Elephant in the Room*, in *IACP The Collaborative Review*, Winter 2019/18, Issue 2, pp. 24 ss.

conoscenza/esperienza di uno solo dei due e all'assoluta ignoranza dell'altro, si passa necessariamente ad una vera e propria *partnership*, connotata da una stretta relazione, ossia ad una forma di collaborazione che risulta di reciproco supporto¹². Un antico adagio della nostra professione recita che il peggior nemico dell'avvocato non è il giudice ma il suo cliente. Nell'ottica della soluzione alternativa del conflitto mediante la negoziazione basata sugli interessi, invece, il cliente è il miglior alleato dell'avvocato.

L'interesse del cliente diventa qualcosa di ben più ampio del perseguire l'interesse processuale della parte assistita. L'avvocato, ben lungi dal raccogliere la procura del cliente, lo educa a prendersi la responsabilità della soluzione del proprio conflitto, ossia a sentirsi e diventare abile nel rispondere alla sfida che la vita gli pone in quel momento. Tutto questo avviene in un rapporto ben lontano dall'identificazione con le ragioni del cliente, in un rapporto dialettico che crea il contesto più adatto ad una profonda riflessione.

La competenza dell'avvocato, affinata in anni di esperienza in casi simili, non è più risolutiva se non viene arricchita dalla competenza ed esperienza del soggetto del cui progetto di vita si discute. È solo dalla specificità del caso concreto, e quindi dall'incontro delle due diverse competenze ed esperienze, messe in comunicazione attraverso la relazione umana, che può nascere quella sinergia che sola può produrre il risultato perseguito.

Per rendere intellegibile con un'immagine il cambiamento nella relazione avvocato/cliente, possiamo evocare la scrivania che ha sempre posto i due soggetti l'uno di fronte all'altro, separati da una distanza sostanziale molto più grande dei pochi centimetri di larghezza di quel mobile utilizzato per fissare i ruoli e prevenire qualsiasi coinvolgimento che non sia squisitamente razionale.

Idealmente, quand'anche non concretamente, quella scrivania è sostituita da un tavolo tondo intorno al quale professionista(i) e cliente siedono per collaborare ad una soluzione per la quale sono necessarie le diverse competenze di ciascuno e, soprattutto, un'efficace e continuativa relazione di *partnership*.

Tale nuova prospettiva nella relazione dell'avvocato con il proprio assistito implica la necessità di nuove capacità del professionista (oltre alla profonda conoscenza del diritto e della negoziazione, le *soft skill*, l'intelligenza emotiva, la capacità di ascolto attivo e di lavorare in *team*, prima di tutto con il cliente e poi anche con altri professionisti, l'interdisciplinarietà), una diversa concezione del successo in relazione alla prestazione professionale e, in termini più generali, la capacità di prendersi cura del cliente.

¹² J. Macfarlane, *The New Lawyer – How Settlement Is Transforming the Practice of Law*, Toronto, 2008, in cui il rapporto del "new lawyer" con il cliente è definitivo come "a working partnership" e proprio questo diverso rapporto avvocato/cliente rappresenta per l'A. uno dei tre più significativi caratteri del *new lawyering*, insieme ad un potenziamento dell'*expertise* nella negoziazione e nella comunicazione, intesa quest'ultima non solo come eloquenza tipica dell'avvocato del processo.

Prendersi cura dell'altro spesso ottiene il risultato ulteriore di innescare una ritrovata capacità di cura di se stessi (*cura sui*) che passa necessariamente attraverso una dimensione dialogica, ossia attraverso il rapporto con qualcun altro che sia in grado di prendersi cura della cura che si ha di se stessi. Come insegna Foucault, infatti, "La cura di sé prende forma, e non può che formarsi, a partire da qualche riferimento all'Altro"¹³. Con un effetto, spesso, realmente trasformativo.

Le persone al centro sono due: professionista e cliente, il primo nelle varie e diverse sfaccettature multidisciplinari che il caso può richiedere. Ciascuna con tutto il suo bagaglio di umanità, razionalità ed emotività. Dal loro incontro professionale ed umano allo stesso tempo nasce la possibilità di un aiuto a tutto tondo da parte del professionista¹⁴.

L'autodeterminazione del cliente non può diventare nemmeno nel mondo legale un modo per far ricadere esclusivamente su di lui la responsabilità della decisione di merito, una volta ricevute tutte le informazioni necessarie da parte del professionista.

Appare a nostro avviso molto eloquente la descrizione del nuovo rapporto medico/paziente come 'compagni di viaggio': "per i sanitari si tratta di trasformare il proprio ruolo da prescrittore e attuatore di strategie terapeutico-assistenziali in compagni di viaggio, camminando a fianco del malato (e, in senso lato, dei familiari) senza prendere necessariamente sempre il timone ma, nel rispetto dell'autonomia del malato, supportandolo nell'attuazione del percorso di cura scelto in modo il più condiviso possibile. Questo comporta un attivo impegno nell'offrire e fornire informazioni oneste, nel tempo e modo più opportuno e consoni ai suoi bisogni, chiarendo dubbi, esplorando paure, accogliendo oscillazioni nelle volontà e ambiguità decisionali"¹⁵.

Sotto tale profilo, si può istituire un'analogia con quanto avviene ad un avvocato che si occupa di conflitti familiari e che in tale veste diventa depositario di fatti e riflessioni della vita più intima del cliente: l'equivalente dello spogliarsi per mostrare ferite e fragilità al medico.

¹³ M. Foucault, *L'ermeneutica del soggetto*. Corso al Collège de France (1981-1982), Milano, 2016.

¹⁴ J. Macfarlane, *The New Lawyer – How Settlement Is Transforming the Practice of Law*, cit., pp. 150-151, evidenzia la dimensione affettiva ed emotiva del rapporto avvocato/cliente e, nel paragrafo "Affecting Lawyering", afferma "The traditional paradigm denies any emotions on the part of the lawyer, assuming that if she is acting "professionally" she will not be affected by any emotional response of her own. Similarly, any emotions manifest by the client are treated as something to be controlled and suppressed, lest they derail the lawyer's legal strategy (...) The new lawyer's working partnership with her client cannot function effectively within such rigid parameters. A partnership requires a certain degree of mutuality – in goals, in power, and in action (...) When lawyer and client 'meet' in the space between their difference worlds, there should be a mutuality between them. Both will experience some emotion, and this emotion will be another aspect of their mutuality".

¹⁵ L. Orsi, *La relazione in medicina*, cit., p. 15.

Certamente questo modo di essere accanto al cliente e di accompagnarlo in un momento così complicato, come quello che lo vede affrontare un conflitto, è molto impegnativo per il professionista, forse più di quanto lo sia rappresentarlo apprestando la sua migliore tutela giudiziaria, per quanto complessa sia la questione giuridica trattata¹⁶.

È proprio nella particolarità di questo ruolo, in questa *partnership* (che trova forse un suo corrispondente in medicina nella espressione “alleanza terapeutica”) che l’avvocato mantiene un significato ed un ruolo insostituibile.

5. Prendersi cura: un ruolo che può essere svolto solo dall’essere umano

Vi è un altro elemento da tenere in considerazione ed è il fenomeno della massiccia disponibilità di informazioni legali in rete, della possibilità di ottenere *on line* risposte alle proprie domande, fino a presagire il sempre più vasto utilizzo dell’intelligenza artificiale con le conseguenti predizioni e soluzioni delle controversie legali.

A fronte di ciò, si può affermare che la consulenza personale di un avvocato manterrà un senso se la stessa saprà porsi come estremamente specialistica (nel senso ampio fin qui descritto e non limitato alla competenza ed esperienza di diritto), *client tailored* e connotata in termini di profonda umanità.

Qualora non vi sia la necessità e non si stabilisca un rapporto di questo tipo nella nostra società basata su un’informazione globale a portata di tutti, fornita da *provider* attraverso *computer*, il cliente si trasforma in utente. In questo caso si tratta di un’informazione di carattere generale e generica, riutilizzabile più volte indistintamente, proprio perché non sartoriale ma *prêt-à porter*.

L’avvocato generalista, mero dispensatore di informazione e consulenza legale, potrebbe presto, dunque, essere sostituito dalle macchine, anche in considerazione della ricerca da parte dell’utenza di un risparmio di spesa.

La nuova tipizzazione dell’avvocato che abbiamo tentato di rappresentare e la relazione con il cliente connotata in termini di relazione, anche emotivamente rilevante, e di vera e propria *partnership*, fanno dell’avvocato un soggetto non sostituibile dalla macchina ed un professionista che svolge un’indispensabile funzione sociale.

¹⁶ J. Macfarlane, *The New Lawyer – How Settlement Is Transforming the Practice of Law*, cit., p. 144: “Finding the balance between continuing to offer expertise – after all, this is what the client is paying for- and respecting the autonomy of clients in setting their goals and determining their best interests is complex and challenging, but it is key to successful lawyer-client relationships for the new lawyer”.

Anche sotto questo profilo possiamo tracciare qualche analogia fra diritto e medicina. Per quest'ultima il rischio è che il concetto di popolazione prevalga su quello di persona e la statistica illuda di poter fare a meno di chinarsi sul letto del malato per conoscere la persona oltre che la malattia.

6. Una valutazione integrata dell'interesse del cliente anche per la prospettiva del contenzioso giudiziario

Se una modifica della relazione avvocato/cliente è imprescindibile quando si utilizzi la negoziazione basata sugli interessi, una diversa considerazione del cliente, nella globalità dei suoi bisogni, come persona, è necessaria anche per apprestare una migliore difesa come suo rappresentante in giudizio.

Tale considerazione a tutto tondo della biografia della persona assistita e del suo progetto di vita è imprescindibile nella delicatissima fase iniziale di scelta dell'alternativa del contenzioso giudiziario rispetto al negoziato ed al risultato che nell'ambito di quest'ultimo potrebbe essere raggiunto.

Valutare se tale alternativa sia davvero la migliore¹⁷ è un compito cruciale che l'avvocato deve impegnarsi a svolgere e a condividere con il cliente, assumendosi la responsabilità tecnica che gli è propria in termini non difensivi verso il proprio ruolo professionale, ma propositivi verso la persona dell'assistito, non ridotto al mero aspetto giuridico della questione in discussione.

Per realizzare davvero l'interesse del cliente, da avvocati bisognerebbe riformulare l'ipotesi dell'alternativa contenziosa come se si trattasse di valutare un possibile affare: conviene al cliente? Se vincerò la causa, il mio cliente avrà davvero "vinto" o avrò vinto solo io come avvocato? Nel complesso, valutato ogni aspetto, il probabile esito della causa rappresenta l'alternativa migliore all'ipotesi di accordo che stiamo trattando?

Come sappiamo, è sempre più difficile fare previsioni sul probabile esito di una causa e, quindi, non è facile per un avvocato valutare se affrontare il giudizio contenzioso sia per il suo assistito alternativa migliore al risolvere il conflitto con l'accordo. È comunque utile avere una conversazione approfondita con il cliente per analizzare almeno i possibili risultati concreti, effettivi in corrispondenza alle varie percentuali di probabilità di esito del giudizio.

Oltre ai costi di causa e al peso che il tempo ha nella considerazione del risultato ipotizzato (ad esempio avere subito o dopo anni una certa somma di denaro, che nel primo caso potrebbe essere investita per consentire ai figli di fare un certo percorso universitario, in futuro magari non più possibile), vi sono

¹⁷ Nel senso tecnico della *Best Alternative to a Negotiated Agreement* (BATNA), secondo il modello Harvard.

anche risultati intangibili da prendere in considerazione. Ad esempio, il tempo personale speso nella preparazione del giudizio e nella partecipazione ad esso, lo stress conseguente.

Vince solo l'avvocato nel caso il cui la tesi difensiva venga completamente accolta ma nel frattempo, lungo il percorso giudiziario, il valore in discussione per il cliente sia andato completamente perduto.

Intrapresa l'alternativa del contenzioso giudiziario, e per tutto il suo percorso, è poi essenziale che il difensore conosca molto bene il soggetto che dovrà rappresentare al giudice per dare consistenza a quella storia che esiste prima della sua qualificazione giuridica, con la conseguenza, non di lieve momento, di una maggiore autenticità del racconto nei confronti del giudice e della possibilità del cliente di riconoscersi in quella storia, anche per essere in grado, durante ogni fase del giudizio, di effettuare le scelte più coerenti al reale bisogno della persona assistita.

7. La necessità di una formazione integrata

La formazione di medici e avvocati è ancora oggi molto centrata sulla tecnica a scapito della relazione, nonostante l'indubbia importanza di quest'ultima in entrambi i mondi, come è stato già ampiamente illustrato¹⁸.

Sarebbe, invece, indispensabile per entrambe le categorie professionali una formazione specifica nella gestione del rapporto di cura, poiché non si può affidare una parte così importante della prestazione professionale ad un'attitu-

¹⁸ Per quanto riguarda il campo medico, cfr. Orsi, *La relazione in medicina*, cit. p. 12: "La formazione professionale gioca un ruolo molto importante nel definire il rapporto fra prestazione tecnica e relazione perché è, purtroppo, ancora molto centrata sull'acquisizione di competenze per la diagnosi ed il trattamento delle patologie acute e molto poco sulla gestione delle cronicità avanzate e della terminalità. Così come, in generale e fatte salve lodevoli eccezioni, essa permane molto centrata sullo sviluppo di prestazioni tecniche e poco sull'acquisizione di competenze comunicativo-relazionali, psicologiche o etiche. Un altro difetto della formazione professionale è il persistere del mito dell'oggettività del terapeuta che dovrebbe tendere alla neutralità emotiva per compiere scelte più razionali; si finisce così per alimentare un'ipertrofia della dimensione tecnica e auspicare un distanziamento emotivo che impediscono un accesso ai vissuti del malato e delle persone che lo circondano. Inoltre viene ostacolato anche un consapevole contatto con le emozioni che ogni curante vive a contatto con la fragilità e la finitudine". Per quanto riguarda il diritto, J. MacFarlane, *The New Lawyer – How Settlement Is Transforming the Practice of Law*, cit., pp. 125-126, osserva: "Clients are virtually 'invisible' in law school, and legal education does almost nothing to prepare prospective lawyers to 'relate' to the client, as clients are sometimes painfully aware: Let's face it, what in law school teaches a lawyer how to read the needs of the clients? Nothing! ... In some law school classrooms, clients are described either explicitly or by inference as 'the enemy' as minor irritations or at worst as impeding the lawyer's pursuit of a rational legal strategy. This patronizing attitude is reflected in the origins of the word 'client', which can be traced back to a Latin verb that refers to the right of a Roman aristocrat to impose his own name on his slaves. These perspectives make the prospects for a genuine lawyer-client partnership, at first glance, look unpromising".

dine innata o alle autonome e spontanee iniziative formative del singolo. L'empatia non è un sentimento, ma un'abilità della quale si può diventare esperti.

Prima ancora di imparare le tecniche (di comunicazione, di ascolto attivo, ecc.) per acquisire una competenza dialogica essenziale, i professionisti delle aree indicate dovrebbero essere formati per acquisire piena consapevolezza del fatto che questa parte relazionale è un aspetto irrinunciabile della prestazione professionale che viene loro chiesta, soggetta, essa pure, alla necessità di una competenza ed esperienza tanto quanto la prestazione di carattere tecnico per intervenire sul corpo del paziente o per redigere un atto difensivo.

Dare un corretto spazio alle emozioni nell'ambito del rapporto avvocato/cliente (medico/paziente) senza bandirle come materiale irrilevante o, peggio, sintomo di imbarazzante debolezza è il risultato di appropriati percorsi formativi.

Con tale bagaglio culturale, prima ancora che tecnico, l'avvocato (come il medico) potrà effettivamente esercitare la funzione sociale che gli è propria rispondendo così non solo ai bisogni più autentici dei suoi clienti ma a quelli dell'intera società, con un risultato indubbiamente *win/win/win* nel significato che si è attribuito all'espressione *supra*.

Per quanto riguarda più specificamente il mondo della negoziazione basata sugli interessi, si tratta di un metodo che va assimilato e sperimentato per poterne divenire competenti. Sono molte le occasioni mancate di procedimenti di ADR neppure avviati o falliti per la palese specifica incompetenza di avvocati a *stare* nel diverso contesto negoziale. Talora abili, competenti ed esperti *litigator* gli avvocati si comportano troppo spesso in contesti alternativi al sistema giudiziario come si comporterebbero in un'aula di tribunale per il semplice motivo che non hanno mai studiato e fatto pratica di metodi molto diversi da quelli imparati per rappresentare in giudizio i propri clienti e hanno talora poca consapevolezza della necessità di una formazione *ad hoc*.

Acquisire consapevolezza che si tratta di un metodo diverso è un passaggio fondamentale, perché non si potrà fare alcun progresso, neppure attraverso la più illuminata delle riforme del processo civile, se la classe forense non comprenderà che negoziatori non ci si improvvisa e che la formazione tradizionale di un buon avvocato rende competenti a trattare convenienti transazioni per il proprio cliente, non anche a negoziare sulla base degli interessi.

8. A mo' di conclusione: l'operazione è riuscita, ma il paziente è morto

Concluderemo raccontando una storia che si legge nel libro *The Future of Law: Facing the Challenges of Information Technology* di Richard Susskind¹⁹. Nella sessione di apertura di un corso di formazione di dirigenti di uno dei principali produttori mondiali di elettrotensili viene proiettata una diapositiva. L'immagine è quella di uno scintillante trapano elettrico. Ai dirigenti viene chiesto se questo sia ciò che l'azienda vende. I dirigenti si guardano incerti l'un l'altro, sorpresi della domanda che appare avere una risposta scontata e confermano che quello è certo ciò che l'azienda vende. La diapositiva successiva, però, mostra loro la fotografia di un foro ben praticato in un muro. "Questo è ciò che vendiamo!", esclamano i formatori, e spiegano che pochissimi dei clienti dell'azienda hanno la passione di tenere utensili elettrici nelle loro case. I loro clienti, al contrario, vogliono buchi. E i formatori spiegano ai corsisti che il loro lavoro, come dirigenti di quella società, è di trovare modi sempre più competitivi, efficienti e fantasiosi per offrire ai loro clienti ciò che vogliono, ossia forare i loro muri.

Con quelle due diapositive e le relative spiegazioni i dirigenti sono stati sollecitati a pensare ai fini e non a mezzi, a concentrarsi sulle esigenze vere e finali dei propri clienti e a non soccombere all'entusiasmo aziendale per una particolare (e forse piuttosto transitoria) gamma di prodotti.

In questa storia si rinviene un messaggio cruciale per gli avvocati, ma forse anche per altri professionisti propensi, come noi, a pensare che i clienti siano interessati a ciò che noi sappiamo, alla nostra scienza.

Quando la maggior parte delle persone incontra la legge (o la medicina) ha un problema, spesso molto grande, ed il fine è quello di risolverlo. Non è interessata al successo in Tribunale di un argomento giuridico e all'accoglimento della tesi difensiva del proprio avvocato se, alla fine, tale vittoria non rappresenterà la soluzione del problema. Non vorremmo mai dover dire come quel medico greco che nascondeva i suoi fallimenti affermando "l'operazione è riuscita, purtroppo però il paziente è morto".

Al di là della tralatticia distinzione fra obbligazioni di mezzi e obbligazioni di risultato, i professionisti legali hanno il dovere di adeguare i mezzi proposti ai risultati più autentici che i clienti vorrebbero conseguire, dopo averli profondamente compresi a seguito di un'accurata analisi della domanda, senza fermarsi a quanto talora solo apparentemente ci viene richiesto.

La sfida è sviluppare e potenziare nuovi modi per soddisfare le esigenze dei clienti e, così facendo, pensare in termini di fori, e non di trapani.

¹⁹ R. Susskind, *The future of Law: Facing the Challenges of Information Technology*, Oxford, 1996.

Riferimenti bibliografici

AA.VV., *ADR. Una giustizia complementare*, a cura di F. Danovi e F. Ferraris, Milano, 2018; AA.VV., *La Pratica Collaborativa. Dialogo fra teoria e prassi*, a cura di M. Sala e C. Menichino, Torino, 2017; AA.VV., *Pratica Collaborativa. Approfondiamo il dialogo. Un percorso innovativo nei conflitti familiari*, ed. it. a cura di C. Mordiglia, Milano, 2016; N.J. Cameron, *Collaborative Practice: Deepening the Dialogue*, 2^a ed., 2014; R. Fisher, W. Ury, B. Patton, *Getting to Yes. Negotiating Agreement Without Giving in*, 3^a ed., New York, 2011; R. Fisher, W. Ury, B. Patton, *L'arte del negoziato*, Milano, 2019; M. Foglia, *Nell'acquario. Contributo della medicina narrativa al discorso giuridico sulla relazione di cura*, in *Responsabilità medica*, 2018; M. Foucault, *L'ermeneutica del soggetto. Corso al Collège de France (1981-1982)*, Milano, 2016; F.P. Luiso, *Giustizia alternativa o alternativa alla giustizia?*, in *Giusto processo civ.*, 2011; J. Macfarlane, *The New Lawyer: How Settlement Is Transforming the Practice of Law*, Toronto, 2008; C. Marcucci, *The Elephant in the Room*, in *IACP The Collaborative Review*, Winter 2019/18, Issue 2; L. Orsi, *La relazione in medicina*, in *Responsabilità medica*, 2019; E. Resta, *Giudicare, conciliare, mediare*. in *Pol. dir.*, 1999; R. Susskind, *The future of Law: Facing the Challenges of Information Technology*, Oxford, 1996; P. Tesler, *Collaborative Law. Achieving Effective Resolution in Divorce Without Litigation*, 3^a ed., American Bar Association, United States of America, 2016; P. Tesler, *Law & Collaboration: A Modest Proposal*, in *IACP The Collaborative Review*, Winter 2004/6, Issue 3; W. Ury, *Getting to Yes with Yourself (and Other Worthy Opponents)*, New York, 2015, trad. it. *Il negoziato perfetto*, Milano, 2015; S. Webb, R. Ousky, *The Collaborative Way to Divorce. The Revolutionary Method That Results in Less Stress, Lower Costs, and Happier Kids-Without Going to Court*, Penguin, 2006.

Relazioni e interazioni nella gestione dei conflitti. Nuove competenze per l'avvocato

Anna Grazia Sglavo

SOMMARIO: 1. Premessa. – 2. Gestione costruttiva delle controversie e cura delle relazioni. – 3. Il rapporto/relazione tra cliente e avvocato. – 4. Consapevolezza di sé dell'avvocato. – 5. Considerazioni conclusive.

1. Premessa

Perché giuristi, medici e psicoterapeuti, ovvero professionisti di settori così diversi si raccolgono attorno a un tavolo per dialogare sulla cura e sulla relazione? E quale contributo può fornire il giurista impegnato nella gestione del conflitto?

In un'epoca di profondo cambiamento, questa rappresenta un'ulteriore occasione per riflettere sul mutamento di prospettiva che la centralità del cliente/paziente richiede.

La legge 22 dicembre 2017, n. 219 (in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento) è intervenuta su una tematica di grande attualità, non solo per medici e giuristi, in merito alla piena legittimazione, con il consenso informato, del trattamento sanitario, e al rifiuto del soggetto di fronte a determinate scelte; ha altresì sancito il dovere per il medico di creare le condizioni per una relazione con il paziente (presupposto indispensabile nel processo di cura), che trova il suo fondamento nell'autodeterminazione della persona con i trattamenti sanitari proposti, la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico¹. L'evoluzione normativa e giurisprudenziale in materia, nel rendere effettivo il diritto alla salute, ha comportato una progressiva valorizzazione della persona umana e, quindi, un potenziamento della sua determinazione, sancendo altresì l'autonomia e l'obbligo di correttez-

¹ V. art. 1, comma 2, l. n. 219/2017: "È promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico. Contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l'equipe sanitaria. In tale relazione sono coinvolti, se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo".

za e lealtà professionale del medico. Il trattamento sanitario non è più calato dall'alto: è l'esito di un confronto in cui il paziente non delega al medico ogni decisione, ma è chiamato con coraggio e consapevolezza ad acquisire informazioni in vista di un contributo attivo che consenta di personalizzare il trattamento medico-sanitario².

Da una diversa angolazione, nelle pagine che seguono intendiamo proporre alcune riflessioni in merito ai cambiamenti intervenuti nell'ambito degli strumenti di risoluzione delle controversie, dove la valorizzazione del potere di scelta e autodeterminazione delle persone ha portato con sé una nuova riflessione su tutti coloro che sono chiamati all'amministrazione della giustizia.

In particolare, l'avvocato è chiamato a dotarsi di nuove competenze che, nel mettere al centro la persona, si ispirano ad alcuni canoni fondamentali e imprescindibili, simili a quelli che si possono trovare nel rapporto di alleanza terapeutica che si instaura tra medico e paziente³ e che evocano profili di analogia tra diversi approcci alla malattia e al conflitto.

2. Gestione costruttiva delle controversie e cura delle relazioni

Liti, dispute e conflitti costellano la vita personale, sociale e professionale delle persone. Profonde trasformazioni segnano innegabilmente i nostri tempi e, a fronte di un gran numero di piccole e grandi controversie, si trova una variegata gamma di approcci e strategie con cui si tenta di risolverle.

Da tempo si discute dei limiti dello strumento processuale⁴, caratterizzato dalla logica oppositiva e avversariale in cui le parti si fronteggiano per la vittoria dell'una sull'altra. Pur quando amministrata in modo impeccabile, la giustizia, si dimostra spesso inadeguata e "continua a lasciare un che di incompiuto, un senso di insoddisfazione, una lacerazione non del tutto emarginata"⁵.

² Per maggiori approfondimenti al riguardo, cfr. gli Atti del Convegno "Un nuovo diritto per la relazione di cura? Dopo la legge n. 219/2017", Dialogo medici-giuristi, in *Resp. med.*, 2019, n. 1. Per una riflessione su cura e relazione paziente/medico, v. in particolare il contributo di P. Zatti, *Cultura della relazione e linguaggi normativi*, *ibidem*, p. 29: "la cura non è vista solo come una prestazione tecnica su cui si costruisce un rapporto; è invece, e insieme, scopo e frutto della relazione; nasce dalla relazione, si realizza nella relazione: in modi diversi, evidentemente, a seconda della diversa natura e pregnanza del problema e del contesto".

³ Da intendersi comprensiva, ad es., di informazione, comunicazione, ascolto e silenzio.

⁴ Tra i numerosi contributi, v. F. Danovi, *ADR. Una giustizia complementare*, a cura di F. Danovi-F. Ferraris, Milano, 2018, p. 4 ss.

⁵ Così, M. Cartabia, in M. Cartabia, L. Violante, *Giustizia e mito. Con Edipo, Antigone e Creonte per indagare i dilemmi del diritto continuamente riaffioranti nelle nostre società*, Bologna, 2018, p. 48, dove si propone una "giustizia, ragionevole, proporzionata e imperfetta", che "richiede *juris-prudentia*".

E ciò, perché le controversie riguardano sovente conflitti dai contorni ben più ampi del loro inquadramento giuridico, basato su norme generali ed astratte: nascono da uno scontro di interessi e bisogni delle parti (più estesi dei diritti)⁶, che necessitano di concreta soddisfazione, onde porre fine alla lite. La soluzione giurisdizionale assicurata sul piano dei diritti soggettivi, infatti, non si occupa di tutto ciò che si trova al di sotto delle rispettive formali pretese e, rimanendo alla “superficie degli eventi”, lascia sullo sfondo le persone e le loro relazioni. Le sentenze sono rimesse a un terzo esterno e, calate dall'alto, decidono il caso di specie, ma non risolvono le cause del conflitto.

Per determinate controversie e in casi specifici di volta in volta individuati, la gestione del conflitto sul piano delle sole questioni di diritto potrebbe assimilarsi al “tentativo di curare una malattia, agendo solo sui suoi sintomi, senza aggredirne significativamente le cause; e senza quindi poter escludere il rischio di ‘ricadute’ (i.e. i successivi gradi del giudizio)”⁷.

Nuove e varie forme di giustizia privata si sono, quindi, andate sviluppando nel corso degli anni per superare i limiti intrinseci del processo, sfruttando dinamiche lontane da quelle avversariali. Operando con modalità esplorative, volte a rendere visibili gli interessi sottesi al conflitto e a scindere le persone dai problemi, queste modalità di risoluzione pongono al centro le persone coinvolte nel conflitto, rendendole vere protagoniste nella ricerca della sua soluzione.

Si parla al riguardo di ‘giustizia consensuale’ o ‘partecipativa’, che, avvicinandosi ai bisogni dei cittadini e rispondendo alle concrete esigenze del singolo caso, viene altresì definita “giustizia di prossimità”⁸. Questi metodi di risoluzione delle controversie (indicati con l'acronimo di ADR, *alternative dispute resolutions*), più snelli, veloci e meno costosi del processo, esplicano innegabili effetti di alleggerimento dell'amministrazione della giustizia e, tutt'altro che alternativi, rivestono un ruolo che è piuttosto di complementarità con la giurisdizione, integrandosi con questa⁹.

Al pari di quanto si verifica nell'ambito medico, dove l'integrazione di percorsi di cura privata, non alternativa, ma integrata a quella pubblica, risulta “vincente”¹⁰, così nella prospettiva di “una nuova e integrata (e così più com-

⁶ Su posizioni e interessi, cfr., *ex multis*, R. Fisher, W. Ury, B. Patton, *Getting to Yes. Negotiating Agreement Without Giving In*, trad. it. *L'arte del Negoziato*, Milano 2005, p. 45.

⁷ Cfr. A. Monoriti, R. Gabellini, *NegoziAzione. Il manuale dell'interazione umana*, Milano, 2018, p. 17.

⁸ Per una disamina sulla configurabilità di una giurisdizione privata alternativa alla giustizia resa nel processo-giudizio, v. A. Maniaci, *Autonomia privata e conflitto*, in F. Danovi, F. Ferraris, T. Fragoneni, A. Maniaci, A. Marchese, *I patti preconstituzionali*, Torino, 2019, p. 109 ss.

⁹ V. E.P. Luiso, *Giustizia alternativa o alternativa alla giustizia?*, in *Giusto processo civ.*, 2011, p. 325 ss.

¹⁰ Tra i diversi contributi in materia, cfr. E.F. Poli, *Anatomia della guarigione. I sette principi della Nuova medicina Integrata*, Milano, 2014, pp. 31 e 121. L'Autrice, alla luce degli studi sulle neuro-

pleta) forma di giustizia”, devono essere favoriti “strumenti idonei ad adattarsi alla particolarità di ogni singolo caso, adattando la risoluzione della controversia alle concrete esigenze delle parti”¹¹. Invero, nell’ambito medico, si assiste allo sviluppo di percorsi terapeutici combinati, volti ad offrire servizi sanitari su misura, nonché diagnosi integrate multi-disciplinari di qualità, ponendo al centro del percorso di cura la persona (non la malattia o la prestazione medica) e valori quali prevenzione, salute e qualità della vita. Analogamente, nell’amministrazione della giustizia, l’impegno primario dovrebbe essere quello di favorire diversi approcci alla risoluzione delle liti che, partendo dai bisogni e dagli interessi delle persone, siano idonee a rispondere con maggior effettività alla tutela dei diritti di ciascuno.

I cambiamenti negli ultimi anni evidenziano sempre più l’urgenza di riforme che valorizzino queste forme di giustizia “complementare” (altresì definita ‘co-esistenziale’), le quali, se ben calibrate, “tracciano percorsi della giustizia che tengono conto delle relazioni sociali coinvolte, risanano lacerazioni e stemperano le tensioni sociali”¹². La via della mediazione è indicata come via elettiva di coesione e pacificazione sociale, in quanto attribuisce ai confliggenti il potere di scegliere, con l’ausilio dei loro avvocati, una composizione della lite sulla base di regole concrete per mezzo delle quali confrontarsi e trovare soluzioni¹³. Essi possono disporre del tempo necessario alla ricerca di una soluzione concreta, scelta sicuramente preferibile rispetto all’attesa di una decisione proveniente da un giudice, sovraccaricato da incombenti pratici, scadenze processuali e dall’osservanza di rigidi criteri di produttività¹⁴. Inoltre, l’accordo

scienze, propone una visione della medicina integrata che “non ha preconcetti, né verso medicine cosiddette alternative né verso quelle convenzionali. Sa che con rigore e intelligenza si può affrontare qualsiasi tema”, nella quale il medico non crea contrapposizioni tra paradigmi medici diversi, ma è “interessato a raccogliere il maggior numero di strumenti per guarire quello specifico paziente che gli si pone di fronte”.

¹¹ F. Danovi, *ADR. Una giustizia complementare*, cit., p. 10.

¹² Così, la Ministra della Giustizia Cartabia nelle *Linee programmatiche per l’innovazione della giustizia civile* indicate al Parlamento il 18 marzo 2021. Per un esempio, tra tanti, di pacificazione sociale, v. Sistemi Dialogici e i Circoli Rigenerativi, un processo comunitario dinamico per sostenere chi è nel conflitto, sviluppato nelle favelas del Brasile a metà degli anni ‘90 e diffusi in tutto il mondo, www.restorativecircles.org.

¹³ Cfr. P. Lucarelli, *Mediazione dei conflitti: una spinta generosa verso il cambiamento*, in *Giustizia Consensuale*, fasc. 1/2021, p. 15. Cfr. altresì L. Hoesch, *Il mio cammino verso la pratica collaborativa*, in Aa.Vv., *La Pratica Collaborativa. Dialogo fra teoria e prassi*, a cura di M. Sala, C. Menichino, Torino, 2017, p. XXVI.

¹⁴ Sulla perdita da parte del giudice della sua vocazione fondamentale che consiste nel “promuovere la pace in un mondo che è alla continua ricerca di un nuovo ordine”, v. J. Morineau, *Lo spirito della mediazione*, Milano, 2003, pp. 61 e 113 ss. L’Autrice riflette sulla funzione di *Dike* (la Giustizia dei Greci), che, non limitandosi alla legge in senso stretto, “rivela in primo luogo una cura di sé”, e sull’importanza del tempo, concepito come “il giudice supremo”, “il miglior mediatore”, nonché sul fatto che nelle mediazioni “per giungere alla fase finale, in cui la pace può essere ristabilita, bisogna aspettare che trascorra del tempo e che ci sia quella presa di distanza che tale intervallo permette”.

può nascere da un processo di comunicazione e comprensione reciproca, e consentire, quindi, non solo di comporre o risolvere la singola controversia, ma di porre fine al conflitto¹⁵.

Come è stato detto, il cambiamento in atto testimonia uno spostamento verso un “paradigma di natura collaborativa, cooperativa ed integrativa ove c’è spazio per l’autonomia delle parti e l’autodeterminazione”¹⁶.

Gli interventi legislativi che, sotto forti impulsi provenienti dall’appartenenza dell’Italia all’Unione europea, hanno a più riprese introdotto modalità non giurisdizionali di soluzione delle controversie nel nostro ordinamento, portando così alla ribalta la necessità di una rivisitazione del ruolo tradizionalmente svolto dagli avvocati e, al contempo, una nuova presa di coscienza da parte delle persone coinvolte nel conflitto¹⁷.

L’avvocato è chiamato ad operare non solo come difensore processuale dei diritti, ma può assumere ruoli diversi: avvocato consulente nei conflitti, che orienta il cliente nella scelta dei rimedi più convenienti al caso specifico, avvocato negoziatore e consulente di parte nelle conciliazioni, avvocato come terzo imparziale, come mediatore o facilitatore della comunicazione.

In questo nuovo contesto, l’avvocato deve essere in grado di affiancare il cliente e sostenerlo nella scelta più idonea a soddisfare i suoi interessi: “riappropriandosi della sua funzione e responsabilità sociale, che ne esalta e nobilita la professione, l’avvocato è nelle migliori condizioni per disinnescare – all’insegna della richiamata complementarità delle varie ‘giustizie’ – la tradizionale identificazione della giustizia con il processo, così come, ove i caratteri oggettivi e soggettivi del conflitto lo richiedano, consigliare la via giurisdizionale”¹⁸.

Sia che si tratti di accompagnare una parte in mediazione, sia che si tratti di assistere un cliente nella scelta processuale o stragiudiziale da intraprendere, non può, dunque, prescindere da competenze nuove per l’avvocato, che gli consentano di valorizzare il suo ruolo istituzionale e di staccarsi dall’approccio classico, esclusivamente orientato al processo¹⁹.

Sempre più avvocati avvertono l’esigenza di acquisire una specifica formazione in tal senso. I bisogni delle persone non possono essere soddisfatti

¹⁵ Cfr. G. Friedman, J. Himmelstein, *La mediazione attraverso la comprensione. Sfidare il conflitto: principi e tecniche di un metodo rivoluzionario*, Milano, 2012, p. 11.

¹⁶ C. Menichino, *Il conflitto e l’archetipo della dea Inanna*, Milano, 2021, p. 112.

¹⁷ Cfr. S. Dalla Bontà, *Giustizia consensuale*, in *Giustizia consensuale*, fasc. 1 /2021, p. 9: “Una nuova luce si riverbera su tutti coloro che operano nel mondo della giustizia che mette in risalto, di costoro, profili rimasti sino ad oggi, se non inediti, quanto meno comprensibilmente in penombra”.

¹⁸ S. Dalla Bontà, *Giustizia consensuale*, cit., p. 9. Sulla funzione sociale dell’avvocato, v. art. 1 e 23 Codice deontologico forense, art. 8 L. n. 247/2012), CNF, decisione 10 maggio 2017, n. 56, nonché la Risoluzione del Parlamento europeo del 23 marzo 2006.

¹⁹ Per un approfondimento sul ruolo dell’avvocato in un’ottica di difesa non conflittuale, cfr. D. Stalla, in Aa.Vv., *La Pratica Collaborativa. Dialogo fra teoria e prassi*, cit., p. 148 ss.

solo con diritto, tecniche retoriche, esperienza, intuito e buon senso, là dove la trasformazione dei conflitti in esiti soddisfacenti e auspicabilmente più duraturi è perseguibile solo integrando l'impostazione tecnico-giuridica con competenze che consentano di mettere, oggi come un tempo, l'essere umano al centro.

Nella mediazione civile e commerciale, è prevista la comparizione personale delle parti, perché, come ha osservato la Suprema Corte di Cassazione, "solo nel dialogo informale e diretto tra parti, avvocati e mediatore, è possibile trovare quella tutela dei diritti e composizione degli opposti interessi, soddisfattiva al punto da evitare il processo ed essere più vantaggiosa per tutte le parti"²⁰. A tal fine sono sicuramente necessari mediatori preparati, ma è altresì indispensabile che gli avvocati che assistono le parti siano formati alle tecniche di negoziazione in una logica non avversariale; ancor più si richiede che gli stessi siano in grado di fornire un'adeguata preparazione al cliente affinché questi sia disponibile ad un ruolo attivo e partecipe, ruolo che finora non è stato sufficientemente valorizzato. L'avvocato, conscio della riservatezza che informa tutta la procedura di mediazione²¹, per primo dovrebbe incentivare la parte ad esporre i fatti della controversia e a manifestare i propri bisogni e interessi in relazione alla medesima.

Nella sentenza sopra citata della Suprema Corte viene, altresì, sottolineato che la disposizione che introduce la presenza necessaria dell'avvocato va ad affiancare all'avvocato esperto in tecniche processuali che "rappresenta" la parte nel processo, l'avvocato esperto in tecniche negoziali che "assiste" la parte nella procedura di mediazione, e segna anche la progressiva emersione di una figura professionale nuova, con un ruolo in parte diverso e alla quale si chiede l'acquisizione di ulteriori competenze di tipo relazionale e umano, inclusa la capacità di comprendere gli interessi delle parti al di là delle pretese giuridiche avanzate²². In questa prospettiva, per adeguatamente assistere la persona in un procedimento che mette al centro anche i suoi interessi, l'avvocato dovrebbe acquisire, oltre alle competenze tecnico-giuridiche e competenze in materia di mediazione e di negoziazione, conoscenze delle dinamiche e della gestione dei conflitti, nonché nozioni di tecniche di negoziazione e di comunicazione efficaci²³.

²⁰ Cass. 27 marzo 2019, n. 8473, in *Foro it.*, 2019, I, c. 3250 ss. (cui hanno fatto seguito numerose pronunce, anche di merito).

²¹ V. art. 10 D.lgs. n. 28/2010.

²² Cass. 27 marzo 2019, n. 8473, cit. V. anche Corte cost., sent. 19 aprile 2019, n. 97, che, chiamata a pronunciarsi sull'obbligatorietà della mediazione, evidenzia, tra l'altro, il compito fondamentale del mediatore di "assistenza alle parti nella individuazione degli interessi in conflitto e nella ricerca di un punto d'incontro".

²³ L'Organizzazione mondiale della Sanità, *Skills for life*, 1, 1994, prevede competenze cognitive (*decision making, problem solving*, pensiero creativo, pensiero critico), competenze umane e relazionali specifiche (comunicazione efficace, capacità di relazioni interpersonali, empatia) e competenze

Si delinea, dunque, un nuovo modo di esercitare la funzione del difensore della parte, che deve comunque essere improntata al rispetto dei principi e dei doveri istituzionalmente previsti. Più precisamente, la necessità di una ulteriore e più completa formazione professionale (*hard e life o soft skills*), deriva proprio dal regolamento sulla formazione e dalle norme del codice deontologico forense, che prevedono un dovere di competenza professionale, di informativa del cliente e di collaborazione con la controparte²⁴.

Tra gli strumenti non contenziosi di risoluzione delle controversie ove è richiesta espressamente una formazione (iniziale e continua) necessaria e specifica, particolare menzione merita la Pratica Collaborativa. Questo metodo, nato negli Stati Uniti nell'ambito dei conflitti familiari e poi esteso alle controversie civili e commerciali, prevede che tutti i professionisti, oltre alle proprie competenze tecniche, acquisiscano (nei *practice groups*) una formazione interdisciplinare, capacità di cooperare e collaborare, dovendo altresì essere formati al modello della negoziazione basata sugli interessi secondo i principi della Harvard Law School²⁵; questa viene condotta in virtù del lavoro di squadra di un *team* di professionisti: gli avvocati collaborativi di ciascuna parte e i terzi neutrali (il facilitatore della comunicazione, l'esperto dell'età evolutiva e l'esperto finanziario). La Pratica Collaborativa, che poggia su importanti principi quali la buona fede, la trasparenza, la riservatezza e il mandato limitato alla negoziazione, consente alle parti di essere protagoniste del procedimento, al fine di raggiungere un accordo condiviso sostenibile e duraturo²⁶.

Questo metodo non è regolamentato nel nostro ordinamento, ma è frutto di una prassi professionale di imitazione del modello statunitense; si inserisce in un fenomeno più ampio di "cambio di paradigma", che prevede la trasformazione del ruolo, delle competenze e dei valori dell'avvocato: egli deve formarsi acquisendo nuove tecniche ed abilità, sostenere strumenti alternativi

emotive (auto-consapevolezza, gestione delle emozioni, gestione dello stress) per mettersi in relazione con gli altri e che sono da inserire nei programmi specifici relativi alla formazione e all'apprendimento.

²⁴ L'art. 27 n. 3 del Codice deontologico forense impone all'avvocato di informare la parte assistita della possibilità di avvalersi del procedimento di mediazione e dei percorsi alternativi al contenzioso giudiziario.

²⁵ Questo tipo di negoziazione è basato su quattro elementi fondamentali: separare le persone dai problemi, concentrarsi sugli interessi e non sulle posizioni, generare opzioni vantaggiose per entrambe le parti, usare criteri oggettivi. Per maggiori approfondimenti, cfr. R. Fisher, W. Ury, B. Patton, *Getting to Yes. Negotiating Agreement Without Giving In*, cit., p. 55. Sull'applicazione della negoziazione alla Pratica Collaborativa e sull'obbligo di formazione dei professionisti collaborativi, si rinvia *amplius* a M. Sala, *I principi e i valori della pratica collaborativa*, in Aa.Vv., *La Pratica Collaborativa*, cit., p. 78 ss.

²⁶ Per ogni ulteriore approfondimento, cfr. Aa.Vv., *La Pratica Collaborativa*, cit.; P.H. Tesler, *Collaborative Law, Achieving Effective Resolution in Divorce without Litigation*, American Bar Association, 2016.

di risoluzione delle liti ed essere “curatore nel ristorare le relazioni passate e incrementare positivamente quelle future aiutando il proprio assistito e tutti gli altri attori interessati nella definitiva trasformazione del conflitto”²⁷.

L’approccio collaborativo, invero, nel concentrarsi, anche nella conduzione della negoziazione, sulla soluzione dei problemi più che sul conflitto, mette in primo piano le persone, a salvaguardia, soprattutto, delle loro relazioni²⁸.

3. Il rapporto/relazione tra cliente e avvocato

Nella prospettiva qui coltivata, l’attenzione alla cura delle relazioni non può prescindere dalla cura della relazione cliente/avvocato.

La consapevolezza della centralità della relazione in ogni rapporto umano²⁹ e, soprattutto, del potere della relazione di generare la qualità della nostra vita, pone l’avvocato di fronte a importanti responsabilità professionali, sociali ed etiche. Questa responsabilità riguarda ogni fase del suo operato nell’interesse del cliente.

