

**ROBERT CASTEL**

Vorrei proporre una linea di riflessione sulle strategie preventive che si stanno sviluppando, in particolar modo negli Stati Uniti e in Francia, e che mi sembrano profondamente innovative rispetto alla tradizione della medicina mentale e del lavoro sociale. In prima battuta e molto schematicamente, l'innovazione sarebbe questa: queste nuove strategie passano per la dissoluzione della nozione di *soggetto* o di individuo concreto, che rimpiazzano con una composita combinatoria di *fattori*, i fattori di rischio. Se ciò è corretto, una tale trasformazione comporta implicazioni rilevanti per la pratica. Il momento essenziale dell'intervento cessa di essere una relazione diretta, un faccia a faccia tra, per esempio, un curante e un curato, un aiutante e un aiutato, uno specialista e il suo cliente, e si sposta nella costruzione di un flusso di popolazione a partire dall'assemblaggio di fattori astratti che sono suscettibili di *produrre del rischio in generale*. Questo spostamento produce uno squilibrio tra il punto di vista dei tecnici e quello degli amministratori che definiscono e rendono operative le politiche sanitarie. I primi si trovano subordinati ai secondi, e una politica gestionale può rendersi completamente autonoma, sfuggire totalmente al controllo degli operatori territoriali che diventano così dei semplici esecutori. Ma questi risvolti pratici potrebbero anche avere implicazioni politiche, se è vero – come cercherò almeno di suggerire – che queste nuove formule di gestione delle popolazioni sembrano inscrivere in un piano di governabilità specifico delle società attuali.

Come tutte le trasformazioni importanti, anche questa presuppone una preliminare lenta evoluzione delle pratiche che, a un dato momento, supera una soglia e si dà allora sotto forma di mutazione. Così, tutta la medicina moderna è trascinata in una lenta deriva in funzione della quale la moltiplicazione degli “esami” porta a economizzare sull'incontro del medico col suo cliente. L'esame del paziente tende a divenire l'esame dei suoi incartamenti, così come determinati in situazioni diverse da professionisti differenti (i differenti specialisti) che non hanno alcun rapporto tra loro, se non tramite la circolazione dei dossier. È quanto Balint già chiamava “la collusione dell'anonimato”. Il momento sintetico della diagnosi non è più la relazione concreta con la persona ammalata, ma il rapporto stabilito tra le diverse *expertises* che compongono il suo dossier. In questo, c'è già il passaggio dalla presenza a una memoria, dallo sguardo allo stoccaggio oggettivo dei dati. Crisi della clinica, se si vuole, intesa come crisi della relazione personalizzata tra un professionista e il suo cliente, o piuttosto passaggio da una clinica del soggetto a una clinica epidemiologica: la perizia puntuale e moltiplicata prende il sopravvento sulla concreta relazione medico-paziente. Questa non è certo la fine della medicina, ma è sicuramente una trasformazione profonda delle sue forme d'esercizio.

---

<sup>1</sup> *De la dangerosité au risque*, in «Actes de la recherche en sciences sociales», 47-48 *Éducation et philosophie*, 1983, pp. 119-127.

Una tale ridefinizione del mandato medico alimenta da una ventina d'anni le discussioni che vertono sull'evoluzione della medicina e sulla ricerca delle soluzioni, o dei palliativi, per controllare le sue contro-finalità (gruppi Balint, medicina di comunità, tentativi di riabilitazione del medico generico). Essa riposa del resto su un insieme di condizioni oggettive molto precise, anch'esse studiate abbastanza bene: evoluzione delle tecnologie della cura in un senso sempre più "scientifico", crescente importanza acquisita dall'ospedale come spazio privilegiato dell'emergenza e dell'esercizio di una medicina avanzata, *etc.* In medicina mentale, tuttavia, la discussione è meno evoluta: essa si svolge sempre come se l'essenziale delle poste in gioco nella pratica si cristallizzasse ancora sulla relazione terapeutica, sia che si tratti – come in generale la pensano gli specialisti che la mettono in opera – di migliorarla, di adattarla a situazioni via via più complesse arricchendola di nuovi apporti, sia che si denunciino le funzioni non terapeutiche, di repressione o di controllo ad esempio, che pervertono questa relazione. Può darsi però che questa problematica, senza essere completamente superata, non sia più all'altezza delle più recenti innovazioni che sono sul punto di trasformare il campo della medicina mentale. È almeno quanto vorrei suggerire, accontentandomi qui di segnalare il percorso che, in un centinaio d'anni, è giunto a sostituire la nozione di "pericolosità" con quella di "rischio" come obiettivo privilegiato delle strategie preventive<sup>2</sup>. Ma che cosa significa storicamente, teoricamente e praticamente "dalla pericolosità al rischio"?

