

Ri-abilitare la riabilitazione

«E' da valutare come qualcosa di grande, il fatto che oggi l'uomo, in quanto uomo, sia considerato titolare di diritti, sicché l'essere umano è qualcosa di superiore al suo status; ora, come fonte del diritto vigono principi universali e così nel mondo è iniziata una nuova epoca» (Friedrich Hegel).

Accanto ai diritti civili e politici sono comparsi anche i diritti sociali, e alla legge vengono sovente attribuite funzioni compensative a favore degli svantaggiati. Diritti diseguali per persone diseguali. Si riconosce, insomma, che non è solo la norma astratta a dettare le ragioni dell'eguaglianza dei diritti. Vi sono differenziate capacità e possibilità di accesso per poterne usufruire, giustizia è giustamente complessa.

Devono essere garantiti vantaggi e possibilità differenziate nell'accesso ai diritti. Chi ha (o è) meno, deve avere di più per accedere al diritto. In questo cammino anche i principi etici della medicina si incontrano con quelli degli stati. Il fondamento etico della sanità pubblica dovrebbe garantire di più a chi ne ha più bisogno (in netta contraddizione con l'etica del mercato della sanità che tende a garantire ai normali o poco malati, per fini mercantili, una grande quantità di presidi e supporti).

Intanto ogni giorno passa di qui qualcuno che ha perso il diritto alla patente di guida perché qualche medico ha fatto una diagnosi psichiatrica (mentre nessuno ha mai provato che gli psicotici producono più incidenti stradali degli altri). La giustizia complessa ha sempre due facce, e stanno combattendo tra loro, e lì è il problema.

Contemporaneamente, in tre quarti del mondo i diritti (qualsivoglia) si realizzano solo nei documenti dell'OMS e alla TV. Ma è già qualcosa.

Il lavoro della nuova psichiatria dovrebbe consistere nell'abilitare e riabilitare (emancipare).

Troppo spesso in passato (e ancora) è stato: inabilitare. Cosa significa riabilitare?

"Costruire (ricostruire) accesso reale ai diritti di cittadinanza, l'esercizio progressivo degli stessi, la possibilità di vederli riconosciuti e di agirli, la capacità di praticarli". Il diritto di cittadinanza, è diritto politico, giuridico, sociale.

Così intesa la (ri)abilitazione è un processo da agire su tre livelli di intervento che si convalidano se congiunti, si pervertono se dissociati.

1. La modifica delle legislazioni (sui trattamenti, sull'obbligo delle cure, sui luoghi di cura, sui diritti degli utenti, sul lavoro, sugli interventi sociali, etc.) rappresenta un terreno essenziale delle strategie di riabilitazione; può vanificare ogni altro intervento o al contrario sostenerlo, promuoverlo, implementarlo: da un lato essenziali sono i diritti politici e giuridici e in ordine ad essi essenziali sono coerenti legislazioni che li sostengono, riconoscono e perseguono; dall'altro, terreno elettivamente concreto delle pratiche di riabilitazione sono appunto i diritti sociali (accesso all'istruzione, alla casa, alla scuola, al lavoro, ad un reddito accettabile, alla libera sessualità, alla libera opinione, alla promozione di sé, alla qualità della vita). Occorreranno su questo specifiche legislazioni sociali, il cui valore ri-abilitativo è del tutto evidente. Il processo di riabilitazione deve pretendere di essere un processo attivo in cui attivamente si persegue la realizzazione legislativa di questi diritti per l'individuo.
2. Se la cittadinanza sociale parla di vincoli e risorse, la abilitazione deve soprattutto incidere su tali vincoli e liberare tali risorse. La disponibilità effettiva di risorse da ottenere da un lato (case, lavoro, denaro, luoghi di effettiva formazione, rapporti sociali possibili, etc.), il diritto riconosciuto ad accedervi dall'altro costituiscono il secondo livello della questione.

Circa questi due primi aspetti delle strategie di cittadinanza sociale occorre sottolineare che tali azioni, essenziali ai processi riabilitativi, devono far parte integrante dell'agire e sono oggetto pieno della professionalità dei servizi e degli operatori. Per quanto tali obiettivi possono a buon titolo essere considerati obiettivi politici, non per questo non appartengono all'ambito su cui gli operatori devono intervenire. Per il perseguimento di tali obiettivi gli operatori devono dedicare energia, capacità, tempo. Che si riusi o non più quel vocabolario, si comprende perché "vocazione terapeutica" e "lotta di classe" furono in un testo di Basaglia non disgiungibili termini.