La formazione professionale, come già anticipato, gioca un ruolo fondamentale non solo nel definire il suo ruolo di esperto, ma anche nella sua relazione con il cliente, in un’ottica essenzialmente di cura³⁰.

È opinione comune quella per cui la cura costituisce un aspetto universale della vita umana e la pratica di cura è un’attività umana irrinunciabile³¹.

²⁷ C. Mordiglia, *Il cambio di paradigma*, in Aa.Vv., *La Pratica Collaborativa*, cit., p. 140. Sul punto, cfr. anche C. Menichino, *Origini e diffusione della pratica collaborativa*, in Aa.Vv., *La Pratica Collaborativa*, cit., p. 49: “l’avvocato collaborativo è considerato ‘healer’ dei conflitti, che agisce come *peacemaker*, ossia come colui che porta la pace, specialmente riconciliando le parti in conflitto, o *peacebuilder*, o costruttore di ponti; quindi un *holistic lawyer*, ossia un avvocato che analizza il conflitto e si relaziona con il cliente, inteso come persona, secondo un approccio olistico, cioè nel suo insieme”. In questa prospettiva si inquadrano anche i valori e gli elementi fondanti il movimento c.d. di *Integrative Law*, diffusosi anche in Italia (cfr. www.cuttingedgelaw.com). Per approfondimenti, v. inoltre K. Wright, *Lawyers as Peacemakers: Practicing Holistic, Problem Solving Law*, American Bar Association, 2010.

²⁸ Le controversie presentano un problema di relazione tra persone, sia che nascano da conflittualità familiari o successorie, sia che attengano a questioni creditizie, societarie, locatizie, condominiali. Per una disamina della gestione del conflitto, dalle re-azioni alle re-lazioni, v. T. Fragomeni, *I patti preconfittuali nel contesto di nuovi modelli relazionali e nuove professionalità*, in F. Danovi, F. Ferraris, T. Fragomeni, A. Maniaci, A. Marchese, *I patti preconfittuali*, cit., p. 155.

²⁹ Cfr. ad es. L. Mortari, *La pratica dell’aver cura*, Milano, 2006, p. VII, che richiama il pensiero di R.E. Groenhout: “Senza relazioni di cura la vita umana cesserebbe di fiorire. Senza relazioni di cura nutrite con attenzione la vita umana non potrebbe realizzarsi nella sua pienezza”.

³⁰ Per una disamina, alla luce del modello psicologico-clinico, del rapporto di delega avvocato-cliente, v. D. Wahl, *Il rapporto Avvocato-Cliente. Le aspettative, le richieste non espresse, la gestione del rapporto*, Vignate (MI), 2019, p. 35.

³¹ In tutti gli ambiti del vivere umano vi è necessità universale di ricevere cura e di aver cura, per-

Sulla scorta di tale assunto, non sono mancati approfondimenti che, partendo dagli aspetti fondamentali del concetto di cura, hanno ampliato il dibattito alle sue implicazioni sul piano del diritto e della giustizia³², prospettando, in taluni casi, un'autentica teoria della giustizia che “dovrebbe considerare i bisogni di cura, di ricevere e di dare cura e, quindi, dovrebbe prendere in considerazione l'onere che grava sulle persone impegnate nei lavori di cura”³³.

Appare interessante riflettere, con gli occhi del giurista, sul binomio “curare/prendersi cura”, dove “curare presuppone intervenire su una malattia, mentre prendersi cura è caratteristico del rapporto che ha la madre con il bambino, presuppone la capacità di seguire l'evoluzione, la crescita di una persona”³⁴.

Le competenze umane e relazionali poc'anzi accennate – che si affiancano, preme ribadirlo, alle conoscenze tecnico-giuridiche dell'avvocato – implicano un intervento di assistenza da parte di quest'ultimo che, con una visione più ampia, guarda alla singolarità e alla specificità della persona e al contempo non propone direttamente una soluzione, ma la accompagna e la sostiene in un percorso condiviso di scelta.

In merito al primo aspetto, si osserva che, al pari di quanto auspicato da un nuovo paradigma sulle cure e sulle terapie che considerano l'unità psiche-soma, ove la relazione e il vissuto del malato si intrecciano con la fisiopatologia e la clinica dei segni e dei sintomi, così una gestione costruttiva del conflitto dovrebbe partire da una concezione, tipica delle medicine orientali, dell'essere umano come ‘*olos*’, ossia un tutto interconnesso³⁵. Ciò richiede all'avvocato una visione integrata, che sposti lo sguardo dai particolari all'insieme, per ricomprendere, nell'orizzonte delle regole tecniche e procedurali, la persona con una sua storia, i suoi sentimenti e le sue emozioni, che si muove all'interno di un eco-sistema più complesso, in connessione con altri esseri umani³⁶.

ché “l'esistenza nella sua essenza è cura di esistere” (così, L. Mortari, *La pratica dell'aver cura*, cit., p. VII).

³² Per brevità, *ex multis*, si rinvia a E. Dieni, *Il diritto come cura. Suggestioni dall'esperienza canonistica*, in *Stato, Chiese e pluralismo confessionale*, Rivista telematica (<https://www.statoechiese.it>), giugno 2007.

³³ Cfr. L. Mortari, *La pratica dell'aver cura*, cit., pp. 24 e 153.

³⁴ L. Preta (a cura di), *Prendersi cura*, Roma 2020, p. XI.

³⁵ V. L. Orsi, *La relazione in medicina*, in *Resp. med.*, 2019, p. 10, che promuove “un paradigma più olistico che consenta di integrare l'*Evidence Based Medicine* (EBM), correttamente fondata sul metodo dell'osservazione e della sperimentazione scientifica, con la *Narrative Based Medicine* (NBM) che valorizza i vissuti e le narrazioni del malato rispetto alla sua personale esperienza di malattia”. V. anche E.F. Poli, *Anatomia della guarigione*, cit., p. 123, ove si propone una medicina integrata che parte da una concezione unitaria di malattia e che necessita della comprensione anche della storia e della psiche del paziente (“la sua biografia è la sua biologia”) e, su queste basi, vada “sempre più nella direzione di attivare la salute dall'interno”.

³⁶ Sulle sfide del mutamento in atto verso una visione integrativa, v. T. Fragomeni, in F. Danovi, F. Ferraris, T. Fragomeni, A. Maniaci, A. Marchese, *I patti preconfittuali*, cit., p. 150 ss.

Come è stato evidenziato per la mediazione penale, la cultura della mediazione significa, anzitutto, “prendersi cura, con modalità inedite sul piano socio-istituzionale, di comportamenti cosiddetti antisociali e/o antiggiuridici [...] per incontrare la fonte di quei conflitti che creano un vuoto, un isolamento dei singoli configgenti nel proprio vissuto, nella propria versione dei fatti”³⁷.

L’attenzione alle emozioni e ai sentimenti (che parlano un linguaggio non verbale, analogico) delle persone consente loro di comprendere a fondo le ragioni del conflitto e di affrontarlo con consapevolezza; pone quindi ‘l’esperto del diritto’ sul piano dell’integrazione, della connessione e dell’apertura. Al riguardo, preme notare che, come insegnano le neuroscienze, in questi contesti l’area del cervello interessato è la corteccia prefrontale, che invia e riceve afferenze da tutte le altre aree del cervello e per questo è chiamata ‘integrativa’, la quale preside, tra l’altro, alla regolazione di tutte le sensazioni corporee e alla regolazione della vita affettiva e di relazione³⁸.

Con riferimento al secondo profilo relativo alla condivisione del percorso, è essenziale che il professionista aiuti la persona a scoprirsi parte attiva e irrinunciabile nel determinare le proprie scelte in vista della più appropriata via da seguire. La guida per l’avvocato dovrebbe essere la consapevolezza che il cliente conosce meglio di chiunque altro il conflitto ed ha pertanto in sé le potenzialità per risolverlo. Si tratta di un compito cruciale quanto impegnativo, che evoca, anche nell’ambito giuridico, il principio dell’arte medica, secondo cui la forza della guarigione (*i.e.* della risoluzione del conflitto) si cela proprio nel cliente stesso e la maieutica di socratica memoria, ossia l’arte di far emergere la verità dalla persona, risulta fondamentale per colui che lo assiste³⁹.

L’approccio che qui si condivide non prevede che il cliente deleghi ogni decisione e ogni attività a un professionista, considerato unico depositario delle conoscenze necessarie; passa, piuttosto, attraverso un processo di responsabilizzazione o autodeterminazione (*empowerment*) della persona ed offre, a coloro che lo desiderino, l’opportunità di essere protagonisti del percorso legale, condividendo ogni scelta⁴⁰.

In questi termini si declina, anche nel rapporto, *melius* relazione, cliente/avvocato, quella cura che, in termini più generali, viene definita come “una pra-

³⁷ Cfr. A. Ceretti, *Premessa a J. Morineau, Lo spirito della mediazione*, p. 11.

³⁸ Cfr. E.F. Poli, *Anatomia della guarigione*, cit., p. 108 ss.

³⁹ A. Kreinheder, *Il corpo e l’anima*, Bergamo, 2001, p. 61, nell’esplorare il messaggio simbolico che le malattie del corpo esprimono, così si esprime: “Non possiamo aspettarci che i cambiamenti salutari si manifestino solo perché li prescriviamo (...) Tutto ciò che possiamo fare come terapeuti è motivare le persone a questo processo”.

⁴⁰ J. Morineau, *Lo spirito della mediazione*, pp. 26 e 112: la conoscenza di sé stessi consente di ritrovare un’autonomia d’azione all’elaborazione di un nuovo “ordine”, assumere la responsabilità dei propri atti; “ritrovare la propria libertà che non consiste nel fare una scelta ma nell’acquisire la conoscenza di quale sia la scelta giusta”.

tica eticamente informata che mira a procurare il benessere dell'altro e a metterlo nelle condizioni di decidere e di provvedere da sé al proprio ben-essere"⁴¹. Per concretizzarsi, peraltro, la cura richiede che "chi-ha-cura e chi-riceve-cura comunichino e interagiscano l'uno con l'altro e che in questa interazione chi ha cura eserciti le qualità distintive dell'essere umano: linguaggio, pensiero ed emozioni che consentano di empatizzare e comprendere i reali bisogni dell'altro"⁴².

L'avvocato, dunque, prima di acquisire tutte le necessarie informazioni del caso che gli viene sottoposto e prima di fornire la consulenza sui diritti e su tutti i possibili strumenti di tutela, è chiamato ad instaurare una relazione con il cliente. Questo implica competenze in termini di ascolto (passivo, attivo ed empatico) e comunicazione (verbale, paraverbale e non-verbale)⁴³. La "storia" che il cliente racconta diventa il punto focale⁴⁴; i sentimenti e le emozioni che emergono, unitamente alle varie pretese, diventano la guida per far emergere i bisogni ed interessi e per riflettere insieme sulle diverse strategie e risorse per affrontare la controversia⁴⁵. Le parole, gli sguardi, i silenzi, financo la voce, i sorrisi e la postura, integrano la relazione, al pari della capacità di fornire spiegazioni chiare dal punto di vista giuridico e dell'osservanza dei doveri professionali e deontologici. Su queste basi il consenso alle scelte da intraprendere - che può portare, se necessario, alla via giurisdizionale - è frutto di un percorso decisionale basato su consapevolezza, fiducia, responsabilizzazione e comunicazione attenta e informata.

La relazione così delineata si sviluppa nel tempo, si struttura nel "dare tempo all'altro"⁴⁶ e, a differenza della difesa in tribunale scandita dai termini processuali, prevede un tempo condiviso con il cliente, che ha il bisogno di esprimere in più occasioni le sue ansie, preoccupazioni, attese, aspettative e speranze⁴⁷.

⁴¹ L. Mortari, *La pratica dell'aver cura*, cit., p. 31.

⁴² L. Mortari, *La pratica dell'aver cura*, cit., pp. 31 e 179. Cfr. anche E. Borgna, *Parlarsi. La comunicazione perduta*, Torino, 2015, p. 8: "Comunicare vuol dire rendere comune: è dialogo, relazione. Significa entrare in relazione con la nostra interiorità e con quella degli altri, in modo tanto più intenso e terapeutico quante più emozioni siamo in grado di provare. Nella convinzione che 'comunicazione sia sinonimo di cura'".

⁴³ Cfr. "Le sette regole dell'arte di ascoltare", in M. Sclavi, *Arte di ascoltare e mondi possibili. Come si esce dalle cornici di cui siamo parte*, Milano, 2003, p. 127.

⁴⁴ In merito alla relazione medico-paziente, cfr. M. Foglia, *Nell'acquario. Contributo della medicina narrativa al discorso giuridico sulla relazione di cura*, in *Resp. med.*, 2018, p. 375.

⁴⁵ Sull'importanza della formazione professionale nel definire il rapporto fra prestazione tecnica e relazione paziente/medico, v. L. Orsi, *La relazione in medicina*, cit., p. 12.

⁴⁶ L. Mortari, *La pratica dell'aver cura*, cit., p. 32: "Come non ci sono tecnologie che rendano più efficiente la cura sostituendo le interazioni umane, così niente può diminuire il tempo necessario alla cura".

⁴⁷ Cfr. E. Borgna, *Parlarsi. La comunicazione perduta*, cit., p. 16: "Il tempo utile al medico nel

In questi termini, quindi, il tempo della comunicazione cliente/avvocato assume una valenza significativa nel corso di tutto il rapporto professionale, al pari di quanto dispone la l. n. 219/2017 sul tempo della comunicazione tra medico e cliente che costituisce “tempo di cura”⁴⁸.

Al riguardo sovvien il pensiero di Ippocrate, il grande medico del mondo greco, che pensava che gli strumenti terapeutici non sono solo i farmaci, ma “il tocco, il rimedio e la parola”⁴⁹, quasi a voler dire che nelle modalità di approccio alla gestione del conflitto testé indicate sia immanente un carattere di cura.

Con queste modalità l’avvocato, fuori dall’ambito della giurisdizione, può acquistare un ruolo di prevenzione, già a partire dalla relazione che instaura con il cliente. E il conflitto, così positivamente gestito, consentendo alla persona di incontrare se stessa e l’altra parte (in una mediazione o negoziazione), può rivelarsi un’opportunità di comprensione e trasformazione⁵⁰.

4. Consapevolezza di sé dell’avvocato

Nei metodi di risoluzione consensuale delle liti, al di là delle specifiche caratteristiche di ciascun modello⁵¹, l’intento è instaurare un percorso di dialogo e di confronto, mettere in connessione bisogni e interessi, anche se apparentemente inconciliabili, consentire alle parti di esplorare nuove e più soddisfacenti possibilità di trovare soluzioni sostenibili nel tempo.

Queste modalità, dirette a favorire la comprensione reciproca, si basano, come detto, su competenze di intelligenza emotiva, e si traducono, altresì, in un’esigenza di autoconsapevolezza e di auto-educazione alla cura di sé dell’avvocato come professionista.

È innegabile, infatti, che l’intensità del conflitto e le situazioni che si presentano determinano nell’avvocato giudizi, frustrazioni, sensazioni e convinzioni su chi ha torto o ragione, portandolo a reagire secondo uno schema di

giungere alla diagnosi è un tempo che non sempre corrisponde a quello di cui ha bisogno il paziente [...] ma conciliare queste diverse esperienze è già terapia”.

⁴⁸ Art. 1, comma 8, l. n. 219/2017. Per una testimonianza sulle difficoltà che gli attuali assetti organizzativi della sanità presentano in molti ambiti, v. L. Orsi, *Un elefante nella cristalleria*, in *Resp. med.*, 2017, 159 ss.: “un’apparentemente inarrestabile impostazione aziendalistica della sanità (che è andata ben oltre gli scopi originari di responsabilizzare i sanitari sull’impiego etico delle risorse) porta a sacrificare il tempo di relazione perché giudicato ‘improduttivo’”.

⁴⁹ L. Preta (a cura di), *Prendersi cura*, cit., p. XI.

⁵⁰ “Talvolta, anche il raggiungimento della consapevolezza dell’impossibilità di eliminare la diversità e di conciliare i punti di vista può essere un risultato con un valore trasformativo” (E. Zecca, *Il metodo collaborativo*, in AA.VV., *La Pratica Collaborativa*, cit., p. 108).

⁵¹ Per una attenta disamina, si rinvia a M. Dotti e C. Menichino, in *ADR. Una giustizia complementare*, a cura di F. Danovi, F. Ferraris, cit., p. 109 ss.

pensieri e azioni sviluppate nel corso della propria esperienza. Sia nel rapporto con il cliente, sia nel contesto di una negoziazione o di una mediazione, diventa una sfida applicare le abilità di ascolto e comunicazione empatica necessarie per entrare in contatto con le parti o con altri difensori⁵².

La pratica di tornare all'auto-connessione, intesa come riflessione su se stessi, se opportunamente esercitata, consente al professionista di imparare ad agire (non a reagire) in modo efficace, utilizzando l'autoconsapevolezza ottenuta per entrare in connessione più profonda con le persone e aiutarle⁵³.

In questi termini, dunque, cura di sé del professionista significa acquisizione di capacità di riconoscere le emozioni, proprie e altrui, di gestirle con consapevolezza, mettendosi in ascolto ed esplorando i propri bisogni, di esercitare la 'presenza' che diviene la competenza fondamentale per relazionarsi con i clienti o con le parti e riuscire a "utilizzare l'intelligenza emotiva in mezzo al conflitto"⁵⁴.

Tale modalità rende il professionista più interessato e curioso nei confronti dei protagonisti del conflitto e gli consente di accostarsi con un diverso stato d'animo, che parte dall'idea di non sapere quale possa essere la miglior soluzione. Ciò, per non ostacolare la ricerca di una via di reciproca connessione e non essere di intralcio a nuove possibilità di soluzione⁵⁵.

Al riguardo, appare suggestiva una riflessione proposta a proposito del binomio "curare/prendersi cura": per navigare abbiamo bisogno di una bussola (che è la nostra sapienza per diagnosticare e curare), ma dobbiamo anche di-

⁵² Cfr. M. Sclavi, *Arte di ascoltare e mondi possibili*, cit., pp. 14 e 35, ove si esamina la interconnessione tra autoconsapevolezza emotiva, ascolto attivo e gestione creativa dei conflitti, definito "triangolo magico dell'arte di ascoltare", dove il buon osservatore è in grado di connettersi a sé stesso e al mondo adottando flessibilità, 'imbarazzo preventivo' ("sii goffo"), meno controllo e più immaginazione, per diventare disponibile all'esplorazione di "altri mondi possibili". In relazione all'importanza dell'uso delle competenze di intelligenza emotiva, si afferma che "le emozioni ci danno informazioni non su cosa vediamo, ma su come guardiamo", e sono degli "strumenti preziosi" per guardare "non dentro sé stessi, ma fuori".

⁵³ Per approfondimenti, cfr. G.J. Friedman, *Inside Out. Strumenti di auto-riflessione per mediatori e altri professionisti del conflitto per sostenere e assistere meglio le parti*, trad. it. a cura di L. Ristori, Firenze, 2019, pp. 41, 61 e 153. Secondo l'autore, non si tratta di auto-analisi o contemplazione di sé, ma di "rimanere aperti per sentire ciò che arriva dalla coscienza"; "entrare nel volatile mondo delle emozioni ci apre la strada a soluzioni che meglio di tutte sono in grado di soddisfare i bisogni dei nostri clienti e ridurre la tensione che proviamo dentro di noi", "utilizzando le nostre esperienze non per utilizzare le soluzioni per i nostri clienti, ma per guadagnare accesso alla loro sfera emotiva". Tale auto-osservazione porta altresì a prendere coscienza dei vissuti che accomunano il professionista con i protagonisti del conflitto. Sulla comprensione profonda ed empatica del "guaritore ferito", cfr. L. Preta (a cura di), *Prendersi cura*, cit. p. XX.

⁵⁴ Sui vantaggi derivanti dall'acquisizione di consapevolezza circa i propri meccanismi interiori, cfr. I. Lasater, *Parole che funzionano nel mondo del lavoro*, Reggio Emilia, 2011, p. 26 ss.

⁵⁵ Scrive E. Morin, *La testa ben fatta, Riforma dell'insegnamento e riforma del pensiero*, Milano, 2000, p. 59: "Conoscere e pensare, non è arrivare a una verità assolutamente certa, è dialogare con l'incertezza".

menticare la bussola, perché, per prendersi cura, abbiamo bisogno di guardare al paziente come persona e all'incontro tra le nostre soggettività⁵⁶.

5. Considerazioni conclusive

La persona al centro, paradigma ormai valorizzato nella pluralità delle discipline⁵⁷, presuppone una cura della relazione, che parta dal rispetto della persona, della sua unicità e della sua specificità.

Affinché l'avvocato possa farsi promotore di una nuova cultura del conflitto in tutti gli ambiti del diritto, è necessario un profondo mutamento di sguardo; come scriveva Marcel Proust: "un vero viaggio di scoperta non è cercare nuove terre, ma avere nuovi occhi".

A tal fine, si rivela indispensabile un dialogo fecondo tra discipline e professionisti, attenti, questi ultimi, a collaborare, ciascuno nel proprio ruolo, crescendo ulteriormente in rapporto con esse.

Le modalità di risoluzione delle controversie cui si è fatto sopra riferimento (primo fra tutti, la Pratica Collaborativa) esortano i professionisti a lavorare in modo interdisciplinare e multidisciplinare, al fine di mettere in comune e condividere conoscenze e aprire orizzonti di soluzione inimmaginabili.

L'avvocato, da sempre privilegiato interprete di questa complessità, ha oggi l'occasione, con nuovi strumenti conoscitivi e normativi⁵⁸, di darvi immediata e puntuale espressione e affrontare consapevolmente questa nuova sfida.

Riferimenti bibliografici

AA.VV., *La Pratica Collaborativa. Dialogo fra teoria e prassi*, a cura di M. Sala, C. Menichino, Torino, 2017; AA.VV., *ADR. Una giustizia complementare*, a cura di F. Danovi, F. Ferraris, Milano, 2018; E. Borgna, *Parlarsi. La comunicazione perduta*, Torino, 2015; M. Cartabia, L. Violante, *Giustizia e mito. Con Edipo, Antigone e Creonte per indagare i dilemmi del diritto continuamente riaffioranti nelle nostre società*, Bologna, 2018; C. Cattani, *Competenza 14: Collaborare*, in D. Ianes, S. Cramerotti, L. Biancato, H. Demo (a cura di), *Il manuale dell'Expert Teacher. 16 competenze chiave per 4 nuovi profili docente*, Centro Studi Erickson, 2019; F. Danovi, F. Ferraris, T. Fragomeni, A. Maniaci, A. Marchese, I

⁵⁶ Cfr. A.M. Nicolò, *Prefazione* a L. Preta (a cura di), *Prendersi cura*, cit., p. XIV.

⁵⁷ Si pensi al contesto educativo, dove la centralità dello studente ha portato al tramonto della concezione dell'apprendimento come travaso di contenuti da chi sa a chi non sa, evocato dalla metafora dell'imbuto di Norimberga. Cfr. *ex multis*, C. Cattani, *Competenza 14: Collaborare*, in D. Ianes, S. Cramerotti, L. Biancato, H. Demo (a cura di), *Il manuale dell'Expert Teacher. 16 competenze chiave per 4 nuovi profili docente*, Centro Studi Erickson, 2019.

⁵⁸ Sotto tale profilo, la recente riforma del processo civile pone, ad esempio, un accento particolare sui poteri e doveri del curatore speciale del minore nella ricerca e cura dei suoi interessi, nonché nell'impegno da approfondire per mantenere rapporti collaborativi con le altre parti, con i difensori e con tutte le persone che seguono il minore (tutore, servizi sociali, insegnanti, ecc.).

patti preconfittuali, Torino, 2019; S. Dalla Bontà, *Giustizia consensuale*, in *Giustizia consensuale*, Fasc. 1 /2021; E. Dieni, *Il diritto come cura. Suggestioni dall'esperienza canonistica*, in *Stato, Chiese e pluralismo confessionale*, Rivista telematica (<https://www.statoechiese.it>), giugno 2007; R. Fischer, W. Ury, B. Patton, *Getting to Yes. Negotiating Agreement Without Giving In*, trad. it. *L'arte del Negoziato*, Milano, 2005; M. Foglia, *Nell'acquario. Contributo della medicina narrativa al discorso giuridico sulla relazione di cura*, in *Resp. med.*, 2018; G.J. Friedman, *Inside Out. Strumenti di auto-riflessione per mediatori e altri professionisti del conflitto per sostenere e assistere meglio le parti*, trad. it. a cura di Laura Ristori, Firenze, 2019; G. Friedman, J. Himmelstein, *La mediazione attraverso la comprensione. Sfidare il conflitto: principi e tecniche di un metodo rivoluzionario*, trad. it. a cura di Marzia Faggiano, Milano, 2012; A. Kreinheder, *Il corpo e l'anima*, Bergamo, 2001; I. Lasater, *Parole che funzionano nel mondo del lavoro*, Reggio Emilia, 2011; P. Lucarelli, *Mediazione dei conflitti: una spinta generosa verso il cambiamento*, in *Giustizia Consensuale*, fasc. 1/2021; C. Menichino, *Il conflitto e l'archetipo della dea Inanna*, Milano, 2021; A. Monoriti, R. Gabellini, *NegoziAzione. Il manuale dell'interazione umana*, Milano, 2018; E. Morin, *La testa ben fatta. Riforma dell'insegnamento e riforma del pensiero*, Milano, 2000; J. Morineau, *Lo spirito della mediazione*, Milano, 2003; L. Orsi, *Un elefante nella cristalleria*, in *Resp. med.*, 2017; L. Orsi, *La relazione in medicina*, in *Resp. med.*, 2019; E.F. Poli, *Anatomia della guarigione, I sette principi della Nuova Medicina Integrata*, Milano, 2014; L. Preta (a cura di), *Prendersi cura*, Roma, 2020; M. Sclavi, *Arte di ascoltare e mondi possibili. Come si esce dalle cornici di cui siamo parte*, Milano, 2003; P.H. Tesler, *Collaborative Law, Achieving Effective Resolution in Divorce without Litigation*, American Bar Association, 2016; American Bar Association, 2016; D. Wahl, *Il rapporto Avvocato-Cliente, Le aspettative, le richieste non espresse, la gestione del rapporto*, Vignate (MI) 2019; K. Wright, *Lawyers as Peacemakers: Practicing Holistic, Problem Solving Law*, American Bar Association, 2010; P. Zatti, *Cultura della relazione e linguaggi normativi*, in *Resp. med.*, 2019/1.

La cura della relazione nella mediazione familiare

Carola Moretti

SOMMARIO: 1. Un percorso di crescita e trasformazione: la cura della relazione come fine. – 2. Gli strumenti del mediatore: la cura della relazione come mezzo.

1. Un percorso di crescita e trasformazione: la cura della relazione come fine

Nella prefazione al libro curato da Scaparro e Vendramini, *Pacificare le relazioni familiari, Tecniche ed esperienze di mediazione familiare*, il Presidente della Corte d'Appello di Trento, già Presidente della sez. IX del Tribunale di Milano, nell'evidenziare le potenzialità della mediazione familiare scrive: “Nulla di strano e nulla di miracoloso: solo il frutto di una adeguata cura delle relazioni, solo l'esito di un percorso di trasformazione, capace di far emergere il meglio di ciascuno salvaguardando e, anzi, promuovendo l'immagine dell'altro nel reciproco rispetto e grazie alla valorizzazione delle rispettive risorse”¹.

La mediazione familiare² è un percorso per la riorganizzazione delle relazioni familiari rivolto a genitori separati o in fase di separazione. Il mediatore

¹ G. Servetti, *Prefazione* a F. Scaparro, C. Vendramini (a cura di), *Pacificare le relazioni familiari. Tecniche ed esperienze di mediazione familiare*, Trento, 2018, p. 10.

² Parlando di mediazione familiare non è oggi possibile prescindere da un brevissimo cenno sulle novità introdotte dalla c.d. Riforma Cartabia sul processo civile. È noto, infatti, come tale riforma abbia assegnato un ruolo centrale ai metodi alternativi di risoluzione delle controversie, ed in generale alla mediazione dei conflitti. Nel dettare i principi e i criteri direttivi relativi alla disciplina processuale del nuovo rito unificato denominato “*Procedimento in materia di persone, minorenni e famiglie*”, occorre ricordare l'art. 1, comma 23, lett. n, o e p L. n. 206/2021. Alla lett. n, in particolare, si prevede che “*il giudice relatore possa, con esclusione delle fattispecie in cui siano allegiate violenze di genere o domestiche, (...) invitare le parti ad esperire un tentativo di mediazione familiare*”. In attuazione della Legge n. 206/2021, il Governo ha emanato il Dlgs. n. 149/2022, che (v. art. 1, comma 5, lett. a), modifica l'art. 337-ter, che ora si riferisce espressamente agli accordi tra i genitori “*raggiunti all'esito di un percorso di mediazione familiare*” e che prevede l'abrogazione dell'art. 337-octies, la cui disciplina è ripresa dall'art. 473-bis.10, che prevede la possibilità per il giudice di rinviare l'adozione dei provvedimenti di cui all'art. 337-ter per consentire un tentativo di mediazione familiare. L'art. 473-bis.10 dispone, inoltre, che il giudice possa in qualunque momento informare della possibilità di avvalersi della mediazione familiare e invitare a rivolgersi ad un mediatore. Perplessità riguardo al fatto che l'invito del giudice possa essere percepito come cogente dalle parti, al punto da lasciare aperto il dubbio che tale previsione possa aprire la porta ad una mediazione obbligatoria, F. Scaparro, *La forza della mediazione familiare*, in C. Vendramini (a cura di), *La*

parte da una situazione di conflitto e, prendendosi cura delle relazioni familiari, aiuta i genitori ad attivare le proprie risorse affinché gli stessi possano apprendere o ri-apprendere ad esercitare insieme la comune responsabilità genitoriale³.

Finalità dell'intervento è quella di aiutare le parti, i genitori, a riconoscersi reciprocamente quale risorsa nella crescita e nell'educazione dei figli⁴. Obiettivo non è necessariamente quello di giungere ad un accordo di separazione (da intendersi in senso ampio), quanto quello di aiutare i genitori a riattivare il dialogo, in modo tale da riappropriarsi della loro capacità di decidere per se stessi⁵ e per i propri figli⁶.

Sono i genitori, infatti, accompagnati dal mediatore familiare che ne facilita la comunicazione⁷, in un contesto autonomo rispetto all'ambito giudi-

mediazione familiare nella Riforma Cartabia: comporre i conflitti e ritessere le relazioni, Milano, 2022. Per un'opinione favorevole all'obbligatorietà di un tentativo di mediazione, o per lo meno di un incontro informativo preliminare, si veda viceversa P. Mazzamuto, *Rapporti fra mediazione familiare e CTU*, in Aa.Vv., *CTU nei procedimenti in materia di famiglia e minori*, a cura di M. Maglietta e A. Maniaci, Pisa, 2022, p. 104. Perplexità sono state espresse inoltre sulla previsione dell'istituzione di un elenco di mediatori familiari presso ogni tribunale (art. 1 comma 23, lett. p L. n. 206/2021 e art. 12-bis disp. att. c.p.c.), che potrebbe ingenerare l'erronea convinzione per cui la nomina può avvenire ad opera del giudice (cfr. sul punto N. Cento, *La mediazione familiare nel contesto di una CTU: usi, abusi e correttivi, anche alla luce dell'ultima riforma del processo civile*, in Aa.Vv., *CTU nei procedimenti in materia di famiglia e minori*, cit., p. 116).

³ Sulla mediazione familiare, cfr., *ex multis*, F. Scaparro e C. Vendramini (a cura di), *Pacificare le relazioni familiari, Tecniche ed esperienze di mediazione familiare*, cit.; L. Parkinson, *La mediazione familiare. Modelli e strategie operative*, nuova ed. it. a cura di C. Marzotto, Trento 2013; P. Mazzamuto, *La mediazione nella tutela della famiglia*, Torino, 2013; I. Buzzi e J. M. Haynes, *Introduzione alla mediazione familiare. Principi fondamentali e sua applicazione*, 2a ed, Milano 2012; V. Di Gregorio, *La mediazione familiare nel diritto di famiglia riformato*, in *Pol. dir.*, 2017, p. 603 e ss.

⁴ È stato del resto sottolineato come “le relazioni madre-figlio e padre-figlio non possono essere considerate due mere diadi, ma concorrono a delineare un ulteriore quadro di interazioni funzionali al corretto sviluppo psico-fisico del minore, i cui legami si alimentano e rafforzano attraverso una relazione co-evolutiva triadica, non riducibile, dunque, alla sommatoria delle proprietà e delle qualità dei sistemi diadi che la compongono” (A. Maniaci, *Riflessioni conclusive*, in Aa.Vv., *CTU nei procedimenti in materia di famiglia e minori*, cit., p. 257).

⁵ Se partiamo dalla definizione di controversia come “crisi di cooperazione tra due o più soggetti che, legati da un rapporto di varia natura, non sono più in grado di farlo funzionare”, dobbiamo riconoscere che proprio le parti in conflitto sono senza dubbio coloro che maggiormente ne conoscono cause e possibili soluzioni (F. Danovi, *Il prisma della giustizia e i suoi possibili modelli*, in Aa.Vv., *La Pratica Collaborativa. Dialogo fra teoria e prassi*, a cura di M. Sala, C. Menichino, Torino, 2017, p. 4).

⁶ Non si può dimenticare come finalità ultima della mediazione familiare sia quella di proteggere i bambini dai danni che gli stessi subiscono a causa della guerra tra genitori. Sui danni da “cattiva separazione” e sull'importanza per i bambini di “poter contare” sugli adulti e, dunque, anche su due genitori che siano in grado di affrontare il conflitto in modo costruttivo, v. F. Scaparro, *Sicurezza delle relazioni familiari e ragioni del mediare*, in F. Scaparro, C. Vendramini (a cura di), *Pacificare le relazioni familiari*, cit., p. 15 ss.

⁷ Facilitatore della comunicazione è il professionista “competente nelle dinamiche relazionali e comunicative che aiuta le parti a parlarsi in maniera costruttiva, favorendo l'espressione dei loro bisogni (anche dal punto di vista emozionale). Fare silenzio per dare spazio alle parti, mandare

ziario, e nella piena riservatezza, che si confrontano sulle questioni relative alla loro organizzazione familiare, alle relazioni con i figli, alle questioni su cui vi è disaccordo, formulando essi stessi un programma di separazione che consenta ad entrambi di essere genitori insieme, di continuare ad essere una risorsa uno per l'altro nell'educazione e nella crescita dei figli, nonostante il progetto di coppia sia giunto al capolinea⁸.

I genitori in conflitto non si parlano. Spesso usano i figli per acquisire informazioni sull'altro genitore o per mandargli un messaggio, del tipo: "Papà ti ha fatto fare i compiti?", "E ti ha portato ai giardini?", "Eravate soli o c'era qualcun altro?" "Di' alla mamma di comprarti le scarpe per il calcio", "Di' a papà che la prossima volta la divisa da basket te la deve lavare lui".

Quando i genitori non comunicano tra loro, si intasano le linee di comunicazione con i figli. Possiamo immaginare un triangolo dove è venuto meno il lato che collega papà e mamma. La circolazione delle informazioni, per passare da un genitore all'altro, passa inevitabilmente attraverso il figlio per il quale il peso può diventare insostenibile.

La mediazione familiare rappresenta per i genitori un'opportunità: uno spazio ed un tempo per parlarsi, per riflettere su cosa sia meglio per i propri figli, senza delegare a giudici e ad avvocati l'organizzazione della loro vita⁹.

messaggi di accoglimento verbali e non verbali, usare la riformulazione per restituire e puntualizzare alcune esternazioni e accogliere i bisogni delle parti con un rispecchiamento empatico sono alcune delle prerogative che esercita" (M. Sala, R. Cardinale, *Conflitti. Nella coppia tra fratelli in azienda, Conversazioni fra un avvocato e una counselor*, Milano, 2021, p. 114).

⁸ "La mediazione rappresenta la via offerta alle famiglie divise per abbassare il conflitto e contenerne la dimensione distruttiva, per organizzare fattivamente una vita familiare sotto due tetti, per offrire uno spazio e un tempo in cui riconoscere a padre e madre anche divisi il valore reciproco e individuare congiuntamente le vie di accesso alle due storie familiari" (V. CIGOLI, *Clinica del divorzio e delle famiglie ricostruite*, Bologna 2017, p. 114).

⁹ Il primo presupposto per incominciare il percorso è la "tregua" (dalle ostilità, ma anche da iniziative legali): occorre far sì che la mediazione possa essere realmente un tempo e uno spazio dedicato al tentativo di "fare altro", di concedersi un'opportunità. Gli avvocati hanno il delicato ed importante compito di individuare i modi e le strategie anche processuali per poter garantire alle parti la tregua necessaria per intraprendere e proseguire il percorso di mediazione familiare: richiedere rinvii, ove possibile, ma anche redigere atti equilibrati che, pur esponendo le ragioni del proprio assistito e le pretese che ne rappresentano la posizione, non contengano accuse velenose o richieste pretestuose. La presenza degli avvocati accanto alle parti, del resto, è importante non solo una volta raggiunto l'eventuale accordo per la trasposizione dello stesso in un atto da sottoporre agli organi preposti per l'attribuzione di efficacia giuridica, ma anche durante tutto il percorso al fine di fornire al proprio cliente la consulenza necessaria, affinché quest'ultimo abbia tutti gli elementi per poter negoziare consapevolmente. La Suprema Corte, sia pure con riferimento alla figura dell'avvocato nell'ambito della mediazione civile, ha già sottolineato come si debba oggi riconoscere "la progressiva emersione di una figura professionale nuova, con un ruolo in parte diverso e alla quale si richiede l'acquisizione di ulteriori competenze di tipo relazionale e umano, inclusa la capacità di comprendere gli interessi delle parti al di là delle pretese giuridiche avanzate" (Cass. 27 marzo 2019, n. 8473, in *Corr. giur.*, 2019, p. 718 ss.).

Il postulato su cui si fonda l'intervento del mediatore è la convinzione per cui i migliori esperti del bambino siano i genitori. Il lavoro del mediatore è espressione di grande fiducia: con caparbietà ed ottimismo, lavora a fianco dei genitori al fine di aiutarli a recuperare quella capacità di decidere insieme per i loro figli che il conflitto ha oscurato. È un salto di paradigma. Significa guardare al futuro, avere una *chance* di riprendere in mano la propria vita.

Troppo spesso, dopo che il giudice ha deciso ed emanato i provvedimenti che disciplinano la vita di una famiglia, il conflitto si riaccende. “Quali sono le spese straordinarie da suddividere al 50%? Le spese farmaceutiche vi rientrano o devono considerarsi ordinarie?”, “Se è lui a decidere di non andare a prendere i bambini e deve pagare la baby-sitter devo rimborsare la metà anche se avrei potuto andare io?”, “Se il mio weekend cade durante un ponte suo, come ci regoliamo?” Domande analoghe vengono spesso poste agli avvocati dopo la chiusura del procedimento di separazione o di divorzio.

Tali questioni sono scarsamente affrontate dalla giurisprudenza. Ove, infatti, non sia ravvisabile un effettivo pregiudizio per il minore, dovuto alla totale incapacità dei genitori di decidere per lui a causa dell'elevata conflittualità¹⁰, ammettere l'intervento del giudice su tutte le questioni inerenti alla vita del minore significherebbe di fatto svuotare completamente di contenuto la responsabilità genitoriale, senza produrre alcun effetto se non quello di un'ulteriore *escalation* del conflitto¹¹.

A volte, dopo anni di contenzioso, si arriva ad un accordo per esasperazione, per stanchezza, per senso di colpa¹². Tuttavia, se l'accordo non è stato

¹⁰ Occorre infatti distinguere le ipotesi in cui l'elevata conflittualità comporti una totale impossibilità dei genitori di decidere per il figlio, con ciò arrecando allo stesso un pregiudizio, dalla diversa circostanza in cui, pur sussistendo forti disparità di vedute o di orientamento educativo tra i genitori, non sia compromessa la possibilità di compiere le scelte essenziali per la vita del bambino. Sul punto, cfr. V. Di Gregorio, *La mediazione familiare nel diritto di famiglia riformato*, cit., p. 636, la quale rileva come non sempre sia necessario e opportuno il ricorso a misure invasive, sostitutive della figura genitoriale, bensì solo quando “sia accertato che le divergenze emerse nel tessuto familiare sono tali da arrecare danno al minore e quando tutte le altre tecniche sono fallite”.

¹¹ In tal senso, v. ad es. Trib. Milano, ord. 23 marzo 2016, est. Buffone (in *www.ilcaso.it*) in un'ipotesi in cui l'organo giudiziario era stato adito perché fosse determinato se l'espressione “vacanze di Pasqua” contenuta nei provvedimenti provvisori dovesse intendersi “dalla domenica di Pasqua alla sera del Lunedì dell'Angelo”, e affinché fossero determinati con precisione a che ora dovessero avvenire il prelievo ed il successivo riaccompagno della bambina e l'esatto luogo di prelievo e di riaccompagno.

¹² Si possono a tal proposito ricordare le parole di M. Sclavi (*Arte di ascoltare e mondi possibili. Come si esce dalle cornici di cui siamo parte*, Torino, 2003, p. 199), la quale osserva come anche l'evitamento del conflitto rappresenta una forma di aggressività. Se una persona mi dà un pugno, mi sta proponendo una relazione di lotta, di antagonismo. Se reagisco e altrettanto gli do un pugno, accetto la lotta. Altrettanto, se mi sottraggo facendo la vittima: “L'unico modo vero per non collaborare è proporre una danza diversa e indurre l'altro a cambiare danza”. Se arrivo ad un accordo per sfinito, solo perché voglio farla finita, ma continuo a percepire l'altro come nemico, è molto probabile che quell'accordo non sarà duraturo. Solo se riesco a percepire l'altro come risorsa, allora

raggiunto attraverso un percorso di conoscenza di sé e dell'altro, difficilmente tale accordo sarà in grado di durare nel tempo¹³.

Grazie al percorso di mediazione familiare, i genitori hanno l'occasione di imparare a stare nel conflitto¹⁴, a riconoscerlo come occasione di crescita e trasformazione¹⁵.

L'accordo raggiunto nella stanza di mediazione è un accordo che arriva dopo che i genitori si sono confrontati su situazioni concrete, hanno ipotizzato possibili soluzioni, sono stati sollecitati a vedere il punto di vista dell'altro, a comunicarsi gli interessi sottostanti alle proprie posizioni, i propri bisogni emotivi¹⁶.

In ciò consiste la distinzione tra un accordo transattivo e la mediazione: quest'ultima non presuppone e non implica reciproche concessioni, non si realizza nel trovarsi a metà strada, ma nell'apprendere competenze e capacità di "stare nel conflitto", trasformando le dinamiche relazionali da negative e distruttive a posizioni costruttive e collaborative, che poi potranno essere la base per il raggiungimento di accordi¹⁷.

l'accordo potrà dirsi sostenibile.

¹³ Solo rielaborando i vissuti di dolore e sofferenza è infatti possibile giungere a "trasformare gli automatismi di risposta aggressivi, difensivi, quei copioni che vediamo facilmente attivi in una dinamica conflittuale, in momenti di crescita personale e sociale costruttiva" (D. Novara, *La grammatica dei conflitti*, Milano 2011, p. 154). Se i genitori sapranno comunicarsi, grazie all'aiuto del mediatore, i rispettivi bisogni emotivi, l'accordo raggiunto avrà ben altra stabilità di quello eventualmente 'imposto' dal timore del provvedimento del giudice. La garanzia di tenuta dell'accordo starà, dunque, proprio nel "patto interno tra i genitori" (C. Vendramini, *Il mediatore familiare*, in F. Scaparro, C. Vendramini, *Pacificare le relazioni familiari*, cit., p. 161).

¹⁴ Sull'importanza del "saper-stare" nel conflitto, D. Novara, *La grammatica dei conflitti*, cit.

¹⁵ Con il termine 'trasformativo' si intende proprio indicare la trasformazione della qualità del rapporto tra i soggetti coinvolti nella mediazione. In generale, sulla mediazione trasformativa, si rinvia a R.B. Bush, J.P. Folger, *La promessa della mediazione. L'approccio trasformativo alla gestione dei conflitti*, ed. it. a cura di G. Scotto, Firenze, 2009.

¹⁶ Spesso i bisogni emotivi costituiscono il vero motivo del contrasto. Emblematico il caso narrato da M. Ceriotti Migliarese, *La famiglia imperfetta*, Milano, 2011, p. 125: dopo la nascita del secondogenito, una coppia entra in crisi a causa della profonda frustrazione della mamma, senza che il papà possa comprendere la ragione della rabbia che la mamma riversa su di lui, che pure è molto disponibile all'aiuto e ad occuparsi dei bambini. Solo nel momento in cui è stata posta attenzione al vero motivo di irritazione della mamma, è stato risolto il problema: la mamma era in difficoltà nel gestire il rapporto tra lavoro e famiglia e inconsciamente non poteva perdonare al marito di non trovarsi nella stessa drammatica impasse, da un lato il senso di colpa per dover lasciare il bambino, dall'altro la frustrazione per non potersi dedicare al lavoro quanto avrebbe voluto.

