

Alessandro Ricci

Zero in condotta: gli aspetti diagnostici tra clinica e controllo \*

\* Questo testo è la trascrizione dell'intervento tenuto all'evento ECM organizzato da Psichiatria Democratica il 23-24 Novembre 2017, dal titolo: "Relazioni Pericolose. Le controversie vecchie e nuove del rapporto tra salute mentale e giustizia". Come tale ha tutti i difetti che derivano dal passaggio da una trasmissione orale ad una scritta, soprattutto forse la poca chiarezza dei passaggi ed una certa genericità dei concetti, che durante la relazione mi sembra di aver illustrato con esempi. Inoltre il senso generale si potrà intendere meglio quando sarà possibile pubblicare integralmente gli atti dell'intero ECM. L'intervento intende comunque proporre alcuni stimoli, articolati anche secondo un profilo storico, per poter ripensare la forma della diagnosi psichiatrica come un elemento tutt'altro che neutrale dal punto di vista scientifico, e invece come un aspetto distintivo degli apparati normativi che via via si sono succeduti all'interno delle nostre società dagli esordi della "scienza psichiatrica", diventandone uno degli aspetti cruciali.

Il tema di questo intervento si discosta un po' da quelli trattati nella mattinata; cercherò di mostrare i punti di contatto tra la diagnosi psichiatrica e il tema del controllo, una questione non molto frequentata e tuttavia secondo me importante. Naturalmente vorrei offrire solo degli spunti non esaustivi, ma spero di lasciare almeno qualche traccia di curiosità

Iniziamo quindi con una premessa metodologica che ci guiderà per tutto lo scorrere dell'intervento: le diagnosi, e qui intendo tutte le diagnosi, non solo quelle psichiatriche, sono soprattutto prodotti culturali e in ogni società tendono a concentrare in sé i valori dominanti in quei contesti. Come tali le diagnosi sono indagabili anche come complesse metafore sociali. Inoltre, se da una parte gli

apparati nosografici sono influenzati dalle strutture sociali, dall'altra sono essi stessi a produrre realtà, a costruire credenze, linguaggi, narrazioni collettive. A volte contribuiscono alla moltiplicazione di prodotti culturali diversi. In sostanza credo che ogni diagnosi ci dica qualcosa del mondo che l'ha prodotta, e questo fatto potrebbe aiutarci a capire ad esempio come mai in psichiatria molte diagnosi resistono così tenacemente al trascorre degli anni, ai cambiamenti sociali e culturali.

Ricordo la definizione che Ivan Illich dà delle metafore nel suo libro mirabile "Nemesi medica". Strumenti preziosi, pure nella loro arbitrarietà, esse sono sempre *navicelle di senso* da una riva semantica e concettuale all'altra, e gettano sempre una luce sul punto di partenza della traversata. Così se noi proviamo a stabilire rapporti tra ambiti diversi, come cercheremo di fare oggi mettendo a confronto temi che appartengono da una parte alla scienza medica e dall'altra alla scienza sociale, potremo ricorrere alle metafore per stimolare meglio la discussione, o per costruire ipotesi di riflessione stimolanti sui temi di queste giornate.

Iniziamo il nostro piccolo viaggio prendendo le mosse da un pensiero espresso da M. Foucault nel suo libro dal titolo italiano "Gli anormali". Si tratta di un testo che raccoglie le lezioni dell'autore al College de France nell'anno accademico 1974-'75. L'anno precedente Foucault si era molto impegnato in un corso che trattava in modo del tutto originale la sua ricerca sul passaggio dei sistemi di disciplinamento dall'età delle monarchie assolute alla modernità e aveva inserito la psichiatria nascente tra le strutture portanti appunto dei nuovi sistemi di disciplinamento. Questo corso successivo tratta invece dei sistemi di normalizzazione e dedica molto spazio al tema del rapporto tra psichiatria e giustizia. Il suo pensiero prende le mosse dalla considerazione che la psichiatria, almeno fino alla metà del XIX secolo non funziona tanto come una specializzazione della medicina, ma come una branca specializzata dell'igiene pubblica. Per poter funzionare e proporsi come sapere medico autonomo, la psichiatria dovrà procedere a due codificazioni, che da quel momento andranno in parallelo. Da un lato la codificazione della follia come malattia, e dall'altro la

