

Ma come si curano le malattie mentali?

How should mental illnesses be treated?

Luca Negrognò¹, Benedetto Saraceno²

¹ *Istituzione Gian Franco Minguzzi della città metropolitana di Bologna*

² *Lisbon Institute of Global Mental Health*

Parole Chiave: psichiatria, cura, salute mentale, deistituzionalizzazione

RIASSUNTO

Obiettivi: oggi è necessario, a partire dal problema della difficile trasmissibilità delle elaborazioni relative alla cura in ambito anti-istituzionale, riaprire la riflessione sul rapporto tra tecnica e politica per evitare che la difficoltà di concettualizzazione della cura si risolva nella resa all'assenza della sua possibilità, pure in servizi innovativi e organizzati secondo logiche territoriali. In questo scritto si intende riaprire la possibilità di elaborazione sulla cura nell'ambito della psichiatria anti-istituzionale facendo riferimento alla vicenda storica che ha attraversato la produzione di saperi anti-istituzionali nella fase reazionaria degli anni '80 e aprendo possibilità di dialogo con campi disciplinari e aree di pratica sociale (la psicanalisi critica, l'antropologia, i movimenti delle persone disabili e neurodivergenti, l'attivismo femminista) con cui il movimento anti-istituzionale non ha ancora abbastanza dialogato.

Metodi: il tema del rapporto tra teorie e pratiche di cura e impostazione anti-istituzionale dei servizi viene sviluppato a partire dalle elaborazioni svolte nel movimento anti-istituzionale nel periodo immediatamente successivo all'approvazione della legge 180/1978, in un momento storico in cui il dibattito interno al movimento era attraversato da diverse ipotesi sulle formule organizzative, e da una forte dialettica sulle impostazioni epistemologiche e sulle cosiddette "tecniche". La delicata fase di "istituzionalizzazione" del movimento fu infatti caratterizzata da una molteplicità di esperienze locali e di sperimentazioni organizzative supportate da vari e molteplici posizionamenti di tipo filosofico, epistemologico, psicoterapeutico, artistico e politico. La contestualizzazione storica consente inoltre di leggere la riduzione dell'elaborazione teorica anti-istituzionale anche alla luce della svolta reazionaria impressa dall'orientamento neoliberale sui sistemi di welfare e sulla produzione di saperi ad essi relativi: anche il repentino accantonamento della radicalità antipsichiatrica dall'orizzonte del dibattito anti-istituzionale

Autore per corrispondenza: luca.negrognò@gmail.com, benedetto.saraceno@gmail.com

risulta essere influenzato da questa politica orientata alla sopravvivenza minoritaria in un contesto ostile. *Risultati:* mentre si inaridiva il dibattito teorico e le elaborazioni pratiche e organizzative più progressiste andavano irrigidendosi per sopravvivere alla compiuta riorganizzazione aziendalistica dei servizi, si è affermata una tradizione del movimento anti-istituzionale “monumentalizzata”, vale a dire incapace di restituirci la complessità e mantenere aperta la problematicità politica, tecnica e teorica dei suoi dibattiti. Al di fuori da un approccio monumenalizzato potremmo tornare a riconoscere la consapevolezza, fortemente presente in Basaglia e nel movimento - che l’enfasi sul territorio potesse risolversi in una vuota retorica, per cui, dietro l’idea di una salute mentale decentrata, si sarebbe realizzata una pratica rispondente solo alle necessità storiche della nuova fase assistenziale del “capitalismo avanzato”. Contro questa possibilità già alla fine degli anni ‘70 si discuteva di prevenzione, partecipazione popolare e “costruzione di una nuova scienza”.

Conclusioni: si apre oggi la possibilità di guardare ai contenuti del movimento anti-istituzionale riaprendo il conflitto a tutto campo sulle tecniche, le forme del welfare, l’ordinamento sociale e la sua giustizia. I contenuti anti-istituzionali possono tornare ad orientare forme di radicalità e di movimento capace di riaprire interlocuzioni con le forme di elaborazione più avanzate che vediamo nelle scienze umane e sociali, nei movimenti, nella psicanalisi, nel femminismo, nell’attivismo delle persone disabili e neurodivergenti.

Key Words: psychiatry, healing, mental health, deinstitutionalisation

SUMMARY

The relationship between theories and practices of care and the anti-institutional approach to services is developed starting from the elaborations carried out in the anti-institutional movement in the period immediately following the approval of Law 180/1978, at a historical moment when the internal debate within the movement was traversed by various hypotheses on organizational formulas, and by a strong dialectic on epistemological settings and the so-called “techniques”. The delicate phase of “institutionalization” of the movement was in fact characterized by a multiplicity of local experiences and organizational experiments supported by various and multiple philosophical, epistemological, psychotherapeutic, artistic, and political positions. Historical contextualization also allows us to read the reduction of anti-institutional theoretical elaboration in light of the reactionary turn impressed by the neoliberal orientation on welfare systems and the production of related knowledge: even the sudden abandonment of anti-psychiatric radicalism from the horizon of anti-institutional debate is influenced by this policy oriented towards minority survival in a hostile context. As the theoretical debate dried up and the more progressive practical and organizational elaborations became rigid to survive the completed managerial reorganization of services, a tradition of “monumentalized” anti-institutional movement emerged, that is, unable to restore its complexity and keep open the political, technical, and theoretical problematicity of its debates. Outside of a monumentalized approach, we could recognize again the awareness, strongly present in Basaglia and in the movement - that the emphasis on the territory could turn into empty rhetoric, whereby, behind the idea of decentralized mental health, a practice responding only to the historical needs of the new welfare phase of “advanced capitalism” would be realized. Against this possibility, already at the end of the 1970s, discussions were held on prevention, popular participation, and the “construction of a new science”.

1. Salute mentale e servizi pubblici innovativi

Sarebbe interessante e utile analizzare meticolosamente la vasta letteratura prodotta negli ultimi cinquanta anni in Italia dagli autori che si riconoscono nel pensiero e l'opera di Franco Basaglia e nelle diverse forme che ha assunto nel corso degli anni il movimento della psichiatria antistituzionale o più in generale della psichiatria critica. Tale analisi dovrebbe individuare la visione generale teorica e le strategie proposte in ordine alle singole malattie mentali (per intenderci, ci riferiamo ai Disturbi Mentali così come definiti e classificati dalla *International Classification of Diseases ICD11* della OMS). Se infatti il discorso sulla malattia mentale attraversa tutta questa letteratura in modo continuativo, intenso e articolatissimo, è tuttavia meno frequente incontrare riferimenti ai singoli disturbi (schizofrenia, depressione eccetera). Sarebbe invece interessante enucleare da quella letteratura vasta e complessa specifiche considerazioni in ordine a specifiche condizioni, alle loro cause e ai loro trattamenti.

In generale si potrebbe dire che la psichiatria critica antistituzionale nel momento in cui assume l'idea stessa di malattia mentale come etichetta artificiale imposta dalla psichiatria sui singoli individui non è interessata alle sottospecie di tale malattia ossia non è interessata a confrontarsi con singole entità nosografiche come se esse avessero consistenza reale. Tale disinteresse, termine in verità assai generico, può sia ascriversi al rifiuto della esistenza stessa di tali entità nosografiche (come è il caso delle posizioni più radicalmente antipsichiatriche) o invece ascriversi non tanto al rifiuto della entità nosografica quanto più alla negazione della utilità di tale identificazione che servirebbe solo ad aumentare stigma, discriminazione e isolamento. Quali che siano le ragioni di tale disinteresse, ne risulta un sostanziale disinteresse a definire specifici trattamenti per specifiche condizioni patologiche. Questa assenza di specificità è compensata dall'idea di intervento non tanto specifico alla malattia ma specifico all'individuo che di tale malattia è portatore. Un intervento caratterizzato da disponibilità, accoglienza, solidarietà, sostegno, individuazione dei bisogni immediati concreti ed emozionali. Ecco, dunque, che la preoccupazione non è tanto quella di descrivere trattamenti terapeutici ma piuttosto gli interventi di cura e di accompagnamento. Emerge come naturale conseguenza di questa enfasi sulla cura e sull'accompagnamento l'importanza di servizi forti, strutturati, multipotenti. A questo proposito è indubitabile che l'affermazione culturale e organizzativa dei servizi "territoriali" ha attraversato due fasi storiche:

- una fase pionieristica, che vedeva impegnati gli stessi professionisti che avevano compiuto la lotta antistituzionale. Questa fase può essere inquadrata attraverso

alcune riflessioni già presenti ne “*Il giardino dei gelsi*” (1): di fronte alla fine del periodo in cui l’identità professionale si era dissolta in quella politica, agli operatori dei nuovi servizi territoriali si presentava un doppio rischio, quello di perdere identità e quello di ri-tecnicizzare la propria identità in un nuovo assetto istituzionale. Possiamo dire che entrambe le cose sono avvenute.

- una seconda fase, che, a partire dagli anni 2000 e a seguito del piano obiettivo nazionale, realizza la formalizzazione del lavoro sui determinanti sociali attraverso dispositivi come il budget di salute. Oggi stiamo vedendo tutte le criticità di tale formalizzazione.

Nel corso di queste fasi si è venuta perdendo non solo la continuità con le radici della critica antistituzionale ma anche la molteplicità dei tentativi di elaborazione e di riflessione che non fossero rigorosamente connotati come prodotti del pensiero basagliano e della pratica triestina. Si pensi, ad esempio, alla complessa elaborazione teorica di Sergio Piro, alla ricerca di Gian Franco Minguzzi sulla possibilità del servizio territoriale come dispositivo complessivamente psicoterapeutico e, infine alla esperienza di Perugia, e pensiamo anche alle considerazioni epidemiologiche svolte da Giuseppe Micheli intervistando Carlo Manuali nell’importante testo “*I nuovi Catari*” (2) ove si mostra come il cambiamento del dispositivo di cura già nelle sue fasi iniziali abbia aperto il trattamento a una fascia “borghese” di utenza portatrice di diverse domande e diversi bisogni rispetto a quelli della popolazione di cronici manicomiali cui trovare soluzioni extraistituzionali. Ci si trovava così di fronte a una popolazione non strutturalmente esclusa dalla produzione e dal consumo ma al nuovo “disagio dell’inclusione”. A partire da questa considerazione Carlo Manuali già dall’inizio degli anni ‘80 formulava ipotesi di lavoro che sarebbe stato opportuno approfondire più ampiamente.