¹⁷ In tal senso, un percorso che tenga conto di ciò che le persone esprimono nel conflitto, dei loro interessi e bisogni emotivi, può essere visto come un "percorso di libertà", che si pone l'obiettivo di far uscire le persone dalla "prigionia del conflitto" (L. Hoesch, *Il mio cammino verso la pratica collaborativa*, in AA.VV., *La Pratica Collaborativa*, cit., p. XXVI).

2. Gli strumenti del mediatore: la cura della relazione come mezzo

Per descrivere l'intervento del mediatore familiare è utilizzata una efficace similitudine: come i volontari della protezione civile raggiungono i luoghi di un disastro e agiscono in emergenza, mettendo in atto gli interventi urgenti necessari affinché possano essere ricostruite le opere, senza indagare le cause del disastro e limitandosi a costruire quanto necessario nell'immediato per portare in salvo persone e cose, così il mediatore familiare non indaga le cause della separazione, non lavora su colpe o meriti, ma aiuta i genitori a portare in salvo le relazioni familiari e a riorganizzarle, in modo tale da poter continuare ad essere genitori insieme¹⁸.

Il primo scopo del mediatore è dunque quello di riaprire i canali di comunicazione tra i genitori ed è proprio la cura della relazione lo strumento più potente.

Cura della relazione tra i genitori, dunque, ma anche tra il mediatore e gli stessi. Attraverso la disponibilità all'ascolto, alla vicinanza empatica con ciascuno di essi, il mediatore crea una relazione di fiducia: i genitori si sentono ascoltati e compresi, accolti nei loro bisogni. Nello stesso tempo, il mediatore con il suo comportamento rappresenta un esempio per i genitori, costituisce lo strumento perché anche i genitori possano ascoltarsi reciprocamente e fidarsi.

Come "padrone di casa", garantisce ad entrambi uno spazio ed un tempo per esprimersi¹⁹; agevola uno scambio che consente ad entrambi di essere ascoltati. Attraverso le domande, il mediatore, con autentica curiosità e desiderio di comprendere meglio, fa da tramite tra le parti, consente che le risposte arrivino al genitore che ha meno informazioni, anche in tal modo riducendo lo squilibrio. Attraverso la ripetizione e la riformulazione di quanto ha ascoltato dall'uno, il mediatore consente all'altro di ricevere un messaggio non aggressivo o provocatorio, con ciò spingendo i genitori ad ascoltarsi con maggiore disponibilità tra di loro²⁰.

¹⁸ C. Vendramini, *La mediazione familiare secondo il modello GeA*, in F. Scaparro, C. Vendramini (a cura di), *Pacificare le relazioni familiari*, cit., p. 153.

¹⁹ Il mediatore familiare aiuta i genitori a "leggere il conflitto", principalmente attraverso due strumenti di decodifica: la sospensione del giudizio e la giusta distanza. Sospensione del giudizio nel senso dell'aiuto a focalizzarsi sul problema e non sulla persona; è importante capire cosa sta succedendo e come è possibile risolvere il problema, quali sono le risorse disponibili, non di chi è colpa. La presenza del mediatore è inoltre importante perché consente ai genitori di "trovare la giusta distanza", ossia di prendersi un tempo e uno spazio per comprendere meglio il problema che si vuole risolvere, senza attivare subito la risposta aggressiva che replica il copione conflittuale (D. Novara, *op. cit.*, p. 57).

²⁰ Si potrebbe dire che il mediatore assuma il ruolo di "traduttore" per coppie che in quel momento parlano lingue diverse, circondando ciò che è stato detto da una delle parti in modo provocatorio di una nuova cornice, con ciò rendendo possibile all'altro vedere quanto detto in una prospettiva diversa. In tal senso, L. Parkinson, *La mediazione familiare*, cit., p. 131. Sulla tecnica di riformula-

Il mediatore familiare non si sostituisce ai genitori, ma rinforza le capacità e risorse degli stessi, facilitandone la comunicazione, così consentendo di cooperare alla risoluzione dei problemi che essi stessi hanno individuato come oggetto della negoziazione.

Il momento chiave del lavoro con i genitori è il passaggio dalla logica del “*Io ho ragione, tu hai torto*”²¹ a quella della cooperazione per la risoluzione di un problema comune. Spesso i genitori in conflitto arrivano a pensare che l’unica soluzione sia quella dell’eliminazione, l’esclusione dell’altro dalla crescita e dall’educazione dei figli: “Se lui/lei non esistesse, non ci sarebbe alcun problema”, “Me la caverei molto meglio da solo/a”.

La sfida della mediazione familiare è quella di riuscire a separare il problema dalla persona, mettendo a fuoco gli interessi al di là delle posizioni²². Usando un’immagine evocativa, possiamo dire che si tratta di “spostare il problema sul tavolo”, in modo da poterlo guardare con la giusta distanza. Ciò favorisce la possibilità di immaginare insieme soluzioni al problema comune. A tal fine, il mediatore lavora con i genitori, sullo stesso piano, non fornisce soluzioni, non dà consulenza, ma aiuta le parti a trovare le proprie soluzioni, mettendo a disposizione la propria esperienza, competenza e talvolta anche un bagaglio di soluzioni astrattamente possibili, ma sempre allo scopo di responsabilizzare i genitori, di renderli capaci di trovare la ‘loro’ soluzione²³.

In ciò il lavoro del mediatore differisce profondamente da quello dell’avvocato, anche quando quest’ultimo è impegnato ad assistere le parti alla ricerca di accordi per la risoluzione consensuale della crisi familiare: il mediatore non negozia, ma aiuta i genitori a sviluppare la capacità di cooperare al fine di esercitare insieme la comune responsabilità genitoriale. Il raggiungimento di un accordo immediato, se per l’avvocato è un successo, per il mediatore è qualcosa da cui guardarsi attentamente: deve sollecitare le parti ad analizzare ogni possibile problema, ogni imprevisto, contrattempo, che potrebbe, in sede di esecuzione dell’accordo, renderlo poco efficace, se non addirittura impraticabile e foriero di ulteriori contrasti.

A tal fine, il mediatore familiare deve essere in grado di andare oltre le parole dei genitori, individuando sottintesi, provocazioni implicite e strumen-

zione (o “looping”), v. anche G.J. Friedman (*Inside Out. Strumenti di auto-riflessione per sostenere e assistere meglio le parti*, Roma, 2019, p. 70), il quale evidenzia come le persone si sentano ascoltate solo quando siano comprese anche nei propri sentimenti: per questo “riformulare” non significa solo parafrasare il contenuto semantico delle parole, quanto restituire anche ciò che si è sentito con il cuore.

²¹ Sul tale dinamica relazionale, rinviamo a E. De Bono, *Io ho ragione, tu hai torto*, Milano, 1991.

²² Questi i principi sui quali si basa la negoziazione c.d. creativa. Sul punto, cfr. R. Fisher, W. Ury, *L’arte del negoziato*, Milano, 1995.

²³ Sul punto, cfr. C. Vendramini, *La mediazione familiare secondo il modello GeA*, in F. Scaparro, C. Vendramini (a cura di), *Pacificare le relazioni*, cit., p. 147.

tali tentativi di alleanza con il mediatore stesso, ma anche sapendo leggere il linguaggio del corpo, che meglio delle parole esprime le emozioni delle parti, delle quali il professionista deve prendersi cura, facendo sentire ciascuna parte accolta e compresa, osservando contemporaneamente la reazione dell'altro, e quindi rimanendo imparziale, senza sbilanciarsi.

Nella stanza di mediazione il mediatore familiare è responsabile del mantenimento di un clima corretto e del rispetto delle regole, ma anche della gestione del ritmo e del tempo. Attraverso la scansione degli incontri in fasi precise (introduzione, ripresa, ordine del giorno, conclusione), si aiutano i genitori ad orientarsi, a sentirsi parte di un lavoro comune, anche in tal modo contribuendo a rendere stabile quel ponte che consente di portare in salvo la famiglia attraverso il conflitto e, paradossalmente, a mantenere una relazione per altri versi andata in crisi.

Riferimenti bibliografici

AA.VV., *CTU nei procedimenti in materia di famiglia e minori*, a cura di M. Maglietta e A. Maniaci, Pisa, 2022; AA.VV., *La Pratica Collaborativa. Dialogo fra teoria e prassi*, a cura di M. Sala, C. Menichino, Torino, 2017; R.B. Bush, J.P. Folger, *La promessa della mediazione. L'approccio trasformativo alla gestione dei conflitti*, ed. italiana a cura di G. Scotto, Firenze, 2009; I. Buzzi, J. M. Haynes, *Introduzione alla mediazione familiare. Principi fondamentali e sua applicazione*, 2^a ed, Milano, 2012; M. Ceriotti Migliarese, *La famiglia imperfetta*, Roma, 2011; V. Cigoli, *Clinica del divorzio e delle famiglie ricostruite*, Bologna 2017; E. De Bono, *Io ho ragione, tu hai torto*, Milano, 1991; V. Di Gregorio, *La mediazione familiare nel diritto di famiglia riformato*, in *Pol. dir.*, 2017; R. Fisher, W. Ury, *L'arte del negoziato*, Milano, 1995; G.J. Friedman, *Inside Out. Strumenti di auto-riflessione per sostenere e assistere meglio le parti*, Roma, 2019; P. Mazzamuto, *La mediazione nella tutela della famiglia*, Torino, 2013; D. Novara, *La grammatica dei conflitti*, Milano, 2011; L. Parkinson, *La mediazione familiare. Modelli e strategie operative*, nuova ed. Italiana a cura di C. Marzotto, Trento, 2013; M. Sala, R. Cardinale, *Conflitti. Nella coppia tra fratelli in azienda, Conversazioni fra un avvocato e una counselor*, Milano, 2021; F. Scaparro, C. Vendramini (a cura di), *Pacificare le relazioni familiari, Tecniche ed esperienze di mediazione familiare*, Trento, 2018; M. Sclavi, *Arte di ascoltare e mondi possibili. Come si esce dalle cornici di cui siamo parte*, Torino, 2003; C. Vendramini (a cura di), *La mediazione familiare nella Riforma Cartabia: comporre i conflitti e ritessere le relazioni*, Milano, 2022.

La cura della relazione e l'applicazione dei principi collaborativi nei contratti d'impresa, alla luce dei fattori ESG

Claudia Bruscazioni

SOMMARIO: 1. Premessa: verso un capitalismo sostenibile. – 2. La cura della relazione nei contratti d'impresa: i principi della *interest-based negotiation* della Scuola di Harvard. – 3. Composizione stragiudiziale delle liti commerciali e societarie sulla base delle ADR e dei principi collaborativi. – 4. Gli accordi collaborativi nel settore degli appalti.

1. Premessa: verso un capitalismo sostenibile

Quale spazio si dedica nei contratti d'impresa alla cura della relazione e ai principi di collaborazione? Questo scritto vuole proporre qualche breve riflessione sul tema in alcuni ambiti specifici, partendo dal profondo ripensamento, in atto a livello globale, sul ruolo svolto dalle imprese nella società e dalla centralità assunta dai fattori ambientali, sociali e di *governance* (*Environment, Social and Governance*, in acronimo “ESG”).

L'argomento della responsabilità sociale dell'impresa (dall'inglese *Corporate Social Responsibility* “CSR”) tocca diversi profili non solo di diritto societario, ma anche economici, sociologici e filosofici.

Nell'attuale periodo storico, l'umanità deve far fronte a grandi sfide quali il cambiamento climatico, l'ampliamento delle disuguaglianze sociali e le emergenze sanitarie. Anche il mondo della finanza ha prodotto una serie di crisi, dalla c.d. *internet bubble* di inizio millennio, alla crisi del 2008 dei *subprime* e alla successiva crisi del debito sovrano del 2011. In questo difficile contesto, si sono sviluppate nuove dottrine sociali ed economiche¹ che sostengono la necessità di un cambio di paradigma, per ripensare il capitalismo in un'ottica di sostenibilità.

¹ Cfr., ad es., G. Serafeim, *Purpose + profitto. Come le aziende possono migliorare il mondo e veder crescere gli utili*, Milano, 2022; M. Mazzucato, *Mission economy. A moonshot guide to changing capitalism*, London, 2021; B. Badré, *Can Finance Save the World?*, Oakland (CA) USA, 2018; L. Bruni e S. Zamagni, *L'economia civile*, Bologna, 2015; C. Cottarelli, *All'inferno e ritorno. Per la nostra rinascita sociale ed economica*, Milano, 2021; C. Parzani, S. Catani, *Si vince solo insieme*, Milano, 2022.

Anche le Nazioni Unite hanno preso posizione su questi temi con l'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile, un programma d'azione che contiene 17 Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile (*Sustainable Development Goals* o SDGs) per le persone, il pianeta e la prosperità, sottoscritto nel settembre 2015 dai governi dei 193 Paesi membri dell'ONU.

L'importanza della sostenibilità e dei principi ESG è giunta altresì all'attenzione delle imprese². In un recente scritto³, George Serafeim illustra i risultati di uno studio effettuato nel corso dell'ultimo decennio: le imprese che sono guidate da uno scopo più alto (*purpose*) del mero profitto e si occupano di questioni ESG sostanziali conseguono performance migliori rispetto ai diretti concorrenti di oltre il 3 per cento all'anno in termini di rendimenti azionari. Perseguire un *purpose* porta, in aggiunta, altri benefici: le società orientate allo scopo sono datori di lavoro maggiormente attrattivi, ispirano i dipendenti ad investire e ad impegnarsi di più e riescono ad ottenere finanziamenti a costi più ridotti rispetto ai concorrenti.

Serafeim sostiene che la prospettiva di Milton Friedman⁴, secondo cui l'unico fulcro dell'attività d'impresa dovrebbe essere il profitto ("*to make as much money as possible*"), era basata su presupposti che sono poi cambiati: oggi, perseguire scopi sociali e al tempo stesso il profitto è diventato un obiettivo realizzabile anche grazie ad una serie di cambiamenti sociali.

Tra i cambiamenti fondamentali vi sono lo sviluppo della tecnologia, i social media, le nuove metriche basate sui dati e gli strumenti di contabilità integrata (*impact weighted accounting*). Queste innovazioni permettono ora di analizzare e controllare l'operato delle imprese e del loro impatto, mentre in passato c'era scarsa visibilità sul comportamento delle imprese rispetto alla società e all'ambiente. La trasparenza, la disponibilità di nuove metriche e la reportistica sui temi ESG hanno dunque innestato un circolo virtuoso: assistiamo ad un'evoluzione dei comportamenti perché i clienti si aspettano di più dalle aziende e le persone – in particolare i giovani di oggi, la "generazione dell'impatto" – si aspettano di più dal proprio lavoro.

A riguardo, sono significative le iniziative assunte da Business Roundtable, una organizzazione composta da 181 CEO globali (inclusi i CEO di Apple, Amazon e Goldman Sachs), che nel 2019 ha pubblicato una lettera nella quale si dichiara: "promuoviamo la diversità e l'inclusione, la dignità ed il rispetto... Ci assumiamo l'impegno a essere buoni partner per le altre aziende, grandi e piccole, che ci aiutano a soddisfare le nostre *mission*... Rispettiamo le persone all'interno

² G. Verona, *Prefazione a G. Serafeim, Purpose + profitto*, cit., p. IX ss.

³ G. Serafeim *Purpose + profitto*, cit., p. 5 ss.

⁴ M. Friedman, *The social responsibility of business is to increase its profits*, in *New York Times Magazine*, 1970.

delle nostre comunità e proteggiamo l'ambiente adottando pratiche sostenibili in tutte le nostre attività”.

Fermo il rischio di comportamenti opportunistici da parte di alcune imprese che assumono un impegno solo di facciata (i fenomeni del c.d. *greenwashing* e *goodwashing*), gli investitori istituzionali assumono un ruolo fondamentale nel promuovere un maggior riconoscimento delle questioni ESG. Larry Flink, il CEO di BlackRock, dal 2016 evidenzia la necessità di diventare sostenibili e da ultimo, con la lettera inviata nel 2022 ai CEO delle società partecipate, si riferisce al passaggio da una c.d. *shareholders governance* ad una *stakeholders governance*.

Sul piano europeo, la Commissione Europea ha promosso sin dal 2001 la responsabilità sociale delle imprese con la pubblicazione di un Libro Verde e la successiva Comunicazione relativa alla “responsabilità sociale delle imprese: un contributo delle imprese allo sviluppo sostenibile”⁵. La responsabilità sociale delle imprese (o RSI, in inglese CSR) è l'integrazione volontaria da parte delle imprese di obiettivi sociali e ambientali nelle loro attività commerciali e nelle loro relazioni con i soggetti coinvolti. Con la Direttiva UE 2014/95 è stato previsto l'obbligo per le società più rilevanti per dimensione di comunicare l'impatto delle loro attività con riferimento all'ambiente, alla società e ai dipendenti, oltre che la loro politica per il rispetto dei diritti umani e per le misure anti corruzione. Sulla stessa scia, la Direttiva UE 2017/828 prescrive per i c.d. investitori istituzionali una particolare attenzione per alcuni profili delle società partecipate quali l'impatto sociale e ambientale e il governo societario. Nel 2020, al fine di dare maggiore attuazione alla sostenibilità e ridurre i rischi di *greenwashing*, con il Regolamento UE 2020/852, il c.d. Regolamento Tassonomia, viene approvata una classificazione armonizzata di attività sostenibili⁶.

Un'ulteriore interessante iniziativa della Commissione Europea è l'adozione nel febbraio 2022 di una proposta di direttiva in tema di “*Corporate Sustainability Due Diligence*”, ossia sul dovere di diligenza delle società di rilevanti dimensioni ai fini della sostenibilità, allo scopo di promuovere un com-

⁵ COM (2002) 347 def. 2 luglio 2002.

⁶ La dottrina ha ampiamente dibattuto il tema della sostenibilità nel diritto d'impresa. Cfr., *ex multis*, G. Alpa, *Responsabilità degli amministratori di società e principio di sostenibilità*, in *Contr. e impr.*, 2021, p. 721 ss.; G. Strampelli, *La strategia dell'Unione Europea per il capitalismo sostenibile: l'oscillazione del pendolo tra amministratori, soci e stakeholders*, in *Riv. soc.*, 2021, p. 365 ss.; I. Speciale, *Il nuovo paradigma dell'impresa sostenibile*, in *Contr. e impr.*, 2022, p. 752 ss.; A. Daccò, *Spunti di riflessione sul capitalismo sostenibile e strumenti a disposizione*, in *Banca, borsa e tit. cred.*, 2022, I, p. 372 ss.; S. Cerrato, *Appunti per una via italiana all'ESG: L'impresa costituzionalmente solidale (anche alla luce dei nuovi artt. 9 e 41, c. 3, Cost.)*, in *Anal. giur. econ.*, 2022, p. 63 ss.; G. Bevivino, *Nuovi inputs euro-unitari. La sostenibilità come ponderazione normativa degli interessi di shareholders e stakeholders*, *ibidem*, 2022, p. 115 ss.; U. Tombari, *Riflessioni sullo statuto organizzativo dell'impresa sostenibile tra diritto italiano e diritto europeo*, *ibidem*, 2022, p. 135 ss.; D. Stanzione, *Scopo e oggetto dell'impresa societaria sostenibile*, in *Giur. comm.*, 2022, I, p. 1023 ss.

portamento sostenibile e responsabile lungo tutte le catene del valore mondiali. Se adottata, la direttiva inciderà sui doveri degli amministratori, che avranno il compito di implementare una *due diligence* sul rispetto dei diritti umani e dell'ambiente e far cessare o attenuare gli effetti negativi delle loro attività.

Una novità di rilievo si registra anche nell'ordinamento italiano, dove è stata da qualche anno introdotta la società benefit, un nuovo modello societario già adottato in alcuni stati americani, la cui caratteristica è di affiancare all'esercizio di una attività economica finalizzata alla distribuzione di utili una o più finalità di "beneficio comune" inteso come "il perseguimento, nell'esercizio dell'attività economica della società benefit, di uno o più effetti positivi, o la riduzione degli effetti negativi su una o più categorie", tra le quali i lavoratori, clienti, fornitori, creditori della società, comunità locali. La società deve essere gestita dagli amministratori in maniera da bilanciare l'interesse dei soci, il perseguimento delle finalità di beneficio comune e gli interessi delle categorie sopra richiamate, in conformità alle previsioni dell'oggetto sociale⁷.

Per quanto concerne le società quotate italiane, si deve altresì ricordare la significativa introduzione della definizione di successo sostenibile nel Codice di Autodisciplina del gennaio 2020. In base all'art. 1 del Codice di Autodisciplina "L'organo di amministrazione guida la società perseguendone il successo sostenibile", definito quale "obiettivo che guida l'azione dell'organo di amministrazione e che si sostanzia nella creazione di valore nel lungo termine a beneficio degli azionisti, tenuto conto degli interessi degli altri stakeholder rilevanti per la società." L'introduzione della nozione di successo sostenibile nel Codice di Autodisciplina, così come le recenti iniziative della Commissione Europea, hanno prodotto un vivace dibattito dottrinario, indice del radicale mutamento di orizzonte e della rilevanza sempre maggiore di questi temi⁸. E anche per le piccole e medie imprese i fattori ESG hanno ormai assunto un'importanza significativa⁹. "La strada scelta dal diritto dell'Unione Europea sembra volersi indirizzare verso una 'spinta gentile', ma ferma, all'esercizio di un'impresa sostenibile"¹⁰.

⁷ A. Daccò, *Le società benefit tra interesse dei soci e interesse dei terzi: il ruolo degli amministratori e i profili di responsabilità in Italia e negli Stati Uniti*, in *Banca, borsa e tit. cred.*, 2021, I, p. 40 ss.

⁸ G. Strampelli, *Soft Law e Fattori ESG: dai codici di corporate governance alle corporate e index guidelines*, in *Riv. soc.*, 2021, p. 1100 ss.

⁹ L. Marchegiani, *Piccole e medie imprese societarie con scopo lucrativo e responsabilità sociale. Spunti per una riflessione*, in *Riv. soc.*, 2020, p. 1481 ss.; A. Baudino, *La crescente importanza dei fattori ESG nelle operazioni M&A: una nuova sfida per i professionisti e un'opportunità per costruire reti*, in *Dir. econ. impr.*, 2022, p. 533 ss.

¹⁰ M. Rescigno, *Note sulle regole dell'impresa sostenibile. Dall'informazione non finanziaria all'informativa sulla sostenibilità*, in *Anal. giur. econ.*, 2022, p. 184.

2. La cura della relazione nei contratti d'impresa: i principi della *interest-based negotiation* della Scuola di Harvard

“In un'azienda sostenibile, la sostenibilità deve essere strutturalmente intrinseca in tutto ciò che fa”¹¹.

Come si traduce questa istanza nel contesto della negoziazione dei contratti d'impresa? Come negoziare in modo sostenibile?

Una possibile risposta può risiedere, oltre che nel dare attuazione sostanziale ai fattori ESG, proprio nella cura della relazione tra professionista e imprenditore o *manager* e della relazione tra le parti coinvolte nel contratto d'impresa o nel rapporto commerciale.

Vediamo, in primo luogo, come avere cura della relazione in via preventiva e dunque come si può negoziare un contratto d'impresa affinché risulti sostenibile e duraturo. Faremo nel prosieguo brevi cenni alle tecniche di negoziazione collaborativa, e, in particolare, alle teorie della Scuola di Harvard. Nel paragrafo successivo svilupperemo, invece, alcune considerazioni sulla cura della relazione nei casi in cui l'impresa si trovi in una situazione di conflitto.

Lo studio delle tecniche di negoziazione si è particolarmente sviluppato negli Stati Uniti, dove i primi studi sono stati condotti a partire dagli anni '70 del secolo scorso all'Università di Harvard, la cui scuola di negoziazione è ancora oggi un importante punto di riferimento. Un contributo fondamentale all'evoluzione delle tecniche di negoziazione è stato dato da William Ury e Roger Fisher, con la pubblicazione nel 1981 del famoso saggio “*Getting to Yes. Negotiating an agreement without giving in*”¹².

Gli autori scrivono della c.d. *negotiation revolution*: sino agli anni '70 la maggior parte delle decisioni erano assunte con l'autorità, venivano imposte dall'alto sia in famiglia sia nel mondo del lavoro, nella scuola e in generale nelle varie sfere della vita sociale. Le differenze di opinioni, i disaccordi, non erano affrontati con il dialogo ma, principalmente, con il ricorso alla gerarchia; il conflitto spesso veniva soppresso, eliminato. Nella cultura borghese dell'800 e di buona parte del '900 il conflitto era per lo più considerato in termini negativi, come una trappola, da evitare o risolvere con l'autorità ovvero attribuendo ad un terzo, il giudice, il potere di giudicare in base al diritto, secondo una concezione binaria di diritti e obblighi, giusto o sbagliato, ragione o torto.

Dopo le contestazioni degli anni '70, nella società si innesta un enorme cambiamento culturale e si inizia a discutere di tutto, in ogni ambito. Fisher e Ury sostengono che è diventato indispensabile avere gli strumenti per negoziare in modo efficace in tutti gli aspetti dell'esistenza, sia privata che lavorativa

¹¹ G. Serafeim *Purpose + profitto*, cit., p. 114.

¹² R. Fisher, W. Ury, *Getting to Yes. Negotiating an agreement without giving in*, New York, 1981.

(“*Like it or not, you are a negotiator. Negotiation is a fact of life*”¹³ è la frase iniziale dell’introduzione di *Getting to Yes*) e pertanto studiano le tecniche di negoziazione, formulando la teoria della negoziazione basata sugli interessi (*interest-based negotiation*).

La domanda fondamentale che si pongono i due autori è: “Qual è il modo migliore per le persone di affrontare le differenze di opinioni?”.

Nonostante le negoziazioni siano diventate la norma, Fisher e Ury riscontrano la diffusa ignoranza delle dinamiche negoziali e la prevalenza di utilizzo della modalità di negoziazione avversariale, o competitiva. Rilevano inoltre che, fundamentalmente, si possono distinguere una modalità *hard* e una modalità *soft*, ossia da un lato uno stile aggressivo e dall’altro uno stile evitante e accomodante. Ma arrivano a proporre una terza via: *negotiating an agreement without giving in, soft with the people, hard with the problem*.

La Scuola di Harvard elabora la teoria della negoziazione basata sugli interessi e sviluppa un Programma di Negoziazione in collaborazione con il Massachusetts Institute of Technology (MIT) e la Tufts University. Gli elementi fondamentali, in estrema sintesi, sono: (i) scindere le persone dal problema; (ii) andare oltre alle posizioni ed esplorare gli interessi e i bisogni delle parti al fine di “allargare la torta”, come si suol dire, e arrivare a una soluzione *win-win*; (iii) generare diversi pacchetti di opzioni alternative che soddisfino tutte le parti coinvolte; (iv) utilizzare uno stile di comunicazione cooperativo, basato sull’ascolto.

Se si inizia una trattativa in modalità competitiva e antagonistica è poi spesso molto difficile cambiare rotta. In proposito, le neuroscienze hanno rivelato l’importanza dei neuroni a specchio: gli esseri umani tendono a reciprocare i comportamenti di chi hanno davanti. I professionisti dovranno tener conto di ciò e prendere atto che è più utile iniziare una negoziazione in maniera collaborativa piuttosto che sedersi al tavolo inizialmente con piglio avversariale per dimostrare una presunta posizione di forza.

Una delle regole principali è saper dosare tenacia e flessibilità, dopo aver preparato molto bene la trattativa. Nella fase preparatoria, occorre sapere identificare accuratamente quali sono le alternative se non si raggiunge l’accordo negoziale, ossia quale è la BATNA (*Best Alternative to a Negotiated Agreement*) e la WATNA (*Worst Alternative to a Negotiated Agreement*) per tutti i soggetti coinvolti nella trattativa.

Quando si negozia in situazioni complesse si può fare ricorso ad altri strumenti utili, che l’avvocato potrà mettere nella sua c.d. cassetta degli attrezzi, e che possono essere esemplificati con le metafore “*go to the balcony*”, “*step to*

¹³ R. Fisher, W. Ury, *Getting to Yes*, cit., p. xxv.

their side” e “*build them a golden bridge*”¹⁴. Ossia, cambiare prospettiva e mettersi nei panni dell'altra parte, avvicinarsi per capire il suo punto di vista – aiutando l'altra parte ad accogliere il proprio – e costruire un ponte con l'obiettivo della ricerca di una soluzione condivisa. Perché solo quando si viene ascoltati si è disposti ad ascoltare l'altro. E poi, è più utile non mettere l'altra parte in un angolo, non umiliare, ma lasciare una via di uscita.

L'invito a scindere le persone dal problema non significa voler eliminare dal tavolo gli aspetti emotivi: al contrario, questi ultimi devono poter emergere ed essere gestiti in modo adeguato, affinché si possa affrontare separatamente il problema.

Gestire le emozioni che si riversano sul tavolo negoziale durante una trattativa commerciale è senza dubbio un compito complesso. Molti avvocati, professionisti e *managers* hanno una innata predisposizione e sono (o sono diventati con l'esperienza sul campo) abili negoziatori; spesso, tuttavia, la gestione dell'emotività viene considerata come un terreno *off-limits*, nel quale è meglio non addentrarsi, oppure semplicemente manca la formazione necessaria per poterlo fare.

Ma ignorare le emozioni non funziona: “*Emotions are powerful, always present and hard to handle*”¹⁵. Anche in un recente saggio che raccoglie le ricerche fatte da studiosi dell'Università di Harvard e del MIT¹⁶ sul tema “*Entrepreneurial negotiation*” si rileva che tra gli errori tipici che gli imprenditori commettono nel corso delle negoziazioni commerciali vi è proprio il diniego del ruolo delle emozioni e dei *bias* cognitivi al tavolo negoziale. Gli altri errori ricorrenti evidenziati dalla ricerca includono la tendenza dei *businessmen* a negoziare in una dinamica *win-lose* (gestendo la trattativa come una interazione *una tantum*) e ad essere troppo focalizzati sui propri interessi senza prendere in accurata considerazione quelli dell'altra parte, di frequente attribuendo a quest'ultima cattive o irrealistiche intenzioni. Adottando una particolare cura per la relazione, questi tipici errori degli imprenditori possono essere corretti, per ottenere migliori risultati.

Roger Fisher e Daniel Shapiro sostengono che, al fine di gestire le trattative in modo strategico, invece che affrontare direttamente le emozioni, è più efficace rivolgere l'attenzione a cosa ha generato queste emozioni, ossia quale bisogno fondamentale non è stato soddisfatto. Identificati cinque bisogni fon-

¹⁴ W. Ury, *Getting past NO. Negotiating in difficult situations*, New York, 1991, pp. 31 ss., 52 ss. e 108 ss.

¹⁵ R. Fisher, D. Shapiro, *Building agreement. Using emotions as you negotiate*, London, 2005, p. 3 ss.

¹⁶ S. Dinnar, L. Susskind, *Entrepreneurial negotiation, Understanding and managing the relationships that determine your entrepreneurial success*, Cambridge (MA) USA, 2019, p. 50 ss.

damentali dell'identità relazionale¹⁷, quali i) apprezzamento, ii) affiliazione, iii) autonomia, iv) status e v) ruolo, Fisher e Shapiro sottolineano il grande potere trasformativo del riconoscimento di tali bisogni fondamentali e per ognuno di essi suggeriscono la strategia da adottare.

In Italia c'è ancora una scarsa diffusione dei metodi collaborativi, che vengono talvolta considerati come sintomo di debolezza, e al tempo stesso una certa ritrosia culturale impedisce di vederne i vantaggi. La mancanza di conoscenza è sovente, infatti, causa di diffidenza.

Molti operatori economici cercano di mantenere vantaggi competitivi derivanti da un'asimmetria di informazioni, ma questo comportamento può essere la causa di incomprensioni e successive dispute, come si vedrà nei paragrafi successivi.

I consulenti che adottano metodi di negoziazione collaborativa aiutano le imprese a generare opzioni alternative e quindi a creare valore, oltre che a prevenire future dispute: tutto ciò è soprattutto rilevante per i contratti che stabiliscono una relazione di durata tra le parti, quali i contratti di fornitura di beni e servizi essenziali, contratti di appalto, contratti di rete, contratti di *joint venture*, statuti e patti parasociali, operazioni societarie straordinarie, contratti di fusione e acquisizione, operazioni in *project financing*, operazioni di attuazione di passaggi generazionali.

L'esperienza statunitense ci insegna che è ora di accogliere nel sistema dei contratti d'impresa i benefici della negoziazione basata sugli interessi e della collaborazione.

3. Composizione stragiudiziale delle liti commerciali e societarie sulla base delle ADR e dei principi collaborativi

Come scrive William Ury, i conflitti sono inevitabili, naturali e necessari come la pioggia. Come la pioggia, tuttavia, se il conflitto è eccessivo, può causare danni ingenti. Allo stesso modo in cui si possono controllare le piogge costruendo canali e dighe, ci si può adoperare per canalizzare i conflitti in modalità collaborative¹⁸.

I conflitti che coinvolgono le imprese hanno, come è noto, diverse ripercussioni negative quali l'impiego di costi, tempo e risorse umane che potrebbero essere utilizzate in attività produttive, oltre che possibili ricadute in termini di reputazione.

¹⁷ R. Fisher, D. Shapiro, *Building agreement. Using emotions as you negotiate*, cit., p. 15 ss.

¹⁸ W. Ury, *The third side: Why we fight and how we can stop*, New York, 2000, p. 112.

Quando esplode il conflitto il ruolo dell'avvocato assume una rilevanza fondamentale, "perché nel difficile labirinto della controversia la parte stessa finisce sovente per perdere il proprio orientamento e non comprendere più con lucidità il contesto nel quale si trova a muoversi, né i passi che è più opportuno compiere"¹⁹.

Il giurista attento alla cura della relazione valuterà con il proprio cliente tutto il novero delle possibili procedure di *Alternative Dispute Resolution* (ADR). Ovviamente, la scelta andrà fatta caso per caso: vi sono situazioni in cui le procedure alternative al giudizio non sono adeguate ed è inevitabile intraprendere la strada processuale, come per esempio tutti i casi in cui i diritti dell'impresa sono stati violati da un partner commerciale o da un concorrente in modi tali da non consentire un approccio transattivo oppure le circostanze dove si riscontra un marcato squilibrio di potere commerciale tra i contendenti.

Tra le vie stragiudiziali percorribili per le imprese deve essere segnalata la Pratica Collaborativa, "uno strumento non contenzioso di risoluzione delle controversie, ideato nel 1990 negli Stati Uniti dall'avvocato Stuart Webb per una diversa gestione dei conflitti familiari. Si è poi diffuso in molti Paesi del mondo e da alcuni anni viene applicato anche in materia civile e commerciale"²⁰.

La Pratica Collaborativa (in inglese *Collaborative Law, Collaborative Practice*), importata in Italia dal 2010 da alcuni gruppi di professionisti, si fonda su alcuni principi fondamentali, che sono: i) la buona fede, ii) la trasparenza, iii) la riservatezza, iv) il mandato limitato, v) la formazione specifica dei professionisti coinvolti nella negoziazione. Questi principi sono disciplinati in un Accordo di Partecipazione che i professionisti e le parti coinvolte sottoscrivono prima di iniziare le attività di negoziazione.

In questa sede, occorre svolgere qualche breve riflessione sui possibili vantaggi dell'applicazione della Pratica Collaborativa a determinati tipi di liti commerciali e societarie nella prospettiva della cura per la relazione.

I contesti più fertili nei quali la Pratica Collaborativa può essere utilizzata sembrano essere, dall'esperienza statunitense, principalmente i conflitti nell'ambito di aziende familiari e di società con un numero limitato di soci, le controversie nel settore *construction* (su cui v. *infra*, § successivo), le dispute interne in organizzazioni *benefit*, le controversie di lavoro e i conflitti all'interno di associazioni professionali²¹.

¹⁹ F. Danovi, *Il prisma della giustizia e i suoi possibili modelli*, in Aa.Vv., *La Pratica Collaborativa. Dialogo fra teoria e prassi*, a cura di M. Sala, C. Menichino, Torino, 2017, p. 2 ss.

²⁰ Aa.Vv., *La Pratica Collaborativa. Dialogo fra teoria e prassi*, cit., p. XVII. Si richiama l'intero volume per un'analisi completa della Pratica Collaborativa.

²¹ P. Faxon, *Pratica collaborativa in ambito civile: un caso di ristrutturazione di impresa*, in Aa.Vv., *La Pratica Collaborativa. Dialogo fra teoria e prassi*, cit., p. 336 ss.

Più in generale, si potrebbe considerare la Pratica Collaborativa un'utile strada percorribile, così come lo è la mediazione, nelle fattispecie in cui le parti commerciali hanno un rapporto professionale di durata ed è conveniente preservarlo.

L'obbligo di buona fede nell'Accordo di Partecipazione viene specificato come "obbligo di non sfruttare le incongruenze o gli errori di calcolo contenuti nelle informazioni fornite dall'altra parte": si prescrivono quindi comportamenti virtuosi che hanno lo scopo precipuo di favorire il dialogo tra le parti commerciali ed il raggiungimento di una soluzione condivisa.

Anche l'obbligo di trasparenza è fondamentale, in quanto generatore di fiducia. Come si vedrà in seguito, in particolare relativamente ai contratti di appalto, una condivisione leale e trasparente di tutte le informazioni rilevanti (intese come le informazioni idonee ad influenzare le scelte dell'altra parte) consente di raggiungere un accordo consapevole, efficiente e sostenibile. Vi sono nondimeno alcuni casi in cui la scelta di un metodo di composizione della lite che preveda la trasparenza può non essere consigliabile; si pensi ad esempio alle ipotesi di tutela del *know-how* industriale²²: il giurista dovrà effettuare un'attenta valutazione del caso specifico.

Gli obblighi di buona fede e trasparenza hanno una marcata connotazione valoriale ed etica. Quando le dispute derivano proprio da una precedente presunta violazione dei generali obblighi di buona fede e trasparenza – e vengono quindi toccate questioni valoriali – il conflitto può essere molto acceso, perché se viene aggredito un valore sovente esplode il c.d. corredo emotivo.

Nelle operazioni commerciali internazionali – dove le differenze culturali possono assumere un ruolo rilevante – può accadere, anche di frequente, che il medesimo valore sia declinato dai soggetti coinvolti in modo diverso. Un'impresa potrebbe, ad esempio, ritenere di aver subito un trattamento illegittimo nel caso in cui un determinato documento relativo alla transazione commerciale in questione non è stato fornito dall'altra parte, mentre quest'ultima può credere, al contrario, di aver adottato un comportamento corretto e trasparente in quanto l'informazione non era a suo avviso rilevante. Quando entrambe le parti del conflitto sono convinte di essere trasparenti ed eque, ma in maniera differente, i professionisti collaborativi assisteranno nel contestualizzare la trasparenza in modo adeguato, tenendo altresì in considerazione le eventuali diversità di cultura.

È interessante pertanto notare che la cornice della Pratica Collaborativa permette di affrontare controversie commerciali ad alto valore emotivo in un contesto di dialogo che può estendersi a questioni non prettamente giuridiche, che sarebbero irrilevanti in un giudizio.

²² D. Stalla, *L'avvocato*, in Aa.Vv., *La Pratica Collaborativa. Dialogo fra teoria e prassi*, cit., p. 161.

Uno dei pilastri della Pratica Collaborativa è “la convinzione condivisa circa l'importanza del dialogo e dei risultati che gli accordi stragiudiziali sono in grado di apportare rispetto alle decisioni giudiziali”²³. E, per i conflitti che vedono coinvolte le imprese, gli accordi stragiudiziali di composizione delle dispute possono generare sostanziali benefici. Oltre che il risparmio di costi e tempo, il ricorso alla Pratica Collaborativa – così come, del resto, agli altri metodi ADR non aggiudicativi come la mediazione – permette di salvaguardare la relazione commerciale tra le parti, che difficilmente sopravviverebbe al processo, caratterizzato da una natura intrinsecamente avversariale.

La sentenza pronunciata a seguito di una lite societaria o commerciale potrà unicamente decidere sul *petitum*, non potrà invece esprimersi su tutti i problemi passati o sulle questioni relazionali che sono tecnicamente estranei al giudizio, ma che di sovente sono i veri problemi tra le parti, né tantomeno potrà proporre soluzioni per il futuro²⁴. Si pensi alle conseguenze negative della conflittualità tra soci: l'incapacità di comporre la controversia può portare a situazioni di stallo decisionale e persino alla paralisi dell'organo gestorio o assembleare (e, conseguentemente, al verificarsi di una causa di scioglimento della società). E si considerino i casi di liti che coinvolgono il consiglio di amministrazione, nel quale possono trovarsi visioni opposte, che contrappongono la tutela della tradizione alle nuove sfide del mercato: la sentenza non potrà ricostruire il rapporto di fiducia, necessario per una fruttuosa collaborazione tra i soci e tra i membri del CdA.

A seguito di un esteso lavoro preparatorio, e dopo aver accertato “la piena compatibilità del metodo collaborativo con le specificità che caratterizzano le controversie societarie”²⁵ l'associazione AIADC, che diffonde in Italia il metodo collaborativo, ha predisposto alcune clausole “modello” per l'inserimento nello statuto di una S.p.A o di una S.r.l. di una clausola di negoziazione assistita collaborativa per la gestione delle controversie tra soci e tra i soci e la società.

Le dispute di natura commerciale e societaria, certamente, ben si prestano anche ad essere risolte attraverso altri metodi di risoluzione alternativa delle controversie, quali la negoziazione assistita prevista dal d.l. n. 132/2014 e la mediazione ai sensi del d.lgs. n. 28/ 2010.

La negoziazione assistita e la Pratica Collaborativa sono, peraltro, tra loro complementari e possono rappresentare un connubio ideale²⁶.

²³ F. Danovi, *Il prisma della giustizia e i suoi possibili modelli*, in Aa.Vv., *La Pratica Collaborativa. Dialogo fra teoria e prassi*, cit., p. 7.

²⁴ V. Di Cataldo, *Liti societarie e composizioni stragiudiziali*, in *Giur. Comm.*, 2019, p. 783 ss.

²⁵ A. Baudino, *La pratica collaborativa: procedure ADR a confronto e nuove prospettive per la risoluzione delle controversie*, parte seconda, in *Nuovo dir soc.*, 2019, p. 199 ss., al quale sia consentito un richiamo per la trattazione estesa del tema.

²⁶ *Ibidem*, p. 221.

Per quanto concerne l'istituto della mediazione, le controversie in materia societaria non sono oggetto di mediazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. n. 28/2010, ma il diritto delle imprese è senz'altro un ambito operativo privilegiato per la mediazione. È questa la ragione per cui sono frequenti, all'interno degli statuti societari, clausole di mediazione volontaria, con le quali le parti si impegnano, in caso di controversie circa l'interpretazione o l'esecuzione degli accordi societari, ad esperire un tentativo di mediazione finalizzato alla risoluzione della lite prima di adire l'autorità giudiziaria. Simili clausole sono spesso costruite come "multistep". Si prevede cioè dapprima un tentativo di mediazione (primo *step*) e, nel caso in cui non venisse raggiunto l'accordo, il ricorso ad uno o più arbitri o all'autorità giudiziaria (secondo *step*).

Non ci addentreremo in questo scritto nell'esame delle caratteristiche della negoziazione assistita e della mediazione, in merito alle quali è ampia la letteratura²⁷.

In via generale, per tutte le procedure di ADR, il professionista che assiste le imprese in conflitto²⁸ e vuole promuovere accordi sostenibili dovrà adottare modalità di comunicazione e negoziazione efficaci, svolgendo un lavoro preparatorio sugli interessi effettivi e gli obiettivi a lungo termine dell'impresa.

Come si diceva, la figura del *businessman* razionale e privo di emozioni non corrisponde alla realtà e questo è tanto più vero nelle situazioni conflittuali. Il consulente legale farà dunque attenzione all'ascolto, impegnandosi ad andare al di là delle posizioni affermate e a ricercare, con le c.d. domande aperte, quali sono i veri interessi e i bisogni sottesi alle richieste e prese di posizione. In sostanza, si tratta di intraprendere un'attività di esplorazione di quanto è sommerso, sotto la superficie, che spesso ha rilevanza maggiore di quanto è invece emerso, come si dimostra efficacemente con la metafora dell'*iceberg*, tanto spesso utilizzata nel trattare questo tema.

Senza naturalmente volere ipotizzare che l'avvocato possa svolgere anche il ruolo di psicoterapeuta in mancanza della qualifica specifica, potrà essere comunque possibile, al giurista formato ai principi della negoziazione basata sugli interessi, alla pratica collaborativa e alla mediazione, mettere in atto dei processi

²⁷ A titolo esemplificativo si rimanda a F. Cuomo Ulloa, *La conciliazione. Modelli di composizione dei conflitti*, Padova, 2008; F. Ferraris, voce *Mediazione civile e commerciale*, in *Enc. Dir. Annali*, 2016; Aa.Vv. *Arbitrato, ADR, Conciliazione*, a cura di M. Rubino Sammartano, Bologna, 2009.