codificazione della malattia come pericolo. Protagonista indiscusso della costruzione di questi paradigmi fu l'alienista francese Philippe Pinel, un medico che fin dall'inizio della rivoluzione francese occupò cariche importanti e che divenne famoso per il suo gesto di "liberare i folli", ma soprattutto per un suo testo che ebbe da subito grande influenza sul pensiero scientifico dell'epoca, il "Trattato medico-filosofico sulla malattia mentale o sulla mania", dove metteva le basi della teoria del "trattamento morale", una teoria ben collocata tra lo spazio della medicina e la scienza del governo dello Stato e della Società. Questo trattamento doveva consistere nella osservazione, metodologicamente controllata e annotata, dei folli, che solo così avrebbero potuto diventare "casi clinici". Questo procedimento, per risultare efficace avrebbe dovuto svolgersi in appositi "istituti", dotati di un ordinamento rigoroso e immutabile, esente da disturbi esterni. La separazione dal mondo come presupposto per ogni possibilità di cura. Siamo in presenza, secondo Foucault, della vera matrice culturale forte di tutta la storia della psichiatria (vedi la *Storia della follia nell'età classica*) e anche, come vedremo, del suo rapporto con la giustizia. L'aspetto più originale della teoria espressa da Pinel risiede nell'invenzione del concetto di *alienazione*; la follia viene identificata prevalentemente come una patologia della libertà, cioè come una grave deviazione dai valori che iniziano in quel periodo a sostenere il sorgere della nuova classe borghese, valori come l'autocontrollo, la padronanza di sé, l'autoconservazione, l'identità. Questo stato assume, nella nosografia di Pinel, la diagnosi di *mania ragionante* o *mania senza delirio*. Foucault ci ricorda che la caratteristica principale di questo stato consiste nell'estrinsecarsi di un impulso cieco e spontaneo e in un comportamento abnorme, effettivamente perverso, proibito in quanto criminale, e che tuttavia è *malattia*. Il trattamento morale consisterà nel dimostrare al paziente che la sua furia, la sua violenza non hanno nessuna possibilità di successo, e ciò attraverso il convincimento che la forza della amministrazione sarà comunque vincente e che la possibilità di punizioni è sempre presente in questo confronto. La forza positiva della cura contro quella negativa della follia trae la sua legittimità proprio dal suo porsi come cura, che verrà somministrata

appunto come *morale* e quindi obbediente a principi superiori, che ne garantiranno la neutralità e la giustizia.

Questo paradigma che, *mutatis mutandis*, si manterrà sostanzialmente inalterato nella storia della psichiatria, sarà pienamente realizzato qualche decennio più tardi, sempre in Francia da Jean Esquirol, un medico moderato e conservatore, durante il periodo della restaurazione. Nel 1838 pubblica un suo trattato importante:” Sulle malattie mentali in relazione alla medicina, all’igiene e alla medicina legale”. Per Esquirol la follia consiste soprattutto in una alterazione abnorme ed immorale delle passioni, che porta a un disturbo permanente della libera volontà della persona malata. Le radici di questo grave disturbo vanno ricercate nei vizi, nelle immoralità, e nei crimini caratteristici dello stato di povertà, ricettacolo, quest’ultima, della maggior parte delle cause materiali e morali della follia. Questa teoria si compendia nella diagnosi di *monomania*, vera e propria proiezione espansiva del disturbo del comportamento. Per Esquirol la monomania è malattia del progresso, della alienazione della umana natura per troppa civilizzazione, dell’eccesso. Questo concetto fornirà le formule con cui successivamente si definiranno sul piano psichiatrico-clinico e insieme morale, politico e giuridico i trasgressori delle norme, cioè gli *anormali*. La diagnosi si avvia a diventare strumento politico. Al piano concettuale che rappresenta la follia come espressione di una “forza” negativa, si sovrappone quello che la apparenza strettamente al crimine. Questa che segue è una citazione di Foucault dal libro “Gli anormali”: “La medicina mentale dovrà quindi mostrare di essere capace di percepire, anche là dove nessun altro può ancora vederlo, un determinato pericolo. Dovrà soprattutto mostrare che, se può percepirlo, ciò avviene nella misura in cui essa è una conoscenza medica”. Riprenderò questo argomento più avanti parlando della perizia psichiatrica. Il 1838 è anche l’anno della prima legge che stabilisce l’internamento d’ufficio: la psichiatria inizia a rivendicare il suo ruolo come garante della sicurezza sociale. Per inciso, Foucault conferma qui, con uno spessore più storico rispetto al corso dell’anno precedente, un assunto epistemologico di primaria importanza per il nostro ragionamento, a cui già aveva dedicato molto spazio. Questa riflessione