Mentre queste importanti “deviazioni” dal *mainstream* triestino si perdevano in vicende sempre più locali, si sviluppavano anche tentativi di dialogo intellettuale con alcune correnti decisamente più “tecniche” come fu il caso della psicoterapia familiare sistemica e della scuola di Milano, secondo cui la tecnica sistemica, con l’orientamento dei suoi interventi ai sistemi familiari di cui il paziente psichiatrico fa parte, sarebbe stata l’unica in grado di sostenere la deistituzionalizzazione. Oppure, l’affermarsi di prassi alternative in contesti apparentemente lontani dai centri della deistituzionalizzazione triestina, che intercettavano categorie di utenza diverse da quelle che andavano “liberate” dal manicomio e che quindi ponevano altri problemi (un esempio su tutti: Giuseppe Lombardo Radice con gli adolescenti negli anni ‘80 o il trattamento

delle tossicodipendenze in contesti comunitari). Questa divaricazione di percorsi assistenziali – permessa dalla destrutturazione del dispositivo manicomiale – corrisponde all'emergere di “nuovi profili” epidemiologici – i “giovani”, i “tossicodipendenti” su cui si applicano riflessioni diverse, anch'esse polarizzate, (pensiamo alla polarizzazione del dibattito italiano tra Vincenzo Muccioli e Luigi Cancrini).

O, ancora, il richiudersi di alcune elaborazioni critiche in nuovi saperi disciplinari, nel rifiuto/incomprensione dell'importanza della pratica politica (e certamente l'esempio più evidente è quello di Giovanni Jervis che si illude di costruire una psichiatria clinica critica e progressivamente si lascia alle spalle la centralità del superamento del manicomio e la radicalità della critica basagliana all'impianto epistemologico e morale della psichiatria).

2. I disturbi psichiatrici nella letteratura antistituzionale

Nella presente riflessione, esploriamo la ipotesi secondo cui la deistituzionalizzazione non ha saputo creare una cultura capace di interagire pienamente con il presente. La “monumentalizzazione” di alcune figure di spicco, che erano state punti di riferimento negli anni 70, non ha favorito la continuità di quel nucleo fondativo di elaborazione e di radicale messa in discussione delle dei fondamenti epistemologici della ideologia psichiatrica, che riuscisse a sopravvivere ai vari e parziali processi di istituzionalizzazione dei principi portati da quelle fasi innovative. Probabilmente l'unico pensiero che ha mantenuto intatta e fino alla fine la propria radicalità è quello di Franco Rotelli.

Ad oggi troviamo che molte acquisizioni di quei processi storici sono implicite, ambigualmente espresse, semplificate o del tutto assenti. Non è un caso che assistiamo da più parti a tentativi di gruppi scientifici (principalmente correnti di psicoterapia) di accreditarsi come “orientamento tecnico compatibile con servizi basagliani”, ma nel complesso di un dibattito confuso, frammentato, ecc. Per dirla sinteticamente, non esiste una epistemologia clinica lasciata in eredità dalla trasformazione dei servizi in senso post manicomiale e antistituzionale. Nel vago dibattito che si può provare a ricostruire su questi temi emergono vari accenni di posizione ma non si trova neanche un vero e proprio ambito in cui esplicitare questo confronto, una base di analisi condivisa delle prassi da cui partire, ecc. In questo contesto, le figure che si sentono legate a quella cultura hanno anche vissuto una serie di “sconfitte storiche”, una delle quali è la proliferazione di modelli cognitivi comportamentali e neurobiologici nei servizi territoriali pubblici post manicomiali”, all'ombra dei quali si è iper-semplifica-

ta la riflessione sul malessere e il benessere, riducendo la salute mentale a una pratica di correzione dei disturbi individuali all'interno di una cornice teorica ingenuamente naturalista, incapace di riflettere sulla complessità epistemologica delle nozioni di comportamento, deficit, salute; complessivamente subalterna ai mandati di controllo sociale diffuso o alle domande di potenziamento della prestazione individuale che il nuovo complesso della salute mentale andava esprimendo. Ma chi ha parlato dei disturbi psichiatrici e dei loro trattamenti? Sono alcuni esponenti storici del movimento antistituzionale e della psichiatria critica a discutere di disturbi psichiatrici e della loro cura: innanzitutto Basaglia con il suo contributo di fenomenologo (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9), insieme a lui, Sergio Piro con il suo monumentale "Il linguaggio schizofrenico" (10) e infine Giovanni Jervis nel suo manuale (11).

In Umbria, nel 1993 Carlo Manuali propose a Francesco Scotti di assumere la redazione della sezione Psichiatria degli Annali di Neurologia e Psichiatria con l'obiettivo di approfondire e di articolare anche sul piano teorico e della riflessione quella rete dei Servizi di salute mentale di Perugia che era divenuta una realtà concreta e operativa importante. Per rispondere al bisogno di unificare la molteplicità delle pratiche e dei saperi gli Annali pubblicavano quindi una serie di Seminari, promossi a partire dal 1994 dal Dipartimento Salute Mentale di Perugia sul tema del "Curare e prendersi cura in Psichiatria" (12). Tuttavia, a parte questi autorevoli precedenti, c'è da chiedersi quanti operatori critici e antistituzionali abbiano letto i testi che abbiamo poc'anzi citato. C'è da chiedersi quale sia la psichiatria clinica che viene realmente praticata dagli psichiatri e dai servizi psichiatrici di orientamento critico e antistituzionale. In altre parole, c'è da chiedersi quale sia lo scenario più prossimo alla realtà fra due possibili.

- La psichiatria antistituzionale per trattare i pazienti utilizza il modello tradizionale della clinica psichiatrica biomedica e lo mette in opera, seppure in un quadro di libertà e rispetto dei pazienti: ossia, si pratica una clinica tradizionale nel contesto di servizi radicalmente innovativi.
- La psichiatria antistituzionale ha "inventato" trattamenti innovativi che non sa descrivere né formalizzare.

Dunque, la domanda centrale è se sia sufficiente una radicale trasformazione dei servizi per "inventare" forme innovative di trattamenti. Oppure, se la psichiatria antistituzionale abbia "inventato" la deistituzionalizzazione (sia la sua teoria sia la sua pratica) ma si sia limitata a pratiche terapeutiche empiriche senza costruire alcuna teoria della clinica antistituzionale. Se, come è ragionevole pensare, si è venuta costruendo una pratica terapeutica innovativa, coerente con la teoria e la pratica della deistitu-

zionalizzazione, quello che non si è creato è un corpus teorico che fondi tale pratica innovativa o, se si vuole, un corpus teorico che sia fondato a partire dalla pratica innovativa. L'assenza di un corpus teorico descrivibile oltre che "narrabile" determina una difficoltà di trasmissione ad altri (ai giovani, ad esempio). Se certamente vengono trasmesse una teoria e una pratica della deistituzionalizzazione non altrettanto avviene per la terapia, o sarebbe meglio dire "la cura", che sappiamo fondarsi solidamente su due cardini fondamentali: una "presa in cura"¹ e un insieme di "pratiche riparative". È molto probabile che la sommatoria della "cura" e della "pratica riparativa" costituiscano l'essenza di una clinica terapeutica antistituzionale. Tuttavia, nessuno ne parla, nessuno teorizza e tutto è lasciato in una nebbia vaga.

3. Saperi accademici, reazione negli anni 80, scienza e potere

La vivacità del dibattito pubblico sulla salute e la sanità che aveva interessato l'Italia fino alla fine degli anni '70, garantendo l'elaborazione di innovazioni universalistiche nei sistemi di salute pubblica, era stata determinata da una forte "pressione dal basso", da spinte di democratizzazione e cambiamento istituzionale (13) che avevano decentrato la produzione di sapere dall'ambito accademico per aprire il confronto sulla salute a questioni sociali, economiche e politiche; questo processo aveva solo marginalmente toccato le strutture di produzione del sapere accademico in tutto il mondo sanitario occidentale. Le elaborazioni progressiste in campo internazionale, culminate con le dichiarazioni egualitarie e sociali di Alma Ata (1978) sottoscritte da OMS e Unicef, furono infatti immediatamente negate da una reazione che investì il mondo istituzionale e trovò immediata alleanza in gran parte dell'università, la

¹ "La cura non è né femminile né maschile perché essa è semplicemente umana. La cura si occupa di bisogni corporei, di bisogni psicologici ma anche di bisogni organizzativi e amministrativi. La cura cioè si occupa anche di quello che l'antropologo americano Arthur Kleinman ha definito "social suffering". Nella cura si coniugano atti intimi e privati e atti sociali: la cura è anche una pratica sociale che richiede "politiche", finanziamenti e sostegni (...) Non vi è dubbio che la cura sia al tempo stesso un'azione gratuita e una pratica professionale. Allora, diciamo che la cura è un insieme di azioni tangibili, concrete e misurabili ma essa si inverte soltanto se prestata insieme ad attitudini intangibili quali gentilezza, delicatezza, discrezione, rispetto. Dunque, la cura è azione pratica e affettiva al tempo stesso. Questa doppia natura richiede competenze pratiche e competenze affettive. Spesso i familiari mancano delle prime e gli operatori sanitari delle seconde. Questa doppia natura della Cura costituisce in sostanza la sua complessità e la sua trasversalità nella vita di ognuno: una attività alta e profondamente umana poiché coniuga l'intimità segreta e privata dei corpi, la gentilezza e il rispetto per i viventi, le pratiche umili e quotidiane dell'accudimento ma anche la consapevolezza di non essere solamente solitari produttori di oblatività ma parti di una comunità umana e sociale fatta di solidarietà e di concreti sostegni istituzionali. La cura è dunque un complesso atto bio-psico-sociopolitico» (72).

quale era rimasta in tutto il mondo un ambito di resistenza al cambiamento, pronto a farsi centro della reazione (14). *L'intellectual blueprint* compatibile con l'investimento finanziario sulla salute e con la contrazione dei sistemi di welfare, promossi dalla Banca Mondiale, dal Fondo Monetario Internazionale e dall'Organizzazione Mondiale del Commercio, si tradusse in nuove linee di ricerca nel campo dei sistemi sanitari orientate alla individualizzazione dei rischi, alla determinazione economica di efficacia degli interventi tecnici mirati per raggruppamenti amministrativi (processo che si è accoppiato strutturalmente con la proliferazione di categorie diagnostiche ipostatizzanti - legate alla proliferazione di molecole da immettere sul mercato), allo sviluppo specialistico negli interventi sempre più raffinato sui sintomi. La scienza che era stata per un ventennio (anni '60 e '70) campo di dibattito anche aspro fra teorie psicodinamiche, fenomenologiche, sociologiche e antropologiche portatrici di un ventaglio vario di dimensioni critiche, viene così riorganizzata dai centri di potere universitari attraverso una complessiva immissione di determinismo neopositivista in tutte le discipline; l'ambito *psy* si trova al centro da una parte di una riorganizzazione a-teoretica della nosografia (15), dall'altro ad una crescita dell'investimento sulla ricerca organicista. Negli anni 90 emerge che il modello biomedico delle neuroscienze ha influenzato la clinica psichiatrica in senso fortemente semplificatorio "riducendo la spiegazione del comportamento deviante ad una serie di disfunzioni neurologiche" (16).