²⁸ Sui conflitti intersoggettivi, cfr. ad. es. D. Novara, *La grammatica dei conflitti. L'arte maieutica di trasformare le contrarietà in risorse*, Casale Monferrato, 2011; G. Così, *Conoscere il conflitto*, in Aa.Vv., *Mediazione e progresso. Persona, società professione, impresa*, a cura di P. Lucarelli, G. Conte, Torino, 2012; T. Fragomeni, *Conflitti: Istruzioni per l'uso. Come conoscerli, come imparare a liberarsi dalla loro trappola, come farli diventare uno strumento di apprendimento*, Milano, 2014; A. Ceretti, *Vita offesa, lotta per il riconoscimento e mediazione*, in Aa.Vv., *Il coraggio di mediare*, a cura di F. Scarpato, Milano, 2001, p. 55 s.; E. Resta, *Giudicare, conciliare, mediare, ibidem*, p. 21 ss.; J. Morineau, *Lo spirito della mediazione*, Milano, 2000.

relazionali quali l'ascolto attivo²⁹, allo scopo di comprendere appieno ciò di cui il cliente ha bisogno quando il conflitto si manifesta e si sviluppa.

Il professionista può traghettare le parti verso una soluzione più sostenibile ed efficace cercando di individuare se vi è stata l'aggressione di un valore e un'offesa all'integrità di un soggetto.

Occorre aiutare l'imprenditore a capire le dinamiche del conflitto, normalizzare le difficoltà di comunicazione, le diversità di percezione e le incomprensioni che sono connaturate al mondo delle relazioni³⁰, evidenziando che il conflitto può essere una risorsa per le parti, un'opportunità di cambiamento e di evoluzione del rapporto commerciale su basi più solide. E ricordare al cliente l'importanza dell'uso delle parole adeguate nella gestione della lite, portando una cura particolare ai termini che vengono impiegati, per evitare che il conflitto diventi distruttivo³¹.

Molti avvocati ancora non utilizzano la mediazione perché non ne conoscono gli effetti positivi. Talvolta viene sollevata l'obiezione che gli avvocati sanno già negoziare e mediare e per tale motivo non serve l'intervento di un terzo. Questo è senz'altro vero in molti casi, ci sono però diverse situazioni in cui le parti sono intrappolate nelle dinamiche conflittuali e non riescono più ad ascoltare l'altra parte e neanche il proprio avvocato, soprattutto se quest'ultimo prova a facilitare il dialogo. L'intervento del terzo neutrale può cambiare in modo sostanziale le dinamiche della negoziazione: il mediatore è legittimato a effettuare il c.d. test di realtà, a invitare ciascuna parte a mettersi nei panni dell'altro contendente e a fare delle domande alle parti che gli avvocati potrebbero invece voler evitare, anche per non aprire il vaso di Pandora del corredo emotivo.

Nelle liti commerciali e societarie, ed in particolare nelle dispute internazionali, il terzo neutrale può svolgere un ruolo efficace nel facilitare il dialogo e superare le posizioni antitetiche, aiutando la conoscenza delle "mappe" altrui. Inoltre, il mediatore assiste le parti a concentrarsi sugli obiettivi primari, ad alzare lo sguardo dai dettagli della lite e ricorda la posta in gioco.

²⁹ Sull'ascolto attivo, si veda per tutti: M. Scavi, *Arte di ascoltare e mondi possibili. Come si esce dalle cornici di cui siamo parte*, Milano, 2003. Sul tema della gestione delle emozioni e della comunicazione empatica, v. D. Goleman, *Intelligenza emotiva. Che cos'è e perché può renderci felici*, Milano, 1996; D. Goleman, *Intelligenza sociale*, Milano, 2006; M. Rosenberg, *Le parole sono finestre [oppure muri]. Introduzione alla comunicazione non violenta*, Reggio Emilia, 2003; C. Rogers, *Client Centered Therapy*, trad.it *Terapia centrata sul cliente*, Molfetta (BA), 2007.

³⁰ Sul tema delle incomprensioni sono magistrali le parole di Luigi Pirandello, in *Sei personaggi in cerca d'autore*: "...come possiamo intenderci, signore, se nelle parole ch'io dico metto il senso e il valore delle cose come sono dentro di me; mentre chi le ascolta, inevitabilmente le assume col senso e col valore che hanno per sé, del mondo com'egli l'ha dentro? Crediamo di intenderci; non ci intendiamo mai!".

³¹ Si rinvia *amplius* a V. Andreoli, *Fare la pace. L'importanza delle parole nella riconciliazione*, Milano, 2020.

Anche nella gestione dei rapporti interni all'azienda, nelle relazioni tra dipendenti, l'argomento della cura della relazione assume notevole rilievo. Non si può qui trattare estesamente il tema dei conflitti interni all'azienda e di ciò che attiene alle relazioni industriali e alle tematiche delle risorse umane, ma si possono fare alcune brevi considerazioni in merito all'adozione dei principi di collaborazione sia per la prevenzione che per la gestione di conflitti tra dipendenti, tra *managers* o tra *managers* e dipendenti (ossia conflitti orizzontali e verticali).

Si diceva dell'aspirazione di molte società orientate verso i principi ESG a creare per i loro dipendenti un ambiente di lavoro inclusivo e collaborativo. È nota la diffusione, a tale scopo, dei c.d. *Diversity & Inclusion officers* all'interno di grandi organizzazioni, ossia soggetti incaricati all'implementazione di pratiche inclusive all'interno delle aziende, che abbiano come *focus* la cura della relazione. Quando le persone si sentono riconosciute e "al sicuro" nelle organizzazioni, riescono a dare i risultati migliori³²; al contrario, la mancanza di cura della relazione può portare ad un alto grado di conflittualità all'interno dell'azienda. Pertanto, le imprese che intendono presentarsi al mercato come sostenibili dovranno dedicare altresì attenzione allo sviluppo di una cultura aziendale basata sui principi di collaborazione.

Anche la filosofia e l'etica aziendale³³ offrono certamente contenuti e strumenti importanti per raggiungere l'obiettivo della sostenibilità nelle imprese e della prevenzione dei conflitti, ma non è questa la sede per approfondire tale argomento.

Infine, dagli Stati Uniti proviene inoltre un altro strumento che si fonda sulla cura per la relazione, assai utile ed efficace, ma ancora poco conosciuto in Italia: la *workplace mediation*. Si tratta, in estrema sintesi, di un procedimento di mediazione dei conflitti informale che viene proposto all'interno di alcune grandi imprese, quali Intel e Roche, allo scopo di prevenire e di risolvere i conflitti tra dipendenti e *managers* e tra dipendenti e, al tempo stesso, favorire una cultura aziendale aperta al dialogo e alla collaborazione, con il risultato di una maggiore efficienza.

³² In merito, v., tra gli altri, D. Hicks, *Leading with Dignity. How to create a culture that brings out the best in people*, New Haven and London, 2018.

³³ Sulla rilevanza delle tematiche filosofiche ed etiche, si veda, tra gli altri, A. Reynolds, D. Houlder, J. Goddard; D. Lewis, *What philosophy can teach you about being a better leader*, London, 2020; P. Premoli De Marchi, *Quattro passi nell'etica del lavoro e delle organizzazioni*, Lecce, 2018.

4. Gli accordi collaborativi nel settore degli appalti

Un'applicazione molto interessante dei principi di collaborazione e un ulteriore segnale dell'importanza della cura della relazione nei contratti d'impresa si può ritrovare negli innovativi schemi contrattuali dei c.d. appalti collaborativi nel settore *construction*, tradizionalmente caratterizzato da numerosi contenziosi e fallimenti d'impresa³⁴.

Negli appalti pubblici, in particolare, si può spesso osservare una radicale divergenza di prospettive tra committente pubblico ed operatore economico privato. Mentre il primo tende ad assumere comportamenti conservativi al fine di evitare possibili censure da parte degli organi di controllo, anche in caso di errori nell'attività amministrativa, il secondo, mirando a massimizzare il proprio profitto, sovente sfrutta le imprecisioni imputabili all'amministrazione per richiedere corrispettivi aggiuntivi e recuperare il ribasso offerto in fase di gara. Committenza pubblica e imprese private si trovano dunque di frequente intrappolate in una dinamica antagonista estremamente conflittuale, con risultati dannosi per tutte le parti coinvolte³⁵.

Negli anni 2009-2019, molte imprese del comparto costruzioni versavano in uno stato di crisi³⁶. Invero, problemi quali l'alto tasso di frammentazione e di conflittualità, margini bassi e ridotti investimenti nella ricerca e sviluppo erano presenti anche a livello globale: nel 2017 il McKinsey Global Institute segnalava che la bassa produttività nel settore delle costruzioni indica la necessità di cambiare il sistema contrattuale, considerato come una delle cause principali delle inefficienze del comparto³⁷.

Difatti, nella contrattualistica tradizionale nel campo degli appalti mancano strumenti che permettano l'integrazione completa delle attività dei vari soggetti coinvolti, quali consulenti, appaltatori, subappaltatori, fornitori e operatori e manca una gestione condivisa del rischio, che viene pertanto solo trasferito da un soggetto all'altro, con conseguenti ritardi, contenziosi ed extra costi. Per quanto concerne gli appalti pubblici, anche le modalità di espletamento delle procedure di gara non favoriscono la creazione di un ambiente collaborativo tra le parti³⁸.

³⁴ Per un'analisi accurata del tema degli appalti collaborativi, si veda S. Valaguzza, *Collaborare nell'interesse pubblico. Perché passare dai modelli antagonisti agli accordi collaborativi*, Napoli, 2019; Ead., *Governare per contratto. Come creare valore attraverso i contratti pubblici*, Napoli, 2018; D. Mosey, *Dialogo sugli appalti collaborativi*, a cura di E. Parisi e N. Posteraro, Napoli, 2019; D. Mosey, *Collaborative Construction Procurement and Improved Value*, Oxford, 2019.

³⁵ S. Valaguzza, *Collaborare nell'interesse pubblico*, cit., p. 19 ss.

³⁶ *Ibidem*, p. 17.

³⁷ McKinsey Global Report 2017 "Reinventing Construction through a Productivity Revolution"; D. Mosey, *Dialogo sugli appalti collaborativi*, cit., p. 20.

³⁸ S. Valaguzza *Collaborare nell'interesse pubblico*, cit., p. 20 ss.

Quanto all'elevato tasso di contenzioso, la ricerca³⁹ ha dimostrato che le principali cause di dispute nei contratti di appalto – di sovente derivanti da attività o omissioni nella fase precedente l'inizio della costruzione – sono: informazioni per la progettazione non adeguate o non accurate; investigazioni sul sito non adeguate; comunicazione carente; cronoprogramma non realistico; inadeguata amministrazione del contratto; eventi esterni non controllabili; allocazione dei rischi poco chiara; tempistiche di realizzazione non realistiche.

In proposito, è interessante osservare come, per molte delle cause sopra menzionate, si possa ravvisare quale fattore comune la mancanza di cura della relazione tra le parti, l'assenza di un dialogo aperto, trasparente e completo.

Per far fronte alle gravi difficoltà del settore dopo la crisi finanziaria del 2008, un'importante attività di studio sul mondo *construction* è stata svolta dal King's College London a partire dal 2011, su impulso del governo britannico, preoccupato dal fatto che la spinta verso il criterio del prezzo più basso nell'aggiudicazione degli appalti avrebbe portato ad una riduzione della qualità dei lavori, al taglio di costi essenziali quali la sicurezza e ad un aumento sostanziale delle dispute.

Constatando che i comportamenti sono in larga misura indotti dall'ambiente in cui gli operatori si trovano ad agire, gli studiosi, allo scopo di modificare il contesto operativo, hanno promosso un cambio di passo mediante l'elaborazione di nuovi schemi contrattuali di contratti quadro (o *framework*) che affiancano i singoli contratti, tradizionalmente stipulati dal committente e dall'appaltatore con i diversi soggetti giuridici coinvolti nell'opera, contenenti le obbligazioni di ciascuno di essi nei confronti della committenza.

I recenti modelli di accordi collaborativi di appalto (*collaborative procurement*) nascono dunque da questo stato critico del settore costruzioni e dall'esigenza concreta di intraprendere un cambiamento superando le dinamiche antagoniste.

Il *collaborative procurement*, utilizzando le parole di David Mosey, docente di *construction law* e *construction procurement* del King's College di Londra, è "...un processo relazionale che consente di rendere integrati i progetti e i programmi di lavoro e fa sì che i diversi team sviluppino, condividano e utilizzino informazioni in modo da migliorare le fasi di progettazione, costruzione e manutenzione. Si tratta di uno strumento che offre una soluzione innovativa alle problematiche di natura legale e ideologica che possono compromettere – e normalmente compromettono – l'efficienza dei lavori e comportare pericolosi sprechi di risorse"⁴⁰. Già dalla definizione di *collaborative procurement* si può notare l'attenzione alla cura della relazione, che diventa strumento di efficienza

³⁹ Arcadis Global Construction Disputes Report, 2020 <https://www.arcadis.com/>.

⁴⁰ D. Mosey, *Dialogo sugli appalti collaborativi*, cit., p. 12.

e comporta l'allargamento dei rapporti, il coinvolgimento e la partecipazione attiva della filiera dei subcontraenti e subappaltatori con il committente principale.

All'esito della ricerca svolta e dopo una vasta procedura di consultazione con operatori, tecnici ed accademici, è stato finalizzato, tra l'altro, il FAC-1 Framework dell'Accordo Collaborativo, un modello di contratto multilaterale, elaborato dalla Università degli Studi di Milano, in partnership con il King's College di Londra, sotto la guida di Sara Valaguzza, Professore Ordinario di Diritto amministrativo all'Università degli Studi di Milano. Si tratta di un accordo quadro utilizzabile per contratti di esecuzione di lavori o servizi per committenti privati o pubblici, che promuove la logica della collaborazione e dell'efficienza, per superare la conflittualità tra le parti coinvolte nel raggiungimento di un obiettivo che dovrebbe essere comune⁴¹.

Oltre al modello collaborativo FAC-1 del King's College London, si sono diffuse a livello internazionale diverse tecniche di collaborazione, denominate anche *alliancing* o *collaborative contracting*, ossia degli "accordi che costituiscono una relazione organizzativa a rete, disciplinando comportamenti collaborativi degli aderenti alla rete, in vista del raggiungimento di specifici scopi comuni"⁴².

Un altro significativo sviluppo in questo campo, indice della accresciuta attenzione per le tematiche relazionali e collaborative nel mondo delle imprese, è da riscontrarsi nella pubblicazione degli standard internazionali della International Organization for Standardization (ISO) denominati "*Collaborative business relationship management systems – Requirements and framework*" (ISO 44001) per certificare che una organizzazione sviluppa e gestisce i rapporti commerciali e aziendali in un quadro collaborativo⁴³.

È stato empiricamente testato che si ottiene una migliore performance se i diversi attori coinvolti nella realizzazione di un'opera agiscono all'interno di un sistema contrattuale nel quale tutte le parti si impegnano a coordinare le proprie attività, in un assetto il più possibile collaborativo e non conflittuale. La pianificazione condivisa di tutte le fasi della costruzione (dalla progettazione sino alla gestione e manutenzione) permette di ottenere risultati migliori: si deve dunque osservare che il maggior tempo dedicato alla relazione e al dialogo tra le parti comporta benefici per tutti gli attori coinvolti.

⁴¹ La versione italiana del FAC-1 è stata pubblicata nel 2017 e può essere acquistata su internet sul sito <http://www.ebuildingcontracts.co.uk/italian-fac-1>.

⁴² Per un'analisi globale delle tecniche di *alliancing*, D. Mosey, *Collaborative Construction Procurement*, cit.

⁴³ Institute for collaborative working, *Understanding the psychology of collaboration: what makes an effective collaboration?*, 2017, www.insituteforcollaborativeworking.com.

Si pensi, ad esempio, al caso⁴⁴ di un accordo collaborativo per la costruzione di una diga a cui aderiscono il committente, l'appaltatore o il concessionario e tutti i subcontraenti che costituiscono la filiera dei soggetti coinvolti nell'opera, nel quale sono previste iniziative di razionamento ed efficientamento allo scopo di ottenere un risparmio di costi e di tempo, anche eventualmente in cambio di premialità di varia natura, oltre che iniziative in materia di sicurezza sul luogo di lavoro per i lavoratori (che allargherebbero dunque le proprie conoscenze professionali). Accordi di collaborazione di questo genere non solo comportano maggiore efficienza e riduzione dei costi dell'opera, ma possono quindi anche essere utili per produrre valore ambientale e sociale.

Secondo David Mosey "la buona riuscita degli appalti collaborativi dipende dalle persone che li mettono in pratica e dai modi in cui tutti agiscono, reagiscono, comunicano e si accordano tra di loro. [...] ... occorre costruire dei ponti comunicativi. Gli obiettivi dei membri del *team*, concordati nella disciplina della collaborazione (a valle), devono essere collegati e coordinati con la disciplina del contratto (a monte) che lega i singoli operatori attribuendo loro un ruolo nella commessa. Al contempo, gli operatori economici devono essere coordinati tramite sistemi tecnologici di comunicazione"⁴⁵ quali il *Building Information Modelling*, con lo scopo di migliorare la comunicazione trasparente dei dati.

La comunicazione è proprio uno dei fattori cruciali sui quali si può innestare un virtuoso processo di collaborazione nel settore degli appalti: comunicazione che dovrebbe essere diretta e non intermediata dalle interlocuzioni burocratiche⁴⁶.

Tra gli altri fattori che migliorano la collaborazione vi sono altresì le premialità di carattere economico, ossia la possibilità di ripartire tra committente, appaltatore e filiera delle imprese eventuali risparmi rispetto al prezzo offerto, ottenuti con efficientamenti nella fase esecutiva, oltre che le premialità di carattere reputazionale. Affinché la collaborazione possa funzionare, occorre che il soggetto che non collabora debba essere allontanato dal gruppo e che sia stabilito preliminarmente un sistema sanzionatorio condiviso, che abbia il fine di proteggere il gruppo che lavora virtuosamente in maniera collaborativa, piuttosto che l'obiettivo di punire il singolo inadempimento. Gli accordi collaborativi si propongono di istituire un sistema basato sulla reciprocità, che è elemento propulsivo delle attività di collaborazione: ciascun soggetto coinvolto riconosce agli altri un ruolo rilevante nel raggiungimento del proprio successo, che può essere raggiunto solo se tutti gli altri adottano comportamenti convergenti e di-

⁴⁴ S. Valaguzza, *Collaborare nell'interesse pubblico*, cit., p. 37.

⁴⁵ D. Mosey, *Dialogo sugli appalti collaborativi*, cit., p. 33 ss.

⁴⁶ S. Valaguzza, *Collaborare nell'interesse pubblico*, cit., p. 47 ss.

venta dunque un successo condiviso. È più conveniente ed efficace far leva sulla responsabilizzazione di tutte le imprese, scoraggiando la c.d. “*blame culture*”.

Con l'adozione di un sistema di reciprocità si crea fiducia, che può essere proprio l'elemento mancante nell'esecuzione di molti contratti di appalto. Perché la fiducia si possa radicare nell'interazione dei soggetti coinvolti sarà, tra l'altro, necessario instaurare un flusso condiviso e completo di informazioni che siano a disposizione di tutti. Si noti, ancora una volta, la rilevanza della cura della relazione: prevedere processi di lavoro in *team* basati sulla fiducia reciproca comporta la necessità di dare rilievo alle tematiche relazionali, scegliendo componenti dei *team* che abbiano anche le competenze relazionali adeguate e che siano formati a lavorare in base ai principi di collaborazione in senso lato.

Il FAC-1, allo scopo di ottenere sinergie tra i diversi soggetti impegnati nella realizzazione di un'opera e promuovere la collaborazione, prevede una serie di disposizioni contrattuali che hanno per oggetto la disciplina del riparto delle responsabilità, i pagamenti, la gestione dei rischi (quali ad esempio la mancata fornitura di un materiale o l'imprevisto aumento di costi) e l'istituzione degli organi di governo della collaborazione, deputati alla sorveglianza ed alla corretta esecuzione del contratto – quali l'Amministratore della Collaborazione, il Gruppo Ristretto (composto dai delegati dei Componenti della Collaborazione) e il Consulente Indipendente.

L'istituzione nel FAC-1 di organi di governo della collaborazione, così come le riunioni periodiche nel cronoprogramma, costituiscono esempi di come la centralità della dimensione della cura della relazione può essere attuata nei rapporti commerciali tra tutte le parti coinvolte nella realizzazione di un progetto.

Da una maggiore attenzione alla cura della relazione derivano significativi vantaggi, come ha dimostrato la ricerca svolta in merito ai casi in cui il FAC-1 è stato adottato: per la committenza, un maggior controllo della realizzazione dell'opera, riduzione degli extra costi e risparmio di tempi, anticipazione di problematiche esecutive, riduzione delle varianti e del contenzioso. Dall'altro lato, tra i principali vantaggi per le imprese si possono annoverare un riparto di responsabilità dettagliato (mediante, ad esempio, l'uso del registro dei rischi) e la possibilità di ottenere premialità per il conseguimento di determinati obiettivi. In un contesto di *project financing*, l'uso del FAC-1 estende i benefici anche alle banche finanziatrici del progetto che, in quanto *stakeholders*, si avvantaggiano dei frutti della collaborazione.

Con riferimento alla problematica della prevenzione e contenimento dei rischi, il Framework di Accordo Collaborativo contiene strumenti molto utili per la gestione efficace dei rischi, quali la previsione del Registro dei Rischi, dove devono essere dettagliati, tra l'altro, i livelli di probabilità del rischio, l'impatto del rischio sull'attività, l'identificazione del soggetto responsabile per l'attività di gestione del rischio, il tipo di attività richiesta per la gestione del

rischio (ad es.: se si riscontra un rischio alto di ritardo di consegna del materiale in cantiere, come attività richiesta l'appaltatore può essere tenuto ad anticipare gli ordini). Altro strumento efficace per la prevenzione e gestione dei rischi sono gli Avvisi Preventivi di Allerta (o *Early Warning*), da usare anche nel caso in cui uno dei soggetti coinvolti (c.d. componenti della collaborazione) venga a conoscenza di un errore o un'omissione o discrepanza tra i documenti della collaborazione. A riguardo, la norma contrattuale prescrive un obbligo di scambio di informazioni e trasparenza, ossia l'impegno da parte di ciascun componente della collaborazione a notificare un Avviso Preventivo di Allerta non appena venga a conoscenza di una qualsiasi criticità che incida sfavorevolmente o che comunque possa compromettere l'esecuzione dell'opera secondo le modalità e i tempi previsti. Gli Avvisi Preventivi di Allerta devono contenere una proposta per rimediare o evitare la criticità segnalata. Ricevuto l'avviso, l'Amministratore della collaborazione deve convocare una riunione del Gruppo Ristretto con l'obiettivo di concordare l'appropriata linea di azione: l'obbligo di scambio di informazioni contenuto nel Framework di Accordo Collaborativo permette dunque un'azione tempestiva e coordinata tra i vari soggetti coinvolti nell'opera, che altrimenti non sarebbe disciplinata dai singoli contratti sottoscritti.

Quanto alle disposizioni contrattuali del FAC-1 sullo scambio trasparente di informazioni, possono essere previste modalità di collaborazione con la filiera, volte a realizzare un valore aggiunto attraverso lo scambio di informazioni tra i componenti della collaborazione in relazione ai contratti con la filiera, al fine dell'esame e comparazione degli importi offerti ai diversi componenti della collaborazione dai membri della filiera, anche per una rinegoziazione eventualmente congiunta dei contratti con i membri della filiera, e allo scopo di ottenere maggiore efficienza.

Infine, per quanto concerne l'eventuale contenzioso che possa insorgere nonostante l'uso dei meccanismi di prevenzione sopra ricordati, gli Accordi di Collaborazione come il FAC-1 istituiscono un sistema *multi-step* che prevede: i) una prima riunione tra le parti, con scambio di informazioni e proposte costruttive per arrivare a soluzioni condivise; ii) successivamente, il ricorso alla mediazione o ad un tavolo transattivo e iii) solo in ultima istanza, il ricorso alle procedure aggiudicative come l'arbitrato o il giudizio, dove le parti dunque si spogliano del potere di decidere e autodeterminarsi e rimettono la controversia a un terzo. Si possono specificare negli Accordi di Collaborazione clausole di designazione di organismi di mediazione e/o clausole arbitrali.

In conclusione, alla luce delle riflessioni svolte, sembra ormai giunto il tempo di andare oltre la convinzione limitante secondo la quale in un mondo competitivo non c'è spazio per la collaborazione. Come dimostrato, peraltro, dall'applicazione dei contratti collaborativi nel settore degli appalti, i benefici della collaborazione sono tangibili.

Riferimenti bibliografici

G. Alpa, *Responsabilità degli amministratori di società e principio di sostenibilità*, in *Contr. e impr.*, 2021; V. Andreoli, *Fare la pace. L'importanza delle parole nella riconciliazione*, Milano, 2020; B. Badré, *Can Finance Save the World?*, Oakland (CA) USA, 2018; A. Baudino, *La pratica collaborativa: procedure ADR a confronto e nuove prospettive per la risoluzione delle controversie*, parte seconda, in *Nuovo dir. soc.*, 2019; A. Baudino, *La crescente importanza dei fattori ESG nelle operazioni di M&A: una nuova sfida per i professionisti e un'opportunità per costruire reti*, in *Dir. econ. impr.*, 2022; G. Bevivino, *Nuovi inputs euro-unitari. La sostenibilità come ponderazione normativa degli interessi di shareholders e stakeholders*, in *Anal. giur. econ.*, 2022; L. Bruni e S. Zamagni, *L'economia civile*, Bologna, 2015; A. Cerretti, *Vita offesa, lotta per il riconoscimento e mediazione* in *Il coraggio di mediare* a cura di Fulvio Scaparro, Milano, 2001; S. Cerrato, *Appunti per una via italiana all'ESG: L'impresa costituzionalmente solidale (anche alla luce dei nuovi artt. 9 e 41, c.3, Cost.)*, in *Anal. giur. econ.*, 2022; C. Cottarelli, *All'inferno e ritorno. Per la nostra rinascita sociale ed economica*, Milano, 2021; G. Così, *Conoscere il conflitto*, in AA.VV., *Mediazione e progresso. Persona, società professione, impresa*, a cura di P. Lucarelli, G. Conte, Torino, 2012; F. Cuomo Ulloa, *La conciliazione. Modelli di composizione dei conflitti*, Padova, 2008; A. Daccò, *Le società benefit tra interesse dei soci e interesse dei terzi: il ruolo degli amministratori e i profili di responsabilità in Italia e negli Stati Uniti*, in *Banca, borsa e tit. cred.*, 2021, I; A. Daccò, *Spunti di riflessione sul capitalismo sostenibile e strumenti a disposizione*, in *Banca, borsa e tit. cred.*, 2022, I; F. Danovi, *Il prisma della giustizia e i suoi possibili modelli* in AA.VV., *La Pratica Collaborativa. Dialogo fra teoria e prassi*, a cura di M. Sala, C. Menichino, Torino, 2017; V. di Cataldo, *Liti societarie e composizioni stragiudiziali*, in *Giur. Comm.*, 2019; S. Dinnar, L. Susskind, *Entrepreneurial negotiation, Understanding and managing the relationships that determine your entrepreneurial success*, Cambridge (MA) USA, 2019; P. Faxon, *Pratica collaborativa in ambito civile: un caso di ristrutturazione di impresa*, in AA.VV., *La Pratica Collaborativa. Dialogo fra teoria e prassi*, cit.; F. Ferraris, voce *Mediazione civile e commerciale*, in *Enc. Dir. Annali*, 2016; R. Fisher, W. Ury, *Getting to Yes. Negotiating an agreement without giving in*, New York, 1981; R. Fisher, D. Shapiro, *Building agreement. Using emotions as you negotiate*, London, 2005; T. Fragomeni, *Conflitti: Istruzioni per l'uso. Come conoscerli, come imparare a liberarsi dalla loro trappola, come farli diventare uno strumento di apprendimento*, Milano, 2014; D. Goleman, *Intelligenza emotiva. Che cos'è e perché può renderci felici*, Milano, 1996; D. Goleman, *Intelligenza sociale*, Milano, 2006; D. Hicks, *Leading with Dignity. How to create a culture that brings out the best in people*, New Haven and London, 2018; L. Marchegiani, *Piccole e medie imprese societarie con scopo lucrativo e responsabilità sociale. Spunti per una riflessione*, in *Riv. soc.*, 2020; M. Mazzucato, *Mission economy. A moonshot guide to changing capitalism*, London, 2021; D. Mosey, *Dialogo sugli appalti collaborativi*, a cura di E. Parisi e N. Posteraro, Napoli, 2019; D. Mosey, *Collaborative Construction Procurement and Improved Value*, Oxford, 2019; J. Morineau, *Lo spirito della mediazione*, Milano, 2000; D. Novara, *La grammatica dei conflitti. L'arte maieutica di trasformare le contrarietà in risorse*, Casale Monferrato, 2011; C. Parzani, S. Catani, *Si vince solo insieme*, Milano, 2022; P. Premoli De Marchi, *Quattro passi nell'etica del lavoro e delle organizzazioni*, Lecce, 2018; E. Resta, *Giudicare, conciliare, mediare* in *Il coraggio di mediare* a cura di Fulvio Scaparro, Milano, 2001; M. Rescigno, *Note sulle regole dell'impresa sostenibile. Dall'informazione non finanziaria all'informativa*

sulla sostenibilità, in *Anal. giur. econ.*, 2022; A. Reynolds, D. Houlder, J. Goddard. D. Lewis, *What philosophy can teach you about being a better leader*, London, 2020; C. Rogers, *Client Centered Therapy*, trad.it *Terapia centrata sul cliente*, Molfetta (BA), 2007; M. Rosenberg, *Le parole sono finestre [oppure muri]. Introduzione alla comunicazione non violenta*. Reggio Emilia, 2003; AA.VV., *La Pratica Collaborativa. Dialogo fra teoria e prassi*, a cura di M. Sala, C. Menichino, Torino, 2017; AA.VV., *Arbitrato, ADR, Conciliazione*, a cura di Rubino Sammartano, Bologna, 2009; M. Sclavi, *Arte di ascoltare e mondi possibili. Come si esce dalle cornici di cui siamo parte*. Milano, 2003; G. Serafeim, *Purpose + profitto. Come le aziende possono migliorare il mondo e veder crescere gli utili*, Milano, 2022; D. Stalla, *L'avvocato*, in AA.VV., *La Pratica Collaborativa. Dialogo fra teoria e prassi*, cit.; I. Speciale, *Il nuovo paradigma dell'impresa sostenibile*, in *Contr. e impr.*, 2022; D. Stanzione, *Scopo e oggetto dell'impresa societaria sostenibile*, in *Giur. comm.*, 2022, I; G. Strampelli, *Soft Law e Fattori ESG: dai codici di corporate governance alle corporate e index guidelines*, in *Riv. soc.*, 2021; G. Strampelli, *La strategia dell'Unione Europea per il capitalismo sostenibile: l'oscillazione del pendolo tra amministratori, soci e stakeholders*, in *Riv. soc.*, 2021; U. Tombari, *Riflessioni sullo statuto organizzativo dell'impresa sostenibile tra diritto italiano e diritto europeo*, in *Anal. giur. econ.*, 2022; W. Ury, *Getting past NO. Negotiating in difficult situations*, New York, 1991; W. Ury, *The third side: Why we fight and how we can stop*, New York, 2000; S. Valaguzza, *Governare per contratto. Come creare valore attraverso i contratti pubblici*, Napoli, 2018; S. Valaguzza, *Collaborare nell'interesse pubblico. Perché passare dai modelli antagonisti agli accordi collaborativi*, Napoli, 2019.

Sezione IV

**TRA RELAZIONE DI CURA
E CURA DELLA RELAZIONE**

Empowerment ed empatia nelle relazioni di cura. Un confronto tra i processi relazionali in medicina, psicologia e nelle professioni legali

Claudio Lucchiari e Andrea Botturi

SOMMARIO: 1. Introduzione. – 2. La relazione medico/paziente. – 3. Il costrutto di *empowerment*. – 3.1. *Empowerment* psicologico. – 3.2. *L'empowerment* in medicina. – 4. Empatia e simpatia nella relazione di cura. – 5. La relazione professionale come alleanza. – 6. Conclusioni: le caratteristiche psicologiche della relazione di cura.

1. Introduzione

È possibile trovare un terreno comune tra medicina, psicologia e contesti legali? La risposta sembra ovvia: certamente è possibile, poiché tutti questi ambiti hanno a che fare con persone che si mettono in relazione tra di loro per cercare una qualche soluzione a un certo problema. Una persona, il cliente, è portatore del problema, un'altra, l'esperto, è colui che dovrebbe condurre alla soluzione, che tuttavia, non significa semplicemente dare una soluzione, come invece farebbe un oracolo, o una macchina. Indipendentemente dalla natura del problema e dal tipo di expertise necessaria ad affrontarlo, infatti, si tratta sempre di un percorso che gli attori devono discutere, progettare e seguire assieme; l'alternativa è lasciarsi, seguendo ognuno la propria strada, nel caso sia impossibile o non auspicabile trovare obiettivi e percorsi comuni. Tuttavia, descrivere in questo modo il lavoro di medici, psicologi e avvocati significa specificare alcuni importanti aspetti, non sempre espliciti nel contesto di riferimento.

In primo luogo, è necessario descrivere che tipo di incontro sia quello tra esperti e clienti e a che tipo di relazione possa e/o debba condurre. In secondo luogo, se è attraverso la relazione e la gestione delle diverse istanze (cognitive, emozionali, motivazionali, socio-culturali...) che esse presenta, quali competenze il professionista dovrebbe sviluppare, oltre a quelle specifiche che potremmo definire tecniche? Infine, ci si potrebbe chiedere se spostando l'attenzione dalla soluzione di un problema alla relazione tra persone, da un punto a un processo, anche le aspettative dei diversi attori possano cambiare. Infatti per un processo vale quanto di solito viene riferito a un viaggio: non sempre è la meta la cosa più importante.

In questo capitolo, partendo dalle precedenti considerazioni verranno descritti alcuni concetti fondamentali per comprendere le caratteristiche e le

difficoltà delle relazioni d'aiuto. Si partirà da una breve disamina del rapporto medico/paziente, che servirà da punto di partenza e come quadro di riferimento dell'intero capitolo. Verranno, quindi, introdotti i concetti di empowerment e di empatia e verranno messi a confronto i vari contesti presi in considerazione. Si concluderà con una breve sintesi che cercherà di dare una qualche risposta alle domande poste sopra o almeno di fornire spunti di riflessione per sviluppare competenze utili per prendersi cura delle relazioni professionali, prima ancora che dei problemi di cui le persone sono portatrici.

2. La relazione medico/paziente

Possiamo cercare di definire il rapporto medico-paziente come una complessa interazione psicosociale tesa tra vulnerabilità, fiducia e autorità in un contesto professionale. Può essere dunque vista come una forma specializzata di relazione umana¹, che si situa in un contesto storico, socio-politico e intellettuale-scientifico.

Gli autori² riportano, ad esempio, che il rapporto medico-paziente nelle civiltà più antiche non europee (India e Cina) è rimasto costante nel tempo rispetto alle società occidentali. I medici infatti godono ancora in quei contesti di uno status sociale elevato e i tassi di contenzioso sono di gran lunga inferiori rispetto alla continua crescita che avviene nel Regno Unito, Australia e, soprattutto, negli Stati Uniti. Szasz e Hollender³ hanno delineato tre modelli di base del rapporto medico-paziente: attivo-passivo; guida-cooperazione, partecipazione reciproca. In chiave storica, ma anche metaforica, questi modelli possono essere riferiti alle varie forme che la società occidentale ha assunto nel corso degli ultimi 4000 anni⁴.

Un altro effetto della contemporaneità sul rapporto medico-paziente è stato l'aumento esponenziale dell'uso di internet da parte dei pazienti. Questo ha fatto sì che i pazienti siano generalmente più informati, facilitando così un approccio all'assistenza sanitaria incentrato sui bisogni del paziente. Sebbene una migliore educazione del paziente abbia ovvi vantaggi, ci sono preoccupazioni circa il fatto che le informazioni in rete non siano sempre accurate e affidabili. Inoltre, un processo di alfabetizzazione medica (*health literacy*) poco controllato e lasciato a un percorso piuttosto casuale apre la porta alla forma-

¹ S. Duck, *Human relationships*, 3^a ed., London, 1998, *passim*.

² M. Ridd et al., *The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives*, in *British Journal of General Practice*, 2009.

³ T. Szasz e M. Hollender, *Contribution to the philosophy of medicine. The basic model of the doctor-patient relationship*, in *Arch Int Med.*, 1956, p. 585 ss.

⁴ R.K. Riyaz, P. Sooriakumaran, *The evolution of the doctor-patient relationship*, in *International Journal of Surgery*, 2007, p. 60.

zione di false convinzioni e *bias* cognitivi, che possono minare la basi stesse del rapporto medico/paziente, cioè la fiducia e il rispetto reciproco⁵. L'uso della tecnologia dell'informazione presenta anche un secondo caveat, frapponendosi tra medico (che è chiamato a utilizzarla non solo a scopi scientifici, ma anche per motivi burocratici) e paziente, può limitare il contatto tra le persone, creando una distanza emotiva tra gli attori e limitando, dunque, quel rapporto empatico di cui si parlerà in seguito.

Negli ultimi 20 anni si è consolidato un ampio corpus di letteratura che ha sostenuto ed incoraggiato l'approccio della relazione incentrato sul paziente. Il concetto di medicina centrata sul paziente può essere descritto e illustrato attraverso le seguenti cinque dimensioni chiave, come proposto da Mead e Bower⁶:

- 1) Prospettiva biopsicosociale, cioè la necessità di considerare gli aspetti biologici, psicologici e sociali della malattia e della salute. In questo modo, non solo emerge una complessità altrimenti trascurata, ma il concetto stesso di salute viene definito in modo peculiare, poiché non è più stratificato nelle sue componenti (per esempio, salute fisica e salute mentale), ma ne comprende contemporaneamente tutte le istanze, cosicché non si possa definire una persona sana da un certo punto vista, senza considerare anche tutti gli altri;
- 2) Paziente come persona: i medici devono prima comprendere il significato personale della malattia per il paziente;
- 3) Potere e responsabilità condivisi;
- 4) Alleanza terapeutica: nozione introdotta e sostenuta da Rogers, che prevede la necessità di un rapporto di collaborazione e di fiducia incondizionato in un qualsiasi trattamento clinico⁷;
- 5) Reciprocità. Il medico e il paziente si influenzano vicendevolmente e non possono essere considerati separatamente.

In termini giuridici, il rapporto medico-paziente negli Stati Uniti è stato definito intorno all'inizio del 20° secolo come un contratto in base al quale un paziente può negoziare con un medico per i servizi. Gli aspetti legali della relazione, tuttavia, vanno al di là di un contratto commerciale a condizioni di mercato. Il rapporto non è tra pari: il paziente è spesso vulnerabile a causa di una malattia o di un infortunio e il medico ha conoscenze e competenze speciali, cui il paziente non può accedere direttamente. Tra i vari modelli forniti da medici

⁵ C. Lucchiarì, G. Pravettoni, *Cognitive balanced model: a conceptual scheme of diagnostic decision making*, in *Journal of evaluation in clinical practice*, 2012, p. 82 ss.

⁶ N. Mead, P. Bower, *Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature*, in *Soc Sci Med.*, 2000, p. 1087 ss.

⁷ C. Rogers, *On becoming a person: a therapist's view of psychotherapy*, London, 1967, *passim*.

e filosofi, uno dei più interessanti è quello che mette in relazione il rapporto medico/paziente con l'istituto del matrimonio. I pazienti, infatti, entrano nelle relazioni come si entra in un matrimonio, permettendo alle grandi speranze di oscurare la possibilità di una profonda delusione. A parte l'aspetto romantico o erotico, il rapporto medico-paziente assomiglia più al matrimonio che all'amicizia, poiché l'amicizia non comporta un accordo legale ben definito. Nel matrimonio, come in medicina, la posta in gioco è decisamente alta e sia il medico che il paziente presentano responsabilità uniche. Inoltre, il rapporto medico-paziente è consensuale, non obbligato, poiché sia il medico sia il paziente devono essere disposti a negoziare, a trovare un linguaggio comune attraverso il quale definire obiettivi, interessi e percorsi; infine il medico e il paziente devono trarre qualcosa dai loro incontri, che devono essere reciprocamente profittevoli.

Da questo punto di vista la fiducia reciproca rappresenta una dimensione chiave del rapporto medico/paziente. Pellegrino e Thomasma definiscono⁸ la fiducia come un elemento essenziale della condizione umana. Scrivono: “Senza di essa, non potremmo vivere nella società o ottenere anche solo i rudimenti di una vita soddisfacente. Senza fiducia non potremmo anticipare il futuro. Fidarsi e affidarsi significa diventare vulnerabili e dipendenti dalla buona volontà e dalla motivazione di coloro di cui ci fidiamo”.

Se la fiducia è l'elemento che definisce il rapporto medico-paziente, la comunicazione è il mezzo per generare fiducia. I medici, tuttavia, non sembrano essere sempre degli ottimi comunicatori, infatti secondo un noto studio, mentre il 75% dei chirurghi riteneva di aver comunicato in modo soddisfacente con i pazienti, solo il 21% si è dichiarato soddisfatto delle capacità comunicative⁹. La comunicazione, infatti, non è necessariamente ciò che i medici dicono, ma riguarda piuttosto il modo in cui lo si dice e il modo in cui il paziente lo interpreta. Come sottolineato dal sociologo americano Everett Hughes¹⁰, “la professione medica dovrebbe idealmente seguire il motto *credat emptor* (basato sulla fiducia) invece di *caveat emptor* (stia attento il compratore)”. Una buona comunicazione può auspicabilmente aiutare a ristabilire la fiducia del paziente nei confronti dei medici, ed è proprio la fiducia reciproca ad essere fondamentale per guarire. Tuttavia, gli studi mostrano ancora debolezze e mancanze da questo punto di vista. La maggior parte degli studi presenti in letteratura si

⁸ E.D. Pellegrino, D.C. Thomasma, *Fidelity of trust*. In: *Virtues in Medical Practice*, New York, 1993, p. 70 ss.

⁹ J.R. Tongue, H.R. Epps, L.L. Forese, *Communication skills for patient centered care: Research-based, easily learned techniques for medical interviews that benefit orthopaedic surgeons and their patients*, in *J Bone Joint Surg Am*, 2005, p. 653.

¹⁰ J. Noseworthy, *The Future of Care — Preserving the Patient–Physician Relationship*, in *New England Journal of Medicine*, 2019, p. 2266.

concentra su come i pazienti vedono la relazione con i medici e mettono in evidenza l'importanza delle capacità interpersonali.

Tuttavia i medici tendono a considerare il rapporto con il paziente in modo piuttosto pragmatico, ponendo particolare enfasi a correttezza, affidabilità, devozione e disponibilità. Ciò illustra una mancanza di corrispondenza tra le componenti importanti della costruzione di una relazione, che può portare a una perdita di fiducia e di soddisfazione reciproca¹¹.

In conclusione, la complessità dell'assistenza sanitaria e i principi e regole morali che dovrebbero governare la relazione medico/paziente, ci costringono a pensare in termini più ampi dei semplici contratti di cura. Gestire le aspettative dei pazienti richiede sensibilità alle loro occasionali illusioni di controllo e alla fragilità della speranza. Gestire le aspettative dei pazienti richiede di vigilare su quella che Aristotele identifica come la tendenza naturale ad assecondare emotivamente le persone a cui teniamo.

3. Il costrutto di *empowerment*

Il termine empowerment cela una complessità tale da trovare difficili traduzioni in una sola parola del vocabolario italiano. Potremmo tradurre con “conferimento di potere”. Tuttavia, a seconda del contesto ove lo si applica, può assumere sfumature di diverso colore. In generale, il concetto nasce nell'ambito socio-politico e, dunque, riferendosi a un cittadino, può essere inteso come il processo attraverso il quale viene non solo consentita, ma, soprattutto, stimolata una attiva e consapevole partecipazione vita sociale. L'empowerment del cittadino può essere definito in relazione a tre obiettivi¹²:

- 1) Implementare e/o incrementare la comprensione della struttura del potere all'interno delle relazioni tra cittadino e istituzioni;
- 2) Generare e alimentare una consapevolezza critica circa la responsabilità decisionale di ognuno;
- 3) Facilitare la partecipazione attiva del cittadino ai processi che lo riguardano direttamente o indirettamente.