### Le aporie della pericolosità

Per la psichiatria classica, il "rischio" si presentava essenzialmente sotto la forma del pericolo incarnato dal malato mentale capace di un passaggio all'atto imprevedibile e violento. "Pericolosità" è una nozione abbastanza misteriosa e profondamente paradossale, poiché implica contemporaneamente l'affermazione della presenza di una qualità immanente al soggetto ("è pericoloso") e una semplice probabilità, un dato aleatorio, in quanto la prova del pericolo ci sarà solo *après-coup*, nel caso in cui il passaggio all'azione avvenga effettivamente. *Stricto sensu*, ci sono sempre e solo *imputazioni di pericolosità*, cioè *l'ipotesi* di un rapporto, più o meno probabile, tra questi o quei i sintomi *attuali* e il tale atto *a venire*. Persino se si teme una recidiva, esiste sempre un coefficiente d'incertezza tra la diagnosi di pericolosità e la realtà del passaggio all'azione. Per esempio, affermare di qualcuno che è "monomaniaco" o "istintivo perverso", significa già presupporre un rischio, ma un rischio che, paradossalmente, si presume risieda "in" un soggetto, anche se spesso non si è ancora manifestato nei fatti. Da qui *l'imprevedibilità* della manifestazione patologica: tutti gli alienati, anche quelli che sembrano calmi, sono portatori di una minaccia, la

---

<sup>2</sup> Ho tentato una esplicitazione più sistematica di questa nuova problematica ne *La Gestion des risques. De l'antipsychiatrie à l'après-psychanalyse* (Minuit, Paris 1981), in particolare nel terzo capitolo, "La gestion prévisionnelle".

cui concretizzazione resta però incerta. «Inoffensivi oggi, possono divenire pericolosi domani»<sup>3</sup>.

Di fronte a questa aporia che ha rappresentato un po' la croce della medicina mentale classica, gli psichiatri hanno scelto generalmente di adottare quella forma parossistica di prudenza che è l'interventismo. Nel dubbio, meglio agire, poiché se si sbaglia a intervenire senza ragione, di certo non lo si saprà mai ("avrebbe sempre potuto fare delle stupidaggini"), mentre se ci si astiene e si verifica il passaggio all'azione, l'errore è manifesto e lo psichiatra ne è responsabile. Così si legge in questo commento di un alienista del XIX secolo alla lettura di uno di quei fatti diversi gonfiati con compiacenza dalla stampa e che riporta uno di quei passaggi all'azione imprevisto e violento: «se non si attendesse affatto, per far sequestrare un alienato, che abbia commesso qualche crimine o delitto di una certa gravità, non si dovrebbero deplorare ogni giorno simili incidenti»<sup>4</sup>.

Ma si può fondare su queste basi una vera politica di prevenzione? Questa non può che essere molto obsoleta, perché non può che fare previsioni su passaggi individuali all'azione da parte di soggetti che si sono potuti diagnosticare come pericolosi già in precedenza. Da qui un duplice limite, che attiene alle possibilità d'errore che comportano sempre tali diagnosi e al fatto che non possono essere fatte che di volta in volta su singoli soggetti. È la ragione per cui la psichiatria classica non ha potuto disporre che di una tecnologia preventiva essa stessa molto logora, e cioè l'internamento e la sterilizzazione. Internare significa neutralizzare, e possibilmente *avant coup* un individuo che si presume pericoloso. In questo senso non è esagerato affermare che le grandi leggi sull'internamento obbligatorio, come la legge del 1838 in Francia o la legge del 1904 in Italia, sono leggi preventive, dato che, a partire dal segnale d'allarme che rappresenta la percezione di un sintomo patologico da parte dell'*entourage*, il malato è autoritariamente trapiantato in un nuovo ambiente, l'asilo, dove gli sarà sistematicamente impedito di dar seguito alla minaccia di cui è portatore.