L'impatto sulla pratica clinica, come hanno sostenuto i movimenti degli utenti, nonostante la crescente enfasi sulla cura comunitaria e l'inclusione sociale, ha favorito lo sviluppo di una cultura orientata alla legittimità del trattamento senza consenso; le complesse discussioni precedenti sull'interazione tra elementi politici, relazionali e istituzionali e sul rapporto tra questi ambiti e la struttura interna delle discipline sono state riduzionisticamente abbandonate a vantaggio di un modello che, sotto la ecumenica quanto superficiale definizione di bio-psico-sociale trascura la discussione sui limiti epistemologici e logici interni ad ogni disciplina a vantaggio di una preponderante propensione amministrativa e classificatoria. La ricerca in psichiatria elabora così il "progetto scientifico" (17) della sua realizzazione, in cui si compie la fallace correlazione tra aspetto fenomenologico, eziologico e nosografico in un corpo duro di nosografia in cui ad ogni condizione esistenziale corrisponde una opportuna molecola "terapeutica". È fondamentale la relazione tra questo cambiamento dell'approccio scientifico e la trasformazione dei sistemi di protezione sociale: nel numero di *Aut Aut* dedicato a "La diagnosi in psichiatria", Luciana Degano Kieser e Giovanna Gallio hanno messo in luce la relazione tra gli usi sempre più pervasivi di sistemi psicodia-

gnostici meramente descrittivi e la destrutturazione dei sistemi di protezione sociale universalistici nella “postdemocrazia” tedesca. Secondo le autrici, infatti, l’apparato psicodiagnostico dominante ha la funzione di naturalizzare le tendenze residualistiche di sistemi di protezione sociale che vanno perdendo ogni funzione redistributiva ed emancipatoria, in quanto grazie all’ampia disponibilità di diagnosi essi ricollocano ciascuna particolare condizione dell’utenza entro una catena gerarchica fatta di specifiche forme di trattamento, della quale i gradini più in basso sono occupati dai dispositivi più segreganti e riguardano fasce di popolazione che non possono permettersi forme di protezione sociale private ad alto investimento terapeutico-riabilitativo: un evidente corto circuito tra naturalizzazione della povertà e psico-biologizzazione dell’esclusione (18, 19).

Nonostante l’importanza di questi aspetti sono state poche in questi anni le ricerche sulla relazione tra le trasformazioni dei sistemi di welfare mix italiani e l’impoverimento della teoria e della prassi psichiatrica sotto la spinta del riduzionismo classificatorio. Le proposte di ricerca di Ota De Leonardis formulate a fine anni ‘90 sul rischio che le vecchie esperienze di impresa sociale che avevano rinnovato la pratica riabilitativa in Italia cedessero al crescente privatismo e alla subalternizzazione a un welfare dimentico della questione della giustizia sociale (20) non hanno mai abbastanza incontrato la riflessione sulle pratiche e i saperi del complesso servizi-terzo settore-comunità, ricchissimo di contraddizioni, che invece nel campo della salute mentale “progressista” si è piuttosto teso a sublimare in una acritica accettazione, forse nella speranza che da qualche parte nella società ci fosse ancora una qualche roccaforte dei “nostri”.

D’altra parte i rapporti tra pratica anti-istituzionale e sapere psichiatrico trasmesso nei contesti universitari sono stati da sempre critici; per Franco Basaglia l’università era stata un luogo di sofferenza e conflitto, da cui “è stato respinto oppure accettato malvolentieri in ruoli privi di reale potere accademico” (21): in essa si sviluppa quella stessa “sindrome istituzionale” riconosciuta nell’ospedale psichiatrico per cui, dietro il paravento della produzione di nozioni astrattamente classificatorie, si dissimula il privilegio economico e politico di un corpo docente interessato soprattutto a riprodurre il proprio potere nell’opacità delle sue epistemologie e nella interessata indifferenza rispetto alla pratica reale dei servizi. Proprio l’immersione nelle pratiche manicomiali all’inizio degli anni 60 era stata la reazione a un mondo accademico arretrato e incapace di mettersi in discussione. Poco cambia con la riforma se già negli anni 80 risulta tra i grandi problemi segnalati dal movimento di Psichiatria Democratica la scissione tra ricerca, sperimentazione nei servizi e produzione di nuova teoria in campo psi-

chiatrico. Si vedano tra gli altri gli interventi di Sergio Piro, Cristiano Castelfranchi e Giovanni De Plato nel volume *Dalla psichiatria alla salute mentale* (22) che raccoglie gli atti del convegno omonimo tenutosi a Roma nel 1987.

Nei 10 anni successivi alla legge 180 era evidente che la riflessione sulla formula organizzativa dei servizi territoriali, e su questo si veda. *Tra regole e utopia* (23) non sarebbe bastata a sostanziare la ricerca scientifica sulla sofferenza umana che nella pratica dei servizi quotidianamente si incontrava. Si affermavano quindi tentativi di confronto con “le tecniche” per collocarle nei servizi - nell’ottica però di una pratica psicoterapeutica allargata, che fosse profondamente riconfigurata dal punto di vista teorico, epistemologico ed etico, adeguata alle finalità di un servizio pubblico territoriale, come prassi diffusa tra i suoi professionisti, nelle procedure e nelle strutture (in modi diversi questa formulazione accomuna gli sforzi di Agostino Pirella, Paolo Tranchina, Gian Franco Minguzzi, Francesco Scotti, Sergio Piro e molti altri - all’epoca - “giovani” studiosi e professionisti che lavoravano nei nuovi servizi cercando di accompagnare le pratiche sperimentali con la costruzione di una nuova teoria.

Un altro filone di riflessione di quegli anni insiste sui rapporti tra servizi di salute mentale e società, vale a dire su come porsi di fronte alle sfide della nuova “devianza” che accompagna le società in cui si andavano riformulando i rapporti tra esclusione e inclusione (si veda di Paolo Tranchina, “Norma e antinorma” (24), i nuovi modi di esprimersi dei bisogni sociali, la ricollocazione dei rapporti tra psichiatria e medicina all’interno di un approfondimento della “scienza cognitiva”, capace anche di superare le semplificazioni sociologiche meccanicistiche che avevano portato in alcuni momenti a risolvere il disagio psichico nell’esclusione sociale, di superare i pregiudizi della “sinistra-psico” per cimentarsi invece con una nuova ricerca scientifica all’altezza dei problemi della complessità, capace di tematizzare esplicitamente le tensioni implicate nel “rapporto tutorio” (25-26) e contribuire alla “ristrutturazione del concetto di psicoterapia” (Minguzzi, vedi 22) sfidando i vari “nemici”, interni ed esterni, dell’accademia - incapace di accettare il ruolo attivo dei servizi territoriali nella ricerca e nella formazione - dell’ideologismo, del praticismo, del tecnicismo (25).

La riflessione, per quanto interessata a “produrre scienza” e misurarsi con le contraddizioni, si accompagnava alla consapevolezza delle dimensioni “strutturali” della ricerca scientifica, intesa come forza produttiva (De Plato, vedi 22), di fronte a cui si pone il tema democratico del rapporto tra sviluppo tecnologico e condizione umana, del ruolo dei poteri professionali psi nell’induzione di domanda specialistica di salute mentale (Crepet, vedi 22, prima di diventare un modesto influencer televisivo).

Studiare i legami tra produzione, economia e ricerca scientifica non era un modo per rifiutare la teoria ma per legarne la produzione alla capacità di controllo della popolazione, alla socializzazione delle conoscenze come strumento per riconoscere ed esprimere i propri bisogni, in una visione democratica del rapporto tra scienza ed emancipazione.

Sono evidenti anche i limiti su questo piano: la “politicizzazione della medicina” perseguita dai movimenti negli anni ‘70, che volevano legare la ricerca scientifica alla riflessione sulle condizioni di vita e di lavoro delle classi subalterne, subisce in quegli anni un’evidente battuta di arresto. Così si esprime a proposito Marcello Cini: “gli sforzi di trasferire all’esterno le conoscenze, le situazioni, le esperienze dei gruppi operai più avanzati sono falliti non soltanto per gli sfavorevoli rapporti di forza sul terreno dello scontro sociale e politico, ma anche per gravi difetti di comprensione di quali siano i concreti canali di mediazione fra le spinte attive nel tessuto sociale le sedi che assicurano la produzione e la socializzazione del sapere tecnico-scientifico. Detto in altre parole, non è che fosse sbagliata l’intuizione che la scienza e la tecnologia sono attività le cui regole, finalità e modalità sono contrattate nel terreno sociale. Era invece sbagliata l’identificazione degli interlocutori, la scelta delle procedure, l’oggetto della contrattazione. Insomma, non avevamo una teoria affidabile della non-neutralità della scienza” (27).

Laddove la strutturazione di sistemi universalistici era stata una sintesi momentaneamente raggiunta sulla spinta di conflitti sociali altrimenti incompionibili, la contraddizione viene presto resa innocua e risolta (28) nella misura in cui la nuova formulazione del sistema sanitario emerso dalla 833 riconfigura sotto forma sanitaria quei bisogni sociali e politici che non potevano esprimersi altrimenti - nei fatti sottofinanziando e depotenziando l’attività genuinamente preventiva, e non meramente rivolta alle diagnosi precoci, impedendo lo sviluppo parallelo di un sistema nazionale di servizi sociali, risolvendo il promettente tema della partecipazione in una forma burocratica e talvolta clientelare di gestione partitica delle unità sanitarie. La contraddizione brevemente apparsa si risolse nella riproposizione di una “domanda infinita di fronte a un sistema finito” (29): laddove il sistema di welfare traduce i bisogni sociali e relazionali solo in senso sanitario, finiscono ad essere appiattite su prestazioni sanitarie domande impossibili da esprimere; ne conseguono inappropriately (le cui conseguenze negative e mortifere sono distribuite nel corpo sociale a svantaggio delle popolazioni più povere e marginali), prestazionismo profittevole e costanti campagne di “razionalizzazione”.