riguarda la forma di sapere che si va costruendo intorno alla follia, che non si forma tanto su una volontà di conoscenza, cioè a partire dalla domanda se c'è una *verità* nella follia, ma piuttosto, di controllo e, infine, di dominio. In ciò consiste il nucleo originario del potere psichiatrico. Il suo motivo di essere è il concetto di pericolosità che è sì intrinseca alla follia ma trasfigurata come manifestazione di malattia.

Questi concetti traslocheranno in varie forme nel campo giuridico, che verso la fine del secolo, arriverà anche a contestare alla classe medica la primaria responsabilità sulla gestione della follia. Tornando al testo di Foucault, un capitolo importante tratta da vicino l'istituzione della perizia psichiatrica come un dispositivo che ben compendia in sé vari aspetti dal rapporto tra sistema giuridico e campo psichiatrico.

Secondo F. la perizia psichiatrica assolve almeno a tre funzioni: 1. permette un raddoppiamento etico-psicologico del delitto. Cioè sottrae legalità al reato come è formulato nei codici, mostrando come dietro di esso vi siano una serie di condotte scorrette rispetto a parametri di tipo morale e psicologico. “Un vero spazio esistenziale dove origina il crimine”

2. Attraverso la ricerca degli antecedenti, in cui si tratta di rintracciare indizi riconoscibili solo dall'esperto, (lo psichiatra diventa l'unica figura autorizzata a riconoscere anche minimi segnali predittivi della condotta criminosa, che *nessun* altro sarebbe in grado di identificare), il responsabile del reato viene raddoppiato nella figura del delinquente; da soggetto giuridico si trasforma in oggetto di un potere di controllo e riadattamento. Dice F. : “Si tratta di mostrare come l'individuo assomigliava già al proprio crimine prima di averlo commesso”.

3. Il terzo doppio è in realtà il rovesciamento di ruoli tra lo psichiatra e il giudice. Il primo attraverso la certezza della diagnosi modifica lo statuto di accusato del soggetto in quello di condannato. Il giudice invece con il suo giudizio non infliggerà più una pena, ma prescriverà un trattamento. Citando sempre le parole di F. :” Il vile mestiere di punire si trova così trasformato nel bel mestiere di guarire”.

Indirizzati da queste riflessioni comprendiamo meglio l'enorme potere di normalizzazione contenuto nello strumento della perizia psichiatrica, proprio perché

si costituisce fino dall'inizio come forma di conoscenza ambigua, estranea sia alla psichiatria che alla giustizia, con valore epistemologico nullo e paradossalmente proprio per questo strumento potentissimo e deformabile a piacere.

Un passaggio epistemologico importante avverrà nella psichiatria di fine secolo, strettamente collegato ai notevoli sviluppi degli studi in campo neurologico, con l'introduzione dei concetti di volontario e involontario o automatico attraverso cui vengono letti i passaggi dal normale al patologico, in gradazioni (sintomi) che divengono molteplici. Questo campo ha al suo centro il concetto di norma, intesa sia come regola di comportamento, sia come regolarità funzionale dell'organismo umano. La psichiatria diviene, nella sua quotidianità, la scienza e la tecnica degli anormali. Nell'uomo non vi è più niente che non possa essere indagato psichiatricamente. La scoperta dell'arco riflesso introduce al concetto di "decentramento della coscienza", che tanta parte avrà nello sviluppo delle psicologie all'inizio del '900. Sentiamo su questo le parole di George Canguilhem, uno dei maestri di Foucault, che nel 1966 scrisse il testo ancora oggi fondamentale: "il normale e il patologico". Dice Canguilhem: "La distinzione tra movimento volontario e movimento involontario è divenuta un problema di fisiologia per il significato anche religioso, morale e giuridico che essa riveste. Prima di essere un problema scientifico, è una questione che investe la colpa e la responsabilità".