Tuttavia, pur prescindendo dalle riserve morali o politiche che si possono avere sull'impiego di questa strategia, si deve constatare che essa non è *tecnicamente* molto soddisfacente, poiché comporta un elemento d'arbitrarietà che ne limita considerevolmente le possibilità d'applicazione. Non si possono, infatti, internare masse di persone per un semplice sospetto di pericolosità, se non altro perché il costo economico di questa operazione sarebbe enorme e sproporzionato rispetto ai rischi da prevenire. Così, in un paese come la Francia, il numero dei malati internati si è mantenuto stabile intorno ai 100.000, che per quanto possa sembrare molto è anche molto poco, considerato il numero di pericoli da "prevenire". Questi limiti dell'internamento sono divenuti sempre più evidenti man mano che, in una linea che comincia con la "monomania" e la "follia senza delirio", e ingloba progressivamente tutta una patologia proteiforme della volontà e dell'istinto, la pericolosità diviene una nozione sempre più polivalente dalle cause insondabili e dalle manife-

---

<sup>3</sup> *Rapport général à Monsieur le Ministre de l'Intérieur sur le service des aliénés en 1874*, par les Inspecteurs Généraux du Service MM. les Drs Constans, Lunier et Dumesnil, Imprimerie Nationale, Paris 1878, p. 67.

<sup>4</sup> L. Lunier, *Revue médico-légale des journaux judiciaires*, in «Annales médico-psychologiques», 8, 1846, p. 259. Gli «Annales» ospitano regolarmente una rubrica su questi fatti, per cui sono ricchi di "riflessioni" che sottolineano nello stesso tempo lo sconforto dello psichiatra di fronte a questa situazione e la necessità di una vigilanza con finalità di prevenzione.

stazioni imprevedibili. I molteplici anormali «troppo lucidi per le case degli alienati, insufficientemente responsabili per le prigioni, non sono, dopotutto, troppo malefici per essere lasciati in libertà?»<sup>5</sup>. Ma, allora, che se ne può fare?

Gli psichiatri più coscienti si sono resi conto molto presto della trappola in cui rischiava di cacciarli questa propensione a fare della pericolosità una qualità interna del soggetto. Così, alla metà del XIX secolo, lo psichiatra francese Morel, più conosciuto come lo scopritore della degenerazione, propone un «punto di vista igienico e profilattico» a partire dalla presa in considerazione della *frequenza* delle malattie mentali e di altre anomalie negli strati più svantaggiati della popolazione e mette in rapporto questa frequenza con le condizioni di vita del sotto-proletariato, quali la denutrizione, l'alcolismo, gli ambienti di vita, la promiscuità sessuale. Così facendo, ragiona già in termini di *rischi oggettivi*, vale a dire di correlazioni statistiche tra serie di fenomeni. Sul piano delle pratiche, egli suggerisce perciò ai poteri pubblici di procedere a una sorveglianza speciale di queste popolazioni che si potrebbero già definire «popolazioni a rischio», e che sono, beninteso, quelle che si trovano alla base della scala sociale<sup>6</sup>. In questo modo, del resto, Morel non fa che riprendere la tradizione dell'igienismo medico che era fiorito in Francia nella seconda metà del XVIII secolo, dalla quale però l'alienismo si era distanziato, concentrando nel manicomio il fulcro delle sue pratiche.