In contesti in cui la cultura della sanità pubblica ha una più profonda tradizione, nonostante la feroce virata neoliberale partita fin dalla fine degli anni '70, autori non particolarmente politicizzati come Sir Michael Marmot hanno la capacità di riconoscere che le disuguaglianze sociali emerse negli ultimi decenni a livello internazionale e all'interno dei singoli paesi occidentali hanno prodotto disuguaglianze di salute inaccettabili da un punto di vista di sanità pubblica, che le politiche di aggiustamento strutturale hanno contribuito a loro volta ad approfondire perché le "politiche internazionali non erano finalizzate ad incontrare i bisogni primari delle persone" (30). Finita la spinta politica, incapaci di riconoscerne limiti ed errori, si prende atto che la produzione scientifica e lo sviluppo tecnico tornano "a sancire l'inevitabilità della scomposizione rigida dei fenomeni economici e sociali, a rivalutarne l'aspetto settoriale" (De Plato, vedi 22), ma per un certo periodo si resta consapevoli che tale sfida non si può abbandonare perché "l'evoluzione scientifica (informatica, genetica, controllo del comportamento) pone problemi bioetici e di importante riflessione per l'organizzazione sociale" dentro cui bisognerebbe continuare ad avere un ruolo. Tale presa d'atto resta però senza conseguenze negli anni successivi².

Su questi temi Furio di Paola nel 2000 aveva opportunamente esortato il mondo erede della tradizione antistituzionale a riconoscere che le nozioni di base basagliane fossero state "obliate": "Basaglia si potrà pure celebrare, purché storicizzato, perché applicarne i concetti all'oggi sarebbe sconveniente" (31). Di Paola aveva denunciato nello specifico che la precarietà epistemologica del progetto di una riformulazione della psichiatria su basi bio-neurologiche, definita una "cortina fumogena", esaltava la percezione della debolezza politica della nostra parte - incapace di riattivare lo scontro scientifico sul terreno dell'attualità. Negli ultimi decenni si è compiuta quella saldatura tra discorso scientifico e emersione politica del "soggetto cerebrale" (32) in cui la regione farmaceutica ha non solo sovradeterminato la maggior parte della pratica clinica (33) ma anche amplificato le tendenze individualistiche e asociali dell'autonomia e della prestazione, configurando nuovi modi dell'essere sociale (34-36). Furio Di Paola aveva notato come, di fronte ai prodromi di questo fenomeno, si corresse il rischio di sventolare la bandiera di un Basaglia solo in quanto "storicizzato", vale a dire senza riportare le sue critiche all'attualità e considerando compiuta nella salute

² tant'è che il sociologo Alessandro Dal Lago può scrivere nel 1992 "è interessante notare come questa dialettica della definizione patologica e deterministica della realtà sia stata accettata dai movimenti politici e sociali che rivendicavano una funzione autonoma o rivoluzionaria. Non penso solo al successo che la criminologia positiva ha ottenuto nel movimento socialista alla fine del XIX secolo; penso soprattutto all'accettazione, da parte dei movimenti antistituzionali contemporanei, di un ruolo deviante, marginale, in ultima analisi speculare alla definizione patologica prodotta dalle istituzioni". (73)

mentale dei giorni nostri, limitatamente alle sue “buone pratiche”, la sua proposta. Di conseguenza, proponeva al movimento “basagliano” di scendere sul campo del dibattito scientifico psichiatrico, entrando nel merito dei limiti epistemologici, dei conflitti di interessi, delle fallacie logiche, delle contraddizioni teoriche e pratiche insite nel mainstream psichiatrico. Secondo Di Paola, senza un confronto scientifico nel merito delle teorie psichiatriche, l’incapacità di esprimere una posizione teorica avrebbe indebolito la nostra posizione culturale, ci avrebbe reso incapaci di vedere autocriticamente le contraddizioni della nostra pratica all’interno del mainstream della salute mentale e avrebbe reso la nostra posizione solo una moralistica petizione di principio, incapace di fronteggiare le sfide presenti.

4. Anni '90 e “monumentalizzazione”

Non erano mancati, verso la fine degli anni '90, i tentativi di riaprire alcune domande in una fase che per certi versi sembrava riproporre lo spirito di una possibile mobilitazione agganciata a significativi cambiamenti istituzionali (il primo Piano Obiettivo Salute Mentale, la chiusura definitiva degli Ospedali Psichiatrici su impulso della Ministra Bindi, il fiorire di una nuova generazione di pratiche sociali cooperativistiche) di cui si possono trovare alcuni segni nel dibattito (37); tuttavia la rapida chiusura di quella fase ha convinto la maggior parte di noi a richiuderci nella mera trasmissione di una identità limitata alle “buone pratiche di salute mentale”, a una serie di scelte organizzative poco riproducibili nella maggior parte dei contesti urbani e comunque incapaci di fronteggiare le potenti dinamiche della medicalizzazione amministrativa del disagio, a scelte politiche che, a fronte di un’identità nebulosa, hanno preferito la timidezza e la subalternità, non curanti dei rischi di dispersione del nostro patrimonio di riflessioni - che sole possono dare trasmissibilità alle pratiche. Rischio che si è andato facendo via via sempre più concreto.

Chiariamo: sono accadute anche molte cose buone in questi anni. In tutta Italia si sono moltiplicate varie forme di quelle “buone pratiche” che costituiscono una promettente base sperimentale per rispondere alla domanda formulata nel titolo. Attività artistiche ed espressive esitanti in forme reali di inserimento sociale, SPDC a porte aperte e senza contenzioni, Servizi orientati alla recovery, Budget di Salute, Utenti Esperti per Esperienza, Coproduzione, Psicoterapia Comunitaria, Dialogo aperto, De-prescrizione, ecc. Tuttavia, queste pratiche sono avvenute nell’assenza di una teoria che aiutasse a mettere in questione la loro estendibilità, a valutare criticamente le popolazioni che ne fossero accolte e quelle che ne fossero escluse, a produrre ricerca

sui loro reali esiti e le loro possibili distorsioni; spesso, anzi, queste pratiche hanno preso a prestito da altri contesti sociali teorie e discorsi senza problematizzarne l'applicazione, in una dimensione di estrema opacità. È significativo che l'unico libro recente che abbia provato a mettere queste buone pratiche in relazione ad una riflessione generale sulla clinica, sullo stato di salute del legame sociale e sulle relative dimensioni politiche dei servizi, sia stato quello di un non-psi (38); il libro segnala la necessità di costruire riflessioni più ampie nonostante i suoi limiti³. I due maggiori sono che nella prima parte l'osservazione "epidemiologica" viene svolta solo a partire da prassi psicoterapeutiche puntuali e fortemente localizzate, ben poca cosa rispetto a grandi progetti che vedevano i servizi territoriali come centri di elaborazione di una epidemiologia critica (si pensi al Progetto Nazionale Prevenzione Malattie Mentali del CNR); nella seconda le buone pratiche sono pragmaticamente raccontate dai singoli protagonisti, senza una messa in questione delle relative contraddizioni emergenti o delle riflessioni più complessive che da esse possono nascere, ben poca cosa rispetto a quello che sono state opere come *Il giardino dei gelsi* (cit.) o *Dove va la psichiatria?* (39). Nonostante questi limiti, che sono più del contesto storico del libro stesso, esso è importante perché segnala l'assenza di una riflessione sistematica da parte di chi opera in questo campo, anche nelle posizioni a noi più vicine.

Come spiegare questo arretramento? se fossimo degli psicanalisti da salotto televisivo dovremmo dire che la causa principale è da attribuirsi al proliferazione di narcisismi autodifensivi nel nostro ambito disciplinare, a causa dei quali è stato impossibile tenere insieme una rete capace di congiungere movimento, battaglia culturale e pratica di invenzione istituzionale; non siamo psicanalisti da salotto televisivo quindi ci limiteremo a dire che questo problema, in parte presente, non basta da solo a spiegare le cause più profonde e non è certo un fenomeno limitato al campo della salute mentale. Ma se certo il suo potere esplicativo non va esagerato, resta qualcosa su cui riflettere attentamente se, come suggerisce Di Vittorio (40), de-monumentalizzare la prassi basagliana significa anche recuperare la sua implicita proposta di ripensamento dei rapporti tra scienza, attività politica e relazioni interpersonali, oltre le segmentazioni a cui siamo ormai abituati.

C'è dunque urgente bisogno di un futuro per la Psichiatria Antistituzionale: futuro e trasmissibilità di pratiche e di teorie corrispondenti. Invece il futuro viene esorcizzato dalla celebrazione (spesso autocelebrazione) del passato mitico. Come spiega Pierangelo Di Vittorio citando Walter Benjamin "la celebrazione o l'apologia s'ingegna di

³ A questo proposito si veda Saraceno (74)

occultare i momenti rivoluzionari nel corso della storia. A essa sta a cuore la fabbricazione di una continuità. Essa conferisce valore solo a quegli elementi dell'opera che sono già entrati a far parte del suo influsso postumo. Le sfuggono i punti in cui la tradizione si tronca, e quindi le asperità e gli spuntoni che offrono un appiglio a chi voglia spingersi al di là di essa" (41). Trasposto nel campo della psichiatria anti-istituzionale, si tratta qui di cogliere che dopo la lotta antimanicomiale per vari decenni i contenuti della riforma hanno dovuto confrontarsi con il blocco della trasmissione, l'incapacità di percepirsi in una dimensione storica, la mitologia della continuità favorita dalla "monumentalizzazione" (40) in virtù della quale la 180 è stata percepita come una promessa di emancipazione "che attende ancora, che attenderà sempre il suo compimento". I professionisti si sono autorappresentati una dimensione di continuità ideologica che però non ha tenuto conto delle trasformazioni dei servizi secondo "i dogmi di una razionalità sanitario-amministrativa" e dello "sbriciolarsi (..) della cultura del Welfare State, inteso come quel sistema di garanzie che consentiva di affrontare le fragilità e gli incidenti della vita", la cui possibilità l'autore lega all'esistenza di una concezione del "tragico" nella cultura: l'accettazione cioè delle contraddizioni che rendono l'umano non risolvibile in nessuna razionalizzazione e "sempre un po' estraneo a se stesso" (40).