Un atteggiamento che ci trova totalmente dissenzienti è peraltro quello di coloro che sembrano ritenere che «un diritto è qualcosa che bisogna meritare», così come di coloro che ritengono che «un diritto va dato solo a coloro che dimostrano di saperlo esercitare».

Pensiamo al contrario che un diritto è un bene universale che appartiene a tutti senza distinzione di classe, di ceto, di sesso, di razza, di età, di condizione di salute e che a nessuno può essere negato un diritto considerato universale e costitutivo della pienezza della cittadinanza, e che esso debba essere riconosciuto a priori comunque. L'azione abilitativa non può essere finalizzata al "meritarsi un diritto" o alla acquisizione di un diritto attraverso la capacità di gestirlo. Il diritto deve essere a priori dato. L'azione abilitativa deve consistere nel rendere le persone capaci di esercitarlo appieno se ancora non lo sono o se hanno perduto questa capacità, e a rendere realistico e possibile l'esercizio di un diritto arbitrariamente negato o non ancora sostenuto dalla realtà delle cose.

Nella pratica concreta, sembra verosimile affermare che in una società democratica che "in via di principio" tende ad ammettere una accezione universalistica dei diritti, i compiti concreti dell'azione abilitativa si incontrano con i limiti effettivi dell'esercizio di questo principio universalistico dei diritti, accettato di solito in astratto, ma lontanissimo ancora dall'essere compiutamente realizzato nel concreto.

3. Le strategie sul lato legislativo (primo livello) le strategie per la disponibilità di risorse (secondo livello) sono essenziali ad un terzo livello, che consiste nel produrre la capacità di accesso al valore. A determinare la capacità di accesso al valore, il progetto di riabilitazione sembra realistico possa contribuire soprattutto attraverso la formazione e l'informazione, occasioni fornite, pratiche collettive.

Troppo spesso si parla di riabilitazione riferendosi solo a questo terzo livello, ignorando l'essenziale importanza dei due precedenti. Ciò è frutto e origine di molte perversioni nel processo riabilitativo, che rendono improbabile e inefficace il processo stesso. Soffermiamoci comunque su questo terzo livello.

La qualità della formazione e dell'informazione, della costruzione di occasioni, dello sviluppo umano, delle pratiche collettive di salute a favore dell'utente complessivo (utente designato, familiari, circuiti collaterali ad essi, operatori, servizi) è segnata da indicatori di processo e di esito che valutano appunto l'esplicitarsi delle facoltà di accesso (al diritto di cittadinanza). Autonomia personale, istruzione, formazione professionale, capacità sociale, necessità di potere, capacità di esprimere comprensibilmente i propri punti di vista, sono gli obiettivi formativi essenziali da perseguire (ma quel che resta sempre riabilitativo è esclusivamente: il processo attraverso il quale si perseguono –con altri- questi diritti, ancor più che la loro infrequente compiuta realizzazione).

Nella concretezza del quotidiano delle pratiche, sarà azione (ri)abilitativa, tra l'altro:

- □ la fruizione di beni e servizi normalmente non fruiti
- □ il sostegno non acritico ad un atto di ribellione anche incongruo, la comune ricerca di un senso ad atti particolari
- □ l'apprezzamento di un'attività utile qualsivoglia svolta dall'individuo previo il rendergliela possibile
- □ l'identificazione di ciò di cui uno è capace, qualunque cosa sia e lo sguardo su di lui a ciò orientato

- □l'acquisizione di un'abilità prima non posseduta (e lo sviluppo della stessa)
- □l'elevazione dell'habitat di vita
- □l'avere, il possedere, la privata proprietà
- □il senso di appartenenza a qualcosa, il renderla possibile
- □la partecipazione a microcollettivi paritari finalizzati
- □le azioni in collettivo per la soddisfazione di un bisogno riconosciuto comune
- □nell'ambito di un'attività formativa e lavorativa, la qualità di prodotti, dell'ambito, delle relazioni, dell'immagine, del luogo e dei modi nella formazione e/o produzione
- □l'aiuto fornito per far sì che una persona senta rispettabile una propria diversità
 - □il riconoscimento e la pratica di un'identità sessuale e di un affetto.