Ma Morel non può spingersi molto lontano sulla strada della prevenzione perché non dispone di tecniche specifiche per farlo. Per lui, intervenire è sempre entrare in contatto con, prendere direttamente in carico individui singolari. Parla così di «trattamento morale generalizzato» per designare le nuove pratiche preventive che vuole promuovere, come se fosse sufficiente estendere, moltiplicare una medesima modalità operativa, il trattamento morale, che s'impone all'epoca per la terapia degli individui. Egli certo effettua la distinzione essenziale tra una «profilassi difensiva» (l'internamento) e una «profilassi preventiva», ma quest'ultima consiste solo nel «tentare di modificare le condizioni intellettuali, fisiche e morali di coloro che, a vario titolo, sono stati separati dal resto degli uomini; prima di rinviarli nell'ambiente sociale, essa deve armarli, per così dire, contro se stessi, al fine di ridurre il numero di recidivi»<sup>7</sup>. In altre parole, questa «profilassi preventiva» si applica ancora concretamente solo alle popolazioni che rientrano nel campo dell'internamento tradizionale. Privo di un'adeguata tecnologia d'intervento, Morel non può avvalersi delle sue intuizioni così moderne.

A dire il vero, si può vedere emergere, nel solco di Morel e della scoperta della degenerazione, la possibilità di un'altra strategia preventiva che condurrà alle politiche eugenetiche dell'inizio del XX secolo. Anche l'eugenismo comincia a ragionare in termini di rischi piuttosto che di pericolo: lo scopo di un intervento condotto in

---

<sup>5</sup> P. Sérieux, L. Libert, *Les lettres de cachet. "Prisonniers de famille" et "placement volontaires"*, Vander Haeghen, Gand 1912, p. 12.

<sup>6</sup> Cfr. la lettera che Morel indirizza al Sénateur-Préfet della Seine-Inférieure per sollecitare la sua collaborazione al fine di «penetrare all'interno delle famiglie, vedere da vicino i modi di vivere degli abitanti di una località, informarsi sulla loro igiene fisica e morale». Dice Morel: «È questa, lo si comprende facilmente, una missione delicata che non può essere convenientemente assolta che sotto il patronato dell'autorità. Io non credo che si possa giungere altrimenti a fare la statistica morale di questo importante dipartimento e a fornire così all'autorità dei documenti utili sulle cause dell'aumento degli alienati e sui mezzi igienici e profilattici più appropriati per prevenire una così grande infermità» (Lettera riprodotta in B.A. Morel, *Le non-restraint, ou de l'abolition des moyens coercitifs dans le traitement de la folie*, V. Masson et fils, Paris 1860, p. 103).

<sup>7</sup> B.A. Morel, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives*, J.B. Baillière, Paris 1857, p. 691.

nome della difesa della razza consiste molto meno nel trattare un individuo particolare che nell'impedire che la minaccia di cui è portatore sia trasmessa alla sua discendenza. Pertanto, quella misura profilattica che è la sterilizzazione era suscettibile di applicazioni nello stesso tempo più estese e più risolutamente preventive dell'internamento, in quanto può sopprimere rischi futuri e farlo per una gamma di situazioni molto più ampia della malattia mentale propriamente detta. Una voce tanto autorevole come quella del presidente dell'*American Psychiatric Association* dichiarava perciò nel 1914: «Una guarigione radicale dei mali che provoca l'esistenza di una classe di deficienti a carico si realizzerebbe se tutti i deboli di spirito, tutti gli alienati incurabili e tutti gli epilettici, tutti gli imbecilli, tutti i criminali recidivi, tutti coloro che soffrono manifestamente di una carenza di volontà e tutti gli ubriachi incalliti venissero sterilizzati; questa è una proposizione evidente di per sé. In questo modo, potremmo quasi, se non assolutamente, estinguere in uno o due decenni la riproduzione dei deficienti psichici, con la stessa certezza con cui si potrebbe eradicare il vaiolo se ogni persona al mondo potesse essere vaccinata con successo»<sup>8</sup>.