Monumentalizzazione significa prima di tutto occultamento delle contraddizioni che la 180 sollevava agli occhi dei suoi stessi promotori: lo spostamento della pratica psichiatrica dall'istituzione manicomiale al territorio non era affatto vista come un passaggio che avrebbe di per sé portato ad una pratica eticamente e scientificamente corretta. Era forte la consapevolezza in Basaglia e collaboratori che l'enfasi sul territorio potesse risolversi in una vuota retorica, per cui, dietro l'idea di una salute mentale decentrata, si sarebbe realizzata una pratica rispondente solo alle necessità storiche della nuova fase assistenziale del "capitalismo avanzato", finalizzata cioè ad applicare forme di controllo diffuso alla "maggioranza deviante", a sostituire l'internamento a vita con pratiche più sottili di rotazione nel circuito tra invalidazione e reinserimento - attraverso un complesso di ambulatori, reparti, residenze post-manicomiali e ghetti territoriali, in cui i trattamenti continuano però a funzionare come strumenti di manipolazione e di de soggettivazione, che tengono lontano il servizio dai veri bisogni della popolazione⁴. A questa possibilità si contrapponeva quella di fare ricerca sulla prevenzione, la possibilità cioè che si potesse "cogliere il malato al di là della malattia" (42), cioè incontrare le forme che la sofferenza assume nel manifestarsi non

⁴ Su questi temi è fondamentale il saggio, mai tradotto in italiano: Castel F, Castel R, Lovell A. *La société psychiatrique avancée: le modèle américain*. Grasset. Paris, 1979 (75)

solo nel sociale ma anche nel privato: nella famiglia, nelle strutture di genere, nell'inclusione alla produttività, nelle formazioni della personalità "integrata". Si trattava di vedere la sofferenza individuale per storicizzarla, non per trattarla come bisogno individuale a cui rispondere con una prestazione. Il lavoro di prevenzione risultava allora una riformulazione dell'incontro tra tecnica e politica, una sperimentazione di pratiche sociali di trasformazione in senso cooperativo delle relazioni, un cambiamento nella concettualizzazione sui fatti della vita, che ricostruisse la capacità di dare senso alle esperienze di disagio al di là dei tecnicismi medici, spingendo invece affinché laddove la popolazione in forme politiche agisce per rimuovere le cause di malessere vi fosse il luogo di produzione di sapere sulla salute e la malattia. È stata ampiamente messa in luce l'incapacità di riformulare il nodo del "rapporto tutorio" fuori dalle istituzioni totali: dall'occultamento di questo problema emergono molteplici limiti oggi sempre più evidenti. In primo luogo l'incapacità di tematizzare efficacemente lo svuotamento dell'istituto del TSO, passato dall'essere uno strumento - "mediazione transitoria" secondo Franco Basaglia - di garanzia, accettabile nella misura in cui stimola alla ricerca di soluzioni extraospedaliere, alla costruzione di contrattualità che coinvolge i contesti sociali passando dalla richiesta di intervento sulla "malattia" a una lettura relazionale e sociale dei bisogni - a pratica burocratico-amministrativa svolta esclusivamente nell'imbutto dei reparti psichiatrici, che risolve con una indebita semplificazione il tema della relazione, oscura il problema della prevenzione e della capacità dei servizi di essere nel sociale.

Il movimento antistituzionale era anche fatto di riflessioni teoriche alte e raffinate sulle tecniche, pur nella compresenza di un'acuta riflessione politica su di esse. Se abbiamo già fatto i nomi di Minguzzi, Scotti, Pirella, Tranchina e Piro, non dobbiamo dimenticare almeno altre figure come Michele Risso, autore di importanti riflessioni sul trattamento psicologico delle popolazioni subalterne, Ivar Oddone, perno della riflessione sull'incrocio tra saperi esperti e saperi della popolazione lavoratrice, per identificare collettivamente le nocività ambientali, urbane e nei luoghi di lavoro, Raffaello Misiti, collaboratore tanto di Ernesto De Martino quanto di Franco Basaglia e Franca Ongaro e di Giulio Maccacaro, impegnato nello studio delle dimensioni transculturali della psicologia e del rapporto tra pratiche psicologiche e questione ecologica. Di queste storie nulla è rimasto nella trasmissione della "nuova scienza" che il movimento antistituzionale intendeva produrre; dobbiamo oggi riflettere su questa grave lacuna che rende sempre più debole la nostra posizione nel dibattito scientifico e culturale. Vanno anche citati i lavori di Scotti e Brutti sulla psicoterapia

infantile e l'autismo e le ricerche sulle manifestazioni psicopatologiche di Vieri Marzi, Graziano Valent, Enzo Sarli. Tali lavori, che oggi vengono poco ricordati quando si parla di deistituzionalizzazione, testimoniano di una fase in cui il movimento si è confrontato teoricamente e praticamente con le questioni poste dalle malattie mentali. Monumentalizzazione è quindi quell'operazione per cui i tecnici progressisti, invece di tenere aperta la contraddizione tra una "linea forte" e un "pensiero debole" (Pirella) hanno risolto le incertezze identitarie della nuova fase con varie forme di chiusura, politiche e professionali. Questa chiusura, invece di continuare la ricerca sulle contraddizioni aperte dal superamento dei manicomi tenendo accesa l'attenzione sul legame tra discipline, pratiche e politiche, è andata via via sempre più vivendo la fase di movimento come irrimediabilmente "risolta", "finita", "compiuta" con la promulgazione di una legge che si trattava poi di "applicare", come se in essa fossero contenute le risposte e non, come invece lo stesso Basaglia pensava, delle domande aperte da sviluppare. Oggi sempre più si scontrano visioni che monumentalizzano la 180 e visioni che la contestano come "ideologica" e propongono un suo superamento verso le vie diversamente reazionarie del tecnicismo professionale o della riduzione della libertà di scelta dei pazienti. Entrambe le posizioni perdono di vista il punto centrale del gesto di Basaglia: uscire dallo specifico del tecnicismo psichiatrico ma con la volontà di coagulare attorno alla pratica la produzione di una nuova scienza della complessità, che superasse i confini tra medicina e scienze umane, basata su una reale partecipazione popolare nella definizione dei contesti di vita e dei sostegni necessari per una vita degna. Si tratta della ricerca come intrapresa collettiva legata alla risposta ai bisogni reali della popolazione, del riconoscimento del conflitto dialettico come possibilità creativa della società, irrisolvibile nelle interpretazioni della "devianza" e nelle forme amministrative della sua gestione. Questi erano e sono ancora oggi i nostri compiti principali.

5. Il contributo dei lacaniani e gli sviluppi in altri contesti disciplinari

Va anche analizzato il contributo della lettura di Lacan da parte della psichiatria antistituzionale. Alcuni psichiatri antiistituzionali (latino-americani ma anche italiani, come Mario Colucci) trovano in Lacan una clinica compatibile con la pratica della psichiatria antistituzionale. "Lacan ha saputo valorizzare il fondamentale apporto della psicanalisi al riconoscimento del soggetto come produttore di senso, comunque e sempre, anche quando tale senso si presenti come inafferrabile. In altre parole, nel corso dell'analisi resta dell'inconscio un "irriducibile" che, pur se non ha significato

per la interpretazione, esiste come produzione di senso del soggetto: Lacan denomina tale residuo come “*sinthome*” (43-44). Ciascun soggetto compone in modo individuale e unico i registri del reale, del simbolico e dell’immaginario costruendo una propria singolarità, in qualche modo inafferrabile alla “cura” che non ha né può pretendere una intrusione illimitata e normalizzante. E proprio nel seminario *Le sinthome* (44) Lacan affermerà la singolarità del soggetto psicotico, ben al di là di ogni possibile riduzione nosografica. Questa clinica del soggetto riporta la psicanalisi nel cuore della “psichiatria non biomedica” e permette un incontro con ogni psichiatria che si proponga a sua volta il riconoscimento dell’altro come produttore di senso e dotato del diritto a manifestarlo ed esercitarlo. In tal senso, e non a caso, sono alcuni psicanalisti lacaniani (soprattutto in America Latina) che hanno coniugato il pensiero di Basaglia con quello della psicanalisi” (si pensi a José Carlos Mariátegui in Perù e Alfonso Teja Zabre in Messico, i gruppi operativi di Enrique Pichon-Rivière in Argentina, con i contributi di Marie Langer, Armando Bauleo, Oscar Masotta, Roberto Harari, Carlos Sastre, Néstor Braunstein e ora la sinistra lacaniana di Jorge Alemán; e, infine agli psicoanalisti militanti David Pavón Cuellar e Vicente Galli).

Spesso formulazioni innovative su questi temi sono nate in contesti lontani dal nostro, soprattutto laddove il dibattito scientifico ha accolto indicazioni provenienti da nuove pratiche e nuove voci che si affacciavano sulla scena pubblica. L’antropologia, sulla scorta degli stimoli postcoloniali, ha mostrato la necessità che il campo delle scienze umane riformulasse la concettualizzazione dei rapporti tra soggetto e oggetto, individuando nella contrazione delle nozioni ontologiche che implicitamente occultano il nostro posizionamento, le forme coloniali di pensiero che predeterminano il nostro modo di osservare. Dalle filosofie amazzoniche, che ci spingono a decentrare il nostro rapporto oggettuale con la conoscenza (45) - il che può avere importanti conseguenze sulla tematizzazione delle malattie mentali e delle forme di trattamento (46) - fino ai recenti studi di antropologia medica sul legame tra nozioni di salute e azione pubblica, e su come alla luce di questi legami vadano letti e trasformati i sistemi sanitari (47), questi stimoli aiutano a definire un quadro teorico entro cui ricostruire la riflessione anti-istituzionale.

La filosofia della scienza (48) ha approfondito le contraddizioni epistemologiche che nell’ambito delle scienze umane caratterizzano il rapporto tra categorizzazioni, soggetti categorizzati e condizioni sociali e politiche della produzione delle categorie stesse. In questo contesto Ian Hacking ha messo in evidenza l’esistenza dei *looping effect*, dei cicli di ricorsività che pongono tra loro in relazione le popolazioni catego-

rizzate e le etichette diagnostiche - producendo reciproche modificazioni in entrambe - e il legame tra la produzione di categorie diagnostiche e un complesso di tensioni etiche, politiche e sociali all'interno delle società che le producono (49). La filosofia post-strutturalista, spesso in accordo con le varie diramazioni dei *subaltern studies*, ci ha permesso di valorizzare la "scienza minore delle affezioni", come ci dicono Deleuze e Guattari, con cui Maria Nichterlein e John R. Morss, in "Deleuze e la psicologia" (50) hanno potuto formulare proposte di profonda revisione epistemologica delle pratiche di salute mentale a partire dall'osservazione dei paradossi dell'attuale stato dell'arte, in cui l'idea di misurabilità produce conseguenze anti ecologiche, la valutazione tecnica della salute riconferma forme paranoiche di controllo, aumentano le forme di rischio iatrogeno, le teorie psy aumentano "la bêtise, la stupidità concreta in pratiche che banalizzano la ricchezza dell'evento" (51).