Una persona ha capacità di controllo quando riesce a influenzare o si sente in grado di condizionare le decisioni che riguardano la propria esistenza. Una persona ha consapevolezza critica quando riesce a comprendere il proprio contesto politico e sociale: cioè chi ha potere decisionale, come lo gestisce,

¹¹ R. Berger et al., *The patient-physician relationship: an account of the physician's perspective*, in *Israel Journal of Health Policy Research*, 2020, p. 1 ss.

¹² K. Halvorsen et al., *Empowerment in healthcare: A thematic synthesis and critical discussion of concept analyses of empowerment*, in *Patient Educ. Couns.*, 2020, p. 1264.

per quali fini e da chi è influenzato, nonché la capacità di identificare, avere accesso e gestire le risorse disponibili. Consapevolezza critica significa anche sapere quando entrare in conflitto e quando evitarlo. Una persona ha capacità di partecipazione quando riesce ad interagire con altre persone per il raggiungimento degli obiettivi comuni. Queste componenti dell'empowerment sono strettamente interconnesse¹³, infatti la possibilità di influenzare le decisioni è strettamente legata alla consapevolezza critica del proprio ambiente politico e sociale, così come l'esperienza della partecipazione può promuovere la percezione di controllo.

In generale, il processo empowerment si lega inscindibilmente a quattro parole: emancipazione, responsabilità, partecipazione e reciprocità. L'empowerment, dunque, rappresenta un processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare l'ambiente sociale e politico e migliorarne l'equità e la qualità¹⁴. Si tratta, dunque, non di una delega o di un semplice trasferimento di potere o competenze, ma di dare al cittadino gli strumenti per far pienamente parte alla vita della propria comunità, prendendo coscienza dei propri diritti, ma anche delle responsabilità che da essi derivano. In primo luogo, però, si tratta di rendere chiaro il rapporto tra le parti, così da non lasciare alla sfera dell'implicito, del saputo-ma-non-detto, la regolazione delle relazioni, come spesso capita nei contesti informali (per esempio, nell'ambito familiare) il cui *modus operandi* e a volte traslato ed esteso ad ambiti del tutto differenti. Spesso indebitamente, spesso causando fraintendimenti e problemi. Per esempio, in ambito politico, qual è il rapporto di potere esistente tra un cittadino e, poniamo, un assessore comunale? Qual è la sfera all'interno del quale quest'ultimo si muove e quali sono i diritti del cittadino che ad esso si rivolge? Quale potere ha uno e quale ha l'altro? Che tipo di potere sanzionatorio può essere esercitato dal primo e quali azioni può muovere il secondo al fine di prendere parte pienamente alla propria vita di cittadino? Inutile dire che non è questa la sede per approfondire una simile tematica. Tuttavia, appare pacifico il fatto che, nella maggior parte dei casi, non solo le precedenti domande trovano difficilmente risposta da parte del cittadino, ma anche, e soprattutto, che esse raramente vengono persino poste, cosicché i correlati problemi rimangono, nei migliori dei casi, semplicemente inevasi. L'empowerment, dunque, si differenzia dalla delega in quanto il controllo e la responsabilità di portare a termine una mansione vengono trasferiti insieme alla mansione stessa, così da favorire

¹³ M. Zimmerman, *Empowerment Theory: Psychological, Organizational and Community Levels of Analysis*, in *Handbook of community psychology*, 2000, p. 43 ss.

¹⁴ N. Wallerstein, *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?*, Copenhagen, 2006, *passim*.

un sentimento di equità e una maggiore consapevolezza rispetto ai rischi che si è disposti a correre¹⁵.

Infine, seguendo la definizione di Claudia Piccardo¹⁶, l'empowerment deve essere considerato un processo individuale e organizzativo attraverso il quale le persone, a partire da una qualche situazione di svantaggio e di dipendenza, vengono rese "potenti", cioè *empowered*, rafforzando la loro capacità di scelta, di autodeterminazione e autoregolazione, sviluppando parallelamente il sentimento del proprio valore e del controllo sulla situazione, la propria autostima e la confidenza che ognuno ha nelle proprie capacità, così da attaccare direttamente le fondamenta dei sentimenti di impotenza, sfiducia, paura, alienazione e d'ansia che perlopiù caratterizzano le relazioni asimmetriche.

3.1. Empowerment *psicologico*

L'empowerment psicologico¹⁷ riguarda la relazione dell'individuo con il mondo, l'uso delle risorse personali e di quelle che è possibile acquisire nell'ambiente, la gestione dei propri sentimenti e l'autoefficacia¹⁸. Tra i principali segni dell'empowerment psicologico troviamo:

- La capacità di attribuire a sé di risultati e gli effetti delle proprie azioni. Una tendenza, cioè, ad interpretare i risultati e gli effetti delle proprie azioni, come determinati più dai propri comportamenti, che non da forze esterne (*locus of control* interno). Il contrario è la tendenza ad attribuire a cause esterne i risultati e gli effetti delle proprie scelte e azioni (*locus of control* esterno).

¹⁵ K.B. Jung, S., W. Kang, S.B. Choi, *Empowering Leadership, Risk-Taking Behavior, and Employees' Commitment to Organizational Change: The Mediated Moderating Role of Task Complexity*, in *Sustainability*, 2020, p. 2340.

¹⁶ C. Piccardo, *Empowerment. Strategie di sviluppo centrate sulla persona*, Milano, 1995, p. 22.

¹⁷ M.A. Zimmerman, B.A. Israel, A. Schulz, B. Checkoway, *Further explorations in empowerment theory: An empirical analysis of psychological empowerment*, in *Am J Community Psychol*, 1992, p. 707 ss.

¹⁸ Il concetto di auto-efficacia venne definito da A. Bandura (Id., *Self-efficacy mechanism in human agency*, in *American Psychologist*, 37, 1982, p. 122 ss.; Id., *Social cognitive of thought and action: a social cognitive theory*, New York, 1986), come la percezione che un individuo ha rispetto alle proprie capacità in un certo ambito della vita. Un'elevata auto-efficacia matematica, per esempio, si riferisce alla confidenza che una persona ha non solo nelle proprie capacità matematiche in generale, ma soprattutto rispetto alla possibilità di risolvere un certo compito. L'auto-efficacia è strettamente correlata alla motivazione e dunque influenza i comportamenti e le decisioni delle persone. Inoltre, maggiore è l'auto-efficacia in un certo dominio, più alti saranno gli obiettivi che rispetto ad esso ci si pone. È chiaro che a una bassa auto-efficacia corrisponda il contrario: obiettivi minimi, scarsa motivazione, elusione dei problemi e così via. Inoltre, l'auto-efficacia migliora, direttamente o indirettamente, le prestazioni e la capacità di raggiungere i propri obiettivi. Una bassa auto-efficacia si associa anche a una bassa autostima. Un cliente con bassa-autoefficacia percepita rispetto al problema di cui è portatore, tenderà a delegare e a evadere le proprie responsabilità, caricando di aspettative il consulente. Infatti, ai bassi obiettivi che la persona può riferire a sé, possono corrispondere obiettivi ambiziosi riferiti all'operato del professionista.

- Un alto livello di autoefficacia. L'individuo empowered tende a percepirsi come una persona capace di scegliere e metter in atto i comportamenti più adeguati tra quelli possibili e di cui si è capaci per risolvere problemi specifici, per realizzare bisogni e desideri, per conseguire obiettivi e così via. Saper valutare le proprie capacità rispetto a un certo compito o problema rappresenta un marcatore rilevante di empowerment soggettivo.
- Una buona motivazione, ovvero il desiderio di partecipare all'azione e la percezione di aver padronanza e controllo della situazione.
- Tendenza a mostrare sentimenti di speranza, cioè la capacità di considerare gli eventi come gestibili e controllabili e quindi indirizzabili verso i migliori esiti sperati.

Quando il cliente non è coinvolto nel processo di risoluzione del problema e parte da un basso livello di auto-efficacia percepita è possibile che l'esito della consulenza, per quanto positivo, possa avere comunque effetti negativi su un piano psicologico. Infatti, il cliente può arrivare ad attribuire, anche in modo sproporzionato, l'esito positivo alla differenza significativa tra la propria auto-efficacia percepita e quella attribuita al professionista, minando ancor di più le già traballanti fondamenta psicologiche del cliente. Anche se questa attribuzione riguarda solo un aspetto molto limitato della vita del cliente, cioè il problema che ha richiesto la consulenza di un professionista, un intervento "depotenziante" da parte di un operatore può aumentare il senso di dipendenza dagli altri, diminuire l'autostima e portare a un impatto negativo sul cliente e sulle relative capacità decisionali, anche al di là della situazione specifica.

3.2. *L'empowerment in medicina*

L'introduzione del concetto di empowerment nell'ambito clinico modifica la tradizionale concezione del rapporto medico-paziente. La parola paziente in passato richiamava alla mente un soggetto passivo, che subisce e patisce le cure e la malattia. Il concetto di empowerment trasforma il soggetto da passivo in attivo¹⁹.

L'empowerment del paziente è una strategia e un processo in cui si attivano l'educazione sanitaria e la promozione di comportamenti che favoriscono la salute, incentivando le persone ad essere indipendenti, critiche e consapevoli relativamente alle decisioni da prendere. L'empowerment incentiva la riduzione della distanza tra medico e paziente e consente al paziente stesso di esercitare i propri diritti ad essere informato su tutto ciò che riguarda la sua salute in modo da sviluppare consapevolezza critica, responsabilità decisionale e coinvolgimen-

¹⁹ L. Náfrádi, K. Nakamoto, P.J. Schulz, *Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence*, in *PLoS One*, 2017.

to nel processo di gestione della sua salute. Anche il medico, naturalmente, è chiamato a modificare la propria considerazione del paziente: il medico non è più colui fornisce una diagnosi e che somministra una terapia, ma colui che aiuta il paziente a gestire consapevolmente il suo stato psicofisico. A tal fine, il medico deve utilizzare empatia, lo strumento principale che ha a disposizione non solo per aprirsi alle istanze del paziente, ma anche e soprattutto per diminuire la distanza dal paziente. Tratteremo l'empatia in seguito.

Un modo per rendere concreto l'empowerment consiste nel rendere il paziente (così come qualsiasi cliente) partecipe al processo decisionale. Quando una persona viene coinvolta nelle decisioni da prendere, la sua soddisfazione cresce, così come l'accettazione delle relative conseguenze, compresa l'adesione a un certo trattamento o procedura.

Cathy Charles²⁰ descrive tre modelli di processo decisionale:

- Paternalistico, dove il medico decide cosa è meglio per il paziente, senza prestare particolare attenzione alle opinioni, i desideri e i valori di cui il paziente è portatore. La responsabilità qui è lasciata al medico, al quale il paziente, necessariamente, delega le proprie responsabilità decisionali.
- Il modello del consenso informato, dove il paziente riceve dal medico informazioni circa le variabili e tutti gli altri aspetti necessari per prendere una decisione consapevole. Il medico mette in evidenza quali sono le alternative e le possibilità di trattamento e di cura, lasciando al paziente, una volta raccolte le informazioni necessarie, prendere una decisione. La responsabilità viene dunque spostata verso il polo del paziente, anche se non sempre questo spostamento è del tutto lecito, considerato che i gradi di libertà rimangono spesso ristretti, il tempo per sviluppare una piena consapevolezza critica limitato e lo stato psicologico è, spesso, perturbato in modo tale da non permettere una valutazione razionale della situazione.
- Il modello della condivisione delle decisioni, in cui paziente e medico contribuiscono entrambi in modo cooperativo e costruttivo a prendere una decisione. La responsabilità del successo/insuccesso viene in questo caso ripartita tra l'operatore sanitario e il paziente, in una logica di condivisione del processo nel suo insieme.

In che misura, dunque, la relazione di cura è conciliabile in relazione al concetto di empowerment? Il coinvolgimento emotivo che comporta l'essere malati cambia le carte in tavola, rendendo la situazione complessa sul piano emotivo, cognitivo e relazionale. Il paziente tende ad affidarsi al medico, fidan-

²⁰ C. Charles, A. Gafni, T. Whelan, *Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango)*, in *Soc Sci Med.*, 1997, p. 682.

dosi delle relative capacità, ma come può in questo modo mostrarsi “potente” e competente sul piano decisionale? Un paziente che sappia esprimersi, criticare, essere ascoltato, rivendicare, decidere insieme al medico, mostrando quindi di avere un’opinione propria entra in contraddizione con il necessario rapporto fiduciario tra medico e paziente?

In generale, la persona che chiede un consulto medico si trova in una condizione di fragilità ed ha bisogno di essere aiutato, perciò si affida a un esperto. Il paziente, dunque, si muove in modo naturale verso una relazione di dipendenza che non va interpretata in contrapposizione all’intrinseco bisogno di ogni essere umano di autodeterminarsi. Presentare i due poli come alternativi, o l’uno o l’altro, metterebbe pazienti e personale sanitario in una situazione altamente destrutturante e di difficile gestione. Infatti, anche se una persona in sofferenza può mostrarsi accondiscendente e regressivo, ciò non significa che le altre sue istanze, in primis quella di autodeterminazione, vengano meno o possano essere trascurate. Il paziente, al contrario, deve essere coinvolto nella pianificazione della terapia, e deve far parte del team che si prenderà cura della sua salute. Solo il malato, infatti, può essere l’esperto in grado di valutare le conseguenze delle cure, l’andamento della malattia, gli effetti sulla qualità di vita: solo il malato può condividere queste informazioni in modo competente con il medico²¹. Tuttavia, è lecito affermare che il grado di coinvolgimento del paziente non possa essere uguale in tutti i contesti. Quando i problemi di salute sono acuti e quindi è necessario agire velocemente con l’aspettativa, nei migliori dei casi, di una risoluzione altrettanto rapida, il modello cosiddetto della compliance²², piuttosto direttivo e quindi paternalistico, è probabilmente il migliore. In questo modello l’autonomia del paziente è ridotta, poiché viene richiesta una aderenza veloce e totale a un certo piano di comportamento (terapia), che dovrà seguire scrupolosamente per poi riportare al medico informazioni significative circa gli effetti positivi e negativi avvertiti. Quando il trattamento è di breve durata e sono disponibili protocolli standardizzati è lecito proporre questo atteggiamento, anche se è sempre importante avvertire il paziente di quanto accadrà sia sul piano medico, che su quello psicologico (regressione, adesione, risoluzione). È infatti difficile che il paziente possa acquisire piena consapevolezza e cognizione sulla propria malattia se questa richiede un intervento urgente e se il decorso è breve. È invece necessario lavorare sul rapporto di fiducia tra operatore e paziente, lasciando comunque un canale comunicativo aperto ad ogni evenienza, richiesta o problematica emergente, mostrando così flessibilità

²¹ C. Lucchiari e G. Pravettoni, *The role of patient involvement in the diagnostic process in internal medicine: A cognitive approach*, in *24 Eur J Intern Med*, 2013, p. 411 ss.

²² E.M. Heiby, C.L. Lukens, M.R. Frank, *The Health Compliance Model-II*, in *Behav Anal Today*, 2005, p. 38.

e adattabilità, piuttosto che perpetrare un percorso stereotipato che sul medio termine potrebbe portare a conseguenze controproducenti sia sul piano del trattamento, sia su quello della relazione. Un caso emblematico è quello della risposta all'epidemia di Covid-19. Le soluzioni proposte dai consulenti medici rispondevano a una logica di compliance, con un forte connotazione paternalistica e normativa. Essendo un fenomeno emergente che richiedeva risposte urgenti, è stata implementata una strategia a breve termine, che come tutte le strategie di questo tipo non può che essere miope, cioè incapace di vedere le conseguenze a lungo termine. Il protrarsi della situazione emergenziale avrebbe dovuto spingere per un cambiamento tempestivo di strategia, poiché la situazione acuta è divenuta cronica. Una strategia pensata per la situazione acuta non può essere semplicemente estesa, prorogata, piuttosto andrebbe adattata, modificata considerando non solo il nuovo orizzonte temporale, ma anche tutti quei fattori che una strategia a breve termine può permettersi di non prendere in considerazione. In primis, la cura della relazione e, dunque, il benessere psicologico, i rapporti interpersonali, l'associazione tra queste dimensioni e la risposta ai trattamenti e così via. Per esempio, il trattamento clinico di una patologia acuta può essere molto aggressivo e debilitante per il paziente. Tuttavia, se la situazione non migliora, il trattamento non può essere protratto poiché le conseguenze psico-fisiche del trattamento potrebbero addirittura peggiorare il quadro clinico nel lungo termine, piuttosto che migliorarlo. Oltre a ciò, le considerazioni etiche, psicologiche e valoriali diventano via via più importanti, all'aumentare del tempo di malattia. Infatti, nessun medico può permettersi di imporre un trattamento contro la volontà, gli interessi, i valori del paziente, indipendentemente dalle supposte necessità cliniche. Lo stesso vale sul fronte sociale. Il protrarsi per più di poche settimane di misure restrittive fortemente condizionanti la vita dei singoli e della collettiva non solo pone forti questioni etiche, le cui istanze non possono essere semplicemente trascurate per questioni di priorità, ma mina l'efficacia stessa delle misure. È noto infatti che l'isolamento, la frustrazione, la depressione, l'ansia sono tutte condizioni psicologiche in grado di impattare significativamente il sistema immunitario, esponendo così gli individui a un aumentato rischio di infezioni, nonché ad effetti più severi delle stesse²³. Esattamente il contrario che si vorrebbe in una situazione epidemica. Inoltre, un eccesso di paternalismo a medio/lungo termine può portare a due conseguenze polari: da una parte il rifiuto dei trattamenti (mancanza o carenza di compliance), dall'altra a un'eccessiva aderenza (overcompliance). Entrambi questi poli sono altamente pericolosi. Nel primo caso, infatti, l'individuo può rifiutarsi di seguire un certo trattamento per un semplice atteg-

²³ L.J. van Raalte, K. Floyd, *Daily Hugging Predicts Lower Levels of Two Proinflammatory Cytokines*, in *West J Commun*, 2021, p. 490.

giamento di opposizione, indipendentemente da considerazioni razionali. Nel secondo caso, le misure vengono seguite in modo acritico, portando spesso a comportamenti impropri se non addirittura controproducenti o pericolosi per sé e per gli altri. Si pensi a una persona che perpetui l'utilizzo di un farmaco senza considerare gli effetti collaterali o l'impatto sulla qualità della vita. O si consideri il caso di una persona che limiti i propri contatti sociali in modo tale da sviluppare vere e proprie fobie, con scadimento della vita relazione, depressione, impoverimento cognitivo e così via. Adattabilità, in questo caso, è la parola chiave: l'apertura, l'ascolto, la capacità di cambiamento e di accoglimento di nuove istanze deve caratterizzare l'azione medica, che non può in nessun caso basarsi esclusivamente su un precetto morale, secondo il quale la salute viene prima di tutto, come se la salute fosse un'istanza la cui adesione fosse misurabile in termini di comportamenti. Una visione miope della situazione può dunque portare una situazione cronica e involutiva, dalla quale sarà possibile uscire solo attraverso un cambio di paradigma, un reframe della situazione che il più delle volte il singolo medico, o la singola istituzione non è in grado di fare senza una spinta esterna.

In generale, il modello della compliance si è dimostrato inefficace nel contesto delle patologie croniche, dove si trovano altre configurazioni sul piano della psicologia personale e interpersonale. Per esempio il paziente diabetico non è sempre scrupoloso nella dieta e tende a mangiare cibi zuccherati, la persona che soffre di obesità non riesce a seguire una certa dieta, il paziente iperteso non svolge l'attività fisica che il medico prescrive e così via. Non è sufficiente, in questi casi, prescrivere e aspettarsi l'adesione al trattamento. È necessario, invece, coinvolgere pienamente il paziente, ascoltarlo senza pregiudizi e attuare quel complesso processo di empowerment, che può essere solo abbozzato nel caso delle patologie acute²⁴.

La modificazione epidemiologica di molte malattie, da acuta a cronica, ha profondamente mutato lo scenario assistenziale attuale, ora più che mai caratterizzato da una popolazione di pazienti sempre più informata sul proprio stato di salute e con bisogni di cura sempre più complessi e riconducibili non più alla sola dimensione organica: emerge così la necessità di formare medici, infermieri e figure sanitarie in grado di cogliere e di utilizzare i sistemi di riferimento, ovvero le opinioni, le aspettative e le emozioni che il paziente adotta nel contesto della propria salute. Il medico che dimostri tale capacità può giungere alla conoscenza del paziente, e non già della sola malattia di cui è portatore: questo passaggio consente l'instaurarsi di un rapporto dialogico tra operatore

²⁴ P. Quaranta, D. Giudice, M. Fersurella, G. Merola, G. Minonne, V. Montinaro, *La comunicazione come strumento infermieristico per l'empowerment del paziente in dialisi*, in *Giornale di Tecniche Nefrologiche e Dialitiche*, vol. 31(I), 2019, p. 49 ss.

sanitario e assistito, all'interno del quale l'intersoggettività e l'empatia implicano la condivisione e il rispetto reciproco dei punti di vista.

4. Empatia e simpatia nella relazione di cura

Nel contesto di cura, l'empatia può essere definita secondo diverse prospettive: la propensione spontanea e naturale a prendersi cura degli altri; l'abilità di immaginare di essere il cliente nel momento in cui richiede aiuto; la capacità di prendere parte all'esperienza del cliente come se una parte di sé vi si identificasse^{25 26}. L'empatia si riferisce al tentativo di comprendere in maniera non giudicante l'esperienza di un'altra persona. Tuttavia, l'empatia nel contesto di cura è ora considerata come una qualità più cognitiva che emotiva, che implica la comprensione delle esperienze, delle preoccupazioni e delle prospettive del cliente e di condividere tale comprensione. Si tratta dunque di una competenza che implica capacità cognitive, emotive e comunicative²⁷. La cognizione, in particolare, rappresenta la dimensione che distingue l'empatia dalla simpatia: se l'empatia è un costrutto prevalentemente cognitivo, la simpatia è invece essenzialmente uno stato mentale dalla decisa connotazione emotiva²⁸. Di conseguenza, mentre attraverso l'empatia è possibile entrare in contatto con le preoccupazioni dell'altro, la simpatia si basa sulla sintonizzazione con le emozioni altrui. Inoltre, nel provare empatia, l'individuo è in grado di distinguere i propri dagli altrui sentimenti, al contrario dell'esperienza di simpatia, in cui questa distinzione diviene non scontata, confusa, a volte impossibile. La compassione rappresenta il ponte tra empatia e simpatia, ovvero una combinazione tra gli attributi cognitivi della prima e la componente emozionale della seconda.

La comprensione dei sentimenti e delle preoccupazioni degli altri è elemento centrale nella sopravvivenza della specie umana²⁹ e rappresenta egualmente un ingrediente chiave nella relazione empatica tra operatore e cliente, all'interno della quale si esplica con la capacità dell'operatore di calarsi nei panni dell'assistito senza però abbandonare la propria dimensione personale. L'operatore, dunque, mantiene un proprio sguardo sulla realtà, aderendo alla

²⁵ D. Gianakos, *Empathy Revisited*, in *Arch Intern Med.*, 1996, p. 135.

²⁶ R.R. Grinker, *The Technique and Practice of Psychoanalysis*, in *Arch Gen Psychiatry*, 1967, p. 768.

²⁷ M. Hojat, J.S. Gonnella, T.J. Nasca, S. Mangione, M. Vergare, M. Magee, *Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty*, in *American Journal of Psychiatry*, 2002, p. 1563 ss.

²⁸ R.J. Gruen, M. Mendelsohn, *Emotional responses to affective displays in others: The distinction between empathy and sympathy*, in *J Pers Soc Psychol*, 1986, p. 609.

²⁹ C. Keyzers, D.I. Perrett, *Demystifying social cognition: a Hebbian perspective*, in *Trends Cogn Sci*, 2004, p. 503.

prospettiva del paziente senza perdere la cognizione del proprio ruolo e responsabilità professionali.

La distinzione tra simpatia ed empatia ha importanti implicazioni nelle relazioni di cura, dal momento che il sentire le emozioni dell'assistito, come accade nella simpatia, può ostacolare il raggiungimento del risultato. Attraverso l'empatia, invece, il professionista è in grado di comprendere meglio l'esperienza del cliente, senza confondersi con esso ed evitando un coinvolgimento eccessivo che potrebbe incidere sul giudizio professionale. Infatti, a causa della natura emotiva della simpatia, la sua sovrabbondanza nella relazione con il cliente può intralciare o addirittura impedire la performance: un certo grado di simpatia aiuta la relazione e il raggiungimento degli obiettivi, ma a livelli elevati si hanno effetti opposti, in una relazione non lineare (a u rovesciata)³⁰.

In effetti, sebbene i due concetti di simpatia ed empatia siano stati ampiamente utilizzati in modo intercambiabile, come se l'uno potesse sostituire l'altro senza particolari controindicazioni, in realtà i relativi impatti sulla relazione di cura sono differenti. In particolare, mentre una eccessiva relazione di simpatia sembra avere un effetto sempre negativo, non è chiaro se lo stesso valga per l'empatia. Come dire che di empatia non se ne ha mai abbastanza. Tuttavia, questa interpretazione sembra semplicistica, poiché non in tutti i contesti un elevato livello di empatizzazione con il cliente è auspicabile. Per esempio, Stanley Brodsky e Jennifer Wilson³¹, mettendo in parallelo le valutazioni forensi con quelle cliniche, propongono una classificazione dell'empatia basata su varie categorie, per ognuna delle quali descrivono i relativi benefici. In particolare, gli autori partono dalla distinzione fondamentale tra empatia affettiva ed empatia cognitiva, aggiungendo però l'empatia espressiva e quella comportamentale, considerate categorie chiave nelle relazioni di cura in qualsiasi contesto. Rispetto all'empatia cognitiva, i vantaggi sono quelli già descritti, cioè la capacità di considerare tutti gli aspetti di una questione, compresi i fattori disposizionali e situazionali, riducendo così l'impatto dei bias causati da un pensiero intuitivo e dall'uso delle euristiche di giudizio. Tuttavia, anche l'empatia cognitiva può causare un eccesso di identificazione con il cliente, proprio perché il professionista comprende in modo approfondito la situazione. Potremmo opporre così una comprensione globale alla comprensione locale tipica di un intervento più freddo e distaccato, che in genere implica un minor rischio di coinvolgimento emotivo. Allo stesso modo, l'empatia emotiva rischia di degenerare in simpatia,

³⁰ M. Hojat, *Empathy in Patient Care. Antecedents, development, measurement, and outcomes*, New York, 2007, *passim*.

³¹ S.L. Brodsky, J.K. Wilson, *Empathy in Forensic Evaluations: a Systematic Reconsideration*, in *Behavioral Sciences & the Law*, 2013, p. 194 ss.

confondendo così le prospettive di professionista e cliente, anche se un livello moderato può consentire il formarsi di un rapporto di lavoro più aperto e favorire così la comunicazione e la fiducia. Il terzo livello è quello comportamentale, che consiste nel dimostrare empatia attraverso i propri comportamenti, per esempio mostrandosi proattivi rispetto a richieste o difficoltà che il cliente può portare, anche indirettamente, nel colloquio professionale. Porgere dell'acqua o dei fazzoletti possono essere semplici esempi dell'empatia comportamentale, che però può spingersi fino ad azioni di più ampia portata, come proporre un'azione legale o richiedere una consulenza medica. Trattandosi di comportamenti proattivi, il vantaggio di questa forma di empatia è la tempestività e la promozione di interventi precoci e potenzialmente più efficaci. Il rischio è quello di creare una relazione eccessivamente centrata sulla dipendenza del cliente dall'operatore. L'ultimo livello considerato dagli autori è quello dell'empatia espressiva, che si riferisce ovviamente all'empatia che viene esplicitamente espressa nel colloquio. In questo caso, il rischio è di far assumere al colloquio l'atmosfera di una seduta di auto-aiuto, poco adatta a consulenze professionali sia nell'ambito clinico che in quello forense. Dire a una persona che si capisce la sua sofferenza può far sorgere qualche dubbio circa l'onesta o la sincerità del professionista, soprattutto se le componenti verbali e non verbali della comunicazione non sono perfettamente coerenti. Tuttavia, se ben calibrati, l'espressione di empatia può creare un buon rapporto di lavoro, ponendo le basi fiduciarie per una relazione basata sulla comprensione reciproca.

In generale, a partire dai lavori di Shuman³² e Shuman e Zervopoulos³³ nell'ambito delle valutazioni forensi si è iniziato a parlare di bias da empatia, una distorsione cioè della relazione professionale determinata da un'eccessiva empatia (o anche solo dalla presenza di empatia in alcuni particolari contesti legali dove la neutralità del professionista è fondamentale). In una certa misura, ciò può valere anche nei contesti clinici, in cui i rischi e i benefici dell'empatia dovrebbero essere considerati similmente ai contesti legali, considerando caso per caso le caratteristiche del contesto di lavoro, gli obiettivi dello stesso e le peculiarità del setting, che possono permettere o meno di gestire i rischi delle relazioni empatiche. Bisogna poi considerare che gestire tali rischi richiede anche competenze o risorse esterne.

Ad ogni modo, l'empatia risulta uno strumento fondamentale per prendersi cura delle relazioni professionali. Infatti, l'origine di molti problemi comunicativi nel rapporto con il cliente risiede spesso nella scarsa capacità di "mettersi in gioco" da parte dell'operatore come persona. Nell'ambito medico,

³² D.W. Shuman, *The Use of Empathy in Forensic Examinations*, *Ethics Behav*, 1993, p. 289 ss.

³³ D.W. Shuman e J.A. Zervopoulos, *Empathy or objectivity: The forensic examiner's dilemma?*, in *Behavioral Sciences & the Law*, 2010, p. 585 ss.

la svolta culturale mira all'implementazione di un modello centrato sul paziente, che pur mantenendo saldi i principi della medicina scientifica, indispensabili per la diagnosi e la cura della malattia, considera anche aspetti emotivi, cognitivi e relazionali.

In una società caratterizzata dall'esperienza e dalla razionalità scientifica, connotata da neutralità affettiva e disinvestimento dei rapporti umani ed emozionali, sempre più orientata alla specializzazione e parcellizzazione delle competenze e dall'utilizzo di un linguaggio tecnicistico, spesso inaccessibile al cliente, è più che mai concreto il bisogno di "umanizzazione" dei rapporti professionali. L'empatia rappresenta dunque uno strumento operativo, oltre che un'abilità personale, attraverso il quale l'operatore è in grado di "stare" all'interno della relazione di cura, di riconoscere i vissuti del paziente come se fossero i propri, imparando a guardare il problema nella medesima prospettiva del cliente. In questo modo, è possibile negoziare in modo efficace il progetto di lavoro, incoraggiando il cliente a esprimere integralmente le proprie preoccupazioni, a mostrare il proprio particolare punto di vista sul problema e a confrontarsi con il professionista proprio come si farebbe a un tavolo negoziale.

In una fase storica dove la tecnologia sta cambiando il modo di lavorare in molti contesti, in particolare negli ambiti clinici ma anche in quelli legali, l'importanza di un rapporto umano non può essere trascurata. L'ibridazione tra intelligenze, artificiali e naturali, e l'utilizzo di mezzi tecnologici, comprese le teleconsulenze, rendono e renderanno i contesti professionali sempre più distanzianti e freddi e spetterà al professionista prendersi cura delle relazioni, così da riportare il fattore umano al centro di un progetto comune. Tuttavia, la capacità del professionista di usare lo strumento dell'empatia a questo scopo è spesso data per scontata. Il solo fatto che il professionista sia un essere umano, non significa che saprà essere adeguatamente empatico o che la relazione di lavoro sarà "umana". Spesso, infatti, soprattutto in ambito clinico, è proprio la freddezza, la distanza emotiva, la mancanza di empatia ciò che lamentano di più i clienti. Vari studi, poi, mostrano come l'empatia non sia una caratteristica naturalmente diffusa tra i medici, che spesso, invece, virano più sul lato del distacco tecnicistico³⁴. Inoltre, la formazione stessa dei medici non sempre prevede un percorso di rafforzamento delle doti empatiche, spingendo, se pur indirettamente, verso lo sviluppo di un approccio tecnicistico che non sempre si concilia con le competenze psicologiche e relazionali indispensabili a raggiungere gli obiettivi clinici. Anche nell'ambito psicoterapeutico, l'ipotesi che l'esperienza per sé incida positivamente sull'empatia non sempre è conferma-

³⁴ M. Neumann et al., *Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies With Medical Students and Residents*, in *Academic Medicine*, 2011, p. 996 ss.

ta³⁵, sottolineando ancora una volta la necessità di non dare per scontato che la presenza di un umano automaticamente “umanizzi” le relazioni.

5. La relazione professionale come alleanza

Curare la relazione implica empatia, condivisione, empowerment. È anche necessario, tuttavia, conciliare questi aspetti con la necessità di raggiungere specifici obiettivi. Una relazione efficace si basa su ciò che possiamo definire alleanza, che si può declinare in alleanza terapeutica nell’ambito clinico o, in generale, in alleanza di lavoro. L’instaurarsi di una alleanza di lavoro è ormai considerato un fattore chiave per il successo di qualsiasi intervento, in particolare nel campo della psicologia clinica³⁶. In campo psicologico, l’alleanza di lavoro consiste in tre componenti³⁷: l’accordo tra professionista e cliente sugli obiettivi dell’intervento; l’accettazione e la piena collaborazione da parte del cliente rispetto ai compiti proposti per affrontare i problemi; il legame emotivo tra psicologo e cliente. Questo modello generale può essere adattato facilmente a molti altri contesti professionali.

Investire tempo ed energia nella creazione di una fattiva alleanza di lavoro è decisamente premiante. Infatti, diversi studi ne hanno mostrata l’efficacia in diversi contesti, per esempio nel trattamento della violenza domestica³⁸ e di varie condizioni psichiatriche anche severe³⁹. Anche nei setting a distanza mediati da strumenti tecnologici l’alleanza di lavoro gioca un ruolo chiave e recenti studi ne hanno mostrato le insidie, proprio perché risulta difficile raggiungere un adeguato livello di alleanza⁴⁰. Infatti, è necessario lavorare su alcuni aspetti specifici, tra i quali l’accettazione del setting digitale, il coinvolgimento emotivo “a distanza”, l’acquisizione di competenze relativamente agli strumenti utilizzati, la dinamica tra interazione sincrona e asincrona e così via. Altrimenti, la teleconsulenza può trasformarsi in un incontro frustrante per entrambi gli attori coinvolti.

³⁵ V. Goussakovski, M. Sizikova, *Paradoxical Findings Regarding Therapist Empathy Based on Length of Professional Experience*, in *Transactional Analysis Journal*, 2017, p. 115.

³⁶ B.E. Wampold, *The Great Psychotherapy Debate. The Research Evidence for what Works in Psychotherapy*, 2^a ed, New York, 2015.

³⁷ E.S. Bordin, *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 1979, *passim*.

³⁸ P.D. Brown, K.D. O’Leary, *Therapeutic alliance: Predicting continuance and success in group treatment for spouse abuse*, in *J Consult Clin Psychol*, 2000, p. 340 ss.

³⁹ N. Andrade-González et al., *The influence of the working alliance on the treatment and outcomes of patients with bipolar disorder: A systematic review*, in *J Affect Disord*, 2020, p. 263 ss.

⁴⁰ J. Mercadal Rotger, V. Cabré, *Therapeutic Alliance in Online and Face-to-face Psychological Treatment: Comparative Study*, in *JMIR Ment Health*, 2022.

In generale, la capacità di un operatore di creare una relazione efficace può essere considerato il criterio più importante per misurare la relativa competenza professionale. Tale capacità è certamente collegata all'expertise professionale, ma molta letteratura ha messo in dubbio l'esistenza di un legame semplice e diretto tra gli anni di lavoro in un certo contesto e la capacità di instaurare un'appropriata alleanza di lavoro⁴¹. Pertanto, non è chiaro se i consulenti esperti possano costruire una relazione o un'alleanza migliore con i clienti rispetto ai consulenti alle prime armi. Più che l'esperienza per sé, dunque, appaiono importanti competenze specifiche, che permettano all'operatore di entrare in sintonia con il proprio cliente. Da un punto di vista neuro-cognitivo, tale competenza appare legata a un fenomeno definito sincronia neuronale, che permette a due individui di entrare in una sorta di risonanza neuro-cognitiva⁴²: una o più aree cerebrali delle due persone iniziano a lavorare in modo sincrono, generando così un forte legame comunicativo e una maggiore capacità di "comprendersi". In particolare, la giunzione temporo-parietale destra, un'area posteriore della corteccia cerebrale al confine tra lobo parietale e lobo temporale, appare particolarmente rilevante, poiché diversi studi hanno mostrato come operatore e cliente che riportano di percepire una forte alleanza di lavoro mostrano anche una buona sincronizzazione di quest'area durante l'interazione faccia a faccia⁴³. Quest'area svolge un ruolo importante nello stabilire relazioni positive e può essere associata all'empatia cognitiva e alla condivisione sociale. Zhang e colleghi hanno trovato che l'indice di sincronizzazione neuronale, per esempio, all'interno di una consulenza psicologica, fosse maggiore in situazioni faccia a faccia rispetto a setting digitali, soprattutto a sincroni come le chat.

Persino durante la prima seduta di consulenza la sincronizzazione neuronale tra consulenti e clienti può facilitare la definizione degli obiettivi. In altre parole, più i cervelli di cliente e consulente sono strettamente accoppiati, migliore è l'alleanza e la condivisione di compiti e obiettivi, anche quando tali obiettivi non sono discussi esplicitamente o lo sono solo in parte o in modo superficiale. Ciò suggerisce che consulenti efficaci dovrebbero essere in grado di adattarsi a diversi tipi di clienti, trovando un modo per entrare in sincronia con persone aventi diverse caratteristiche di personalità e stili di comunicazione. Ogni persona, infatti, ha un proprio modo particolare di portare problemi e di essere presente nella relazione. Con alcuni, la sintonia è facile e spontanea, con altri può essere difficile e, soprattutto all'inizio, può sembrare impossibile, tanto

⁴¹ M. Hasenauer, V. Tschuschke, *Effectiveness and Outcome Prediction of Outpatient Cognitive Behavioral Therapy*, in *Verhaltenstherapie*, 2017, p. 86 ss.

⁴² C. Lucchiari, R. Folgieri, *Human brainwaves synchronization: An hypothesis of sympateia*, 2015, p. 33 ss.

⁴³ Y. Zhang, T. Meng, Y. Yang, Y. Hu, *Experience-Dependent Counselor-Client Brain Synchronization during Psychological Counseling*, in *Eneuro*, 2020.

da condurre a un rapporto più formale e distaccato. È proprio in queste situazioni che l'operatore dovrebbe lavorare esplicitamente alla costruzione dell'alleanza di lavoro prima di passare oltre. In particolare, gli psicoterapeuti esperti riferiscono di utilizzare vari indizi circostanziali, come le espressioni facciali, il linguaggio del corpo e informazioni circa lo stato emotivo proprio e altrui al fine di comprendere i bisogni dei clienti, le relative reazioni a informazioni e proposte di intervento, i rifiuti e le approvazioni⁴⁴. Apertura, ascolto attivo, adattabilità e ricerca degli indizi di una buona alleanza di lavoro sono caratteristiche che ogni consulente dovrebbe sviluppare e mettere in pratica, per poi valutare la robustezza del rapporto instaurato giorno dopo giorno.

Lo studio di Zhang e colleghi (2020)⁴⁵ ha mostrato come un intervento motivazionale sia in grado di incrementare l'alleanza di lavoro, aiutando a stabilire accordo tra operatori e clienti sugli obiettivi da raggiungere e in che modo. Questo risultato non è affatto banale, poiché in molti contesti psicologici il cliente non sempre è esplicito e nemmeno riconosce sempre apertamente il motivo per cui si rivolge al consulente. A volte è spinto da parenti amici, altre volte è addirittura costretto da un'autorità. Così le cause delle difficoltà, i comportamenti disfunzionali e sintomi possono venire attribuiti a cause esterne, ad altre persone, all'accanimento della sfortuna, misconoscendo le proprie responsabilità, come nei casi di violenza domestica. Raggiungere dunque una buona alleanza di lavoro, definendo e condividendo obiettivi e percorsi di trattamento rappresenta di per sé una sfida e un fondamentale punto di partenza. Gli interventi motivazionali possono aiutare a superare alcune di queste difficoltà, stabilendo un ambiente collaborativo. Si lavora in primo luogo sugli obiettivi, sollecitando un'esplorazione narrativa, dunque ampia e approfondita, del problema, al fine di far emergere una motivazione intrinseca e una significativa percezione di autodeterminazione. L'operatore è dunque chiamato ad accettare il cliente con tutte le sue perplessità, resistenze e paure, lavorando il primo luogo per aumentare l'autoefficacia del cliente rispetto al problema da affrontare insieme. È questa accettazione che porterà verso un processo realmente condiviso e una efficace alleanza di lavoro in una pluralità di contesti. Infatti, quanto detto relativamente all'ambito psicologico può essere certamente esteso ai contesti legali. Anche laddove apparentemente gli obiettivi siano già espliciti, in realtà è importante generare un contesto di apertura e collaborazione, al fine di indagare in profondità i bisogni e gli interessi del cliente, cosicché attraverso una narrazione ricca di dettagli, sia possibile esplorare l'orizzonte dell'implicito

⁴⁴ H.W. Oddli, J. McLeod, *Knowing-in-relation: How experienced therapists integrate different sources of knowledge in actual clinical practice*, in *J Psychother Integr*, 2017, p. 107 ss.

⁴⁵ Y. Zhang, T. Meng, Y. Yang, Y. Hu, *Experience-Dependent Counselor-Client Brain Synchronization during Psychological Counseling*, cit.

to. Sarà in questo modo possibile implementare un'alleanza di lavoro efficace e robusta e perseguire gli obiettivi condivisi in modo partecipato e collaborativo, così da aumentare la qualità della relazione professionale e la soddisfazione reciproca. Certamente, tutto quanto detto deve anche essere compatibile con il tempo della consultazione. I tempi dell'incontro, infatti, possono essere regolati da diversi fattori, non sempre sotto il controllo diretto del professionista. Inoltre, anche da un punto di vista etico è necessario distribuire le risorse professionali con tutti i clienti che ne possano avere bisogno. È dunque importante sviluppare competenze, comunicative ed empatiche, e/o muoversi all'interno di un lavoro di équipe ben strutturato, al fine di ottimizzare le fasi iniziali della collaborazione.

In molte organizzazioni, come le strutture sanitarie, la cura della relazione viene declinata in termini di soddisfazione del cliente. L'idea di base è che il paziente possa definirsi soddisfatto non solo dell'esito (che in realtà, potrebbe anche non essere quello sperato), ma anche dell'intero processo. Al professionista, dunque, viene richiesto di prendersi cura di tutti quegli aspetti che in una visione direttiva, tecnicista e distaccata del rapporto professionista/cliente sono considerati marginali, se non addirittura trascurabili. In questo senso, ci si aspetta che all'aumentare della soddisfazione percepita dal cliente, generalmente misurata attraverso questionari più o meno standardizzati, aumentino anche altri parametri, quali l'efficacia dei trattamenti, gli esiti degli stessi, la qualità della vita, la gestione dei tempi, il raggiungimento degli obiettivi organizzativi e così via. In realtà, da una revisione sistematica relativa al contesto sanitario su un numero rilevante di studi tanto da coinvolgere più di 50.000 pazienti⁴⁶, emerge una sostanziale differenza tra soddisfazione percepita e una serie di parametri quantitativi particolarmente rilevanti nell'ambito sanitario. In particolare, all'aumentare del grado di soddisfazione dei pazienti aumentano anche i relativi costi di gestione, mentre non sembra esistere correlazione tra soddisfazione percepita ed esiti clinici, cosicché un paziente soddisfatto spesso presenta un mediocre stato di salute. In effetti, dando sempre più peso al ruolo della soddisfazione, i professionisti sono portati ad esaudire le richieste dei loro clienti al di là di considerazioni scientifiche e di efficienza economica. In questo modo, non solo le risorse disponibili possono essere utilizzate in modo poco razionale, ma anche l'interesse reale del paziente, cioè ottenere quei trattamenti ed avere accesso ai test diagnostici clinicamente utili, può essere posto in secondo piano, con la conseguenza che non necessariamente un paziente soddisfatto sarà anche il più sano, o quello con la qualità di vita migliore. La soddisfazione di un cliente, quindi, non può essere considerata una misura adeguata della qualità della relazione, se non affiancata e adeguatamente parametrata con una

⁴⁶ J.J. Fenton, *The Cost of Satisfaction*, in *Arch Intern Med.*, 2012, p. 405.

serie di altri fattori di carattere quantitativo. Lo stesso ragionamento è probabilmente estendibile a molti altri contesti, dove il rapporto tra professionista e cliente gioca un ruolo diretto e importante. Per esempio, in ambito legale il professionista può essere spinto a procedere in modo più aggressivo, piuttosto che promuovere interventi alternativi e conciliativi, per non scontrarsi con le aspettative del cliente. O, ancora, nell'ambito universitario, privilegiare la soddisfazione dello studente può portare a minori risultati sul lato della preparazione e delle competenze, anche se gli studenti possono percepire una migliore preparazione. Questi risultati, apparentemente paradossali, non sono altro che la conseguenza diretta di una eccessiva semplificazione dei processi e, soprattutto, del costruito di cura della relazione. Sarebbe come cercare una scorciatoia senza considerare i rischi che questa cela. O, ancora, scambiare la simpatia per empatia, un'onda estemporanea per uno tsunami.