E saranno le azioni di reti sociali, gli interessi coltivati, l'accesso vero alle reti comunicative, e soprattutto il valere, e che qualcuno si aspetti qualcosa da te. Asse casa, asse lavoro, asse socialità, sono quindi un po' riduttivi. E ancora più riduttivo è identificare riabilitazione e ri-acquisizione di capacità da parte del singolo.

Molto spesso accade che vengano indicate come "riabilitative" attività che servono, forse, a "riempire il tempo" di degenza in un ospedale o in un luogo di servizio. Questo "riempire il tempo" (ad esempio producendo oggetti inutili) non sembra aver nessuna caratteristica di processo riabilitativo.

Altrettanto non sembrano pertinenti strategie di distribuzione di risorse che il soggetto non sappia poi utilizzare nello scambio sociale, neppure almeno come consumatore attivo. Né sembrano congrue azioni esclusivamente tutelari e assistenzialistiche che non determinano capacità da parte del soggetto di imparare ad ottenere da solo certi obiettivi o realizzare da solo certe attività.

Possono probabilmente essere considerate abilitative attività che sviluppino anche solo il ruolo di consumatore, o attività intese a stimolare bisogni nuovi o non espressi nei soggetti. Non lo sono certamente quei comportamenti e quelle strategie che determinano passività e mera esecuzione di ordini o delega ad altri a fare in vece propria. Sembrano molto rischiose rispetto ad un buon risultato le strategie che scambiano lavoro contro libertà. La capacità di "lavorare" che viene ottenuta in certe comunità chiuse, quand'anche di lavoro appunto si parli (produzione di merce reale per un mercato reale), se scambiato "contro" libertà, può indurre spesso piuttosto che una reale riabilitazione, allontanamento dal diritto pieno di cittadinanza, e quindi dietro l'apparenza di una "riabilitazione" piattamente e riduttivamente identificata con la capacità e l'accesso ad un lavoro, viene prodotto invece un meccanismo regressivo e invalidante che rende improbabile proprio il perseguimento del fine corretto della riabilitazione: l'esercizio del diritto di cittadinanza piena.

Sembra vero e falso insieme «identificare riabilitazione e ottenimento di buoni standard di qualità della vita». Falso perché a noi sembra tanto auspicabile quanto non rigorosamente necessario. E' infatti essenziale il processo per l'ottenimento più che il compiuto ottenimento in sé. Diversamente per chi è povero la riabilitazione sarebbe solo un mito.

Già nel 1990 l'OMS nel classificare le conseguenze invalidanti delle malattie, aveva distinto tra:

- *impairment* (menomazione o alterazione funzionale conseguente ad una malattia o ad un trauma)
- *disability* (disabilità, ossia conseguenza della menomazione in ordine alle capacità di un individuo a svolgere funzioni fisiche o mentali)
- *handicap* (svantaggio sperimentato dall'individuo nell'ambiente come conseguenza della menomazione e della disabilità).

Classificazione criticata per i limiti impliciti nella concezione medica, dell'handicap, che utilizza una causalità di tipo lineare, un procedere successivo di cause ed effetti: dal fisico (biologico o biochimico) al funzionale e, infine, al sociale. Questo tipo di causalità contrapposta alla causalità circolare attualmente accreditata dalle scienze è tanto più inapplicabile in psichiatria perché il danno fisico, la lesione originaria non è mai stata accertata.

Mentre è certo che, fin dagli inizi, lo svantaggio derivante dal ruolo di malato e dallo statuto di assistito interviene in maniera preponderante nella causazione della disabilità.

Castelfranchi sottolinea che questo errore epistemologico serve alla psichiatria per dissociare la cura dalla riabilitazione, conservando a quest'ultima un ruolo disciplinare di secondo ordine, residuale, che interviene in ultima istanza a recuperare uno svantaggio sociale, a ridurre una disabilità già data per grave e difficilmente rimovibile. Mentre in psichiatria si tratta fin dagli inizi di «agire su quelli che apparentemente sono degli effetti della malattia perché questo è il modo per retroagire efficacemente e modificare le cause stesse del problema».

E' normale che stando egli a Gerusalemme, per Mark Spivak, che pure scrive intelligenti cose, riabilitare significhi «intervenire esclusivamente sulla persona, riadeguandola in ogni modo e il più possibile alle richieste e alle aspettative dei contesti di riferimento», i quali non vengono minimamente messi in discussione.