La psicoanalisi stessa, in contesti in cui ha saputo confrontarsi con le pressioni derivanti dai movimenti anti-neocoloniali (in Sud America) e trans femministi (in Europa) ha sviluppato la capacità di tematizzare e sottoporre ad autocritica la propria funzione politica di normalizzazione delle diseguaglianze (52-53) riformulando le nozioni chiave di inconscio, ripetizione, pulsione e transfert per sottrarle alla loro impostazione conservatrice e legarle alle dinamiche politiche di un mondo dominato dallo sfruttamento e dal razzismo. Da questa riformulazione emerge una "psicologia critica" che analizza la "funzione soggetto" come prodotto ideologico e riporta la pratica clinica all'interno di una dimensione collettiva rivolta al superamento delle varie forme di oppressione che subiscono i paesi cosiddetti "meno sviluppati", le persone discriminate per la loro razza, le persone sfruttate, le donne. Gli autori fanno esplicito riferimento all'opera di Franco Basaglia e all'opera di Robert Castel come ispiratrici della loro riflessione sulla possibilità di incontro tra una pratica clinica epistemologicamente rimessa in questione e la capacità di azione collettiva per la trasformazione dei contesti politici e sociali. In Francia, dove il dibattito tra psicoanalisi e femminismo ha una tradizione più forte di quello presente in Italia che pure esiste, e si vedano per esempio le opere di Lea Melandri (54), la comunità psicoanalitica è stata scossa dalle posizioni di Paul B. Preciado il quale ha identificato il "complesso pornofarmacologicoindustriale" (55) come vettore principale della riproduzione a livello individuale delle dimensioni biopolitiche di gestione della produttività e delle performance dei corpi in un regime capitalista e patriarcale. Una delle sue ultime esternazioni, *Sono un mostro che vi parla*, (56) ha definitivamente denunciato la collusione della psicoanalisi conservatrice con le dinamiche violente imposte dal genere e dall'ideologia

della differenza sessuale, tabù invece ancora intoccabile per la Psicoanalisi italiana, stimolando un folto gruppo di psicoanalisti a rivedere le proprie posizioni sulla transizione sessuale, il non binarismo, il rifiuto della performance di genere come pratiche potenzialmente emancipatorie, accettabili anche in ambito clinico. Mattieu Bellhasen rappresenta infine e invece uno degli ultimi epigoni della tradizione della “psichiatria istituzionale”, gloriosa ma quasi del tutto ininfluenza a livello dei servizi pubblici. La sua opera recente, sulla scorta delle elaborazioni di Oury e Tosquelles, ha preso atto della necessità di uscire dal recinto limitato della pratica clinica e accorgersi che una vera dimensione “istituzionale” può coincidere solo con l’acquisizione di un nuovo ruolo politico, di una “prassi istituzionale” nei servizi pubblici e nella discussione scientifica sui concetti dominanti di “salute mentale” i quali, ad oggi, sono riconosciuti criticamente come uno strumento di penetrazione e approfondimento della manipolazione sociale di stampo neoliberale, in connessione con la destrutturazione delle politiche sociali che in Francia proprio in questi mesi sta riattivando notevoli forme di resistenza popolare (57).

In Italia l’ambito più promettente per l’emergere di nuove elaborazioni sulla salute mentale, anche autocritiche, continua ad essere quello delle pratiche di impresa sociale che hanno da sempre provato a tenere insieme la cura del legame sociale, la sostenibilità economica e le forme di emancipazione personale. Si tratta di un mondo alla ricerca di una propria identità, spesso stirato tra la subalternità ad un settore pubblico in disfacimento e le sirene di una mercatizzazione liberista che ne compromettono sempre di più la potenza emancipatoria. La riflessione avviata da Franco Rotelli negli ultimi mesi della sua vita, sulla necessità di riprendere in mano e ripulire il concetto di “intrapresa sociale” dalle distorsioni e dagli occultamenti degli ultimi anni, potrà forse essere un terreno di rilancio se riuscirà a coniugare la ricchezza delle sue pratiche con una nuova formulazione del senso e delle funzioni di un welfare nuovamente “pubblico”. Nel frattempo, solo la letteratura sembra aver continuato ad attraversare questi campi “minori” (58) raccogliendo e dando dignità a quella frammentazione creativa dei soggetti che, in una impossibile mobilitazione collettiva, continua ad essere l’unico progetto culturale conservativo possibile oggi, rispetto alla ricchezza delle riflessioni emancipatorie prodotte fino alla fine degli anni ‘80 (59). Ma siamo così arrivati a un punto in cui l’interrogazione sulla cura delle malattie mentali ci ha portato ancora una volta fuori, sconfinando, da dove forse possiamo ricominciare a produrre le domande che possono portarci a un sapere. Infine, e se la chiave di volta della questione qui posta era la radicale affermazione della non-appartenenza della

“malattia mentale” alla psichiatria tout-court (vecchia o nuova, tradizionale o critica, istituzionale o antistituzionale). In altre parole, la questione non è se sia o non sia esistente una “cosa” dicibile come malattia mentale bensì che la questione è quella di una *presenza*, altra ed estranea alla medicina, costituisce il nucleo doloroso della esperienza che chiamiamo psicotica.

C'è da chiedersi se la difficoltà a creare una teoria della “clinica terapeutica antistituzionale” non dipenda dal fatto che non esiste una terapia di qualcosa che non è una malattia. Ossia, che quella presenza della assenza di salute mentale debba essere oggetto di risposte di cura piuttosto che di risposte di terapia.

6. L'accantonamento del radicalismo antipsichiatrico

Ma forse abbiamo liquidato Laing troppo in fretta. Il saggio “L'io diviso” (60) non è solo una critica alla nozione psichiatrica di incomprendibilità della follia ma soprattutto alla assunzione della esperienza psicotica come malattia. Il comportamento schizofrenico è una espressione della esistenza anziché una malattia: non i segni di una malattia ma la comprensione della esperienza di essere nel mondo propria e dell'altro costituisce il fondamento di ogni possibile comprensione dello schizofrenico. La differenza fra Laing e i movimenti della psichiatria antistituzionale consiste nel fatto che l'antipsichiatra inglese si concentra sulla possibilità per il soggetto di sperimentare il proprio diritto al viaggio a ritroso ossia a una regressione liberatoria mentre per gli psichiatri antistituzionali la questione non è quella di autorizzare la follia bensì di mostrare la intima connessione fra necessità della follia e mancata risposta ai bisogni di cui il folle è portatore. “La conseguenza di tale diversità è essenziale in quanto se per Laing l'obiettivo sarà di creare luoghi per la autorizzazione della follia, per Basaglia la questione sarà quella di smontare i luoghi deputati alla follia perché dietro di essa non sta la strada della conoscenza ma il vicolo cieco della sopraffazione”¹².

E qui sta la divaricazione fra una psichiatria che decostruisce la propria violenza (Basaglia) e una che costruisce il proprio annullamento (Laing). La legittimazione che preoccupa Basaglia è quella del corpo e dei bisogni mentre quella che preoccupa Laing è quella della mente e della sua esperienza. Da un lato si generano “tecniche” della deistituzionalizzazione e dall'altro “tecniche” della liberazione. La preoccupazione concreta e politica di Basaglia di trasformare la realtà ha consentito quella grande rivoluzione di cui Laing è stato incapace: fra l'invocazione radicale alla libertà della esperienza della follia e la praxis della storicizzazione del folle che torna ad essere cittadino la seconda ha saputo liberare i matti dalla istituzione rinunciando alla radi-

calità di liberarli dalla ragione dominante (61). In Basaglia, così come in Rotelli, c'è un nucleo profondamente antipsichiatrico forse e consapevolmente occultato dalla loro preoccupazione "civile" di operare per il diritto di cittadinanza. Non si tratta di una antipsichiatria che si preoccupa di negare l'esistenza della malattia ma piuttosto di negare l'esistenza della psichiatria. Per Basaglia come per Rotelli, entrambi consapevolmente non innamorati della problematica intellettuale della "antipsichiatria", la questione centrale è la negazione della legittimità epistemologica e morale della psichiatria e in tal senso si potrebbe parlare di una "antipsichiatria antistituzionale". E a questo proposito si veda il fondamentale *Dialogo con Franco Rotelli*, a cura di Giovanna Gallio e Benedetto Saraceno (62).

7. Neurodivergenza, disabilità, nuove forme di emancipazione

È innegabile il fascino che questa prospettiva continua ad esercitare su chi voglia mettere in questione i legami tra le discipline psy e le relazioni di potere nella società se un testo che ha avuto grande successo nell'ultimo decennio, *Realismo Capitalista* di Mark Fisher (63) riprende e riattualizza le teorie di Laing e Cooper per mostrare come la psichiatria riduzionista sia uno strumento dell'ingiunzione capitalistica ad agire su di sé in vista del miglioramento della propria performance produttiva, nella generale accettazione dei valori eletti a caposaldi del sistema economico. La teoria di Fisher, molto in voga presso le giovani generazioni, ha contribuito a riattivare una consapevolezza critica sui legami tra capitalismo e salute mentale che noi, con la nostra tradizione antistituzionale, non siamo stati in grado di tramandare. Un buon esempio dell'interiorizzazione di queste riflessioni l'abbiamo visto nella recente ondata di occupazioni che ha interessato le scuole superiori bolognesi, dove gruppi di studenti hanno messo in atto forme pacifiche di protesta nelle scuole tematizzando la questione della salute mentale senza ridurla ad una generica richiesta di "supporto psicologico", come invece larga parte delle forze politiche hanno fatto negli anni successivi alla pandemia, ma declinando la critica nei confronti della insostenibilità delle condizioni di competizione, produttività, richiesta costante di performance a cui sottopone l'attuale sistema scolastico.

Purtroppo, pur nella sua ricchezza, la teoria di Fisher è segnata dagli stessi limiti dell'opera dei suoi predecessori britannici, anzi forse arriva ad estremizzarli: il disagio psichico, in particolare la depressione, è immediatamente risolta nelle contraddizioni sociali del capitalismo; poco spazio è lasciato alla dimensione del soggetto e delle possibili pratiche di cura; alla dimensione forte della denuncia e della critica culturale

non segue una conseguente ricerca sulle possibilità di ricostruire su altri presupposti il legame sociale, condividere la conservazione e la riproduzione del mondo, pensare il nostro benessere anche in un'ottica ecologica. Forse non avrebbe senso oggi recuperare il concetto, già troppo controverso e a dialettico, di antipsichiatria lasciandolo com'è; è necessario vedere quali di quei contenuti sono riattivabili oggi, in una forma che possa aiutarci a riprendere in mano la storia del movimento antistituzionale senza monumentalizzarlo. questo proveremo a fare in queste ultime pagine.