Questi due livelli, volontario e involontario, andranno a far parte di una nuova metafisica del soggetto occidentale nel momento dell'affermarsi delle borghesie nazionali. Essi vengono ordinati gerarchicamente in un livello inferiore, primitivo ed istintuale (involontario) ed in uno superiore, evoluto e autocosciente (volontario). Il "governo di se" diventa il cardine della antropologia liberale e il mito dell'equilibrio interiore centro di attenzione delle psicologie nascenti. L'elemento centrale di una nosografia psichiatrico-psicologica che avrà ampia diffusione fino almeno alla metà del '900, (con al centro l'ambito diagnostico della nevrosi) sarà quello del *conflitto*. Tema che riguarda non solo l'ambito psichico ma anche quello sociale e politico in

generale. “Nascita della democrazia, modernità e istituzionalizzazione del conflitto sono la stessa cosa”. L’ambito normativo riguarda la “docilità” dei corpi, (soprattutto di quelli femminili), la moderazione nelle ambizioni, il confronto con gli interdetti come terreno privilegiato di crescita personale.

Il paradigma psichiatrico rimane invariato al passaggio del secolo, le nuove leggi psichiatriche (tra cui quella italiana) ripropongono il binomio cura-controllo e tra le due guerre la popolazione degli internati aumenta in modo esponenziale. In Italia, gli Ospedali Psichiatrici Provinciali diventano “cittadelle di dolore” totalmente avulse dalle società circostanti e soggette a regole di fatto di tipo concentrazionario (totale arbitrio del personale sui degenti, sequestro delle libertà più elementari, reclusione spesso a vita etc.). Di contro al primitivismo clinico della psichiatria pubblica, le novità più rilevanti sono l’EST e la psicoturgia, considerate a tutti gli effetti “tecniche”, in cui riporre le speranze di un nuovo confronto con il campo medico. Sia detto per inciso, questa oscillazione tra un approccio pseudoclinico, ripetitivo e tautologico, appiattito sul più ottuso riduzionismo e l’ambizione di una “scienza della mente” sarà la cifra principale delle vicende della psichiatria pubblica e non solo nel nostro paese fino ai giorni nostri. Gli approcci di tipo psicodinamico entreranno molto marginalmente a influenzare questo terreno.

A iniziare dal secondo dopoguerra cresce in Italia una generazione di psichiatri di cultura europea che, seppure in forme isolate, cercano una via di rinnovamento nel panorama psichiatrico del nostro paese. Si tratta di medici di solida formazione umanistica, influenzati dalle aperture dei movimenti culturali e politici del periodo, e alcuni di questi saranno protagonisti di quella che qui indichiamo come rivoluzione Basagliana. Mi soffermerò solo schematicamente sulla esperienza Basagliana, per evidenziare in questo contesto tutto il potenziale di profonda rottura che questa esperienza ha avuto e continua ad avere all’interno degli storici paradigmi della psichiatria.

Credo che possiamo chiamare quella di Franco Basaglia una esperienza rivoluzionaria: perché ha maturato precocemente la consapevolezza di porsi l'obiettivo di superare definitivamente, e non semplicemente di aggiornare, le strutture manicomiali. Perché ha reso possibile questo obiettivo radicale attraverso un lento e difficile lavoro basato su pratiche in aperta discontinuità con quelle tradizionali. Perché è stato un movimento di tecnici, che, insieme con l'istituzione hanno messo in discussione le loro conoscenze, il loro ruolo, il loro mandato sociale. Perché è stata in grado di mantenere vivo un pensiero critico che ha saputo sfruttare la contraddizione tra utopia e realismo come principale leva del cambiamento. Diciamo quindi una volta per tutte che l'opera di Basaglia non è tanto un episodio, per quanto importante, nella storia della psichiatria del mondo occidentale, quanto un salto di paradigma da cui, volenti o nolenti (questi secondi sono stati e sono ancora molto più numerosi dei primi) ripartire.