6. Conclusioni: le caratteristiche psicologiche della relazione di cura

Nelle precedenti pagine, abbiamo affrontato alcuni dei costrutti fondamentali in tutti quei contesti in cui due o più persone si mettono in relazione per affrontare, insieme, una sfida. In particolare, abbiamo aperto con la prospettiva dell'empowerment, un modello ormai consolidato in vari contesti e che sempre di più rappresenta il frame in cui istituzioni e professionisti sono chiamati a muoversi. Si può dire che il nostro stesso vivere sociale è basato su questo paradigma e che, nonostante spinte regressive sempre presenti a diversi livelli di intensità, nei contesti clinici è quanto meno un punto di partenza. Abbiamo poi affrontato il tema dell'empatia, una dimensione psicologica che non può non essere trascurata quando si affrontano i costrutti di relazione e di cura. A maggior ragione, la cura della relazione non può prescindere da un uso competente e consapevole dell'empatia. Ne abbiamo esplorato, se pur in breve, le peculiarità, i vantaggi, ma anche i potenziali rischi in vari contesti professionali. Ora, a conclusione di questo breve viaggio, daremo un veloce abbozzo delle caratteristiche per noi essenziali delle relazioni professionali. Cercheremo di mettere a confronto vari contesti professionali, al fine di offrire spunti di riflessioni sui quali basare lo sviluppo di una piena consapevolezza circa il ruolo che la cura della relazione ha in ogni relazione di cura.

La relazione che intercorre tra un operatore sanitario (medico, psicologo ecc...) e cliente (paziente o persona in cerca di consulenza) è riconducibile a quella che intercorre tra un prestatore di servizi e un consumatore. La salute, o il benessere, è il bene di consumo; il cliente, il cui corpo o la sua mente presenta una qualche problematica, corrisponde al consumatore; il professionista, il cui compito è di aiutare a ritrovare la salute, l'equilibrio o a suggerire una certa direzione di cambiamento, è assimilabile al fornitore di prodotti e servi-

zi. Tuttavia, sono evidenti alcune differenze. Cliente e prestatore d'opera non sono sullo stesso livello. Nella tradizionale relazione professionale, il cliente richiede un servizio e il prestatore è tenuto a seguirne gli obiettivi, i desideri e le direttive. Pur essendo il prestatore d'opera l'esperto, colui che sa e sa fare, è il cliente a guidare la relazione. Il famoso motto "il cliente ha sempre ragione" ne costituisce una popolare istanziazione. Nella relazione di cura, invece, l'esperto gioca un ruolo completamente diverso: si trova in una posizione di superiorità (*Up*) e dall'alto guarda la situazione del cliente e la governa. Ciò comporta una pluralità di conseguenze. In primo luogo, gli schemi di conoscenza e di azioni del professionista prevalgono spesso sulla descrizione di cui il cliente è portatore. Di conseguenza, la scelta di un operatore non è assolutamente banale, né definitiva.

Consideriamo, ora, il caso del contesto legale. Gli schemi mentali di molti professionisti possono portarli a credere che i clienti siano o debbano essere concentrati principalmente sul risultato, sull'uscire vincitori in un certo contenzioso o di raggiungere un certo obiettivo economico, come un lauto risarcimento. Tuttavia, andare oltre questa visione stereotipata può condurre alla consapevolezza che per molti clienti le questioni non "economiche" sono altrettanto importanti e che le vie d'azione non legali possono spesso offrire vantaggi che il tribunale non può offrire. Sebbene molti operatori legali non condividano questa prospettiva, considerare le questioni non strettamente legali della consulenza è parte dell'esercizio etico delle professioni legali. Tuttavia, ciò può richiedere di andare oltre gli schemi abituali, nonché, spesso, al di là delle competenze tecniche degli operatori. Così, se un cliente sceglie un professionista la cui prospettiva non va oltre la canonica azione legale, il problema di cui è portatore sarà affrontato solo da questa prospettiva, senza possibilità di esplorarne altre. Infatti, il più delle volte il cliente non ha le conoscenze per poter proporre prospettive alternative a quelle proposte dal professionista e, spesso, data la disparità di potere tra i due attori, non si trova nemmeno nelle condizioni psicologiche per poter introdurre informazioni o desiderata che potrebbero condurre il professionista ad esplorare strategie alternative. In questo modo si mina il percorso che i due attori faranno assieme. Infatti, l'unica fonte di soddisfazione sarà relativo all'esito della procedura, mentre il processo per sé sarà, nei casi peggiori, privo di valore sul piano psicologico e relazionale.

Proseguendo, il cliente di fronte al professionista modifica il proprio mind-set al fine di trovare una giusta collocazione all'interno di un tipo di relazione del tutto sui generis. In questo tipo di rapporto, infatti, un certo grado di regressione è spesso necessario per spostarsi mentalmente verso una relazione di accudimento, in cui un adulto viene accudito da un altro adulto senza che nemmeno ci sia nessun tipo di attaccamento tra i due. Si tratta di un processo fisiologico, che tuttavia può generare fenomeni poco controllati, spia-

cevoli nella misura in cui il professionista sfrutta, consapevolmente o inconsapevolmente, la propria posizione *Up* per guidare il cliente, per influenzarne le decisioni, per generare una relazione di accondiscendenza, che a volte può diventare una vera e propria dipendenza. È chiaro che questo tipo di rapporto permette al professionista di svolgere il proprio lavoro in modo veloce e rapido, senza preoccuparsi troppo di gestire eventuali conflitti con il cliente e, secondo una certa prospettiva, di perseguire in modo efficace ed efficiente i reciproci obiettivi. Inoltre, possono in questo modo generarsi almeno altri due fenomeni psico-sociali con importanti risvolti emotivi:

- Il professionista si sente più libero da un punto di vista morale ed emotivo. Se le scelte sono compiute secondo scienza e coscienza e se il cliente ha delegato al consulente di prendere le migliori decisioni in sua vece, allora qualsiasi scelta “professionale” è da considerarsi la scelta migliore in assoluto, quindi anche e soprattutto rispetto al cliente. Ciò indipendentemente dall’esito o da altre possibili conseguenze negative, in quanto è ovvio che ogni scelta professionale sia in qualche modo una scelta rischiosa, dall’esito incerto, e che dunque il risultato finale può anche essere diverso da quanto atteso a prescindere da qualsiasi considerazione tecnica, etica e scientifica.
- La relazione di regressione/accudimento/attaccamento genera un processo relazionale che alimenta il narcisismo del professionista. Il tratto del narcisismo, che può essere messo in contrapposizione alla capacità empatica, è spesso presente in persone che occupano ruoli dominanti e che, quindi, possono trovare gratificazione in ogni rinforzo narcisistico. Una relazione regressiva, basata sulla delega possiede intrinsecamente un forte valore di ricompensa per il professionista, motivandolo così ad affrontare con determinazione le sfide e i rischi associati al problema posto dal cliente. Ciò spesso a discapito della cura della relazione, che viene posta in secondo piano.

Questi due aspetti possono confliggere con gli obiettivi generali ed estesi delle relazioni di cura. Prendiamo ad esempio, il campo medico. Uno dei compiti fondamentali della medicina non è guarire in assoluto, ma rispondere a un bisogno da parte di una persona che porta non solo sintomi o segni, ma anche e soprattutto desideri, valori, prospettive, interessi, aspettative e che si colloca non come un punto dello spazio, ma come un nodo (vitale) all’interno di una rete di relazioni interpersonali⁴⁷. Nella speranza del medico, almeno nei migliori dei casi, la regressione del paziente a uno stato di dipendenza/accudimento dovrebbe durare il minor tempo possibile, in modo funzionale al raggiungi-

⁴⁷ C. Lucchiari, A. Botturi, G. Pravettoni, *The impact of decision models on self-perceived quality of life: A study on brain cancer patients*, in *Ecancermedicalscience*, 2010.

mento di uno stato di guarigione o al superamento di uno stato critico. Arrivati all'obiettivo, gli attori coinvolti dovrebbe tornare lungo i binari della propria vita, indipendenti gli uni dagli altri. In effetti, quando ciò avviene, il paziente prova un forte senso di riconoscenza rispetto al medico e si sente pronto a riprendere la propria vita dimenticando quegli aspetti regressivi associati a quelle emozioni negative, comprese umiliazione, rabbia e tristezza, che ha esperito. I problemi sorgono quando le cose non vanno proprio in questo modo. O perché la procedura medica fallisce o perché le conseguenze della stessa non sono del tutto positive (dolori, invalidità parziale, cambiamenti necessari allo stile di vita e così via), o ancora in casi di patologie croniche, dove di fatto non è possibile uscire dalla relazione regressiva da parte del cliente e allo stesso tempo non è possibile al medico rimanere nel proprio ruolo. Up così a lungo senza intercorrere in conseguenze psicologiche negative. Da queste fattispecie derivano una sequela di problemi sul piano emotivo, cognitivo e relazionale che:

- Impediscono il completamento di quel necessario processo di riacquisizione della propria autonomia adulta da parte del paziente. Ciò, oltre ad essere in contrasto con le necessità emotive del paziente, rendono anche difficili quei normali processi di valutazione della propria situazione che sottostanno alle decisioni del paziente. In pratica, si perde la capacità di avere una propria prospettiva e si rende difficile una valutazione oggettiva della situazione anche quando la relazione con il medico non sembra più risolutiva o utile a ridurre i problemi fisici ed emotivi. Ciò può generare una spirale comunicativa simile a un processo di escalation da cui è difficile per entrambi gli attori uscire.
- Generano conflitti difficili da gestire, in quanto non previsti dal setting iniziale, che possono coinvolgere anche altri attori, sia parenti, sia altri ruoli all'interno dell'organizzazione sanitaria o civile, che il medico non può affrontare utilizzando strumenti idonei e calibrati, così da valutare la situazione in modo oggettivo e funzionale al benessere di entrambi gli attori.

Il problema della dipendenza medico/paziente è in realtà presente in molti altri contesti professionali. Certamente il cliente che si rivolge, per esempio, a un avvocato per risolvere una controversia dipende dalle risorse del professionista, alle quali non avrebbe potuto avere accesso indipendentemente. Un certo grado di dipendenza, dunque, è inevitabile. Tuttavia, terminato il percorso in comune e raggiunto l'obiettivo, in modo più o meno soddisfacente, il rapporto di dipendenza dovrebbe interrompersi e tale interruzione e perlopiù marcata dal pagamento di una parcella, la quale sancisce sul piano materiale la conclusione del rapporto e su quello psicologico l'abbandono definitivo del proprio ruolo di cliente "regresso" e l'inizio della fase di distacco. Tuttavia, il processo può avere pienamente successo solo nella misura in cui il cliente sente di aver contribuito al processo e, potenzialmente, all'esito. Ciò significa che il

cliente non attribuisce in modo esclusivo al professionista il merito del successo (in caso di esito positivo), così da poter godere appieno gli effetti, non solo sul piano materiale, ma anche psicologico. Ciò implica coinvolgimento e condivisione. Allo stesso tempo, in caso di esito avverso al cliente, la responsabilità non può essere attribuita in via esclusiva al professionista, nella misura in cui il cliente si sente e si è sentito parte attiva e partecipativa del percorso. Ciò produce almeno due effetti positivi: il professionista non è caricato in modo eccessivo di responsabilità, almeno sul piano emotivo, da parte del cliente; l'impatto emotivo sul cliente diminuisce, poiché non si sente vittima (del "processo"), o doppiamente vittima (del "processo" e delle scelte del professionista). Sul piano psicologico, è molto più probabile che un esito positivo venga attribuito alla pluralità degli attori coinvolti, processo marcato dal pronome "noi" ("abbiamo vinto!"), mentre le sconfitte tendono ad essere attribuiti a una singola parte ("avete perso!"). Un pieno coinvolgimento del cliente nel processo di risoluzione del problema e lo sviluppo di un rapporto aperto e collaborativo diminuisce questa tendenza naturale a reciproco vantaggio degli attori.

Il caso della psicologia è qui emblematico. Lo psicologo che accoglie un cliente lo fa sempre con un certo sospetto. Anche il più preparato ed esperto degli psicologi sa che il cliente che si presenta potrebbe essere portatore di una richiesta alla quale potrebbe non sapere o potere rispondere, non in modo esclusivo almeno. L'area di competenza della psicologia, infatti, è meno netta e chiara rispetto a quella di avvocati e medici. Allo stesso tempo, il cliente che si rivolge a uno psicologo non sempre è convinto circa quello che sta facendo. Nella prospettiva del cliente, psicologi, psicoterapeuti, psichiatri, mental coach e altri consulenti potrebbero affrontare lo stesso problema e non è nemmeno chiaro dove trovare indicazioni sicure circa il consulente più adatto. E anche quando ci si decide di andare da uno psicologo, come scegliere quello giusto? Quale strategia terapeutica? Un approccio dinamico o comportamentale? Breve o lungo? E così via. Tutte queste incertezze fanno sì che il rapporto professionista/cliente sia più sfumato e in un certo senso più problematico nel campo della psicologia. Per questo motivo, la cura della relazione è qui particolarmente importante. Lo psicologo sa che in primo luogo deve mettersi in una prospettiva di apertura e di ascolto, al fine di capire se il rapporto professionale può iniziare o se invece sarà necessario abdicare, fin da subito, o iniziare un percorso preliminare di analisi delle istanze del cliente. Sarà poi necessario lavorare sulla relazione, che sarà lo strumento fondamentale che lo psicologo avrà a disposizione per arrivare agli obiettivi condivisi nel contratto terapeutico. Questa relazione avrà sicuramente un carattere regressivo, come già abbiamo visto, e sicuramente creerà una certa quota di dipendenza. In effetti, regressione e dipendenza saranno anch'essi strumenti fondamentali del processo. Tuttavia, è chiaro fin da subito allo psicologo che nessun obiettivo può essere raggiunto senza prima uscire dalla regressione e dalla dipendenza. Se un cliente, per esem-

pio, ha bisogno di sentire la voce del proprio terapeuta prima di attraversare un tunnel con la propria auto non si può dire che sia “guarito” dalla propria fobia. La conclusione del rapporto psicologo/cliente, anche se spesso non è definitiva, passa attraverso un processo di appropriazione e di indipendenza. Il cliente che uscendo dall’ultima seduta (che è forse è stata anche la prima) con l’impressione di aver superato il proprio problema tutto sommato da solo è il cliente veramente “guarito”. E il professionista che ha raggiunto quell’obiettivo lo ha raggiunto pienamente, nonostante il proprio Io possa rimanere ferito dal commento del cliente, che sente di aver pagato per qualcosa che avrebbe potuto risolvere da sé. L’accettazione di questa ferita, di questa apparente delusione, è il prezzo che il professionista deve pagare al fine di compiere appieno il proprio compito e portare il cliente alla fine del viaggio condiviso.

In conclusione, dunque, appare chiaro che la complessità della società contemporanea, che sempre più mette in crisi i valori tradizionali e persino le categorie considerate fino a poco tempo fa solide, se non scontate, richiede a tutti coloro che si muovono in contesti relazionali di sviluppare competenze specifiche per prendersi cura delle relazioni, prima ancora che delle persone e dei problemi di cui sono portatori. Lo scambio di informazioni e competenze, nonché lo sviluppo di un linguaggio comune tra vari ambiti scientifici e professionalità è, ormai, non solo una necessità, ma un’urgenza, che il singolo professionista non può affrontare da è, ma che invece richiede un deciso cambio di prospettiva da parte di tutte le istituzioni interessate. A partire dalle Università e da tutti gli enti interessati alla formazione dei professionisti e alla valutazione delle relative performance.

Riferimenti bibliografici

N. Andrade-González *et al.*, *The influence of the working alliance on the treatment and outcomes of patients with bipolar disorder: A systematic review*, in *J Affect Disord*, 2020; R. Berger *et al.* *The patient–physician relationship: an account of the physician’s perspective*, in *Israel journal of health policy research*, 2020; E.S. Bordin, *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*, in *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 1979; S.L. Brodsky, J.K. Wilson, *Empathy in Forensic Evaluations: a Systematic Reconsideration*, in *Behavioral Sciences & the Law*, 2013; P.D. Brown, K.D. O’Leary, *Therapeutic alliance: Predicting continuance and success in group treatment for spouse abuse*, in *J Consult Clin Psychol*, 2000; C. Charles, A. Gafni, T. Whelan, *Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango)*, in *Soc Sci Med.*, 1997; S. Duck, *Human relationships*, 3^a ed., London, 1998; J.J. Fenton, *The Cost of Satisfaction*, in *Arch Intern Med*, 2012; D. Gianakos, *Empathy Revisited*, in *Arch Intern Med.*, 1996; R.R. Grinker, *The Technique and Practice of Psychoanalysis*, in *Arch Gen Psychiatry*, 1967; M.G. Gruen, *Emotional responses to affective displays in others: The distinction between empathy and sympathy*, in *J Pers Soc Psychol*, 1986; V. Goussakovski, M. Sizikova, *Paradoxical Findings Regarding Therapist Empathy Based on Length of Professional Experience*, in *Transactional Analysis Journal*, 2017; K. Halvorsen *et al.*, *Empowerment in healthcare: A thematic*

synthesis and critical discussion of concept analyses of empowerment, in *Patient Educ Couns*, 2020; M. Hasenauer, V. Tschuschke, *Effectiveness and Outcome Prediction of Outpatient Cognitive Behavioral Therapy*, in *Verhaltenstherapie*, 2017; E.M. Heiby, C. L. Lukens, M. R. Frank, *The Health Compliance Model-II*, in *Behav Anal Today*, 2005; M. Hojat, J. S. Gonnella, T.J. Nasca, S. Mangione, M. Vergare, M. Magee, *Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty*, in *American Journal of Psychiatry*, 2002; M. Hojat, *Empathy in Patient Care*, New York, 2007; I. Iscoe, *Community psychology and the competent community*, in *American Psychologist*, 1974; K.B. Jung, S.-W. Kang, S.B. Choi, *Empowering Leadership, Risk-Taking Behavior, and Employees' Commitment to Organizational Change: The Mediated Moderating Role of Task Complexity*, in *Sustainability*, 2020; C. Keysers, D.I. Perrett, *Demystifying social cognition: a Hebbian perspective*, in *Trends Cogn Sci*, 2004; C. Lucchiari, G. Pravettoni, *Cognitive balanced model: a conceptual scheme of diagnostic decision making*, in *Journal of evaluation in clinical practice*, 2012; C. Lucchiari, R. Folgieri, *Human brainwaves synchronization: An hypothesis of sympateia*, In *Advances in Psychology Research*, New York, 2015; C. Lucchiari, G. Pravettoni, *The role of patient involvement in the diagnostic process in internal medicine: A cognitive approach*, in *Eur J Intern Med.*, 2013; N. Mead, P. Bower, *Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature*, in *Soc Sci Med.*, 2000; J. Mercadal Rotger, V. Cabré, *Therapeutic Alliance in Online and Face-to-face Psychological Treatment: Comparative Study*, in *JMIR Ment Health*, 2022; L. Náfrádi, K. Nakamoto, P.J. Schulz, *Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence*, in *PLoS One*, 2017; M. Neumann et al., *Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies With Medical Students and Residents*, in *Academic Medicine*, 2011; J. Noseworthy, *The Future of Care — Preserving the Patient–Physician Relationship*, in *New England Journal of Medicine*, 2019; H.W. Oddli, J. McLeod, *Knowing-in-relation: How experienced therapists integrate different sources of knowledge in actual clinical practice*, in *J Psychother Integr*, 2017; E.D. Pellegrino, D.C. Thomasma, *Fidelity of trust*. In *Virtues in Medical Practice*, New York, 1993; C. Piccardo, *Empowerment. Strategie di sviluppo centrate sulla persona*, Milano, 1995; P. Quaranta, D. Giudice, M. Fersurella, G. Merola, G. Minonne, V. Montinaro, *La comunicazione come strumento infermieristico per l'empowerment del paziente in dialisi*, in *Giornale di Tecniche Nefrologiche e Dialitiche*, 2019; M. Ridd, et al., *The patient–doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives*, in *British Journal of General Practice*, 2009; R.K., Riyaz, P. Sooriakumaran, *The evolution of the doctor-patient relationship*, in *International journal of surgery*, 2007; C. Rogers, *On becoming a person: a therapist's view of psychotherapy*, London, 1967; D.W. Shuman, J. A. Zervopoulos, *Empathy or objectivity: The forensic examiner's dilemma?*, in *Behavioral Sciences & the Law*, 2010; D.W. Shuman, *The Use of Empathy in Forensic Examinations*, in *Ethics Behav*, 1993; T. Szasz, M. Hollender, *Contribution to the philosophy of medicine: the basic model of the doctor-patient relationship*, in *Arch Int Med.*, 1956; J.R. Tongue, H.R. Epps, L.L. Forese, *Communication skills for patient centered care: Research-based, easily learned techniques for medical interviews that benefit orthopaedic surgeons and their patients*, in *J Bone Joint Surg Am*, 2005; L.J. van Raalte, K. Floyd, *Daily Hugging Predicts Lower Levels of Two Proinflammatory Cytokines*, in *West J Commun*, 2021; N. Wallerstein, *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?*, Copenhagen, 2006; B.E. Wampold,

The Great Psychotherapy Debate, London, 2015; Y. Zhang, T. Meng, Y. Yang, Y. Hu, *Experience-Dependent Counselor-Client Brain Synchronization during Psychological Counseling*, in *ENeuro*, 2020; M.A. Zimmerman, B.A. Israel, A. Schulz, B. Checkoway, *Further explorations in empowerment theory: An empirical analysis of psychological empowerment*, in *Am J Community Psychol*, 1992; M. Zimmerman, *Empowerment Theory: Psychological, Organizational and Community Levels of Analysis*, in *Handbook of community psychology*, 2000.

Conflitto, dispute e cura: analogie e omologie professionali

Luigi Cominelli

SOMMARIO: 1. Cura del corpo e cura delle relazioni: analogie e omologie professionali. – 2. Le cause del conflitto. – 3. Attitudini verso il conflitto. – 4. Cambiamento culturale ed evoluzione sociale.

1. Cura del corpo e cura delle relazioni: analogie e omologie professionali

L'analogia tra relazione di cura medico/terapeutica e cura della relazione giuridica è una strada piuttosto battuta nell'aneddotica convegnistica e didattica. Giuristi e avvocati apprezzano il paragone con la figura del medico, e per primi lo propongono, benché non sia chiaro se il paragone sia sempre ricambiato. Analizzando lo "stato di salute" delle relazioni giuridiche, è frequente imbattersi nella contrapposizione tra la normale "fisiologia" della dialettica personale o contrattuale, e l'anormale (ma pur sempre necessaria) "patologia" della causa giudiziaria e del contenzioso, come se anche il corpo delle nostre relazioni giuridico-sociali fosse un corpo biologico soggetto a malattie e bisognoso talvolta di cure.

La pratica forense è ricca di metafore guerresche e sportive, che richiamano la vittoria di una parte e la sconfitta dell'altra¹. L'«avversario», la «soccumbenza», e tante altre espressioni evocano se non celebrano espressamente lo scontro e l'alta conflittualità, la quale è mantenuta tale per raggiungere più alti scopi di giustizia, e non importa se «scorrerà il sangue» e qualcuno starà male². Del resto, l'iperbole bellica è temperata in campo giudiziario dall'estremo formalismo, che in una società civile argina e tempera gli istinti di aggressione più pericolosi, e riduce tutto a un «gioco simbolico». Questo tuttavia determina una reale tensione emotiva, che dispiega i suoi effetti stressogeni sui soggetti coinvolti.

Le analogie tra la cura del corpo e la cura degli interessi giuridici potrebbero proseguire nel campo dell'analisi degli strumenti di trattazione del con-

¹ C. Menkel-Meadow, *Is Altruism Possible in Lawyering?*, in 8 *Ga. St. U. L. Rev.*, 1992, p. 386 ss.

² R.A. Kagan, *Adversarial legalism. The American Way of Law*, Cambridge, 2001.

flitto, e in particolare delle diagnosi che si svolgono per individuare il rimedio ottimale a un problema, o delle prognosi sul risultato ultimo della disputa³. Si uniscono ancora di più in questo modo due mondi già vicini, e così come si parla di “medicina alternativa” come strumento complementare alla diagnostica, alla chirurgia o alla farmacologia tradizionali, anche la “risoluzione alternativa delle dispute” (ADR: *alternative dispute resolution*) è giustapposta esplicitamente agli strumenti contenziosi ordinari, e oggi probabilmente anche all’arbitrato, un tempo inserito a pieno titolo tra le ADR, ma sempre più attratto nell’orbita dell’aggiudicazione, e quindi sempre meno “alternativo”⁴.

Un ulteriore parallelismo si può stabilire tra i percorsi formativi di entrambe le figure professionali: il percorso del medico e dell’avvocato richiedono una laurea magistrale a ciclo unico rispettivamente di 6 e 5 anni, più una scuola di specializzazione o un significativo periodo di pratica seguito da un esame di stato. Sono poche le figure professionali il cui percorso di formazione è così lungo e così poco flessibile.

Di fronte alla mole di nozioni e saperi richiesti per iniziare a fornire il loro servizio professionale, sia l’avvocato che il medico sono ad alto rischio di “deumanizzazione”, perché devono concentrare quasi tutte le proprie energie intellettuali sull’aspetto analitico e tecnico della corretta diagnosi e farmacopea, o sull’inquadramento della corretta fattispecie giuridica e sull’individuazione del rimedio giurisdizionale adeguato. È facile in questo modo dimenticarsi del paziente-cliente nella sua interezza, e perdere di vista il suo benessere fisiologico e psicologico complessivo, il quale è determinabile su un orizzonte di medio-lungo termine che trascende il più delle volte l’orizzonte della singola malattia o della singola controversia.

Il giurista, così come il medico, rischia dunque di essere un cattivo professionista se non guarda all’equilibrio complessivo dell’organismo biologico-sociale e delle sue relazioni professionali e familiari. A proposito di questo Julie Macfarlane⁵, collocandosi sulla scia di Carrie Menkel-Meadow, ha auspicato la nascita di una nuova avvocatura e di una “pratica riflessiva”, cioè di legali che approfondiscano e soppesino le conseguenze e l’impatto del loro operato sulle relazioni dei loro clienti, e valutino la sostenibilità sociale del loro intervento in senso ampio e olistico.

³ La funzione prognostica è richiamata espressamente quando un procedimento alternativo ha lo scopo di anticipare alle parti la presumibile conclusione giudiziale: C. Consolo, M. Stella, *Il ruolo prognostico-deflattivo, irriducibile a quello dell’arbitro, del nuovo ABE, «scrutatore» di torti e ragioni nelle liti in materia bancaria*, in *Corr. giur.*, 12, 2011, p. 1652 ss.

⁴ T.J. Stipanowich, *Arbitration: the «New Litigation»*, in 1 *U. Ill. Law Rev.*, 2010, p. 1 ss.

⁵ J. Macfarlane, *The New Lawyer: How Settlement Is Transforming the Practice of Law*, Vancouver-Toronto, 2008, p. 230.

In questa sede, mi sembra che più di prima sia necessario spezzare una lancia a favore di un approccio bilanciato di “olismo laico”. Per olismo, intendiamo in questo contesto l'accettazione dell'assunto per cui il corpo umano, e l'insieme delle sue relazioni sociali, non sono compartimenti stagni, e che la soluzione tecnicamente più lungimirante e soddisfacente non può essere ricavata attraverso un approccio iper-specializzato. La laicità è invece necessaria per temperare l'oltranzismo ingenuo che a volte si accompagna alla proposizione delle “alternative”, e che per scongiurare le rigidità dogmatiche della medicina o della causidica tradizionali, vi contrappone un dogmatismo uguale e contrario.

Ho sostenuto in altri lavori la necessità che nello studio dei processi sociali in genere sia necessario l'impiego di un olismo “metodologico”⁶, che integri i paradigmi esplicativi, per scongiurare invece l'olismo costruttivista, che da un principio fondamentale deriva una serie di conseguenze ineluttabili, ipotizzando una relazione univoca tra causa ed effetto attraverso una visione semplificata e platonica. Secondo questo tipo di approccio deterministico, la patologia, così come la disputa, sarebbero in ultima analisi sempre causate da un fattore fondante principale, sia esso l'alimentazione o una predisposizione genetica in campo biologico, o le relazioni di potere sui luoghi di lavoro o nei rapporti famigliari in campo giuridico.

La lettura deterministica è sempre la più rapida, da apprendere e da insegnare, ma costituisce un'ipersemplificazione delle cause del conflitto. Conduce a quello che nella teoria del negoziato è definibile come “negoziato sulle posizioni” (*positional bargaining*), foriero di lunghi e irrisolvibili stalli, e di una decisione delegata immancabilmente a un terzo⁷, la quale non potrà che basarsi sulle “posizioni” dichiarate, sorvolando così sugli “interessi”⁸. L'analisi rigorosa delle cause del conflitto svela invece quasi sempre che esiste una relazione circolare e bidirezionale tra tutti i fattori e le variabili implicate, e che l'iper-specializzazione non è sufficiente a coglierli e a indirizzarli verso la risoluzione.

È proprio questo approccio laico, pluralistico e lontano da approcci salvifici, ma disponibile anche all'ascolto delle critiche alle proposizioni apparentemente sedimentate e infalsificabili della scienza giuridica e della scienza medica, che ci convince dell'importanza di un approccio integrato (appunto olistico), non in opposizione ma a completamento e specificazione delle dinamiche che sottostanno al trattamento delle dispute. Sembra una ricetta facile, e in realtà richiede la comprensione delle dinamiche macro della disputa, delle particolarità del caso concreto, delle implicazioni giuridiche che derivano dalla

⁶ L. Cominelli, *Cognition of the Law. Toward a Cognitive Sociology of Law and Behavior*, Cham, 2018.

⁷ E. Resta, *Giudicare, conciliare, mediare*, in *Pol. dir.*, 1999, p. 541 ss.

⁸ R. Fisher, W.L. Ury, *Getting to Yes. Negotiating Agreement Without Giving In*, New York, 1981.

fattispecie, e del profilo psichico e personologico delle parti coinvolte. Si tratta di competenze non semplici da aggregare, che richiedono una pedagogia accorta nella formazione del professionista⁹.

Quando poi si parla del contenzioso, l'analogia tra la sfera giuridico-relazionale e la sfera biologica-fisiologica finisce addirittura per trasformarsi in un'omologia. Mi spiego meglio: la prova delle numerose relazioni psico-somatiche dalle quali il nostro benessere fisiologico e mentale dipende è ormai consolidata in letteratura, e spazia dall'oncologia¹⁰, all'immunologia¹¹, fino allo studio del dolore¹².

Chiunque abbia una certa esperienza nel contenzioso, sa bene che gli stati conflittuali si trasformano facilmente in stati di malessere psicologici e poi fisici. La direzione non è univoca peraltro, perché anche la nostra predisposizione al contenzioso è fortemente influenzata dagli stati patologici stessi, che abbassano la soglia di tolleranza nei confronti delle normali tensioni relazionali e ci inducono a formalizzare e rendere pubblico il conflitto, trasformandolo in una controversia, con una frequenza molto maggiore.

Una delle poche certezze statistiche che abbiamo sulla predisposizione al contenzioso è che i problemi si presentano in cluster: così, chi ha problemi medici, inizia a cascata ad avere anche problemi di lavoro, e poi problemi nelle relazionali famigliari, che poi a grappoli si possono tutti tradurre in contenzioso giudiziario¹³. Questo feedback-loop sembra confermato di recente anche nel piano più profondo della genetica: il campo di studi dell'*epigenetica* prova che le condizioni ambientali stressogene (e dunque anche il conflitto) impattano al livello del *trascrittoma*, cioè delle istruzioni che presiedono alla replicazione del DNA, ed esplicano dunque un impatto diretto sul nostro stesso patrimonio genetico, e quindi persino sulla biologia della nostra discendenza¹⁴.

Le scienze sociali hanno preso a prestito dalle scienze naturali e dalla biologia anche il concetto di "omeostasi", ossia la capacità di mantenere condizioni

⁹ L. Cominelli, *Training Young Lawyers in the European Mediation Framework: It's Time to Devise a New Pedagogy for Conflict Management and Dispute Resolution*, in *Italian Law Journal*, 2016, n. 2/1, p. 163 ss.

¹⁰ L.A. van Tuijl *et al.*, *Psychosocial factors and cancer incidence (PSY-CA): Protocol for individual participant data meta-analyses*, in *Brain and Behavior*, n. 11(10), 2021, p. 1 ss.

¹¹ A. Seiler *et al.*, *The impact of everyday stressors on the immune system and health*, in *Stress Challenges and Immunity in Space: From Mechanisms to Monitoring and Preventive Strategies*, Berlin-Heidelberg, 2019, p. 71 ss.

¹² C. Hassed, *Mind-body therapies use in chronic pain management*, in *Australian Family Physician*, n. 42(3), 2013, p. 112 ss.

¹³ P. Pleasence *et al.*, *Multiple Justiciable Problems: Common Clusters and Their Social and Demographic Indicators*, in *Journal of Empirical Legal Studies*, n. 1(2), 2004, p. 301 ss.

¹⁴ M. Meloni, R. Müller, *Transgenerational epigenetic inheritance and social responsibility: perspectives from the social sciences*, in *Environmental Epigenetics*, n. 4(2), 2018, p. 1 ss.; T. Newton, *Nature and sociology*, *Nature and Sociology*, London-New York, 2007.

di equilibrio all'interno di un organismo, proteggendosi da un ambiente esterno instabile e violento. Tutto parrebbe essere connesso dunque. O si tratta forse di un olismo ingenuo, relegabile al campo della pseudoscienza, come la medicina ufficiale definisce ad esempio l'omeopatia, o come un avvocato vecchio stampo vedrebbe la meditazione o la *mindfulness* applicate come metodologie per prepararsi a un'importante negoziato? Per usare un'espressione giudiziaria importata dal mondo anglosassone, *the jury is still out*.

2. Le cause del conflitto

La società, come argomentano sociologi¹⁵, antropologi¹⁶, pedagogisti¹⁷, filosofi del diritto e della politica¹⁸, ha in realtà bisogno del conflitto. Quello che teme del conflitto è la sua potenziale distruttività. E qui anche la medicina si interroga spesso sui limiti entro cui è opportuno e auspicabile attaccare la malattia e difendersi proattivamente e aggressivamente, e quando invece gli effetti secondari dei "rimedi" non rischiano di causare un male maggiore (si pensi all'uso improprio e all'abuso degli antibiotici e allo sviluppo di ceppi resistenti che questo ha causato). Il dilemma è se mirare a risolvere ultimativamente il conflitto, con i problemi che questo comporta, e con l'ulteriore rischio che resusciti in forme più estreme, oppure se mirare a gestire e incanalare il conflitto, magari per trascenderlo e riformularlo¹⁹.

È difficile definire univocamente le cause di un conflitto. Anstey ne elenca nove²⁰, senza pretesa di completezza, e con la consapevolezza che, quando si tratta di circoscrivere a comportamenti specifici le relative dinamiche, i confini sono labili e le sovrapposizioni frequenti, così come lo sono le ambiguità. Se le cause ultime di un conflitto possono essere ideologiche, politiche, culturali, religiose, è utile provare a individuare anche quelle che la teoria sociologica definirebbe "funzioni sociali" del conflitto. Il conflitto può essere deputato a

¹⁵ R.L. Abel, *A Comparative Theory of Dispute Institutions in Society*, in *Law and Society Review*, n. 8(2), 1974, p. 217 ss.

¹⁶ R. Dahrendorf, *Classi e conflitto di classe nella società industriale*, Bari, 1963; P.H. Gulliver, *Disputes and Negotiations. A Cross-cultural Perspective*, New York-San Francisco-London, 1979; G. Simmel, *Conflict (Streit)*, New York, 1955.

¹⁷ D. Novara, *La grammatica dei conflitti: l'arte maieutica di trasformare le contrarietà in risorse*, Casale Monferrato, 2011.

¹⁸ S. Hampshire, *Conflict is Justice*, Princeton, 2000.

¹⁹ J. Galtung, *Introduction: peace by peaceful conflict transformation – the TRANSCEND approach*, in *Handbook of Peace and Conflict Studies*, a cura di C. Webel, J. Galtung, London-New York, 2007, p. 14 ss.

²⁰ M. Anstey, *Managing Change Negotiating Conflict*, Cape Town, 2006. L'Autore elenca principalmente nove possibili fonti di un conflitto: scarsità, questioni strutturali, questioni interpersonali, obiettivi confliggenti, ambiguità, mancanza d'informazioni, interessi confliggenti, valori e credenze, differenze culturali.

“risolvere un divergente dualismo [e] ottenere un certo grado di unità”²¹. Il conflitto “permette alle strutture sociali di riassetarsi eliminando le fonti di insoddisfazione ed eliminando le cause della *disassociazione*”²². Quando si radicalizza, il conflitto ha la funzione di “neutralizzare, ferire o eliminare i rivali”²³, o di “annichilire una delle parti confliggenti”²⁴.

La pericolosità inerente al conflitto sta nella sua tendenza a sfuggire dal controllo delle parti che lo usano, anche strategicamente, e a sfociare in un’escalation, dove il danno finale può essere persino più alto della posta in palio iniziale. L’escalation di minacce e ultimatum è una caratteristica anche del negoziato legale²⁵, che se non porta a un danno fisico o a un rischio esistenziale, determina tuttavia uno stallo difficilmente risolvibile, e un decadimento irreversibile della relazione personale o professionale.

Jordaan descrive le dinamiche più comuni dell’escalation conflittuale, indicandoci i pattern più frequenti del processo²⁶: le ragioni iniziali sono accantonate o dimenticate, oppure divengono irrilevanti rispetto alla dimensione attuale del conflitto; i temi della disputa si allargano come numero, e divengono più salienti; aumenta il numero di persone coinvolte; le parti sono pronte ad accettare un deciso incremento dei costi materiali e morali; le attitudini negative verso l’avversario si intensificano; aumenta il ricorso a strumenti più pericolosi come fare leva sul potere, usare le minacce, fare ricorso alla coercizione e all’inganno.

In parte sovrapponibile è il modello di escalation conflittuale delineato da Colatrella²⁷, che prevede cinque fasi: 1) le strategie cambiano e diventano più aggressive; 2) le questioni controverse si moltiplicano; 3) si ricorre a stereotipi negativi per qualificare l’avversario; 4) non c’è più traccia delle buone intenzioni; 5) il conflitto si estende ad altri soggetti.

Ogni conflitto fa storia a sé, e la direzione della sua intensità fluttua e dipende da numerose ulteriori variabili che si combinano e interagiscono in modi

²¹ G. Simmel, *The sociological nature of conflict*, trad. di Wolf, KH, Bendix, R. *Conflict and the Web of Group Affiliations*, New York 1964, p. 3.

²² L.A. Coser, *Le funzioni del conflitto sociale*, Milano, 1967.

²³ L.A. Coser, *Continuities in the Study of Social Conflict*, New York, 1967, p. 232.

²⁴ G. Simmel, *The sociological nature of conflict*, cit., p. 3.

²⁵ B. Patton, *Negotiation, The Handbook of Dispute Resolution*, a cura di M.L. Moffit, R.C. Bordonne, San Francisco 2005. Una particolare e frequente forma di escalation è quella che avviene oggi nelle comunicazioni telematiche, nel contesto delle quali è facile perdere il senso dell’umanità del proprio “avversario” e non tenere più sotto controllo le normali dinamiche aggressive di ogni conflitto: A. Shelby Rosette *et al.*, *When Cultures Clash Electronically: The Impact of E-mail and Culture on Negotiation Behavior*, in *Journal of Cross-Cultural Psychology*, n. 43 (4), 2012, p. 628 ss.

²⁶ B. Jordaan, *Negotiation and Dispute Resolution for Lawyers*, Cheltenham (UK)-Northampton (MA), 2022, pp. 43-44.

²⁷ M. Colatrella Jr., *A «Lawyer for All Seasons»: The Lawyer as Conflict Manager*, in *San Diego Law Review*, n. 49(1), 2012, p. 93 ss., spec. p. 108.

imprevedibili²⁸, sia nel senso di stemperarne la criticità (norme condivise, storia della relazione, scuse, intervento di un terzo, volontà di comunicare, gruppi trasversali, sostanziale equilibrio di potere, legami sociali forti, disponibilità dei sistemi di risoluzione), sia nel senso di esacerbarla (assenza di comunicazione, fuga, iniziative contenziose, coalizioni, mancanza di strumenti di risoluzione, delegittimazione dell'avversario, comportamenti irrispettosi, minacce, problemi pregressi, utilizzo strumentale delle relazioni di potere).

3. Attitudini verso il conflitto

La psicologia sociale ha compiuto diversi tentativi di qualificare le principali attitudini verso il conflitto. Non è il caso qui di dare conto di tutti questi tentativi, ma credo che ne vadano citati almeno due, i quali hanno esercitato una notevole influenza su tutta la successiva teoria del conflitto e della *dispute resolution*.

Pruitt e Rubin costruiscono una “dual-concern theory” sulla giustapposizione tra il *preoccuparsi per sé stessi* (pro-self) e l'*occuparsi degli altri* (pro-social)²⁹. La *dual-concern theory* produce quattro fondamentali opzioni strategiche: 1) contendere (prevalere sull'altra parte); 2) risolvere il problema (proporre soluzioni integrative che accontentino tutte le parti); 3) cedere (abbassare le aspettative come forma di concessione all'altra parte); 4) rimanere inattivi (anche ritirandosi, magari solo temporaneamente).

Thomas e Kilmann³⁰, attraverso il *Conflict MODE Instrument* (TKI), stipulano una classificazione anch'essa fondata sull'alternatività tra tendenze cooperative e tendenze competitive, declinate nelle variabili dell'interesse proprio e altrui, ma aggiungono l'elemento “compromissorio” per spiegare i casi borderline. Il modello TKI di Thomas Kilmann delinea uno schema che riecheggia Pruitt e Rubin, e che individua cinque attitudini tradotte in altrettanti profili socio-psicologici:

- 1) il *competitore*: accetta un contesto win-lose e tenta di dominare la situazione, ignorando sistematicamente i bisogni e le aspettative dell'altra parte;
- 2) l'*evitatore*: scappa dal conflitto per evitare di assumersi la relativa responsabilità, rimandando la soluzione del problema o semplicemente allontanandosi da una situazione di minaccia e ansietà, e spesso finisce così per lasciare insoddisfatti sia i propri interessi che quelli dell'altra parte;

²⁸ B. Jordaan, *Negotiation and Dispute Resolution for Lawyers*, cit., p. 45.

²⁹ J.Z. Rubin, D.G. Pruitt, *Social conflict: Escalation, Stalemate, and Settlement*, New York, 1986.

³⁰ M.A. Rahim, *A Measure of Styles of Handling Interpersonal Conflict*, in *Academy of Management Journal*, n. 26 (2), 1983, p. 368 ss.; K. W. Thomas, R. H. Kilmann, *Thomas-Kilmann Conflict Mode Instrument*. Mountain View, Mountain View (CA), 1974.

- 3) l'*accomodatore*: cerca un adattamento per soddisfare tutti, minimizzando le differenze ed evidenziando le preoccupazioni e gli interessi comuni;
- 4) il *compromissore*: persegue un accomodamento tra i propri interessi e quelli altrui, talvolta anche a discapito delle differenze, cercando uno scambio di concessioni o di incontrarsi a metà strada.
- 5) il *cooperatore*: si focalizza sul problema in maniera collaborativa, inquadrandolo come una ricerca di soluzioni insieme all'altra parte per soddisfare i reciproci interessi, e considerando la relazione importante quanto gli altri obiettivi.

Il modello TKI di Thomas e Kilmann è probabilmente lo schema interpretativo più completo e raffinato. Coglie una serie di differenze, ad esempio tra il "compromesso" come rinuncia e sacrificio, che può lasciare paradossalmente entrambi insoddisfatti, e la "collaborazione", che si concentra invece sulla soddisfazione di entrambi gli assetti di interessi. Evidenzia inoltre il rischio di dare priorità assoluta a uno solo tra questi elementi, sia esso la relazione (nel caso dell'accomodatore) o il risultato (nel caso del competitore). Eppure, il modello TKI è stato criticato, non senza ragione, per essere eccessivamente prescrittivo e semplicistico, riducendo gli stili negoziali a delle "caricature"³¹.

Ogni conflitto e ogni disputa hanno almeno tre dimensioni, che è necessario considerare con strumenti di analisi e di intervento differenziati: una è l'aspetto relazionale, che riguarda i rapporti con le persone coinvolte con noi nel conflitto, la seconda è l'aspetto procedurale, che riguarda il metodo con cui il conflitto è o non è trattato³², e la terza è infine l'aspetto sostanziale, che riguarda la materia del contendere e l'oggetto della disputa in senso proprio. La variabile emotiva soggettiva è naturalmente uno degli elementi che complicano la situazione. La capacità di controllare le proprie emozioni e di indirizzarle verso determinate direzioni è tra i fattori più importanti per il successo o l'insuccesso di un tentativo di risoluzione³³.