Bisognerà citare Luc Ciompi e i suoi studi per stabilire che l'elemento predittivo favorevole dell'intervento con pazienti gravi ha pochissimo a che fare con la diagnosi mentre ha moltissimo a che fare con la combinazione di aspettative e di motivazioni allo star bene sia della persona che del contesto; e degli operatori in particolare.

Giovanna Gallio cita tre cardini della riabilitazione:

1. la pratica di costruzione materiale dell'esercizio di diritti
2. la pratica di sviluppo di scambi (interpersonali e sociali)
3. le pratiche di cooperazione (versus impresa sociale).

Sono tre indicatori fondamentali per la valutazione di qualità di ogni processo abilitativo.

Ovvio il rilievo di strategie di auto-aiuto, di opere di reti sociali, di coinvolgimento di non professionali *psi*, e soprattutto di professionali non *psi* (i penultimi come volontari aspecifici, gli ultimi come intelligenze di ambiti altri -architetti, insegnanti, falegnami, idraulici, artisti, grafici, informatici, skipper. L'esperienza mostra, che così, piano piano perfino gli psichiatri cominciano a riabilitarsi).

Perché, come è possibile riabilitare pazienti senza riabilitare gli psichiatri? Le loro abilità farmacologiche o psicoterapeutiche in senso classico potranno mai sviluppare abilità nei pazienti? La complessificazione dell'agire in psichiatria non è preliminare a qualsiasi altro discorso? Non è questo il vero problema: la dis/abilità degli psichiatri? il riduzionismo delle pratiche?

Non ho mai pensato che nella dimensione microistituzionale, senza forte mediazione d'oggetto fosse possibile ri-abilitare alcunché. La forza decisiva dei rapporti interpersonali è sensata e operante solo dentro la modifica concreta del reale che non può vivere di soli rapporti interpersonali ma abbisogna di lavoro, attività, materie, modificazione concreta della cultura o della natura. Che poi il reale sia per sua natura circolarmente connesso con l'imprendere, l'intraprendere, il fare, è ovvio quanto dimenticato come ovvio è il valore in termini cognitivi di una pratica trasformativa. La follia tende ad essere di tutto ciò negazione subita e agita.

Oggi il lavoro ha trasformato, ben oltre l'economia le sue prerogative di chiave di accesso ai diritti e di chiave di strutturazione dell'esistenza umana e sociale.

L'esclusione dal lavoro, che resta direttamente o indirettamente l'unica fonte di reddito, comporta una perdita radicale di senso sociale.

Se ciò è vero come riabilitare o abilitare al di fuori del mondo dell'attività, ma soprattutto come è possibile curare, senza il lavoro, se è il lavoro a strutturare l'esistenza umana e sociale?

Abbiamo voluto altrove definire l'azione abilitativa che occorre estrinsecare nella realtà con il termine per noi perspicuo di "impresa sociale". L'azione abilitativa nelle nostre società occidentali sembra oggi coincidere cioè con una necessaria "imprenditorialità nel sociale" che dovrebbe caratterizzare chiunque si impegni in tale azione, per renderne concreti i principi.

Il concetto di imprenditorialità sociale ci sembra il più pertinente a far conto del complesso di strategie operative necessarie.

Il termine ci sembra racchiuda infatti una serie di significati cui attribuiamo notevole importanza, coerentemente con quanto abbiamo detto fin qui. Innanzitutto, il termine si fonda sul presupposto che è oggi sempre più evidente che la questione (centrale) delle risorse va riproposta in termini nuovi come di fatto sta accadendo da tempo. E' sempre più chiaro cioè che il problema della inadeguatezza delle risorse necessarie a rendere effettivo il principio universalistico del diritto, pur restando un problema, non può continuare ad essere impostato come negli anni sessanta. Il problema è da un lato quello dell'insufficienza almeno apparente delle risorse assolute, ma è forse e soprattutto (o addirittura forse esclusivamente) quello dell'utilizzo di tali risorse e di quelle disponibili ma mai utilizzate. Si possono cioè legittimamente nutrire dubbi sul fatto che le risorse non siano sufficienti dal momento che per ora sono state molto mal impiegate. Parlare di impresa sociale significa porre immediatamente la ben nota questione dell'inefficienza, inefficacia o ben di più, della - spesso opposta ad ogni razionalità - funzione dell'attuale sistema sanitario assistenziale e delle attuali istituzioni dello "stato sociale". Sembra ai più che tali istituzioni rispondano spesso tuttora più a fini di controllo sociale (anche violento -carceri, manicomi, istituti per minori, etc.) che a fini "riabilitativi" ed "emancipativi". Il rapporto costi-benefici sui fini riabilitativi ed emancipativi del sistema sembra essere enormemente negativo.