In effetti, spesso ci si dimentica di ricordare che le pratiche eugenetiche sono state largamente diffuse nel primo terzo di questo secolo, e che anche in un paese considerato "liberale" come gli Stati Uniti, sono state emanate, in quasi tutti gli Stati, legislazioni speciali che imponevano la sterilizzazione su larga scala di soggetti portatori di deficienze<sup>9</sup>. Ma gli interventi eugenetici sono stati frenati dalla crisi del fondamento "scientifico" che si presumeva li giustificasse. Essi postulano, infatti, che il carattere ereditario dei rischi da prevenire sia prestabilito come anche quello della sua trasmissione, cosa che, nella maggior parte dei casi, è lontana dall'essere provata. E la versione mostruosamente caricaturale che ne ha fornito il nazismo ha poi contribuito a screditare moralmente e politicamente tali tecniche che, senza queste tragiche peripezie, senza dubbio avrebbero avuto un bell'avvenire. È del resto un medico francese che per primo – per quanto a mia conoscenza – e già nel 1918, ha proposto la costituzione di un «Istituto d'eutanasia dove i degenerati stanchi della vita saranno anestetizzati a morte con l'ausilio del protossido d'azoto o del gas esilarante»<sup>10</sup>.

Ma, se la via eugenetica della prevenzione si trova così – definitivamente o provvisoriamente, è un'altra questione – screditata, come sarà possibile prevenire senza essere costretti a internare? Si rischia di ritornare alla posizione di Morel, che per quanto avesse riconosciuto la necessità d'intervenire *in vivo* sulle condizioni suscettibili di produrre rischio, non disponeva di tecniche per rendere praticamente operativa una tale esigenza. Un secolo dopo Morel, questa ambiguità caratterizza ancora tutta la tradizione americana della *preventive psychiatry* fondata sui lavori di Gerald Caplan<sup>11</sup>. Anche in questo caso, si tratta di *estendere l'intervento dello psichiatra*, attribuendogli eventualmente nuovi ruoli, facendone un consigliere dei responsabili politici o un ausiliario dei differenti "decisionari" con responsabilità amministrative. Sia

---

<sup>8</sup> C.F. MacDonald, *President's Address*, in «American Journal of Insanity», LXXI, luglio 1914, p. 9.

<sup>9</sup> Si veda a titolo d'esempio questa legge emanata in Missouri nel 1923: «Quando qualcuno è stato accusato di omicidio (salvo se commesso sotto l'impeto della passione), di stupro, di furto sulle grandi strade, furto di galline, uso di esplosivi o furto d'automobile, il giudice che istruisce il caso designerà immediatamente un medico competente residente nella regione in cui ha avuto luogo il delitto, per eseguire sul condannato l'intervento detto di vasectomia o salpingectomia, al fine di sterilizzarlo, perché il potere di procreare gli sia definitivamente inibito» (*Missouri State Legislature*, House Bill n. 290).

<sup>10</sup> Ch. Binet-Sanglé, *Le haras humain*, Albin Michel, Paris 1918, p. 129.

<sup>11</sup> G. Caplan, *Principles of Preventive Psychiatry*, Basic Book, New York 1964.

questo manifesto: «Lo specialista della salute mentale offre i suoi servizi ai legislatori e agli amministratori e collabora con gli altri cittadini per sollecitare i servizi governativi a cambiare leggi e regolamenti. L'azione sociale comprende gli sforzi per modificare le attitudini generali e il comportamento dei membri della comunità tramite la comunicazione attraverso il sistema scolastico e i media, e tramite l'interazione dei professionisti e dei comitati degli utenti»<sup>12</sup>. Su queste basi, Caplan definisce una prima nozione di “prevenzione”, «la prevenzione primaria», che è un vero e proprio programma d'intervento politico.