Mentre la retorica neoliberale si riappropriava dei sistemi sanitari e in generale metteva in discussione il valore della protezione sociale universalistica, si andava affermando prima in Gran Bretagna e poi nel resto del mondo anglosassone, sulla base di solide riflessioni gramsciane, il movimento delle persone disabili o, come preferiscono dire in contrapposizione alla centralità dello sguardo medico i rappresentanti del modello sociale della disabilità, delle persone "disabilitate", ponendo l'accento sul fatto che le caratteristiche - prima fisiche poi anche mentali - delle persone con una "menomazione" non sono in sé la causa della disabilità. La causa va piuttosto cercata nell'incontro tra tale caratteristica individuale e una società abilista, tale cioè da marginalizzare o escludere, da trattare solo come soggetto passivo e non dotato di *agency*, il soggetto che non si conforma ai dettami della norma del corpo e della mente abili e in salute. Tale movimento, incontrando poi i movimenti per i diritti civili diffusi nei contesti anglosassoni, ha sviluppato una grande attenzione alla dimensione della autonomia, della capacità di *voice*, della autodeterminazione e del diritto ad ogni forma di accessibilità.

Dopo aver percorso tutto il mondo occidentale con la potenza politica delle sue rivendicazioni, che hanno scosso la popolazione sul piano etico e messo in discussione i paradigmi inveterati dell'assistenza disabilitante, il movimento ha ottenuto la sua più grande vittoria formale con la ratifica della Convenzione Onu dei Diritti delle Persone con Disabilità (64), la quale, oltre a stabilire un diritto universale all'inclusione e all'accessibilità, ha definitivamente messo in crisi gli aspetti più invalidanti del rapporto di cura e assistenza in tutti i contesti socioassistenziali, minando la legittimità di tutti i trattamenti coercitivi e istituzionalizzanti. Oggi il movimento si è arricchito di nuove elaborazioni teoriche e si presenta nei contesti occidentali spesso sotto la forma del "pride", rivendicando quindi l'orgoglio soggettivo e la libera produzione di contenuti da parte delle persone disabili.

Se da una parte la Convenzione risulta ad oggi in molti paesi e in molti contesti assistenziali disapplicata quando non sconosciuta, è innegabile che essa abbia ricon-

figurato il quadro giuridico entro cui collocare il rapporto tra cura e tutela, assistenza e diritto, con possibili ampie conseguenze anche sul piano delle politiche di salute mentale. Vediamo che in questi anni non mancano anche gli esiti contraddittori di questa innovazione politica, soprattutto guardando alle esperienze di legiferazione che i Paesi Europei hanno messo in atto per adeguare alla CDPD la propria legislazione sociosanitaria: la possibile distorsione dei concetti di autonomia, libertà di scelta, deistituzionalizzazione, una volta incardinati nelle legislazioni sociosanitarie dei paesi occidentali, è che queste parole d'ordine vengano declinate in modelli che privilegiano la visione ancora "individualistica" della disabilità (65) traducendo immediatamente questi valori emancipatori nella libertà di scelta sul mercato dei sostegni e delle prestazioni, con il rischio di rappresentare un ulteriore vettore di destrutturazione dei servizi pubblici sociosanitari e dei sistemi di protezione universalistici. Tuttavia, questi rischi sono ben noti nell'ambito dei *Critical Disability Studies*, che in un'ottica fortemente intersezionale, hanno messo in luce il legame tra le condizioni di disabilitazione e le altre linee di esclusione e marginalizzazione relative alla classe, e al genere. Un importante contributo venuto dai movimenti di persone disabili riguarda un tema che nel campo della salute mentale è ancora battuto con prudenza, quello della ricerca partecipativa emancipatoria (66), vale a dire della possibilità di produrre saperi sulle pratiche dei servizi e sulle condizioni di disabilitazione a partire dalla ricerca delle persone disabili stesse. Il movimento ha fortemente rivendicato questa pratica e ha sviluppato un'attenzione alle sue possibili distorsioni manipolatorie - attenzione che invece nel mondo della salute mentale si fatica ancora molto a vedere chiaramente espressa.

Un altro importante contenuto emerso dal dialogo tra i *Disability Studies* e le riflessioni sull'Etica della Cura ha permesso di tematizzare il complesso di contraddizioni insite nella relazione tra autodeterminazione e costitutiva asimmetria delle relazioni di cura (67); in questo proficuo incontro riteniamo esserci una possibilità di tornare a tematizzare produttivamente la spinosa questione del "rapporto tutorio", formulata e poi lasciata cadere nelle elaborazioni provenienti dagli ambiti a noi più prossimi: la polarizzazione tra queste due tensioni inconciliabili non viene risolta attraverso una chiusura ma allude alla possibilità di riaprire una interrogazione più generale sul rapporto tra vulnerabilità e legame sociale nel suo complesso, attivando una rimessa in discussione sulla ineguale redistribuzione del lavoro di cura e sulla sua urgente risocializzazione, sull'accettabilità sociale della vulnerabilità e sulla possibilità di superare i concetti astrattamente negativi di autonomia e tutela verso una riconsiderazione

anche ecologica dell'interdipendenza del vivente.

Un altro movimento a cui è utile guardare per favorire un rinnovamento dei nostri quadri teorici viene dalle esperienze degli *users/survivors/refusers* della psichiatria, attivi anch'essi in ambito anglosassone e legati alla tradizione dei movimenti per i diritti civili e contro la psichiatrizzazione forzata delle minoranze razzializzate e delle persone in condizione di marginalità socioeconomica. Se questo movimento ha espresso un corpus minore di produzione teorica, è innegabile che le sue elaborazioni siano, a partire dagli anni '90, intervenute in maniera preponderante anche nel dibattito ufficiale sulla salute mentale, introducendo temi fino ad allora sconosciuti come quello di *recovery* - intesa come percorso di riappropriazione della propria soggettività al di là della definizione medica di sintomi e trattamenti - e pratiche su larga scala come l'auto-mutuo-aiuto. In questo passaggio al *mainstream* non sono mancate annotazioni critiche che hanno messo in luce come i concetti più rivendicativi formulati dai movimenti, che ponevano l'accento sulla prassi collettiva e sui diritti, abbiano subito - laddove hanno iniziato ad orientare le politiche pubbliche del *Community Care* fin dall'inizio degli anni '90 - varie torsioni che ne hanno individualizzato i contenuti e ammorbidito il portato rivendicativo per renderli compatibili con una politica sostanzialmente neoliberista (68); tali annotazioni critiche hanno aperto una serie di discorsi vicini agli studi subalterni da cui è emersa la già significativa tradizione (presoché sconosciuta in Italia) dei *Mad Studies*. Altri contributi provenienti da questo ambito hanno messo in luce come la possibilità di *users/survivors/refusers* di produrre saperi sulle pratiche di salute mentale tende a ridurre l'importanza relativa di teorie e trattamenti psi per tornare a spostare l'attenzione della ricerca sulle questioni relative ai determinanti sociali, alle dimensioni relazionali e alla costruzione di significato che incontrano le persone toccate da esperienze psichiatriche (69)

Un ultimo ambito che vogliamo qui citare riguarda il movimento, emerso in ambito anglosassone negli ultimi vent'anni, delle persone neurodivergenti. Anche noi, alla luce dei capovolgimenti di egemonia raccontati nei primi paragrafi, abbiamo fatto fatica sulle prime ad identificare tra i movimenti possibilmente emancipatori uno che assumesse il prefisso "neuro-"; tuttavia, proprio dall'azione di attiviste autistiche non verbali come Amanda Baggs⁵ sono emerse radicali forme di messa in questione dello sguardo medico, delle pratiche correttive, della pretesa di identificazione tra cura e normalizzazione che noi, nel nostro ambito della salute mentale, non siamo più riu-

⁵ Nel gennaio 2007, Amanda Baggs ha postato su You Tube un video intitolato *In My Language* in cui descrive la propria esperienza di persona affetta da autismo.

sciti a mettere in discussione teoricamente negli ultimi decenni. Le contraddizioni e le criticità non mancano neanche nell'ambito delle affermazioni del diritto alla "neurodiversità" ma, come portatori della tradizione antistituzionali alla ricerca di nuove forme di trasmissibilità dei saperi accumulati durante le pratiche del cambiamento, non possiamo sottrarci dall'individuare nuovi interlocutori, anche imprevisi, nella nostra battaglia culturale.

Furio Di Paola (31) parlava dei prevedibili progressi nel campo delle neuroscienze descrivendo che essi sarebbero stati "espropriabili o appropriabili". In forme per noi imprevedibili, questi movimenti propongono inediti processi di riappropriazione che, sulla base di forme di attivismo a noi estranee, stanno rimettendo in questione le fallacie nel *framework* riduzionista delle neuroscienze e ampliando il possibile campo di incontro tra scienze umane, pratiche di cura e forme di inclusione in direzione di quell'*universal design* teorizzato come diritto dai movimenti delle persone disabili. I paradigmi scientifici neurobio-, inevitabilmente stirati dall'azione dei movimenti, stanno in parte anche mettendo in discussione la loro subalternità ai conflitti di interesse psicofarmaceutici, riaprendo la formulazione dei loro contenuti a nuove forme di raffinatezza epistemologica (70).

Queste nuove forme di messa in discussione dell'oggettivismo dello sguardo medico, per quanto lontane dalla nostra tradizione, offrono l'opportunità di ripensare la "cura delle malattie mentali" fuori dal circolo vizioso del riduzionismo naturalistico andando a colpire il cuore nascosto della sua ideologia: l'asimmetria di potere che da sempre sta al cuore delle nostre teorizzazioni e che si può tornare ad affrontare con una nuova "politicizzazione della scienza" (71) e con un ripensamento del nostro legame sociale.

Bibliografia

1. Venturini E. Il giardino dei gelsi. Torino: Einaudi; 1979.
2. Micheli G. I. nuovi Catari. Analisi di un'esperienza psichiatrica avanzata. Bologna: Il Mulino; 1982.
3. Basaglia F. Il mondo dell'incomprensibile schizofrenico attraverso la Daseinanalyse (1953). In: Basaglia F Scritti. I. Torino: Einaudi; 1981.
4. Basaglia F. Contributo allo studio psicopatologico e clinico degli stati ossessivi (1954). In: Basaglia F Scritti. I. Torino: Einaudi; 1981.
5. Basaglia F. In tema di pensiero dereistico (1955). In: Basaglia F Scritti. I, 112. Torino: Einaudi; 1981.
6. Basaglia F. Il corpo nell'ipocondria e nella depersonalizzazione (1956). In: Basaglia F Scritti. I, Einaudi; Torino; 1981.
7. Basaglia F. L'ipocondria come deformazione dell'Erlebnis individuale nel fenomeno di depersonalizzazione (1957). In: Basaglia F Scritti. I, Torino: Einaudi; 1981.
8. Basaglia F. Il sentimento di estraneità nella malinconia (1957). In: Basaglia F Scritti. I, Torino: Einaudi; 1981.
9. Basaglia F. Ansia e malafede (1964). In: Basaglia F Scritti. I, Torino: Einaudi; 1981.