Jordaan definisce due stili principali di reazione emotiva (*reflexive* e *reflective*), che impropriamente possiamo provare a tradurre con *reazione ri-*

³¹ A.K. Schneider, J.G. Brown, *Negotiation Barometry: A Dynamic Measure of Conflict Management Style*, in *Ohio State Journal on Dispute Resolution*, n. 28, 2013, p. 557 ss., spec. p. 567. Esistono peraltro modelli di risposta al conflitto ancora più semplificati. Ad esempio, Jordaan vede in ultima analisi tre principali attitudini al conflitto: immobilizzarsi, scappare, lottare (B. Jordaan, *Negotiation and Dispute Resolution for Lawyers*, cit., p. 47).

³² A questo proposito, è importante citare gli studi di giustizia procedurale, che pongono l'accento su come la percezione della giustizia del procedimento sia un aspetto primario nel conflitto, e che quando si valuta l'equità dell'esperienza di giustizia vissuta, è anzi l'aspetto preponderante: J. Thibaut, L. Walker, *Procedural Justice. A Psychological Analysis*, Hillsdale, NJ, 1975; T.R. Tyler, E.A. Lind, *Procedural Justice*, a cura di J. Sanders, V.L. Hamilton, *Handbook of Justice Research in Law*, New York-Boston-Dordrecht-London-Moscow, 2001.

³³ B. Jordaan, *Negotiation and Dispute Resolution for Lawyers*, cit., p. 47.

flessa e reazione riflessiva. Al livello delle attitudini le reazioni si traducono in tre atteggiamenti. I due atteggiamenti “riflessi” sono da un lato la tendenza ad *attribuire la colpa al prossimo*, accompagnata da indignazione, e che porta a reagire con la fuga o con un’offensiva ostile, e dall’altro la tendenza ad *attribuire la colpa a sé stessi*, accompagnata da depressione e disperazione, e che porta a reagire con il ritiro e la rinuncia. L’atteggiamento riflessivo va oltre l’attribuzione della colpa per *trovare una ragione del comportamento altrui*, è accompagnato da emozioni di calma, curiosità e sollecitudine, e porta a concedere un’apertura di dialogo e a cercare soluzioni³⁴.

Quest’ultimo atteggiamento riflessivo ha in fondo diverse somiglianze con l’andare al balcone (*go to the balcony*) suggerito come tecnica di gestione del conflitto da Ury³⁵, cioè con la tecnica mentale di figurarsi in una posizione anche fisicamente distaccata, immaginandosi di osservare la scena del conflitto da un balcone soprastante, proprio per acquisire quella riflessività che è più proficua per una soluzione del problema.

4. Cambiamento culturale ed evoluzione sociale

Quando si parla di avvocatura, di conflitto e di risoluzione delle dispute, si invoca spesso un cambiamento culturale, quel salto rivoluzionario di paradigma che ci traghetti in una nuova età dell’oro, dove saremo tutti più buoni, più felici e meno litigiosi. Come in tutte le situazioni nelle quali un periodo di stabilità legittima uno status quo, è comprensibile che nel mondo professionale staticità e immobilismo in certe fasi prevalgano, e che non si esplorino le soluzioni migliorative o i cambiamenti di paradigma.

Le promesse messianiche che abbiamo prima ricordato hanno come obiettivo l’ordine costituito dai corpi professionali istituzionali, e si augurano la pronta dismissione del contenzioso tradizionale così come della medicina tradizionale. Parafrasando il motto leibniziano, potremmo però affermare che *societas non facit salutus*. Se il diritto a volte rincorre i cambiamenti sociali, nella foga della rincorsa spesso li scavalca e non viene capito né rispettato. Si pensi alla perenne riforma che pervade il nostro sistema della giustizia o della pubblica amministrazione³⁶.

³⁴ B. Jordaan, *Negotiation and Dispute Resolution for Lawyers*, cit., p. 53.

³⁵ W.L. Ury, *Getting Past No. Negotiating in Difficult Situations*, New York-London-Toronto-Sydney-Auckland, 1991.

³⁶ S. Cassese, *L’esplosione del diritto. Il sistema giuridico italiano dal 1975 al 2000*, in *Soc. dir.*, 2001, p. 55 ss. Si pensi anche a come, dopo anni tre decenni di vigenza di una normativa contro il fumo negli uffici pubblici, si sia dovuto attendere che nel 2005 si applicasse una normativa sul fumo nei locali privati, perché il divieto divenisse effettivo anche nei primi.

Rivoluzioni epistemologiche, salti evolutivi, mutazioni, cigni neri ed estinzioni di massa sono tuttavia eventi rari, almeno nell'orizzonte di esistenza degli individui, ma potremmo dire anche nell'orizzonte di vigenza delle istituzioni e degli ordinamenti. Anche la cultura cambia con i suoi tempi, e l'auspicabile superamento dello status quo dell'avversarialismo basato sul *positional bargaining*, o della medicina difensiva, potrebbero compiersi in maniera più stabile e proficua quando saranno il frutto di un *piecemeal tinkering*³⁷, e cioè di un mutamento graduale compiuto attraverso innovazioni tecnologiche/legislative empiricamente testabili sul campo.

In questo momento il sistema, nonostante tutte le sue criticità e le sue strozzature burocratiche, e a dispetto di alcuni slanci ingenuamente radicali, sembra che recepisca queste istanze, attraverso l'introduzione di nuove materie di insegnamento, di nuove procedure di risoluzione che vengono aggiornate e revisionate con relativa regolarità, e con lo sdoganamento di una visione sempre più "aperta" e multidisciplinare in senso proprio. Starà poi alla comunità dei cittadini e dei professionisti accompagnare il cambiamento, con la maturazione della consapevolezza e il cambiamento delle proprie abitudini.

Riferimenti bibliografici

R.L. Abel, *A Comparative Theory of Dispute Institutions in Society*, in *Law and Society Review*, n. 8 (2), 1973; M. Anstey, *Managing Change Negotiating Conflict*, Cape Town, 2006; S. Cassese, *L'esplosione del diritto. Il sistema giuridico italiano dal 1975 al 2000*, in *Soc. dir.*, 2001; M. Colatrella Jr., *A «Lawyer for All Seasons»: The Lawyer as Conflict Manager*, in *San Diego Law Review*, n. 49(1), 2012; L. Cominelli, *Training Young Lawyers in the European Mediation Framework: It's Time to Devise a New Pedagogy for Conflict Management and Dispute Resolution*, in *Italian Law Journal*, n. 2(1), 2016; L. Cominelli, *Cognition of the Law. Toward a Cognitive Sociology of Law and Behavior*, Cham 2018; C. Consolo, M. Stella, *Il ruolo prognostico-deflattivo, irriducibile a quello dell'arbitro, del nuovo ABE «scrutatore» di torti e ragioni nelle liti in materia bancaria*, in *Corr. giur.*, 2011; L.A. Coser, *Continuities in the Study of Social Conflict*, New York, 1967; L.A. Coser, *Le funzioni del conflitto sociale*, Milano, 1967; R. Dahrendorf, *Classi e conflitto di classe nella società industriale*, Bari 1963; R. Fisher, W.L. Ury, *Getting to Yes. Negotiating Agreement Without Giving In*, New York 1981; J. Galtung, *Introduction: peace by peaceful conflict transformation – the TRANSCEND approach*, a cura di C. Webel, J. Galtung, *Handbook of Peace and Conflict Studies*, London-New York, 2007; P.H. Gulliver, *Disputes and Negotiations. A Cross-cultural Perspective*, New York-San Francisco-London, 1979; S. Hampshire, *Conflict is Justice*, Princeton 2000; C. Hassed, *Mind-body therapies use in chronic pain management*, in *Australian Family Physician*, n. 42 (3), 2013; B. Jordaan, *Negotiation and Dispute Resolution for Lawyers*, Cheltenham (UK)-Northampton (MA), 2022; R.A.

³⁷ K.R. Popper, *The Open Society and Its Enemies. 2. The High Tide of Prophecy: Hegel, Marx and the Aftermath*, Princeton 1971.

Kagan, *Adversarial legalism. The American Way of Law*, Cambridge, 2001; J. Macfarlane, *The New Lawyer: How Settlement Is Transforming the Practice of Law*, Vancouver-Toronto 2008; M. Meloni, R. Müller, *Transgenerational epigenetic inheritance and social responsibility: perspectives from the social sciences*, in *Environmental Epigenetics*, n. 4(2), 2018; C. Menkel-Meadow, *Is Altruism Possible in Lawyering?*, in *Ga. St. U. L. Rev.*, 1992; T. Newton, *Nature and sociology*, *Nature and Sociology*, London-New York, 2007; D. Novara, *La grammatica dei conflitti: l'arte maieutica di trasformare le contrarietà in risorse*, Casale Monferrato, 2011; B. Patton, *Negotiation*, a cura di M.L. Moffit, R.C. Bordone, *The Handbook of Dispute Resolution*, San Francisco 2005; P. Pleasence, N.J. Balmer, A. Buck, A. O'Grady, H. Genn, *Multiple Justiciable Problems: Common Clusters and Their Social and Demographic Indicators*, in *Journal of Empirical Legal Studies*, n. 1 (2), 2004; K.R. Popper, *The Open Society and Its Enemies. 2. The High Tide of Prophecy: Hegel, Marx and the Aftermath*, Princeton, 1971; M.A. Rahim, *A Measure of Styles of Handling Interpersonal Conflict*, in *Academy of Management Journal*, n. 26 (2), 1983; E. Resta, *Giudicare, conciliare, mediare*, in *Politica del diritto*, n. 30, 4, 1999, pagg. 541–575; J.Z. Rubin, D.G. Pruitt, *Social conflict: Escalation, Stalemate, and Settlement*, Random House, New York 1986; A.K. Schneider, J.G. Brown, *Negotiation Barometry: A Dynamic Measure of Conflict Management Style.*, in *Ohio State Journal on Dispute Resolution*, n. 28, 2013, pagg. 557–580; A. Seiler, C.P. Fagundes, L.M. Christian, *The impact of everyday stressors on the immune system and health*, in *Stress Challenges and Immunity in Space: From Mechanisms to Monitoring and Preventive Strategies*, 2019, pagg. 71–92; A. Shelby Rosette, J.M. Brett, Z. Barsness, A.L. Lytle, *When Cultures Clash Electronically: The Impact of E-mail and Culture on Negotiation Behavior*, in *Journal of Cross-Cultural Psychology*, n. 43, 4, 2012; G. Simmel, *Conflict (Streit)*, The Free Press, New York 1955; G. Simmel, *The sociological nature of conflict*, a cura di R. Trad. di Wolf, KH, Bendix, *Conflict and the Web of Group Affiliations*, Free Press, New York 1964; T. J. Stipanowich, *Arbitration: the «New Litigation»*, in *University of Illinois Law Review*, n. 1, 2010, pagg. 1–59; J. Thibaut, L. Walker, *Procedural Justice. A Psychological Analysis*, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ 1975; K.W. Thomas, R.H. Kilmann, *Thomas-Kilmann Conflict Mode Instrument. Mountain View*, Mountain View, CA 1974; T.R. Tyler, E.A. Lind, *Procedural Justice*, a cura di J. Sanders, V.L. Hamilton, *Handbook of Justice Research in Law*, Kluwer Academic-Plenum Publishers, New York – Boston – Dordrecht – London - Moscow 2001; W.L. Ury, *Getting Past No. Negotiating in Difficult Situations*, Bantam, New York - London - Toronto - Sydney - Auckland 1991; L.A. van Tuijl, A.C. Voogd, A. de Graeff, A.W. Hoogendoorn, A.V. Ranchor, K.Y. Pan, ... J. Dekker, *Psychosocial factors and cancer incidence (PSY-CA): Protocol for individual participant data meta-analyses*, in *Brain and Behavior*, n. 11, 10, 2021, pp. 1-13.

CAPITOLO 3

Tre professioni (psicoterapeuta, dottore commercialista ed esperto delle relazioni nella Pratica Collaborativa) a confronto

Barbara Bassino

*Sprofondare, insieme al paziente,
mantenendo la fiducia di non perdersi*

(S. Ferenczi, *Diario clinico Gennaio-Ottobre 1932*, Milano, 2004, pp. 311-312)

*Pensiamo di ascoltare, ma solo raramente ascoltiamo con una reale comprensione,
con un'empatia vera. Eppure, questo tipo molto speciale di ascolto rappresenta una delle
forze più potenti, ai fini del cambiamento, che io conosca*

(K. Rogers, *La terapia centrata sul cliente*, Firenze, 1983, p. 101)

SOMMARIO: 1. Lo sguardo che cura nel contesto professionale. – 2. Cura della relazione: riferimenti ai modelli di attaccamento e teoria delle relazioni oggettuali. – 3. La relazione umana nei progressi delle neuroscienze. – 4. La relazione in psicoterapia: alcuni spunti di riflessione. – 5. La relazione nello studio del commercialista: alcune riflessioni. – 6. La relazione nella Pratica Collaborativa: il ruolo del facilitatore nella negoziazione. – 7. Conclusioni.

1. Lo sguardo che cura nel contesto professionale

La relazione di cura non può prescindere dalla cura della relazione. Nessuna relazione di cura, nessun incontro tra persone umane avrà mai luogo se almeno uno dei soggetti terminali di questa relazione non avrà ben in mente un progetto, una direzione, una consapevolezza, un'intenzione che abbia nella relazione il suo primo, determinante investimento.

Tale consapevolezza supera oggi i confini delle relazioni d'aiuto per andare a raggiungere anche professioni un tempo meno abituate a ragionare in termini di qualità della relazione, quali quelle dell'avvocato, del commercialista, del professore universitario, ed anche del medico.

Una relazione che non si può immaginare confinata nell'ambito ristretto della comunicazione verbale, ma che percorre gli imperscrutabili sentieri del non verbale: il linguaggio del corpo, la prosodia, le immagini, i simboli,

il consapevole, ma anche il non consapevole e l'inconscio, il contatto tra sguardi.

Proprio quest'ultimo, il contatto tra sguardi, rappresenta il territorio nel quale si gioca, nell'immediatezza di un incontro, la tonalità o, se si vuole, l'intimo registro della relazione che i soggetti della stessa svilupperanno: uno sguardo attento, talora dubbioso, sempre riflessivo, genuinamente curioso di fronte all'Alterità, in grado di veicolare un ascolto attento e partecipato del racconto che prende forma ogni qual volta vi sia un cliente che espliciti il suo bisogno di avvalersi di una prestazione professionale e un professionista che tale domanda raccolga.

Lo sguardo che cura è quello in grado di trasmettere interesse autentico e partecipato, che non sia solo il riflesso meccanico di un mestiere che dà l'ascolto come presupposto, avendo nel frattempo perso il legame stretto con l'umanità del proprio Sé e quello della persona che lo richiede.

Una relazione che sia motore cambiamento prende forma e si consolida in un atteggiamento di *epoché* husserliana¹, ovvero in quella sospensione del giudizio che Husserl traeva dallo scetticismo antico e trasformava in un concetto di contemplazione disinteressata del mondo e dell'Altro, un sostare del pensiero *prima* che il giudizio si formuli, sul suo limitare, sull'orlo di quell'attività così semplice ed al contempo così connaturata all'umano che è il giudicare.

La cura della relazione passa attraverso l'ascolto empatico del prestatore di cura, in cerca di una corrispondenza di esperienze, di una messa in comune di vissuti simili, che permetta al professionista e al cliente di entrare in sintonia, di *sentire insieme*, nell'*hic et nunc* dell'incontro, e di entrare durevolmente in risonanza. Tale tipo di relazione permette al cliente di fare esperienza di una completa e amplificante comprensione.

2. Cura della relazione: riferimenti ai modelli di attaccamento e teoria delle relazioni oggettuali

L'importanza della cura della relazione in ambito professionale trae le sue origini e la sua evidenza da un modello psicoanalitico che tuttora costituisce un punto di partenza nello studio della relazione umana: la teoria dell'attaccamento di Bowlby².

¹ E. Husserl, *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen philosophie*, trad. it. *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica*, I, a cura di V. Costa, Torino, 1965, p. 66.

² Teoria diffusamente trattata nei tre volumi J. Bowlby (1969), *Attaccamento e perdita*, vol 1: *L'attaccamento alla madre*. Tr. it. Boringhieri, Torino, 1972; J. Bowlby (1973), *Attaccamento e perdita*,

Secondo tale teoria, la modalità con la quale la madre (o l'agente di cure materne) si prende cura del lattante dalla sua nascita, fornendogli nutrimento, accudimento, protezione, regolamento affettivo ed interpretazione della realtà circostante, è alla base della strutturazione psichica del bambino, nonché del suo sviluppo sociale, e rappresenta il prototipo di relazione alla quale il bambino prima, e l'adulto successivamente, farà riferimento durante l'intera sua vita.

Le relazioni che il bambino instaura sin dai primi istanti di vita con ciascuno dei propri genitori, in una corrispondenza diadica, costituiscono modelli operativi interni (MOI) che, integrandosi con altri legami di attaccamento successivi nel corso della crescita (i nonni, le maestre, gli amici), regoleranno lo sviluppo sociale dell'individuo e ne andranno ad orientare l'esperienza.

Quel concetto che Bowlby ha inizialmente mutuato dal mondo animale, cui conviene il nome di 'base sicura'³, è una situazione psichica ed emotiva offerta dal *care-giver* più significativo, che interpreta i segnali percettivi inviati dal lattante in una relazione duale privilegiata, li introietta, metabolizza e trasforma, attribuendo loro il significato che questi non è ancora in grado di dare, per restituirli poi *bonificati*, e ponendo così le basi per lo sviluppo psicologico dell'individuo. Forte di questo approdo sicuro, il bambino acquisirà progressivamente la sua autonomia, sapendo di potersi allontanare per esplorare il mondo, ma essendo altresì certo di poter in ogni momento fare ritorno.

La relazione tra neonato e *care-giver* è pertanto l'asse portante dello sviluppo psichico del bambino; attraverso la relazione, giungerà a compimento la configurazione della sua mente e si svilupperà la sua capacità di pensiero.

Nel caso di fallimento dell'operazione di contenimento degli stati emotivi del lattante, o di mancanza durevole e persistente di sintonizzazione emotiva tra i due soggetti componenti la diade, l'attaccamento disfunzionale che ne scaturirà sarà responsabile dell'orientamento dello sviluppo psicologico del bambino verso la psicopatologia.

Parallelamente alle teorie di Bowlby ed allievi, sempre nel corso del secolo scorso, anche se di qualche decennio antecedente, un altro autore, William Fairbairn, medico e psicoanalista scozzese, si interroga sulla natura delle relazioni cosiddette *oggettuali*, dove per *oggetto* si intende qualunque destinatario, interno o esterno, reale o immaginario, con il quale l'individuo interagisca nelle sue relazioni⁴. Fairbairn, partendo dalla teoria delle relazioni oggettuali

vol. 2: *La separazione dalla madre*. Tr it. Boringhieri, Torino, 1975; J. Bowlby (1980), *Attaccamento e perdita*, vol. 3: *La perdita della madre*, tr it. Boringhieri, Torino, 1983.

³ Termine più volte utilizzato in J. Bowlby, *Una base sicura: applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*, Milano, 1989.

⁴ Sul tema, cfr. *amplius* S. Mitchell, J. Greenberg, *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica*, Bologna, 1997.

di Freud, arriva a metterne in discussione l'assunto in base al quale la *libido* sarebbe primariamente ricerca di piacere; secondo l'autore, la vera meta delle pulsioni libidiche non è il raggiungimento del piacere *tout court*, bensì l'instaurazione di relazioni soddisfacenti con gli oggetti. Nell'accezione sopra esplicitata, la *libido* diventa primariamente una ricerca dell'oggetto⁵. In altre parole, è l'oggetto, ovvero l'Altro nello scambio relazionale, la vera meta libidica secondo Fairbairn. La *libido* sarebbe dunque *ricerca di oggetto*, e il piacere (non già l'obiettivo finale dell'impulso, ma) lo strumento attraverso il quale raggiungere il suo vero fine: la relazione con l'Altro.

Nasceva così, adducendo a tale teorizzazione motivazioni di tipo sia biologico sia filogenetico, la corposa letteratura psicoanalitica che va sotto il nome della *Teoria delle Relazioni oggettuali*, che ancora oggi guida il nostro operato all'interno del *setting* psicoterapeutico.

È, dunque, breve il passo che sancisce la responsabilità degli psicoterapeuti in qualità di custodi della relazione. Se è implicito che nelle professioni di cura i pazienti siano mossi dalla ricerca di un'esperienza correttiva in grado di riparare a quel 'qualcosa che è andato storto', ossia che è stato vissuto come tale nelle loro relazioni primarie, è altrettanto naturale che qualunque rapporto professionista-cliente, in cui il primo si pone necessariamente nella posizione di colui che detiene un sapere, quando non addirittura un potere, e che per questo viene consultato, si fondi su una naturale condizione di asimmetria informativa, che reclama consapevolezza, cura e rispetto.

3. La relazione umana nei progressi delle neuroscienze

Alla corposa letteratura psicoanalitica seguono, in epoca decisamente più recente, le luminose scoperte delle neuroscienze: tra di esse, per importanza, si annoverano, negli ultimi decenni del secolo scorso, le teorie di Damasio. Semplificando e sintetizzando il senso di tali scoperte, si può affermare che i nostri pensieri, le decisioni, le azioni quotidiane che siamo abituati a considerare come facenti parte di un codice di istruzioni di tipo prevalentemente meccanicistico, non siano il frutto di semplici connessioni neuronali (prospettiva riduzionista), bensì esista – per usare le parole di Damasio – un “marcatore somatico”⁶, e cioè uno schema, una sorta di impronta emotiva che ci suggerisce le reazioni possibili di fronte a determinati eventi, e che influenza la nostra condotta in una direzione piuttosto che in un'altra⁷. In questo senso, e segnando

⁵ R.W. Fairbairn, *Studi psicoanalitici sulla personalità*, Torino, 1992, p. 110.

⁶ A.R. Damasio, *L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano*, Milano, 1995, p. 245 ss.

⁷ A.R. Damasio et alii, *Subcortical and cortical brain activity during the feeling of self-generated emotions*, in *Nature Neuroscience*, 2000/3, p. 1049 ss.

un definitivo superamento delle teorie di Cartesio, le emozioni anticipano il pensiero razionale.

Pressoché contemporanea alle ricerche di Damasio, ed altrettanto fondamentale per chiarire il ruolo e la centralità della relazione nell'orientare gli atteggiamenti, azioni e risposte a quanto ci accade intorno, gli studi del gruppo del Professor Rizzolatti di Parma, compiuti negli anni '80-'90 del secolo scorso, approdano nel 1992 ad una scoperta rivoluzionaria, che va sotto il nome emblematico e suggestivo di 'neuroni a specchio'⁸.

Tale scoperta, in estrema sintesi, evidenzia come una particolare tipologia di neuroni, chiamati appunto dal 1992 'neuroni a specchio', collocati in diverse aree del cervello dei mammiferi, si attivino nel soggetto osservato sia nell'atto di compiere una determinata azione, sia, in maniera pressoché identica, quando la stessa specifica azione viene compiuta da altri, e contestualmente osservata dal soggetto.

La portata scientifica di questa scoperta ai fini del ragionamento sin qui condotto è incomparabile: produce evidenza di fenomeni importanti nel campo dell'evoluzione del linguaggio, nella comprensione delle azioni e nel campo dell'apprendimento attraverso imitazione e simulazione dei comportamenti altrui.

Ma vi è di più (e qui si perviene al valore potenziale che questa scoperta ha appena iniziato a dispiegare nella comprensione delle relazioni interpersonali): tali neuroni presiedono altresì la capacità di parti del cervello umano di attivarsi anche di fronte alla percezione delle emozioni altrui, veicolate attraverso moti del volto, prosodia, gesti e suoni. La capacità di codificare istantaneamente questa percezione, e di sintonizzarsi neurologicamente con essa, rende ogni individuo in grado di agire per ottenere quella che gli scienziati chiamano 'partecipazione empatica'. L'empatia, dunque, nell'epistemologia neuro-scientifica, è attivata e sollecitata attraverso i neuroni a specchio.

Si perviene, così, alla comprensione in chiave neurologica di un comportamento bio-sociale, già presente nell'individuo in una fase che precede lo sviluppo della comunicazione linguistica, in grado di caratterizzare e soprattutto orientare le relazioni inter-individuali, costituendo la base dell'intero comportamento sociale.

Da ultimo, e sempre in ambito neurologico, è utile accennare agli sviluppi in chiave relazionale legati alla 'Teoria Polivagale' di Stephen Porges⁹. Sulla base di questa teoria, nel passaggio evolutivo tra rettili e mammiferi che

⁸ G. Rizzolatti, C. Sinigaglia, *Curious Book on Mirror Neurons and Their Myth. Review of Gregory Hickok's "The Myth of Mirror Neurons: The Real Neuroscience of Communication and Cognition"*, in *American Journal of Psychology*, 2015, vol. 128, n. 4, p. 527 ss.

⁹ S.W. Porges, *Polyvagal Theory: A Science of Safety*, in *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 10 May 2022.

ha condotto il nostro sistema nervoso autonomo all'attuale configurazione, un ruolo preminente è svolto dal sistema parasimpatico ventro-vagale, che va ad arricchire la preesistente dicotomia tra sistema simpatico e parasimpatico (o vagale), responsabili, rispettivamente, della nostra sopravvivenza mediante reazioni di attacco e fuga, e di successiva riduzione di tale attivazione per ottenere il recupero della necessaria omeostasi.

La teoria polivagale pone l'enfasi sull'esistenza, all'interno del sistema parasimpatico (come già detto, responsabile del recupero della calma e dell'omeostasi in caso di pericolo), di due ulteriori branche: un circuito ventro-vagale, che presiede, tra il resto, all'attività dei muscoli del volto, dei polmoni, del cuore e regola la nostra capacità di esprimere emozioni, ed un sistema dorso-vagale, che ha un ruolo importante del mantenere l'omeostasi e il controllo delle funzioni viscerali di base (stomaco, intestino tenue, colon e vescica). Il sistema dorso-vagale, più antico, regola dunque organi fondamentali e le loro funzioni, mentre il sistema ventro-vagale è un vero e proprio sistema di regolazione relazionale.

Per meglio comprendere come tutto si armonizzi all'interno delle scienze dell'uomo, e come le scoperte neurologiche vengano a confermare alcune tra le più importanti acquisizioni della letteratura psicoanalitica, Porges sottolinea come il circuito ventro-vagale si attivi solo in condizioni di sufficiente sicurezza, e sia quello più legato ai comportamenti di attaccamento e di cooperazione tipici degli esseri umani; è breve da tale assunto il passo che fornisce una valida spiegazione all'attivazione di comportamenti di affiliazione, vicinanza, collaborazione e aiuto reciproco.

Psicoanalisi e neuroscienze arrivano, dunque, in modo stupefacente e per strade del tutto diverse, ad un evidente punto di contatto: la co-regolazione degli stati autonomi (regolazione e sintonizzazione affettiva secondo il linguaggio psicoanalitico) avviene e si può dispiegare unicamente in condizioni di reciproca sicurezza.

La relazione che cura trova in questa reciproca sicurezza la base di appoggio e il suo punto di massima espressione.

4. La relazione in psicoterapia: alcuni spunti di riflessione

L'esperienza clinica, svolta all'interno del *setting* dello psicoterapeuta, può confermare come la relazione non sia un dato aprioristico né al contempo un mero punto di arrivo del percorso terapeutico.

Non va dato per acquisito che i pazienti siano in grado di apprezzarla, di sentirsi sicuri al suo cospetto, che sia una loro richiesta o, addirittura, che siano giunti in terapia per questo. Sarebbe erroneo presumere che il paziente sia *alle-*

nato alla relazione¹⁰, la sappia maneggiare e non sia disturbato da un'intensità relazionale non regolata espressamente su di lui.

Talvolta il dis-funzionamento di alcuni pazienti non permette loro nemmeno di desiderarla, né di essere consapevoli che l'esperienza di una relazione 'sufficientemente buona' sia quanto occorre loro per dare l'avvio al loro processo di cambiamento, per 'stare meglio'.

Spesso, in questo tempo così traumatico e patogenetico, i pazienti che popolano ambulatori pubblici e studi professionali privati sono per lo più molto lontani dai 'pazienti belli' che aveva in cura Freud, e pensando ai quali il maestro della psicoanalisi aveva tracciato una sorta di decalogo delle idoneità necessarie per il trattamento psicoanalitico. Oggi, l'elenco di pazienti che si situano sul versante nevrotico ad alto funzionamento è quanto mai esiguo; il livello di sofferenza dei pazienti che incontriamo, la loro storia frammentata ed a volte interrotta in talune fasi, frutto sia di un attaccamento disorganizzato con i *care-givers*, sia di successive vicende di vita, necessita di prioritaria e paziente attività psicoeducativa.

Viene da chiedersi, in altre parole, quale tipo di accoglienza avrebbe, oggi, un ipotetico atteggiamento di "attenzione fluttuante", o l'astensione analitica di freudiana memoria, al cospetto del vissuto di uno dei nostri pazienti che, contrariamente alle attese, non esprima il desiderio di un'esplorazione guidata del proprio inconscio, ma che necessiti di un sostegno autentico, quando non anche di un prestito psichico, per trovare soluzioni alla sua giornata.

Il livello di funzionamento 'bio-psico-sociale'¹¹ dei pazienti più sofferenti ci interroga sulla necessità di svolgere prioritariamente un'attività di tipo educativo, quasi didattico, per agevolare nel paziente la nascita di una comprensione, e successivamente di un desiderio, di un livello di relazione che sia per loro accettabile, graduale, in grado di far comprendere, con i giusti tempi, la differenza rispetto ai modelli disfunzionali interiorizzati.

La relazione si può dispiegare soltanto a valle di quest'operazione propeutica, poggiando così su una preconstituita base sicura. Diventa rilevante la personalità dello psicoterapeuta, la sua "pregnanza": non un soggetto in grado di fornire tutte le risposte, ma un professionista adeguatamente formato e dotato degli strumenti necessari per un significativo lavoro di ricerca, da svolgere insieme al proprio paziente. Così, in quella dimensione spazio-temporale che è la stanza della terapia, dove tutto per ogni paziente può nuovamente risciversi,

¹⁰ S. Caudana, B. Bassino, *L'atteggiamento del terapeuta: dalla rappresentazione scenica e fantasmatica alla realtà dell'incontro con il paziente*, ne *Il Sagittario*, nr. 36/2016, p. 8 ss.

¹¹ Termine utilizzato da Alfred Adler e più volte ripreso da H.L. Ansbacher, R.R. Ansbacher, *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Firenze, 1997.

correggersi, e ripensarsi, la relazione diventa il cuore della terapia, ed il setting è il luogo dove questo incontro alchemico si produce.

Lo psicoterapeuta si porrà così nei confronti dei propri pazienti in un assetto mentale e relazionale maieutico, di scoperta, di reificazione e di co-costruzione di nuovi significati. Egli non forza, non induce, non deve necessariamente 'far accadere qualche cosa' nella mente del paziente; al contrario, il terapeuta va inteso come un facilitatore relazionale, ovvero come colui che accompagna, rispettandone i tempi, la mente del paziente a integrare le esperienze sensoriali con gli affetti e i significati.

Pertanto, se è vero che la relazione del bambino con i suoi *care-givers* è la premessa e l'asse portante della sua psiche, il legame che è in grado da solo di condizionare fortemente la qualità del funzionamento psichico dell'individuo lungo tutta la sua esistenza, si rende altresì evidente come la relazione con il terapeuta possa offrire lo spazio ed il tempo di un'esperienza correttiva.

La ricerca clinica in psicologia, segnando un punto di contatto con la medicina antroposofica, si è da tempo orientata a considerare la relazione, da un lato, come un'interfaccia tra funzionamento intrapsichico e interpersonale e, dall'altro lato, un contesto privilegiato di integrazione tra psiche e soma.

In quest'ultima doppia valenza si riassume il ruolo centrale della relazione di cura in Psicoterapia: Freud sosteneva che un individuo psicologicamente in salute è colui che è in grado di amare e lavorare. Amare, per potersi donare senza il timore di perdersi e di dissolversi nell'Altro; lavorare, per ricoprire quel ruolo, quell'attività complessa che parla dell'individuo che la compie, al punto da essere per questi una cifra identitaria.

Alla luce dell'esperienza contemporanea, si potrebbe affermare che Freud indicasse con quei due verbi due competenze squisitamente relazionali, per i quali la cerniera di funzionamento e di integrazione svolta dalla relazione di cura, quando poggia su una profonda alleanza terapeutica tra paziente e clinico e su una robusta e comprovata fiducia, sia in grado di andare a riparare un ordito che per qualche ragione è giunto a quell'incontro sfilacciato, slabbrato, corrugato.

5. La relazione nello studio del commercialista: alcune riflessioni

Risulta intuibile come nella professione del commercialista, così come in quella dello psicoterapeuta, ci si trovi costantemente al cospetto del conflitto, nel tentativo di difendere qualcosa ("l'oggetto buono"), dagli attacchi di chi vorrebbe sottrarlo o ridurlo, sia nel caso in cui l'altro contendente sia rappresentato dall'amministrazione pubblica, sia quando ci si confronti con le controparti di un contratto o, più in generale, di una negoziazione.

Accade spesso che a tale ruolo manifesto il commercialista associ un'attività di tipo inferenziale, volta a ricercare i significati di ciò che i clienti gli richiedono di proteggere, la valenza semantica di quel bene per quella persona o per quella famiglia: il ruolo, l'importanza che quell'oggetto ha per loro, nella loro storia e nella loro univoca attribuzione di senso.

In tali casi, nell'assistere entrambe le parti in conflitto, l'attenzione cerca di indirizzarsi al 'dopo' di quella contesa, con l'obiettivo di mantenere il più possibile intatto l'oggetto del contendere, di preservarne il valore, lavorando affinché le parti possano continuare, nel *post*, a mantenere tra loro una relazione 'sufficientemente buona' nell'accezione intesa da Winnicott, ancorché rimodulata su basi differenti.

Talora, al professionista è richiesto di assistere una sola delle parti in conflitto: ci si riferisce, ad esempio, alle contese con parti terze, per le quali non è infrequente il ricorso all'assistenza di un legale, ovvero la consulenza di un notaio o di un altro professionista (conflitti che quindi prevedono un netto schieramento tra i contendenti).

In tali situazioni, l'attività che paradossalmente risulta più utile è di tipo semantico, di decodificazione. Spesso capita, ad esempio, di assistere ad un incontro di preparazione e di strategia tra avvocato e cliente: si confrontano così due attori sulla scena che hanno età diverse, gradi di preparazione diversi, contesti culturali differenti. Accade talvolta che le persone, senza nemmeno bisogno che appartengano a due fronti opposti, non riescono a comprendersi, non riescono a procedere in sintonia: il professionista si esprime da addetto ai lavori e da par suo, e il cliente, non sempre competente o veloce come il primo, si perde nei passaggi, non riesce a seguire, non ha il tempo di verbalizzare le infinite domande che gli si affollano alla mente e a esprimere perplessità quando non il disagio che avverte.

Se lasciato a se stesso, il cliente non si sentirà compreso, penserà di non aver ottenuto l'obiettivo, e coltiverà sentimenti di frustrazione, di mortificazione o malanimo, nei confronti del professionista, quando non dell'intera categoria, cui questi appartiene.

Può apparire utile in queste situazioni contribuire portando il valore aggiunto di una conoscenza del cliente risalente nel tempo (se la relazione fra cliente e commercialista è di lunga durata) e mettendo a disposizione informazioni utili alla reciproca comprensione. Ciò significa, ad esempio, partecipare attivamente alla conversazione con un ruolo di facilitazione, stimolando le domande del cliente o anche e soltanto creando uno spazio in cui lui si senta autorizzato a porle, circostanziando, puntualizzando i concetti fraintesi per dare consistenza reale a ciò che sta ascoltando. Nuovamente, dunque, una funzione di 'Io ausiliario'.

L'esito di quest'attività di interposizione linguistica si traduce frequentemente nella maggior soddisfazione del cliente, il quale, attraverso atteggiamen-

ti, gesti o parole, restituisce l'esperienza di essere stato prima ascoltato e poi profondamente compreso.

6. La relazione nella Pratica Collaborativa: il ruolo del facilitatore nella negoziazione

La Pratica Collaborativa è un metodo non contenzioso di gestione dei conflitti che si situa all'interno del panorama delle ADR (*alternative dispute resolution*) ovvero dei metodi di risoluzione non avversariale delle controversie¹².

Il metodo collaborativo prevede un percorso strutturato di gestione del conflitto, ove le parti sono poste – come si dice – “al centro”: attraverso un intervento corale, assistite da un *team* di professionisti opportunamente formati, esse possono giungere ad un epilogo che sia non già il frutto della negoziazione riservata tra i rispettivi avvocati difensori, bensì una co-costruzione dell'accordo più indicato per loro, e che per questo presenta caratteristiche di maggior rispondenza e durevolezza.

Si tratta di un lavoro di squadra, per il quale si esce dal contesto consensuale tradizionale di una negoziazione assistita, per lavorare in assetto di ‘gruppo-di-lavoro’, con sessioni congiunte, alla presenza di entrambe le parti in conflitto e del team di professionisti prescelto per assisterli.

Il *team* previsto dal metodo collaborativo prevede, nella prassi, la presenza di un legale per ciascuna parte, nella maggior parte dei casi di un facilitatore, o “esperto delle relazioni”, e molto frequentemente di un esperto finanziario. Ove occorra, in caso di conflitti familiari (separazioni, divorzi) con problematiche a carico di figli minori, è possibile fare ricorso ad un esperto dell'età evolutiva, ugualmente formato ai principi della pratica collaborativa.

Le ultime tre figure professionali, facilitatore, esperto finanziario ed esperto dell'età evolutiva, sono professionisti ‘neutrali’, nel senso che non prestano la loro opera affiancando questa o quella parte, ma sono al servizio della gestione del conflitto, e quindi del tavolo collaborativo.

Tutti i professionisti vengono formati in modo interdisciplinare, potendo così contare su una base di conoscenza e linguaggio comuni, che è presupposto per il miglior accompagnamento delle parti in conflitto.

Ciò che maggiormente differenzia tale metodo dalle altre ADR è il ruolo di protagonisti indiscussi del proprio conflitto che le parti sono calorosamente invitate ad assumere: l'idea sottostante è che soltanto con il lavoro congiunto

¹² Sul tema, cfr. *amplius* Aa.Vv., *La Pratica Collaborativa. Dialogo fra teoria e prassi*, a cura di M. Sala, C. Menichino, Torino, 2017.

delle parti nel ruolo di protagoniste, nell'ascolto e nell'esplicitazione dei reciproci interessi, si possa costruire un accordo che non sia preformato, e che abbia caratteristiche di maggior rispondenza dei bisogni delle parti.

Di nuovo, quindi, un procedimento, e di conseguenza una consulenza professionale che si fonda sulla relazione, e sui numerosi possibili intrecci intersoggettivi che si sviluppano al cospetto del conflitto: dinamiche emotive portate dalle parti, ovvero emergenti tra le parti e i propri avvocati, con gli altri professionisti del *team*, e relazioni che a loro volta costoro intrecciano con i clienti al tavolo negoziale.

A ciò si aggiungono le dinamiche relazionali tra professionisti che, seppur formati agli stessi principi e secondo un approccio interdisciplinare, non sono necessariamente abituati a lavorare insieme.

L'esperto delle relazioni, altresì detto 'facilitatore della comunicazione', è la figura che, per tutta la durata del procedimento, ha il compito, unitamente agli altri professionisti del *team*, di monitorare le forze che si sviluppano attorno al tavolo, talora assecondandole (ove funzionali all'emersione di bisogni), più spesso contenendo l'*escalation* conflittuale. È inoltre colui, o colei, che presidia il corretto fluire della comunicazione, ne ricorda le regole nell'intreccio con i principi della pratica collaborativa, mantiene vivo il dialogo, contiene, anche in questo caso, gli eccessi.

E se è vero che la relazione che l'esperto facilita nel corso del procedimento collaborativo presenta analogie con quella che si sviluppa nel percorso terapeutico – avvalendosi di strumenti simili quali la riformulazione, l'ascolto attivo ed empatico, la chiarificazione, il rispecchiamento, l'*empowerment* e il rinforzo identitario –, è altrettanto vero che esistono profonde differenze tra i due diversi *setting*; a mero titolo di esempio, il facilitatore non è al servizio di una sola delle parti, e non può mantenere segreti a lui confidati da una di esse, svolgendo il ruolo di garante della trasparenza sancita con l'accordo di partecipazione; deve, in altri termini, mantenere un ruolo di coordinamento neutrale al servizio della gestione del conflitto.

Come ogni relazione che rispecchi questo termine secondo le accezioni indicate, quella che il *team* collaborativo avvia e alimenta attorno al tavolo è intesa a fornire quella '*base sicura*' di cui necessitano le parti coinvolte per sentirsi rassicurate, ed essere così in grado di sperimentare l'affidamento necessario per un cambiamento apprezzabile. È esperienza comune che il cambiamento che ha luogo sia di portata tale da indurre una trasformazione rilevante anche nei professionisti del *team*.

La relazione dell'esperto della comunicazione con i suoi clienti in questo ambito ha, come si diceva poc'anzi, alcune caratteristiche del tutto simili a quelle del contesto della terapia: preziosa, tra tutte, la sospensione del giudizio di husserliana ispirazione, ossia quel sostare al fianco dal cliente, assumendo le sue categorie valoriali e deponendo il più possibile le nostre,

per poter guardare il suo conflitto con i suoi occhi, e permettere così pieno dispiegamento dell'empatia. In altre parole, si accoglie il mondo dei significati e dei significanti dell'Altro, astenendosi il più possibile dal prendere posizione rispetto ad essi.

In questo esercizio di maieutica e di rispecchiamento reciproco si dispiegano, ad un tempo, la relazione di cura e la cura della relazione, che non solo fanno della pratica collaborativa un metodo di risoluzione non avversariale delle controversie, ma la rendono altresì quel movimento relazionale e sociale che così significativamente orienta l'operato di professionisti e clienti anche al di fuori della pratica medesima, nel quotidiano.

7. Conclusioni

Il cliente del professionista, quale che sia la professione, va incontro alla relazione, e da essa riceve luce. Egli trae beneficio da uno sguardo caldo, orientato alla ricerca e ad una comprensione 'meta', in grado di andare oltre il significato manifesto che riferisce, sempre riflessivo e mai fermo: uno sguardo che non pretende di avere le risposte, ma che si dichiara disponibile a cercarle, continuamente, in un esercizio costante, artigianale, ritagliato *ad hoc* sul cliente.

La relazione che cura è una relazione in cui l'ascolto non è inteso alla formulazione di una risposta, così come spesso accade in ambito professionale, ma è orientato anzitutto alla comprensione, a quel *cum-prehendere* che ha anche il significato di tenere insieme, di racchiudere, di contenere.

La cura della relazione, d'altro canto, prevede un contenimento reciproco, un luogo non fisico dove alberghi e si dispieghi quell'empatia che è riconosciuta essere il motore più efficace per il cambiamento.

Riferimenti bibliografici

AA.VV., *La Pratica Collaborativa. Dialogo fra teoria e prassi*, a cura di M. Sala, C. Menichino, Torino, 2017; H.L. Ansbacher-R.R. Ansbacher, *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Firenze, 1997; J. Bowlby (1969), *Attaccamento e perdita*, vol 1: *L'attaccamento alla madre*. Tr it. Boringhieri, Torino, 1972; J. Bowlby (1973), *Attaccamento e perdita*, vol 2: *La separazione dalla madre*. Tr it. Boringhieri, Torino, 1975; J. Bowlby (1980), *Attaccamento e perdita*, vol 3: *La perdita della madre*. Tr it. Boringhieri, Torino, 1983;]; S. Caudana-B. Bassino, *L'atteggiamento del terapeuta: dalla rappresentazione scenica e fantasmatica alla realtà dell'incontro con il paziente*, ne *Il Sagittario*, nr. 36/2016; A.R. Damasio, *L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano*, Milano, 1995; A.R. Damasio et alii, *Subcortical and cortical brain activity during the feeling of self-generated emotions*, in *Nature Neuroscience*, 2000/3; R.W. Fairbairn, *Studi psicoanalitici sulla personalità*, Torino, 1977; E. Husserl, *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen philosophie*, trad. it. *Idee*

per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica, I, a cura di V. Costa, Torino, 1965; S. Mitchell-J. Greenberg, *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica*, Bologna, 1897; S.W. Porges, *Polyvagal Theory: A Science of Safety*, in *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 10 May 2022; G. Rizzolatti-C. Sinigaglia, *Curious Book on Mirror Neurons and Their Myth. Review of Gregory Hickok's "The Myth of Mirror Neurons: The Real Neuroscience of Communication and Cognition"*, in *American Journal of Psychology*, 2015.