Mi piace ricordare che il cambio totale di paradigma inaugurato da Basaglia consiste essenzialmente nel metodo di "mettere tra parentesi la malattia", metodo che prende le mosse dal principio filosofico della *epochè fenomenologica* per poi trasferirlo concretamente nella cura del malato. Consideriamo a titolo di esempio almeno tre ambiti in cui questo principio si declina in modi complessi e interconnessi.

Un primo ambito è quello scientifico: come si potranno ridefinire forme di relazione e di cura con il paziente (soprattutto il paz. grave) senza utilizzare (se non marginalmente) le categorie e le parole della psichiatria. Cosa può significare quindi curare *nel mondo della vita*, senza un altrove, che sia rappresentazione simbolica o concreto luogo dove collocare preliminarmente la sofferenza psichica. Uno studio approfondito delle pratiche che sottintendono questa metodologia non può che comportare una completa revisione epistemologica del tema della malattia e della sua diagnosi.

Un secondo ambito è quello politico: il processo di liberazione dei pazienti (ieri dal manicomio, oggi da qualunque pratica di separazione dal mondo reale delle persone sofferenti) e di restituzione di soggettività riguarda le responsabilità della politica, nel



suo dovere di garantire, giustizia sociale, dignità e piena espressione dei soggetti, mantenendo allo stesso livello *l'obbligo della cura e la necessità della tutela*.

Un terzo livello è di tipo sociale e culturale: cosa significa per una società, per una comunità mantenere aperto il confronto lacerante con la sofferenza psichica anche qui senza avere la necessità di imprigionarla. Come il discorso pubblico si può confrontare con ciò che abbiamo sempre chiamato non-ragione.

Chiudo queste brevi considerazioni ripetendo ancora una volta che, a mio parere, il lascito più importante del pensiero di Basaglia è quello della centralità del tema della contraddizione, che, così come permea tutte le nostre vite, è intrinseco a tutti gli argomenti che stiamo trattando, compreso quello del rapporto tra cura e controllo. “Stare nella contraddizione” quindi come atteggiamento teorico, operativo e come base per nuove forme di conoscenza.

In questa ultima parte proviamo a raccontare la cosiddetta “Svolta biologica”, che ha interessato la psichiatria a iniziare dagli anni ‘60-’70 del secolo scorso e che dura tuttora. Lo facciamo perché secondo me rappresenta un campo di indagine privilegiato per capire come si declina oggi il rapporto tra diagnosi e norma e come si è ridefinito il rapporto tra cura e controllo. (cioè come si è ridefinita la contraddizione tra i due termini). Anche qui debbo premettere una breve considerazione metodologica. Nel testo già citato di Foucault (*Gli anormali*), l’autore puntualizza cosa intende per processi di normalizzazione, e lo fa utilizzando alcune considerazioni sviluppate da G. Canguilhem nel suo testo più importante: ” *Il normale e il patologico*. Secondo Foucault: ”la norma non si definisce affatto nei termini di una legge naturale, ma a seconda del ruolo disciplinare e coercitivo che è capace di esercitare negli ambiti in cui si rivolge (...) in ogni caso la norma porta con sé al tempo stesso un principio di designazione e un principio di correzione.” La norma non avrebbe quindi per funzione quella di escludere e di respingere. Al contrario, esse sarebbe sempre legata a una tecnica positiva di intervento e di trasformazione, cioè ogni norma conterrebbe in sé una sorta di *progetto normativo*.