Molto spesso i costi, non solo sono troppo alti rispetto ai benefici ottenuti, ma addirittura sono costi intesi a raggiungere risultati opposti a quelli riabilitativi-emancipativi (ancora carceri, manicomi, ma molta quota anche della medicina ospedaliera come pratica e come cultura, i non-razionali farmaci, etc.).

Assumendo sempre come fine il pieno diritto di cittadinanza, sembra cioè di poter dire che molti interventi costosissimi dello Stato siano piuttosto rivolti a negare o ridurre diritti piuttosto che a realizzarne la praticabilità. Ma anche laddove si possa assumere che effettivamente il fine è l'ampliamento dell'esercizio effettivo del diritto, quasi sempre ciò avviene con procedure, istituti, norme, organismi, azioni quanto meno irrazionali se analizzate in termini costi benefici.

Sembra di poter affermare che quindi il primo compito di una strategia sensata potrebbe essere indicato come "riabilitazione delle istituzioni della riabilitazione". Di qui la perspicuità del termine "impresa sociale" e l'enorme necessità di sottolinearne la centralità tematica, compito infinito e non eliminabile anche quando i risultati vengono in parte raggiunti. E ciò perché, comunque, le regole e le modalità di organizzazione fra gli uomini (le istituzioni) producono continuamente al minimo come effetto collaterale e al massimo come perversione del fine, inerzia, distanza, gerarchia, deresponsabilizzazione, spoliazione dei soggetti.

Abbiamo a lungo parlato di riabilitazione istituzionale e pensiamo quanto mai attuale il termine. O ci si riabilita (abilita) insieme (medici, infermieri, utenti, familiari, società civili) o di strada se ne fa ben poca e tecniche utili se ne trovano ancor meno che non durino lo spazio di una mattina, di una moda, di un libro. Dalla continua capacità di modifiche delle istituzioni dipende riscatto, accesso, dimensione pratico-affettiva dell'azione, occasioni di scambio, valorizzazione anche delle numerose vitalità dei soggetti.

La libertà è terapeutica ma siamo ancora molto lontani dalla capacità di renderla effettiva, né ci sembra che "si sia sulla buona strada". Ogni giorno falsi profeti sembra ci indichino strade che non portano in alcun luogo.

Tra le tante vie all'emancipazione la più improbabile è quella derivante dalla falsa idea che il sogno della decifrazione del genoma possa condurre alla conoscenza delle "cause" delle malattie e quindi a debellarle. Come Lewontin ci ammonisce: «Quando il progetto di sequenziazione sarà realizzato, il pubblico subirà una grande delusione, scoprirà che, nonostante le baldanzose affermazioni dei biologi molecolari la gente continuerà a morire di cancro, di malattie cardiache, di colpo apoplettico, e che i manicomi saranno ancora pieni di schizofrenici e di malati di psicosi-depressiva, e che la guerra contro la droga non sarà stata vinta».

I "folli" continuano a costituire la minoranza più oppressa nel mondo. Non è proprio il caso di affidare il loro destino al futuro della biologia molecolare. Né sarà il caso di affidarsi ai buoni

propositi dei documenti dell'OMS: un pezzo del gioco; il gioco del "come se". La psichiatria è maestra del "come se".

Quanto alla legge 180 l'Italia si divide in tre: chi lavora per realizzare compiutamente i principi della legge, chi lavora per combatterla, chi (ed è la maggioranza "democratica"), pur aderendovi, la stravolge, la svuota di senso, di opere e fatti, la trasforma in vuoto feticcio: meglio i nemici della legge. Converrà metterla definitivamente tra parentesi, questa legge, e giorno per giorno operare il reale.