Dal Tu al Noi: pratica della cura delle relazioni e processi di cambiamento per le persone e le organizzazioni

Rossella Cardinale

SOMMARIO: 1. Pratica della cura delle relazioni e cambio di paradigma: un'opportunità – 2. Ascolto empatico ed empowerment. – 3. Un caso pratico. – 4. Allenare l'intelligenza emotiva. – 5. Cura delle persone e benessere organizzativo. – 6. Conclusioni.

1. Pratica della cura delle relazioni e cambio di paradigma: un'opportunità

La maggior parte delle persone non raccontano le loro storie per ottenere consigli, ma per essere ascoltate. Parrebbe che più profondo è il livello di ascolto e di cura che tributiamo all'altro, maggiore è il livello di sicurezza che prova chi racconta, al punto che, nel momento in cui entriamo in sintonia profonda con l'altro, in qualche modo diveniamo l'altro.

Ma per entrare in contatto con questo sentire, dobbiamo andare oltre la dimensione dell'Io e percepirci in una dimensione psicologica più ampia e fondata sulla relazione, che Vittorino Andreoli chiama la 'psicologia del Noi': "Non esiste una psiche dell'Io – dice l'illustre psichiatra –, ma una dell'insieme ed è solo in questa relazione che l'Io nasce e si rappresenta. Senza l'incontro, l'apparato psichico rimane una potenzialità inespressa"¹.

In altri termini la relazione lega, anche inconsapevolmente, i soggetti tra loro e si struttura diacronicamente, in termini di valori, significati, rituali e aspettative di ruolo sociale.

Il contesto organizzativo primigenio in cui si sviluppa la relazione è la famiglia: le relazioni familiari sono fondamentali nel plasmare la natura dell'individuo e stabiliscono vincoli a cui non ci si può sottrarre².

"Le famiglie organizzano le relazioni primarie che collegano e legano le differenze cruciali inerenti alla natura umana: differenze di genere, generazione e lignaggio (da parte paterna o materna). Tali relazioni producono un bene re-

¹ V. Andreoli, *La psicologia del noi. Oltre la dimensione dell'Io*, Milano, 2021, p. 55 ss.

² Cfr. *amplius* E. Scabini, V. Cigoli, *Il familiare. Legami, simboli e transizioni*, Milano, 2000, p. 14 ss.; E. Scabini, R. Iafrate, *Psicologia dei legami familiari*, Bologna, 2003, p. 49.

lazionale – la generazione successiva – che è essenziale per la comunità umana. (...) La relazione familiare è anche una relazione primaria perché i membri della famiglia sono legati tra loro come persone, cioè nella totalità e unicità del loro essere ed esistere, indipendentemente dai ruoli e dai compiti che devono svolgere. In altre parole, la persona, in quanto essere relazionale, ha un valore intrinseco non determinato dal valore di utilità, che non può essere realmente negoziato, anche se ciò è accaduto e accade tuttora con frequenza impressionante”³.

La relazione è composta da tre elementi: Io, Tu e Noi. Ed è sul Noi, ossia sulla dinamica relazionale, che vorremmo focalizzare l’attenzione nelle pagine che seguono.

Non è possibile modificare il mondo esterno se non ci si rende disponibili a cambiare prima se stessi: in ciò, la relazione può concorrere a facilitare il cambiamento, perché ogni essere umano è profondamente connesso con l’altro.

Da più parti si sottolinea, infatti, la predisposizione neurobiologica dell’essere umano all’intersoggettività. Già Aristotele aveva riconosciuto come la specie umana sia essenzialmente sociale. Lo psichiatra e neuroscienziato americano Siegel⁴ evoca la nozione di “mente relazionale”, che emerge dall’interazione tra processi neurofisiologici e relazioni interpersonali. Anche secondo lo psicanalista Daniel Stern⁵, la nostra vita mentale è “frutto di una *co-creazione*, di un dialogo continuo con le menti degli altri (...), la c.d. matrice intersoggettiva”.

La matrice dell’intersoggettività ci apre ad un nuovo orizzonte: “i confini tra noi stessi e gli altri si rivelano più permeabili di quanto abbiamo creduto, pur rimanendo confini, perché l’intersoggettività non è fusione, né confusione (...) Tutto quanto pensiamo, sentiamo e desideriamo è influenzato dai pensieri, dai sentimenti e dalle intenzioni degli altri in un dialogo incessante, reale o virtuale”⁶.

L’empatia⁷ viene, dunque, ad essere identificata come la base della vita sociale, che consente di realizzare quello che Martin Buber definisce il rapporto

³ Traduzione a cura di chi scrive di un passaggio del testo originale di E. Scabini, V. Cigoli, *Family Identity, Ties, Symbols, and Transition*, New York, 2006, p. 806.

⁴ D.J. Siegel, *La mente relazionale. Neurobiologia dell’esperienza interpersonale*, 3^a ed., Milano, 2021.

⁵ D. Stern, *Il momento presente*, Milano, 2005, p. 77.

⁶ F. Pasini, *Un essere unico. Dal trauma all’aggressività*, Firenze, 2010, p. 116 ss., che fa ampio riferimento agli insegnamenti di R. Assagioli, *Principi e Metodi della Psicointegrazione terapeutica*, Firenze, 1965.

⁷ Con tale lemma (con cui si rende in italiano quello tedesco di *Einfühlung*) si intende solitamente la capacità di porsi nella situazione di un’altra persona o, più esattamente, di comprendere immediatamente i processi psichici dell’altro.

Io-Tu, e cioè quello tra due soggettività diverse ma equivalenti, diverso dal rapporto Io-Esso, dove l'altro è mero oggetto⁸.

Il punto di vista che si vuole portare in questa sede è, dunque, un punto di vista integrato, che, sulla base di una diversificazione di esperienze professionali in ambiti affini, ma differenti (che vanno dal *counseling* individuale e organizzativo⁹ alla facilitazione della comunicazione¹⁰ nella Pratica Collaborativa¹¹, all'attività formativa aziendale sui temi dell'intelligenza emotiva), possa aiutare a spostare l'attenzione dal professionista alla relazione e partire da essa per rifondare anche la relazione trasformativa con se stessi.

Questa visione, centrata sulla relazione con l'altro, è destinata a comportare un autentico salto di paradigma per il professionista che la faccia propria. Chi vi si riconosca, qualora intenda radicarla profondamente in sé, sarà indotto a considerare con maggior senso di responsabilità anche i moti provenienti dal proprio stato d'animo: emozioni, sentimenti e pensieri possono, infatti, contribuire a modificare la vita delle persone con cui si viene a contatto nel contesto professionale. Prendersi cura della relazione non si può, quindi, ridurre, da

⁸ M. Buber, *Io e tu*, in Id., *Il principio dialogico e altri saggi*, Milano, 1958, pp. 9-10 e 57-58. Anche la teoria dei neuroni specchio, elaborata nel 1992 dal neuroscienziato Giacomo Rizzolatti, ci ha insegnato che ogni risonanza empatica instaura un legame cervello-cervello: nei due cervelli si attivano circuiti paralleli che portano le persone a contaminarsi vicendevolmente, rendendo le emozioni contagiose, poiché il riconoscimento reciproco non avviene attraverso un ragionamento concettuale, ma con un processo percettivo che riguarda la sfera intuitiva.

⁹ Si tratta di un intervento attuabile in diversi contesti organizzativi, "caratterizzati da politiche delle risorse umane di tipo innovativo. Gli interventi di Counseling di gruppo organizzativo si rivolgono direttamente ai destinatari degli interventi stessi per coltivare e valorizzare la dimensione esperienziale della loro partecipazione ai processi di lavoro e organizzazione". La nozione è tratta da A.R. Scolamiero, M. Tommasini, P. Trentin, *Il giardino dell'umano. Counseling di gruppo nelle organizzazioni*, Roma, 2017, p. 23.

¹⁰ Nella Pratica Collaborativa, "il facilitatore o esperto delle relazioni è un professionista competente nelle dinamiche relazionali e comunicative (psicologo, counselor, coach, mediatore), che svolge il compito di aiutare le persone coinvolte a parlarsi in maniera costruttiva, a esprimere ciò che per loro è importante (anche in termini di bisogni o emozioni) e a mantenere contemporaneamente il *focus* sugli obiettivi che il *team* si è dato. Il suo compito è quello di essere custode di tutte le fasi del procedimento, creando un clima di fiducia e ascolto, ma anche di comprendere e sciogliere, ove necessario, le dinamiche comunicative. Ha anche una funzione di 'allenatore', poiché detta il ritmo del procedimento e consente agli avvocati, oltre che alle parti, di restare focalizzati" (M. Sala, R. Cardinale, *Conflitti. Nella coppia, tra fratelli, in azienda, Conversazioni fra un avvocato e una counselor*, Milano, 2021, p. 77 ss).

¹¹ Come illustrato in M. Sala, R. Cardinale, *Conflitti. Nella coppia, tra fratelli, in azienda*, cit., p. 75 ss., la Pratica Collaborativa è "un metodo di negoziazione cooperativo che prevede il coinvolgimento diretto delle parti, assistite dai rispettivi avvocati, con l'intervento, nel *team* dei professionisti, di esperti neutrali (facilitatore, esperto finanziario, esperto dell'età evolutiva) (...). Le parti si impegnano, con un contratto scritto, a negoziare in buona fede con lealtà, trasparenza e riservatezza. Gli avvocati e gli altri professionisti hanno un mandato finalizzato alla negoziazione collaborativa: in caso di mancato raggiungimento dell'accordo, i professionisti non potranno assistere i clienti né in un successivo giudizio che li veda contrapposti, né in un altro tipo di negoziazione".

parte del professionista, alla dimensione di un gesto legato a situazioni temporanee, ma deve fondarsi su una pratica costante.

Nell'omonimo mito, raccolto da Higynus nel II secolo d.C.¹², fu a Cura che venne concesso di restare durante la vita intera accanto alla creatura che aveva creato dal fango argilloso, nonostante la contesa con Giove e con Terra, che, a diverso titolo, ne rivendicavano la paternità. Il simbolo potente che il mito sembra esprimere ci porta ancora una volta a riflettere sul bisogno profondo dell'uomo di essere sostenuto dalla cura e sulla centralità della struttura relazionale, che consente all'essere umano di definirsi tale¹³.

2. Ascolto empatico ed *empowerment*

Il professionista che si dedichi a lavorare sull'ascolto profondo durante un colloquio consente al cliente di creare da sé le basi e il percorso per il proprio cambiamento. Quando le persone si sentono accettate e valorizzate, tendono a sviluppare un atteggiamento di maggior cura verso se stesse, al punto che diventa loro possibile prestare un ascolto più accurato al flusso delle loro stesse esperienze interiori: man mano che una persona comprende se stessa, la sua manifestazione esterna diventa più congruente. L'effetto visibile è quello di una maggiore autenticità e genuinità¹⁴.

Nella relazione professionale, la disposizione d'animo di astensione dal chiacchiericcio interiore, il "farsi canale"¹⁵ è un evento frutto di un'alchimia, che presuppone che entrambe le parti del processo di cambiamento siano, però, disponibili. E allora imparare ad abbandonare il proprio sé all'altro trasforma anche il professionista, che rinasce a nuova vita.

Per attivare questa predisposizione e disposizione all'ascolto occorre farsi carico di una *humanitas* che è sì devozionale comprensione dell'altro, ma è anche accettazione di se stessi come esseri umani mortali e imperfetti. Occorre in altri termini sviluppare quello che Adler chiama "il coraggio dell'imperfezione", ossia la capacità di sbagliare, ma anche quella di godere del processo della vita in tutte le sue fasi, avendo a cuore il benessere degli altri¹⁶.

¹² Higynus, *Liber Fabularum*, II sec. d.C. (per una sintesi del mito, v. D. Frigoli, *Trauma, dissociazione e terapia: il cervello che cambia*, in questo volume).

¹³ Sulla socialità dell'uomo civile, rimangono magistrali le pagine di A. Falzea, *Introduzione alle scienze giuridiche. Il concetto del diritto*, Milano, p. 2008, 8 ss.

¹⁴ C.R. Rogers, *Un modo di essere*, Firenze, 2015, p. 125 ss.

¹⁵ R. May, *L'arte del counselling. Il consiglio, la guida, la supervisione*, Roma, 1991, p. 71 ss.

¹⁶ A. Adler, *Understanding Human Nature*, Hazelden, 1998, citato da R. May, *L'arte del counselling. Il consiglio, la guida, la supervisione*, Roma, 1991, p. 114.

In altre parole, occorre lavorare sull'*empowerment*¹⁷, ossia sul potenziamento delle risorse individuali e sulla capacità della persona di affrontare proficuamente i cambiamenti, trasformandoli in opportunità di crescita.

L'*empowerment*, già dal punto di vista lessicale, integra due nature, quella del percorso per raggiungere un obiettivo e quella del risultato del percorso stesso¹⁸: ricorrendo alla semplice scomposizione del termine inglese, può essere, quindi, descritto come “il processo e il risultato di un movimento positivo verso l'acquisizione di potere, inteso come potenzialità individuale o di gruppo”.

Il concetto di *empowerment* appare, però, piuttosto complesso e multidimensionale¹⁹, poiché coinvolge: (i) lo sviluppo di un maggior senso di sé in rapporto con il mondo; (ii) l'utilizzo dell'intelligenza sociale per comprendere come le forze esterne influenzino il proprio mondo e come ne siano influenzate; (iii) l'elaborazione di strategie funzionali e il reperimento di risorse adeguate al raggiungimento dei propri scopi.

L'*empowerment* inteso come processo e al contempo come risultato è, quindi, un comportamento intenzionale che sembra andare oltre la mera valorizzazione delle proprie risorse in contesti differenti: la multidimensionalità del costruito implica indagini volte ad esplorarne i contorni in ambito individuale, organizzativo e sociale, tutti profondamente collegati tra loro e aventi come obiettivo comune quello di acquisire padronanza della propria vita, fiducia negli altri e consapevolezza critica dei contesti in cui si opera²⁰, oltre alla possibilità di essere agenti di cambiamento per ottenere i risultati desiderati.

3. Un caso pratico

L'*empowerment* individuale è un processo evolutivo che non segue logiche dicotomiche (presente/assente), ma può essere favorito e attivato dalla presenza di un professionista attento e che abbia cura di facilitare la “liberazione” delle competenze già presenti in ogni persona: ciascuno può essere in grado di attivare un atteggiamento proattivo nei confronti della realtà, basato sulla

¹⁷ L'*Empowerment* viene definito nel *Dizionario di economia e Finanza Treccani* (2012) come l'“insieme di azioni e interventi mirati a rafforzare il potere di scelta degli individui e ad aumentarne poteri e responsabilità, migliorandone le competenze e le conoscenze. Il concetto di *empowerment* («mettere in grado di») compare negli studi di politologia statunitensi tra gli anni 1950 e 1960 in riferimento all'azione per i diritti civili e sociali delle minoranze e ai movimenti per l'emancipazione delle donne”. Per approfondimenti, v. L. Dallago, *Che cos'è l'empowerment*, Roma, 2006.

¹⁸ L. Dallago, *Che cos'è l'empowerment*, cit., p. 8 ss.

¹⁹ Cfr. C. Kiefer, *Citizen Empowerment: a Development Perspective*, in *Prevention in Human Service*, 1984/3, p. 9 ss., richiamato da L. Dallago, *Che cos'è l'empowerment*, cit., p. 38 ss.

²⁰ Sull'*empowerment* psicologico (nelle tre componenti: intrapersonale, interpersonale e comportamentale), v. L. Dallago, *Che cos'è l'empowerment*, cit., p. 51 ss.

percezione di autoefficacia delle sue azioni, sulla motivazione a raggiungere gli obiettivi, su strategie volte a trasformare i comportamenti.

Può essere, al riguardo, utile mettere il lettore a parte di un esperimento cui chi scrive ha partecipato alcuni anni or sono, nell'ambito di un'attività di consulenza per una società di formazione manageriale²¹.

Con l'obiettivo di testare sul mercato un nuovo strumento digitale (una 'App') che consentiva di misurare quantitativamente il cambiamento prodotto dalle attività di formazione e di counselling erogate, è stato realizzato un *beta-test* in ambito universitario, rivolto agli studenti del terzo anno della Scuola di Economia e Management di una università privata italiana, nell'ambito del Corso di Intelligenza emotiva e relazionale.

L'applicazione di cui si tratta consiste in un sistema di autovalutazione e di monitoraggio di alcuni comportamenti che il volontario, in un *assessment* iniziale, dichiara di voler modificare, poiché ritenuti significativi per la propria crescita personale e professionale.

Normalmente utilizzata in ambito aziendale, la *App* è stata testata nei mesi di aprile/maggio 2016 su un campione di 12 studenti volontari.

L'identificazione degli *items* di cambiamento è stata preceduta da un colloquio individuale di focalizzazione e ha richiesto alcuni accorgimenti importanti:

- l'obiettivo andava definito dagli studenti in maniera chiara, semplice e inequivocabile e, se troppo vasto, andava scomposto in più azioni;
- il comportamento scelto doveva essere osservabile da sé stessi e dagli altri e valutabile nel tempo;
- il lessico per l'esplicitazione del comportamento, richiedeva l'utilizzo di un verbo coniugato al modo infinito presente.
- i comportamenti o le azioni identificate avrebbero dovuto essere svolte tutti i giorni in un tempo stimato di circa 10 secondi.

L'*item* di cambiamento evidenziato è stato oggetto di un'autovalutazione iniziale (con un voto da 1 a 10) e, poi, monitorato quotidianamente per tre settimane, attraverso un sistema di messaggistica telefonica. Il sistema consente, infatti, di inviare quotidianamente sullo *smartphone* della persona che vuole attivare il cambiamento l'elenco degli *item* prescelti per l'autovalutazione e di valutare la propria *performance* con voto da 1 a 10. Alla fine di ogni settimana, ad ogni studente veniva inviato un grafico che illustrava la progressione delle autovalutazioni della settimana, accompagnato da alcune brevi note di commento, volte a restituire una visione evolutiva del processo di autovalutazione.

Al termine delle tre settimane, è stato effettuato un nuovo colloquio di restituzione e di valutazione condivisa dell'esperienza.

²¹ La società cui si fa riferimento è OPENHS s.r.l. di Milano.

È convincimento diffuso quello per cui per formare una nuova abitudine servano dai 21 ai 30 giorni. Queste tempistiche sono frutto delle conclusioni a cui era giunto un noto chirurgo plastico, Maxwell Maltz, osservando quanto impiegavano i pazienti ad abituarsi al loro nuovo *look*, dopo l'operazione²².

In realtà, ricerche successive²³ hanno esplorato il tempo necessario per creare un'abitudine nel mondo reale e i risultati raggiunti hanno portato a concludere che, per creare un'abitudine, servano in media 66 giorni.

La ricerca ha, però, confermato il fatto che ripetere un comportamento più volte porti ad un suo apprendimento, che diventa automatico.

Nell'esperimento con gli studenti universitari l'aspetto più complesso ha riguardato l'identificazione del comportamento da modificare: la persona normalmente ha in sé la forza di cambiare, ma è importante comprendere il suo punto di vista sulla situazione e sugli strumenti che intende adottare per realizzare il cambiamento.

Lavorare con gli studenti è stata, in quest'ottica, un'esperienza interessante: in un'ora di colloquio tutti e dodici gli studenti (sette maschi e cinque femmine) sono velocemente entrati in una condizione di disponibilità che ha consentito loro di acquisire consapevolezza circa il comportamento che intendevano modificare, attivando così, attraverso un processo per così dire maieutico, il primo passo per realizzare il cambiamento stesso.

L'esperimento in questione ha consentito di toccare con mano come lo spazio e il tempo della relazione, unitamente ad una focalizzazione mirata sul comportamento da trasformare, possano facilitare processi di trasformazione.

La focalizzazione durante il colloquio motivazionale²⁴ costituisce, dunque, lo snodo fondamentale per individuare la direzione da imprimere al cambiamento, attraverso la relazione d'aiuto.

In quest'ottica appare interessante il modello del colloquio motivazionale di Miller²⁵, che propone uno stile di comunicazione collaborativo, cen-

²² Egli pubblicò l'esito di queste intuizioni in un libro del 1960, tradotto e pubblicato in Italia nel 1965 con il titolo '*Psicocibernetica*'. Secondo l'Autore, la natura ci ha dotati di un servo-mecanismo (la nostra mente), che se adoperato in modo corretto ci permette di raggiungere qualsiasi obiettivo decidiamo di porci: le abitudini si formano associando una situazione e un'azione (un comportamento) e ripetendo quel comportamento in quella precisa situazione, finché il comportamento diventa automatico. L'automaticità viene evidenziata da una o tutte le seguenti caratteristiche: efficienza, mancanza di consapevolezza, mancanza di intenzione e di controllo. L'Autore fu preso alla lettera per anni, nonostante il suo assunto non fosse il risultato di una ricerca e lui stesso originariamente avesse detto che occorre un tempo minimo di 21 giorni per istituire un'abitudine.

²³ P. Lally, C.H.M. van Jaarsveld, H.W.W. Potts, J. Wardle, *How are habits formed: Modelling habit formation in the real world*, in *European Journal of Social Psychology*, 2010, n. 40, p. 998 ss.

²⁴ W.R. Miller, S. Rollnick, *Il colloquio motivazionale (Aiutare le persone a cambiare)*, Trento, 2014.

²⁵ W.R. Miller, S. Rollnick, *Il colloquio motivazionale (Aiutare le persone a cambiare)*, cit., 2014, p. 49 ss.

trato sul cliente, volto essenzialmente ad affrontare il problema, assai diffuso, dell'ambivalenza rispetto al cambiamento, con l'obiettivo di rafforzare la motivazione personale e l'impegno verso un obiettivo specifico, in un clima di totale accettazione e fiducia.

La conduzione del colloquio dovrebbe svolgersi con un intervento intenzionale di facilitazione dell'espressione del cliente, attraverso l'utilizzo di domande aperte e di riformulazioni²⁶.

Nel corso delle tre settimane, i ragazzi hanno mostrato progressivi miglioramenti, non senza attraversare anche fasi regressive rispetto agli obiettivi che si erano posti, benché tutti abbiano dichiarato che è stato per loro decisivo essere sostenuti dagli incoraggiamenti ricevuti.

Da quel che hanno riferito nel colloquio finale, ciò che più è apparso significativo per loro è stata la possibilità di ristrutturare la narrazione del proprio comportamento. Il fatto stesso di avere ogni giorno il compito di valutare se stessi, portando un'attenzione oggettivata sulle proprie azioni, ha consentito loro di influenzare il processo di cambiamento.

4. Allenare l'intelligenza emotiva

Assumersi la responsabilità delle proprie azioni, orientando il proprio potenziale verso scelte consapevoli, commisurate agli strumenti di cui si dispone e alle opportunità che si presentano, genera benessere. La risorsa indispensabile per affrontare questo processo è l'intelligenza emotiva, una componente dell'intelligenza composta da un insieme di competenze che ci consentono di riconoscere, gestire e comunicare correttamente le nostre emozioni, per il raggiungimento degli obiettivi.

Storicamente, la comprensione dei meccanismi che animano il benessere e la capacità di prendere decisioni sono stati oggetto di diversi studi da parte della Psicologia positiva e delle Neuroscienze che, a partire dagli anni '80 e '90, hanno sostenuto, a più riprese, che competenze emozionali e cognitive sono intimamente collegate.

Howard Gardner coniò il termine di "intelligenze multiple"²⁷, andando oltre la teoria imperante che valorizzava solo l'intelligenza cognitiva e arrivando così a individuare sette tipi di intelligenze diverse (linguistica, musicale, logico-matematica, spaziale, cinestetica, interpersonale, intrapersonale), cui – in studi successivi – se ne aggiunsero altre, tra cui l'intelligenza "tassonomica-naturalistica" e quella "spirituale". Gardner dimostrò, inoltre, che la valorizzazione di uno o più aspetti dell'intelligenza può favorire i processi di apprendimento.

²⁶ A. Di Fabio, *Counselling. Dalla teoria all'applicazione*, Firenze, 2015, p. 196 ss.

²⁷ H. Gardner, *Formae Mentis. Saggio sulla pluralità delle intelligenze*, Milano, 2010.

“L’intelligenza interpersonale” – sosteneva Gardner – “è la capacità di comprendere gli altri, le loro motivazioni, il loro modo di lavorare, scoprendo come sia possibile cooperare con essi in maniera collaborativa (...). L’intelligenza intrapersonale (...) è una capacità correlativa rivolta verso l’interno: è l’abilità di formarsi un modello accurato e veritiero di sé stessi e di usarlo per operare efficacemente nella vita”²⁸.

Cominciò, dunque, ad emergere l’idea che l’intelligenza intrapersonale, se letta come la chiave per accedere alla conoscenza di sé, comprenda anche la possibilità di accedere ai propri sentimenti e di discriminarli, assumendoli come base del proprio comportamento.

Nella visione di Gardner, però, prevaleva ancora un certo approccio cognitivo, che rifletteva lo spirito dominante della psicologia, al tempo in cui le sue idee presero forma²⁹.

Già nel 1922 E.L. Thorndike aveva dimostrato il peso che aveva nel QI (quoziente intellettivo) di un individuo la sua intelligenza sociale, intesa come «la capacità di comprendere gli altri e di agire saggiamente nelle relazioni umane»³⁰.

Nel 1990 i professori P. Salovey e D. Mayer iniziarono a circoscrivere il concetto di intelligenza emotiva come «la capacità di monitorare le proprie e le altrui emozioni, di differenziarle e di usare tali informazioni per guidare il proprio pensiero e le proprie azioni»³¹. Gli studi sui pazienti con danni permanenti all’amigdala (la parte più antica del cervello che aiuta la regolazione delle emozioni) avevano, infatti, dimostrato che queste persone erano rimaste lese non solo nella capacità di percepire le proprie emozioni, ma anche in quella di prendere decisioni elementari. L’implicazione di questa scoperta fu l’assunto per cui ogni decisione non è frutto della sola parte emozionale o razionale, ma deriva dal combinato disposto di entrambe.

Nel 1996, Daniel Goleman pubblicò un celebre libro³² con cui proponeva il tema al grande pubblico, ponendo l’accento sull’importanza di acquisire consapevolezza del proprio vissuto emozionale, per comprendere e attivare il cambiamento.

²⁸ H. Gardner, *Multiple Intelligence: The Theory in Practice*, NY, 1993 (trad. it. di I. Blum, *L’educazione delle intelligenze multiple, Dalla teoria alla prassi pedagogica*, Roma, 1993, p. 9).

²⁹ A metà del secolo trascorso, infatti, la psicologia accademica era dominata dai comportamentisti della scuola di Skinner, che riteneva studiabile scientificamente solo il comportamento osservabile oggettivamente dall’esterno. Cfr. per tutti. B.F. Skinner, *Science and human behavior*, New York, 1953; J. Holland, B.F. Skinner, *The analysis of behaviour*, New York, 1961.

³⁰ E.L. Thorndike, *Intelligence and its uses*, in *Harper’s Magazine*, 1920, n. 140, p. 228.

³¹ P. Salovey, J. Mayer, *Emotional Intelligence in Imagination, Cognition and Personality*, 1989-90, vol. 9(3) p. 185 ss.

³² D. Goleman, *Intelligenza emotiva*, Milano, 1996, p. 63 ss.

L'autoconsapevolezza prese allora la forma di un "testimone di sé", interessato agli eventi e tuttavia non reattivo, una sorta di osservatore silente che riesce ad essere consapevole del proprio stato d'animo e dei pensieri su di esso.

L'intelligenza emotiva, secondo Goleman, è un insieme di competenze che non solo possono essere apprese, ma devono anche essere allenate.

Le cinque competenze che compongono l'intelligenza emotiva possono essere, in sintesi, descritte come segue:

- l'*autoconsapevolezza* consente di conoscere e di saper esprimere i propri sentimenti apertamente, e di evidenziare i propri punti deboli e di forza;
- l'*autocontrollo* aiuta a dominare le emozioni forti e i turbamenti, per incanalarli verso fini costruttivi;
- l'*empatia* facilita la capacità di percepire e riconoscere i sentimenti degli altri, favorendo la sintonizzazione emotiva;
- la *motivazione* rende capaci di guidare e spronare sé stessi al raggiungimento dei propri obiettivi;
- le *abilità sociali* favoriscono la gestione delle emozioni nelle relazioni e aiutano a leggere accuratamente le situazioni sociali³³.

Abituarsi ad allenare tali competenze con metodo e disciplina, come avviene per qualsiasi altro muscolo del corpo, potrebbe portare innumerevoli benefici, se consideriamo che le emozioni veicolano informazioni, la cui comprensione può aiutare l'essere umano a dirigere le energie in una direzione più feconda per sé.

Inoltre, le emozioni possono essere utilizzate per facilitare il pensiero: i neuroscienziati hanno, infatti, scoperto che le emozioni possono aiutare a dare priorità ai propri desideri, favorendo la promozione di comportamenti vantaggiosi.

L'intelligenza emotiva va, quindi, considerata come un insieme di risorse, utili a dare corpo alle decisioni, predire e raggiungere obiettivi di realizzazione personale, comprendere gli altri e costruire relazioni salutari.

5. Cura delle persone e benessere organizzativo

Anche all'interno delle organizzazioni si è ormai diffusa la consapevolezza di quanto sia importante favorire una cultura che valorizzi l'intelligenza emotiva: progettare organizzazioni emotivamente intelligenti vuol dire mettere al centro il benessere delle persone.

Il mondo del lavoro sta vivendo, infatti, un periodo di grande cambiamento.

³³ D. Goleman, *Intelligenza emotiva*, cit., p. 64.

A seguito della pandemia, del processo di digitalizzazione globale e della riorganizzazione dei modelli di lavoro veicolati dall'importanza assunta dal lavoro da remoto, sono emerse nuove esigenze che hanno spostato il *focus* degli obiettivi professionali su flessibilità, benessere psico-fisico e valorizzazione delle reti relazionali.

Inoltre, studi scientifici sulla meta-competenza strategica del *Networking*³⁴ mostrano la necessità di ripensare e riprogettare le relazioni, in modo che una differente cultura delle relazioni professionali possa valorizzare il capitale sociale, ovvero la capacità delle organizzazioni di spendersi e cooperare per facilitare il raggiungimento di benefici comuni.

Nel mondo delle organizzazioni ci si è ormai resi conto che i programmi di salute e benessere sul luogo di lavoro (nelle diverse declinazioni già prese in considerazione dalla normativa sulla Sicurezza nei luoghi di lavoro³⁵) non hanno solo un impatto positivo sul benessere dei singoli dipendenti, ma possono anche portare a un significativo aumento dell'impegno, della coesione e della produttività complessiva³⁶.

Nella definizione che dà il Ministero dell'Istruzione e del Merito³⁷, infatti, per benessere organizzativo si intende "la capacità di un'organizzazione di promuovere e mantenere il benessere fisico, psicologico e sociale di tutte le lavoratrici e di tutti i lavoratori che operano al suo interno. Studi e ricerche sulle organizzazioni hanno dimostrato che le strutture più efficienti sono quelle con dipendenti soddisfatti e un "clima interno" sereno e partecipativo. La motivazione, la collaborazione, il coinvolgimento, la corretta circolazione delle informazioni, la flessibilità e la fiducia delle persone sono tutti elementi che portano a migliorare la salute mentale e fisica dei lavoratori, la soddisfazione degli utenti e, in via finale, ad aumentare la produttività".

Il benessere organizzativo, dunque, non è solo considerato un vantaggio per i dipendenti, ma è diventato, in una pluralità di contesti, una strategia di *performance* aziendale: le organizzazioni non possono più (permettersi di) ignorare la necessità di mettere al centro la cura delle persone e delle relazioni, promuovendo azioni concrete a sostegno del benessere organizzativo. L'approc-

³⁴ Sul tema, cfr. *amplius* M. Vigni, *Networking e Lavoro. Come valorizzare le relazioni professionali*, Milano, 2020.

³⁵ Attualmente contenuta nel D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e successive modificazioni.

³⁶ Il benessere dei lavoratori per l'80% delle imprese è considerato un tema fondamentale per il successo nell'azienda. È quanto emerso nell'edizione 2020 del *Deloitte Global Human Capital Trends*, l'indagine globale sulle direttrici di cambiamento delle organizzazioni, che individua i *trend* a livello globale che le aziende interrogate hanno come priorità. Oltre che sul benessere, le aziende hanno ritenuto necessario investire per rafforzare il senso di appartenenza dei lavoratori all'organizzazione, che risulta avere impatto sulle *performance* dell'organizzazione per il 93% dei rispondenti.

³⁷ Viene così definito il benessere organizzativo nel sito del Ministero dell'Istruzione e del Merito, nell'ambito delle competenze del Comitato Unico di Garanzia.

cio strategico alla gestione delle risorse umane non può più mirare soltanto alla valutazione di efficienza ed efficacia di processi e risultati, ma deve misurare, altresì, l'impatto degli investimenti in risorse umane, sia per quanto concerne lo spirito identitario e l'*engagement*, sia per elevare l'*empowerment*.

Nei contesti organizzativi l'*empowerment* si lega, infatti, a quattro fattori principali: (i) il significato attribuito al ruolo e i valori sottostanti, (ii) le competenze, (iii) la capacità di autodeterminazione e (iv) l'influenza, ossia l'impatto che la persona ritiene che il proprio lavoro abbia sull'organizzazione.

Per accrescere il livello di *empowerment* nelle organizzazioni è, dunque, necessario ripensare diversamente la struttura aziendale, l'individuo e le relazioni, nonché incoraggiare logiche eco-sistemiche che mettano le persone al centro e veicolino obiettivi di crescita comune, sostenuti da forme di *leadership* diffusa³⁸.

Ne dà conferma, tra gli altri, anche l'economista Stefano Zamagni³⁹, secondo cui "la crisi economica di questo decennio ha contribuito a riscrivere le regole dello sviluppo e della crescita rimettendo al centro le persone, vere artefici del futuro non solo della loro vita personale ma anche del destino delle organizzazioni con le quali collaborano (...) E ciò in forza della 'scoperta' empirica che la felicità dei collaboratori accresce la produttività del 12% circa⁴⁰".

La sfida per il futuro sarà proprio l'acquisizione di una maggiore consapevolezza sul ruolo che offriranno i nuovi strumenti di *engagement* che mettono la persona al centro: *attraction*, sviluppo e *retention* dei talenti, iniziative di *welfare*, valorizzazione del *work-life integration*, politiche di inclusione e di valorizzazione delle differenze, valorizzazione dell'intelligenza emotiva nei percorsi di crescita professionale e nella cultura organizzativa.

Il cambiamento di un'organizzazione non è, infatti, riducibile alla somma dei cambiamenti individuali di coloro che la compongono e comporta l'apprendimento (e allenamento) di nuovi atteggiamenti e comportamenti.

6. Conclusioni

Una metafora antica, tramandatoci dalla tradizione buddhista, è quella della "Rete di Indra", secondo cui l'Universo è un'enorme rete che si estende in ogni direzione e che abbraccia ogni aspetto dell'esistenza. Al punto di interse-

³⁸ L. Dallago, *Che cos'è l'empowerment*, cit., p. 22 ss.

³⁹ S. Zamagni, *Postfazione* a E. Dalla Valle, *Tutta questione di benessere*, Ogliaastro Cilento (SA), 2019, p. 159 ss.

⁴⁰ S. Zamagni, *op. loc. cit.*, il quale fa riferimento al caso di Google, che è stata la prima impresa di grandi dimensioni ad aver istituito la figura del *Chief Happiness Officer*, il cui ruolo è quello di occuparsi (sia pur con alcuni distinguo di carattere etico e con alcuni limiti di carattere socio-politico) della felicità dei dipendenti.

zione di ogni nodo della rete c'è una gemma lucente dalla superficie riflettente. Ciascuna gemma ne riflette ogni altra, generando una vasta trama di sostegno che include tutto. Per quanto il loro numero sia infinito, nessuna gemma esiste senza le altre o può essere considerata a sé stante. Ciascuna di esse è interdipendente dalla presenza di tutte le altre.

Allo stesso modo, tutto il mondo è connesso e ciascuno di noi è un nodo di un'infinita rete di relazioni reciproche.

In queste pagine abbiamo cercato di esplorare la dimensione pratica della cura della relazione, attraverso vari strumenti – quali l'ascolto empatico, l'*empowerment*, l'allenamento all'uso dell'intelligenza emotiva sia per le persone che per le organizzazioni –, che possano aiutare a veicolare un approccio centrato sulla relazione e sull'altro, piuttosto che sul professionista (e sul facilitatore). Ma abbiamo anche visto come spostare il *focus* dal Tu al Noi inneschi un processo di trasformazione della relazione, che inevitabilmente trasforma anche il professionista stesso.

Parlare oggi di cura, di relazioni, di benessere delle persone nelle organizzazioni non è così scontato, posto che l'attuale momento storico, (a causa della pandemia e della rinnovata bellicosità sociale), sembra avere, se non tolto, quantomeno ridimensionato la fiducia nel Noi, relegandoci nell'isolamento del Tu.

Valorizzare la cura della relazione e orientare i percorsi di apprendimento delle competenze dell'intelligenza emotiva alla cooperazione e alla corresponsabilità, nella costruzione di nuovi modelli comunicativi e relazionali, potrebbe avere dunque una valenza etica ed educativa e confortare la speranza che l'essere umano comprenda – come ci ha ricordato Papa Francesco – che “nessuno si salva da solo”.

Riferimenti bibliografici

Adler, *Understanding Human Nature*, Hazelden, 1998; V. Andreoli, *La psicologia del noi. Oltre la dimensione dell'io*, Milano, 2021; R. Assagioli, *Principi e metodi della Psicointesi Terapeutica*, Firenze, 1965; M. Buber, *Il principio dialogico e altri saggi*, Milano, 1958; L. Dallago, *Che cos'è l'empowerment*, Roma, 2006; E. Dalla Valle, *Tutta questione di benessere*, Ogliaastro Cilento (SA), 2019; A. Di Fabio, *Counselling. Dalla teoria all'applicazione*, Firenze, 2015; A. Falzea, *Introduzione alle scienze giuridiche. Il concetto del diritto*, Milano, 2008; H. Gardner, *Formae Mentis, Saggio sulla pluralità delle intelligenze*, Milano, 2010; H. Gardner, *Multiple Intelligence: The Theory in Practice*, NY, 1993 (trad. It. I. Blum, *L'educazione delle intelligenze multiple, Dalla teoria alla prassi pedagogica*, Milano, 1993); D. Goleman, *Intelligenza Emotiva*, Milano, 1996; G. Guidorizzi (a cura di), *Igino. Miti*, Milano, 2000; C. Kiefer, *Citizen Empowerment: a Development Perspective*, in *Prevention in Human Service*, 1984, 3, 9-36; P. Lally, C.H.M. van Jaarsveld, H.W.W. Potts, J. Wardle, *How are habits formed: Modelling habit formation in the real world*, in *European Journal of Social Psychology*, 2010, n. 40/6, 998 ss.; R. May, *L'arte del counselling. Il consiglio, la guida, la supervisione*, Roma, 1991; M. Maltz, *Psicocibernetica*, Firenze, 1965; W.R. Miller, S.

Rollnick, *Il colloquio motivazionale (Aiutare le persone a cambiare)*, Trento, 2014; F. Pasini, *Un essere unico. Dal trauma all'aggressività*, Firenze, 2010; C.R. Rogers, *Un modo di essere*, Firenze, 2015; M. Sala, R. Cardinale, *Conflitti. Nella coppia, tra fratelli, in azienda, Conversazioni fra un avvocato e una counselor*, Milano, 2021; P. Salovey, J. Mayer, *Emotional Intelligence in Imagination, Cognition and Personality*, 1989-90, vol 9(3), 185 ss.; D.J. Siegel, *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, 3^a ed., Milano, 2021; E. Scabini, V. Cigoli, *Family Identity, Ties, Symbols, and Transition*, New York, 2006; E. Scabini, V. Cigoli, *Il familiare. Legami, simboli e transizioni*, Milano, 2000; E. Scabini, R. Iafrate, *Psicologia dei legami familiari*, Bologna, 2003; A.R. Scolamiero, M. Tommasini, P. Trentin, *Il giardino dell'umano. Counseling di gruppo nelle organizzazioni*, Roma, 2017; B.F. Skinner, *Science and human behavior*, The MacMillan Co., New York, 1953; J. Holland, B.F. Skinner, *The analysis of behaviour*, New York, 1961; D. Stern, *Il momento presente*, Milano, 2005; E.L. Thorndike, *Intelligence and its uses*, in *Harper's Magazine*, 1920, n. 140, p. 227 ss.; M. Vigni, *Networking e Lavoro. Come valorizzare le relazioni professionali*, Milano, 2020.

Gli Autori

- BARBARA BASSINO, psicoterapeuta, professionista collaborativa, formatrice
- LAURA BORGHI, medico antroposofa, past president di SIMA Società Italiana di Medicina Antroposofica
- ANDREA BOTTURI, medico specialista in neurologia e psichiatria, Fondazione I.R.C.C.S. Istituto Neurologico 'Carlo Besta' di Milano
- CLAUDIA BRUSCAGLIONI, avvocato negoziatore, mediatrice civile e commerciale, professionista collaborativa
- ROSSELLA CARDINALE, counselor professionista, formatrice aziendale nel campo dell'intelligenza emotiva, professionista collaborativa
- CONSUELO C. CASULA, psicoterapeuta ericksoniana, formatrice
- LUIGI COMINELLI, professore associato di filosofia del diritto presso l'Università degli Studi di Milano
- ELIO D'ANNUNZIO, medico antroposofa, già direttore sanitario di Casa di Salute Raphael a Roncegno
- SERGIO MARIA FRANCARDO, medico antroposofa, docente di SIMA-Società Italiana di Medicina Antroposofica
- DIEGO FRIGOLI, psichiatra e psicoterapeuta, direttore della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Istituto ANEB Associazione Nazionale Ecobiopsicologia
- BENEDETTA LIBERALI, professoressa associata di diritto costituzionale presso l'Università degli Studi di Milano
- CLAUDIO LUCCHIARI, professore associato di Psicologia generale presso l'Università degli Studi di Milano
- ARTURO MANIACI, professore associato di Istituzioni di diritto privato presso l'Università degli Studi di Milano
- CARLA MARCUCCI, avvocato negoziatore, professionista collaborativa, past president e formatrice
- CRISTINA MENICHINO, avvocato negoziatore, mediatrice civile e commerciale, formatrice, professionista collaborativa
- CAROLA MORETTI, avvocato negoziatore, mediatrice familiare, professionista collaborativa
- DANIELE NANI, medico di medicina generale, specialista in anestesia e rianimazione
- MARCO SALA, avvocato negoziatore, mediatore civile e commerciale, formatore, professionista collaborativo, presidente di AIADC
- ANNA GRAZIA SGLAVO, avvocato negoziatore, mediatrice civile e commerciale, professionista collaborativa

Finito di stampare anno 2023
presso le Industrie Grafiche della Pacini Editore S.r.l.
Via A. Gherardesca • 56121 Pisa
Tel. 050 313011 • Fax 050 3130300
www.pacineditore.it



Al libro collettaneo è sottesa l'idea di istituire un parallelismo fra malattia, medicina e cura, da un lato, e conflitto, diritto e giustizia, dall'altro lato. Nella consapevolezza della naturale indole intersoggettiva dell'essere umano, si affrontano e si approfondiscono sia il tema della relazione di cura in ambito medico e psicoterapeutico, sia il tema delle relazioni che, più in generale, si instaurano fra soggetti che svolgono un'attività professionale regolamentata (specie quelli che operano nel settore legale) e destinatari della prestazione intellettuale. Saperi e ambiti apparentemente distinti ritrovano così una comune visione e metodologia, in cui è essenziale la componente narrativa. Come il passaggio dal tradizionale paradigma bio-medico cede il passo ad un modello integrato di tipo psico-sociale, in cui consensualità e comunicazione connotano un rapporto non a caso chiamato di 'alleanza terapeutica', così l'approccio al conflitto da parte del professionista legale si trasforma da avversariale e competitivo a partecipativo e cooperativo, attraverso il ricorso a strumenti di giustizia complementare (come la mediazione, la negoziazione assistita, la pratica collaborativa), volti a cercare una soluzione che possa rimediare ai guasti relazionali innescati dal conflitto. Emergono all'orizzonte nuove competenze e nuove capacità professionali, in cui viene posta al centro la persona, con i suoi bisogni, aspettative, inclinazioni, valori, concezioni del mondo e della vita.

Arturo Maniaci, professore associato di Istituzioni di diritto privato presso l'Università degli Studi di Milano. Fra i suoi più recenti contributi scientifici, si segnalano le seguenti monografie: "Rimedi e limiti di tutela dell'acquirente" (Pisa, 2018), "Onere della prova e strategie difensive" (Milano, 2020), nonché (insieme ad altri Autori) "I patti preconfittuali" (Torino, 2019), "C.T.U. nei procedimenti in materia di famiglia e minori" (Pisa, 2022).



€ 35,00