10. Piro S. Il linguaggio schizofrenico. Milano: Feltrinelli, , 1967.
11. Jervis G. Manuale critico di psichiatria. Milano, Feltrinelli; 1975.
12. Autori Vari. Praticabilità della cura e rapporti tra terapia e riabilitazione nella psichiatria di territorio. *Annali di Neurologia e Psichiatria*. fasc. 1, 1996
13. Giorgi C. Taroni F Il Servizio sanitario nazionale di fronte alla pandemia. Passato e futuro delle politiche per la salute. in *Riv Pol Soc* https://www.ediesseonline.it/wp-content/uploads/2020/04/Il-Servizio-sanitarionazionale-di-fronte-alla-pandemia_Giorgi-e-Taroni.pdf 2020
14. Maciocco G. (a cura di) *Politica Salute Sistemi Sanitari*. Il Pensiero Scientifico Editore, Milano, 2009.
15. American Psychiatric Association. *DSM III*. APA, Washington DC; 1980.
16. Landeweer E, Abma T, Santegoeds J. Widdershoven G. Psychiatry in the age of neuroscience: the impact on clinical practice and lives of patients. In: *Poesis Prax* 6 (1):43-55, 2009.
17. Andreasen NC, Black. D *Introductory Textbook of Psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press Inc; 1995.
18. Degano Kieser L, Gallio G. The big deal: i nuovi usi della diagnosi nella postdemocrazia tedesca. in: *Aut Aut*. 357, 2013.
19. Saraceno B, Gallio G. Diagnosi, “common language” e sistemi di valutazione nelle politiche di salute mentale. in: *Aut Aut*. 357, 2013.
20. De Leonardis O. In un diverso Welfare. *Sogni e Incubi*. Milano: Feltrinelli; 1998.
21. Colucci M. Di Vittorio P Franco Basaglia. Merano: AlphaBeta Verlag; 2001.
22. *Atti del Convegno Nazionale del P.C.I. Dalla psichiatria alla salute mentale*. Roma 3-5 aprile 1987. Salemi: Roma; 1987.
23. Autori Vari, *Tra Regole e Utopia*. Pistoia: Coop Ed. *Psichiatria Democratica*; 1982.
24. Tranchina P. *Norma e Antinorma*. Milano: Feltrinelli; 1979.
25. Castelfranchi C, Parisi D. *Linguaggio, conoscenze e scopi*. Bologna: Il Mulino; 1980.
26. Castelfranchi C, Henry P, Pirella A. *L'invenzione collettiva. Per una psicologia della riabilitazione nella crisi della psichiatria istituzionale*. Torino: EGA-Edizioni Gruppo Abele; 1999.
27. Cini M. *Attualità dell'opera e del pensiero di Giulio A. Maccacaro. Costruzione della scienza del lavoro della salute dell'ambiente salubre*. Centro per la Salute “Giulio A. Maccacaro” - Cooperativa Centro per la Salute “Giulio A. Maccacaro” s.r.l. editore Castellanza; 1988.
28. Giannichedda MG, Ongaro Basaglia F. (a cura di) *Psichiatria Tossicodipendenze Perizia. Ricerche su forme di tutela, diritti, modelli di servizio*. Franco Angeli, Centro Studi e Iniziative per la Riforma dello Stato; 2020.
29. Foucault M. *Medicina e biopolitica. La salute pubblica e il controllo sociale*. (a cura di Paolo Napoli). Roma: Donzelli editore; 2021.
30. Marmot M. Social determinants of health inequalities. In: *The Lancet*. Vol. 365, Iss: 9464, 2005.
31. Di Paola F. *L'istituzione del male mentale. Critica dei fondamenti scientifici della psichiatria biologica*. Roma:Edizioni Manifestolibri; 2000.
32. Vidal F, Ortega F. *Being Brains. Making the Cerebral Subject*. New York: Fordham University Press; 2017.
33. Lakoff A. *Pharmaceutical Reason. Knowledge and Value in Global Psychiatry*. Cambridge University Press; 2006.
34. Ehrenberg A. *Trasformazioni della società e trasformazioni della psichiatria*. In: *Rivista Sperimentale di Freniatria*. n. II, 2007.
35. Ehrenberg A. *La Mécanique des passions. Cerveau, comportement, société*. Odile Jacob, Paris, 2018.
36. Rose N. *The Politics of Life Itself. Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*.

- Princeton: Princeton University Press; 2006
37. Autori Vari. *Follia e Paradosso. Seminari sul pensiero di Franco Basaglia*. Trieste, Edizioni E. 1995
 38. Rovelli M. *Soffro dunque siamo. Il disagio psichico nella società degli individui*. Roma: Minimum Fax; 2023.
 39. Onnis L. Lo Russo G *Dove va la psichiatria?* Milano: Feltrinelli; 1980.
 40. Di Vittorio P, Cavagnero B. (a cura di) *Dopo la legge 180. Testimoni ed esperienze della salute mentale in Italia*. Milano: Franco Angeli; 2019.
 41. Benjamin W. *Das Passagenwerk*. a cura di Tiedemann R *Gesammelte Schriften, Band V, 1 e 2*, Frankfurt, Suhrkamp Verlag, 1982
 42. Manuali C. *Manicomio e malattia. Intervento pronunciato al convegno nazionale del centro nazionale delle ricerche sul Progetto finalizzato Medicina preventiva*. Roma, 17-20 maggio 1978. In *Assessorato tutela della salute e servizi sanitari della regione dell'Umbria*, 2003, p. 25.
 43. Skriabine P. *Introduction à la clinique borroméenne de RSI au sinthome*. Section clinique Paris Île-de-France, UFORCA Pour L'université populaire Jacques Lacan, Paris, 7 décembre 2011.
 44. Lacan J. *nLe séminaire livre XXIII : Le sinthome*. Paris: Seuil; 2005.
 45. Viveiros de Castro E. *Metafisiche cannibali. Elementi di antropologia post-strutturale*. Verona: Ombre Corte; 2017.
 46. Beneduce R. Prefazione. In: Viveiros de Castro E. *Metafisiche cannibali. Elementi di antropologia post-strutturale*. Verona: Ombre Corte; 2017.
 47. Consoloni M. *Quaranta I Antropologia, politiche e prassi istituzionali. Ripensare la dimensione critica nella produzione del sapere*. In: *Riv Antr Cont*, 2023, 2/2023,
 48. Vagelli M, Setaro M, *Introduction. Ian Hacking and the Historical Reason of the Sciences*. in *Phil Inq Vol. 9 No. 1*, 2021.
 49. Hacking I. *Plasmare le persone. Corso al Collège de France 2004-2005*. Urbino: Quattroventi; 2008.
 50. Nichterlein M, Morss JR. *Deleuze e la psicologia*. Milano: Raffaello Cortina; 2017.
 51. Barbetta P, Valtellina E. Prefazione in Nichterlein M, Morss JR *Deleuze e la psicologia*. Milano: Raffaello Cortina; 2017
 52. Pavón Cuellar D. *Marxisme lacanien. Psychophores*: Paris; 2009.
 53. Parker I, Pavón-Cuéllar D. *Psychoanalysis and Revolution: Critical Psychology for Liberation Movements*. London: 1968 Press; 2021.
 54. Melandri L. (a cura di) *Il desiderio dissidente. Antologia della rivista «L'Erba voglio» (1971-1977)*. Roma: Derive Approdi; 2018.
 55. Preciadon P. *Testo tossico. Sesso, Droghe e Biopolitiche nell'era farmacopornografica*. Roma: Fandango Libri; 2015.
 56. Preciado P. *Sono un mostro che vi parla*. Roma: Fandango Libri; 2021.
 57. Belhasen M. *La santé mentale. Vers un bonheur sous contrôle. Préface de Jean Oury*. Paris: La Fabrique; 2014.
 58. Cavazzoni E. *Che cosa la letteratura ha imparato dai matti*. In: Rizzante M Nardon W Zangrando S *Al di là del genere*. Trento: Università degli Studi di Trento, , 2010.
 59. Fofi G. *Non esistono più movimenti letterari in Italia?* Kobo <https://www.kobo.com/it/blog/i-cannibali> 2020
 60. Laing R. *L'io diviso*. Torino: Einaudi, 1969
 61. Saraceno B. *Introduzione*. In Laing R. *L'io diviso*. Firenze: Sansoni, 1988.
 62. Rotelli F. *Dialogo con Franco Rotelli (a cura di Gallio G e Saraceno B)*. COPPERSAM.: Trieste; 2023.
 63. Fisher M. *Realismo capitalista*. Roma: Produzioni Nero; 2018.

64. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, http://www.un.org/disabilities/convention/convention_full.shtml. New York, UN, 2006. Versione italiana: <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/disabilita-e-non-autosufficienza/focus-on/Convenzione-ONU/Pagine/Convenzione%20Onu.aspx>
65. Schianchi M. *Le social derrière le handicap - Etude historique du cas italien (XIXe-XXe siècles)*. Paris: L'Harmattan, , 2019
66. Oliver M. *Understanding disability: from theory to practice* Basingstoke, Hampshire: Macmillan; 1996.
67. Casalini B. Rileggere criticamente Love's Labor di Eva Feder Kittay. In: Fragnito M, Tola M. *Ecologie della cura. Prospettive transfemministe*. Orthotes, 2021.
68. McWade B. *Recovery-as-policy as a form of neoliberal statemaking*. Department of Sociology, Bowland North, Lancaster University, Lancaster, 2016. https://eprints.lancs.ac.uk/id/eprint/77630/1/McWade_Recovery_as_Policy_Final.pdf
69. Rose D, Rose N. Is 'another' psychiatry possible? in *Psychological Medicine*. Volume 53 , Issue 1, 46:54, 2023.
70. Bennet MR. *Hacker PMS Philosophical Foundations of Neuroscience*. NJ USA: Wiley-Blackwell, Hoboken 2023.
71. Maccacaro GA. *Per una medicina da rinnovare*. Milano: Feltrinelli; 1979.
72. Saraceno B. *Prendersi cura e costruire la pace. SOS Sanità*, settembre 2022
73. Dal Lago A. *La produzione della devianza. Teoria sociale e meccanismi di controllo*. Verona: Ombre Corte; 2022.
74. Saraceno B. *Sulla povertà della psichiatria*. Roma: Derive e Approdi; 2017.
75. Castel F, Castel R, Lovell A. *La société psychiatrique avancée: le modèle américain*. Paris: Grasset; 1979.

Conflitti di interessi dichiarati: nessuno