Che significhi questo, val forse la pena ricordarlo, e insieme ricordare i principi operativi su cui si è fondato il movimento di innovazione psichiatrica in Italia, a riabilitazione di una capacità di memoria tanto recente quanto facile a smarrirsi:

- l'enfasi sulla persona (storia, soggetto) piuttosto che sulla malattia
- l'enfasi sulla critica al manicomio come paradigma della psichiatria inaccettabile
- l'enfasi sulla non neutralità di classe degli apparati psichiatrici
- l'enfasi sulla necessità di partecipazione delle istituzioni, partiti, cittadini, etc.
- l'enfasi sui bisogni concreti, evidenti (cui dovrebbe essere possibile rispondere) dei pazienti
- l'enfasi sullo stigma sociale e le procedure e istituzioni di esclusione sociale che stravolgono l'oggetto malattia
- l'enfasi sui conflitti di potere che sono immanenti alla psicosi e che sovradeterminano poi il destino e la carriera dello psicotico
- l'enfasi sulla libertà, come rischio consapevole, come offerta di possibilità di scelta, come spazio ove è possibile immaginare un incontro al di là della "malattia" dentro una ricercata reciprocità
- il dubbio che la "malattia" altro non sia che una forma di istituzionalizzazione della sofferenza psichica che impedisce di leggerne storia, evolversi, contenuto
- l'enfasi su una causalità non lineare della malattia
- l'enfasi sulle modalità di trattamento interpersonale collettivo di rete o comunitario come capace di modificare radicalmente il destino del paziente quale che sia la causa del suo malessere e quindi
- l'enfasi sulla dimensione affettiva e collettiva necessaria per modificare la "inerzia" delle relazioni normate e delle regole infondate
- l'enfasi sulle pratiche di vita quotidiana, su un setting allargato a famiglia, lavoro, casa, amici, quartiere, reddito, qualità della vita, etc., come setting di lavoro "terapeutico"
- l'enfasi sul doveroso rispetto delle diversità comunque si declinino che non riduce né nega la necessità della "cura" ma le conferisce limite e cautele necessarie, e punti da reperire "positivi" sulle risorse singolari del soggetto
- l'enfasi sul valore emancipativo generale insito in un rapporto più consapevole, dialettico e colto con la "follia" attraverso un cambio radicale delle sue istituzioni, cambio visto come laboratorio per più generali "politiche" (sociali, della vita, tout-court politiche).

Basta rileggere questi principi per rendere chiaro che la nuova psichiatria italiana altro non fu né sarà che una grande impresa riabilitativa. Al contrario: l'aver voluto scorporare "riabilitazione" da "cura" ha costituito la vera matrice culturale della guerra da molti agita contro la legge 180 e la nuova psichiatria. E inversamente, come parlare di riabilitazione senza attuare la legge 180?

Nei quindici anni dalla legge 180 proclami senza seguito di ministri (Altissimo, Degan, De Lorenzo, Garavaglia), decine di commissioni ministeriali, infinite quantità di carte stampate. Contro, pro, ma soprattutto come? Che fare per la psichiatria?

Elementari le risposte, l'ovvia banalità delle cose sensate che avrebbero dovuto farsi oggetto realizzato invece che sterile materia di infinite ed inutili controversie, dibattiti, congressi, proclami.

Dibattiti televisivi guidati da giornalisti assolutamente indifferenti alla materia vera, definitivamente indifferenti quando il gioco delle contrapposizioni ha definitivamente stancato i contendenti, e i familiari a lungo strumentalizzati hanno cominciato a vederci un po' più chiaro.

Cosa significa attuare la legge 180? Fare quattro cose elementari, necessarie:

- centri di salute mentali aperti il più possibile (24 ore per 7 giorni alla settimana vi sembrano troppo?)

- gruppi appartamento più piccoli e più numerosi possibile
 - cooperative sociali più differenziate e più numerose possibili
 - ospedali meno possibile
- (vi sembra troppo, niente?)

Quindi: almeno il **5%** della spesa sanitaria, formazione permanente, indissolubile l'insieme sociale-sanitario, un'unica responsabilità di un'unica équipe su un unico territorio dato, allargare ai non Professionali in tutti i modi possibili la partecipazione all'azione. Trieste l'ha fatto altro non servirebbe. Tanto meno dibattere ancora. E che ci vuole a farlo?

Forse, per farlo occorrerebbe finalmente stabilire qualcosa che a molti sembra tuttora impossibile: che la follia sta dentro la normalità, le appartiene, non ne è affatto la negazione. Ma solo se le nostre e le altrui "abilità, invece di ridursi continuamente, si accresceranno, vivranno, si moltiplicheranno.