Quello che intendo sostenere qui è che la costruzione del nuovo strumento che ha cambiato radicalmente la nosografia psichiatrica, cioè il DSM, strumento intrinseco alla svolta biologica in psichiatria, mentre dichiara esplicitamente di proporsi come nuovo paradigma scientifico tendente al superamento di ideologie psichiatriche contrapposte e superate, rappresenta al contrario una posizione fortemente condizionata sul piano ideologico e dotata, per l'appunto, di un suo progetto normativo. Questo strumento si è posto quindi come *norma di riferimento*. Anche se molto noti richiamo qui schematicamente i principi ispiratori principali di questo strumento nosografico. Innanzitutto di essere un approccio “ateoretico”, cioè appunto esente dai pregiudizi delle varie scuole di pensiero che via via si sono confrontate in psichiatria. Il principio ispiratore del catalogo diagnostico sarà quindi puramente descrittivo, cioè aderente a criteri impersonali e confrontabili in quanto “oggettivi”. Nelle intenzioni, questo approccio dovrebbe comportare una netta separazione tra l'individuo e la sua malattia, che assume rispetto alla persona la dimensione di “realtà esterna”. Il risultato sperato di questa operazione concettuale che richiama direttamente l'idea forte di una “concezione ontologica” di malattia, sarà quello di diminuire la stigma riservato da sempre a queste patologie. In ultimo si dichiara come criterio cardine la fedeltà a dati puramente statistici. Cioè la probabilità che una certa diagnosi sia precisa sarà ricavata dalla maggiore o minore frequenza con cui certi sintomi ricorrono nella persona in oggetto. Va da sé, e questo è stato fatto notare varie volte dai critici del sistema, che si mettono in parallelo da una parte uno strumento utile per confrontare tra loro gruppi di persone, e dall'altra una osservazione clinica che non può che riferirsi a singoli individui. Ma oggi non ci occupiamo della numerose argomentazioni critiche rivolte a questo strumento se non per dare uno spazio veloce ad una voce che proviene, per così dire, dall'interno del sistema. Riporto due citazioni esemplari di Allen Frances, psichiatra americano già membro della task force del DSM IV e molto citato su questa questione. A breve distanza dalla pubblicazione di questa edizione egli affermava che questo approccio

di tipo realistico “è stato il risultato e il promotore della supremazia della psichiatria biologica sul modello psicologico e psico-sociale che fino a quel momento erano stati i suoi principali concorrenti (...) i disturbi mentali erano entità reali che esistevano “là fuori”. Lo stesso autore farà più recentemente una sorprendente autocritica:” La psichiatria biologica non è stata in grado di fornire una spiegazione tempestiva e convincente di nessun disturbo mentale. Questo perché non è stata in grado di ovviare al difetto fondamentale e intrinseco all’approccio biologico: i disturbi mentali non sono evidentemente “là fuori” in attesa di una spiegazione”. Eppure, nonostante dubbi e critiche assai autorevoli che si sono succedute negli anni questo strumento mantiene oggi una pervasività incontrastata, cioè mantiene inalterato quello che più sopra abbiamo chiamato il suo progetto normativo. Che possiamo riassumere in almeno due effetti. L’essere stato uno strumento formidabile di medicalizzazione e psichiatrizzazione del disagio psichico, e l’aver indotto, sia nella pratica clinica che amministrativa il principio di ricercare, di volta in volta *risposte standardizzate a individui indifferenziati*. La medicalizzazione psichiatrica ha operato una vera e propria “tabula rasa” di buona parte del sapere di derivazione psicologica, sociale, e in generale umanistica, mostrando che, come sempre nel passato, “l’uso” che la psichiatria fa dell’elemento biologico (di per sé imprescindibile), contiene intrinsecamente violenza (non solo epistemologica) e ideologia. **Violenza** perché legittima di fatto la possibilità dell’abbandono da parte dei servizi dei pazienti più gravi (tanto non guarisce...) e perché deresponsabilizza i servizi rispetto ai fallimenti (il paziente non risponde alle cure mediche) e **ideologia**, perché unidirezionale nel suo porsi come sapere chiuso. Il risultato, che chiunque può osservare nelle pratiche della maggioranza dei servizi del nostro paese (non necessariamente di cattiva qualità) è il potere incontrastato della diagnosi medica nell’informare di sé ogni decisione operativa. Naturalmente nelle casistiche non sono state abolite altre considerazioni, di ispirazione sociale e psicologica, ma esse sono *sempre* gerarchicamente subordinate alla diagnosi medica.

Concludo dicendo che, se può essere corretta l'ipotesi di una stretta relazione tra sistemi diagnostici e progetti normativi, va comunque ricordato che il controllo sociale (in generale e nel nostro specifico) non viene oggi esercitato tramite schemi di tipo chiaramente autoritario, bensì attraverso "narrazioni" insistenti e finemente elaborate basate sull'enfasi posta su logiche prestazionali (valutazione, merito, eccellenza etc...), sul dirigismo impersonale, sulla compatibilità economica, sulla partecipazione per delega. Tutti elementi questi che presi nel loro insieme, configurano uno schema sempre più indirizzato alla privatizzazione, concreta e concettuale, dal campo sanitario e psichiatrico, con alcune conseguenze che qui accenno solamente e che sono tutte da indagare. Mi riferisco a fenomeni ampiamente presenti nella realtà dei servizi e nelle normative regionali che li provocano e sostengono: ufficializzazione della marginalità psichiatrica come fenomeno inevitabile, necessità della gestione dello scarto a costi ridotti, programmi di internamento diffusi ma a bassa densità, e, su di un piano di stile di lavoro, orizzonte conoscitivo piegato sul qui e ora, deresponsabilizzazione e utilizzo della tecnica in via totalizzante.

Questi ragionamenti possono sembrare tangenti rispetto a uno degli obiettivi principali di questa giornata di studio, quello di aprire finalmente un confronto serio e approfondito sulla necessità di abolire dal nostro ordinamento il concetto di infermità totale di mente. Dalla riforma basagliana sono passati più di quaranta anni e il mondo di oggi non è certo quello di allora, e tuttavia proprio con il filtro di questo tempo passato e consapevole delle mille contraddizioni, mi sento di poter sostenere con sufficiente convinzione e senza intenti autocelebrativi alcuni punti fermi. Esiste nel nostro paese, ed è vitalissimo, un filo rosso di buone pratiche di salute mentale, eredi del movimento basagliano sul territorio, che magari non sono del tutto omogenee tra di loro, ma i cui strumenti, metodi, obbiettivi, stili, sono sovrapponibili, sia nel campo della cura che della riabilitazione, che comunque sono realtà solo fittiziamente separate. Di queste buone pratiche esiste una documentazione notevolissima, per quantità e qualità, fatta di analisi di esperienze, saggi critici, ricerche sul campo,

confronti nazionali e internazionali, che ne garantiscono l'autorevolezza ma soprattutto la capacità di mantenere nel tempo la carica concettuale e valoriale originaria. Tra i vari elementi che la compongono, ne scelgo uno che si aggancia direttamente alla necessità di andare all'abolizione dell'art. 88 C.P.: il confronto con la follia, e quindi la possibilità della sua cura, ha senso solo se avviene dentro i contesti reali delle persone, cioè delle loro vite, che saranno contraddittorie, perfino tragiche, ma dentro le quali sarà possibile rintracciare una *verità* della follia, che, come tale, ha bisogno sempre di un riconoscimento, sia da parte nostra che del folle, anche nelle sue espressioni più drammatiche, come a volte sono fatti e comportamenti che coinvolgono il diritto. Questo per la follia. Il resto, cioè la psichiatria, come diceva Basaglia, è finzione, qualche volta ridicola, più spesso tragica.

Permettetemi di chiudere davvero con una citazione che è un po' una sorpresa:

“Vi erano solo superfici dietro alle quali non si nascondeva nulla, principi senza conseguenze, contingenze senza connessione, conoscenza ridotta a obiettivi sempre più ridotti, insufficienza camuffata in problematica, orizzonti angusti e opprimenti, lo sconfinato deserto della routine” Solo che non si tratta del commento di uno psichiatra basagliano sulla situazione critica dei nostri servizi. Questa è la descrizione con cui C.G.Jung commenta il suo arrivo all'Ospedale Psichiatrico di Burgholzli nell'anno 1900. Tratta dal suo meraviglioso libro *Ricordi, sogni, riflessioni* .

Alessandro Ricci: ha lavorato all'Ospedale Psichiatrico di Arezzo con la direzione di Agostino Pirella e Vieri Marzi, e presso la Clinica Psichiatrica della Università di Verona. E' stato responsabile del Servizio Psichiatrico di Trento. Fa parte del Direttivo Nazionale di Psichiatria Democratica.