Ma che cosa qualifica specificamente lo psichiatra per assumere queste nuove funzioni? Quale legame esiste tra la competenza che lui può rivendicare e quella richiesta per riformare ad esempio la politica dell'alloggio o il sistema scolastico? Lo specialista della medicina mentale che, secondo la formula di Caplan, «offre i suoi servizi» in questi campi, rischia fortemente di veder ricusare la sua competenza o almeno di scontrarsi con una forte concorrenza da parte di numerosi altri specialisti, molti dei quali sembrano occupare una posizione migliore della sua. Così, le speranze e le paure che si sono sviluppate intorno a una “psichiatria d'espansione” e che hanno talvolta portato a denunciare i rischi di un “imperialismo psichiatrico” sono indubbiamente un po' esagerate, almeno a questo livello. Esse prestano allo psichiatra un potere esorbitante, tenuto conto del posto reale che occupa nella società e del carattere aleatorio del suo sapere: si ritiene possa intervenire su un'ampia gamma di problemi propriamente sociali anche se la sua pratica individuale classica resta tra le più incerte. I compiti dello psichiatra *in quanto psichiatra*, in quanto cioè operatore *diretto*, non sono suscettibili di un'estensione illimitata. Egli può indubbiamente fare il tentativo di ammorbidire un po' il suo ruolo tradizionale di terapeuta, ma non può moltiplicarlo all'infinito fintanto che resta vincolato dal carattere relazionale della sua pratica.

## **Il nuovo spazio del rischio**

Tali limiti si annullano se si rompe la relazione *diretta* col soggetto assistito che caratterizza le forme classiche di presa in carico, non solo in psichiatria, ma in tutte le professioni del lavoro sociale e dell'assistenza. Di colpo, si dissocia decisamente il ruolo tecnico del medico dal ruolo gestionale dell'amministratore. Questo salto è possibile a partire dal momento in cui *si autonomizza la nozione di rischio da quella di pericolo*. Un rischio non è il risultato della presenza di un preciso pericolo, portato da un individuo o da un gruppo concreto, ma è l'effetto della messa in relazione di dati astratti o di *fattori* che rendono più o meno probabile il verificarsi di comportamenti indesiderabili.

---

<sup>12</sup> Ivi, p. 59.

Ad esempio, dal 1976 si introduce in Francia un sistema generalizzato di individuazione delle anomalie dell'infanzia, chiamato sistema GAMIN (Gestione Automatizzata Materna e Infantile)<sup>13</sup>. Questo significa che *tutti* i bambini che nascono sono sottoposti a esami sistematici (in pratica, tre: a pochi giorni, a pochi mesi, a due anni). Questi esami individuano tutte le anomalie possibili del bambino e della madre, che possono essere di natura fisica, psichica o sociale. Ad esempio sono registrate alcune malattie della madre, delle deficienze psichiche, ma anche delle caratteristiche sociali, come il fatto di essere ragazza-madre, o minore, o di nazionalità straniera. Si può anche avere un'associazione di questi dati, vale a dire un raggruppamento di fattori che sono totalmente eterogenei fra loro. Si può così essere nati da una ragazza-madre, che ha meno di 17 o più di 40 anni, che ha avuto un certo tipo di malattie o delle precedenti gravidanze difficili, e che è un'operaia agricola o una studentessa.

La presenza di certi o di un certo numero di questi fattori di rischio fa scattare una segnalazione automatica. In altri termini, uno specialista, un operatore sociale per esempio, è inviato a visitare la famiglia per confermare o confutare la presenza *reale* di un pericolo a partire dall'esistenza *probabilistica e astratta* di rischi. Non si *parte* da una situazione conflittuale osservabile nell'esperienza, la si *deduce*, in qualche modo, a partire da una definizione generale dei pericoli che si vogliono prevenire.

Queste politiche preventive promuovono così una *nuova modalità di sorveglianza*: lo *screening* sistematico. Vi è sorveglianza nel senso che l'obiettivo è quello di prevedere e impedire l'emergenza di un evento indesiderabile: malattia, anomalia o comportamento deviante. Ma questa sorveglianza economizza la presenza reale, il contatto, la relazione reciproca tra il sorvegliante e il sorvegliato, l'osservatore e l'osservato, il curante e il curato. Questa compresenza, per quanto nella forma sublimata dello sguardo, era un'esigenza di tutte le tecniche disciplinari, assistenziali o terapeutiche classiche (cfr. il modello del Panopticon, come analizzato da Michel Foucault)<sup>14</sup>. Anche nelle forme più collettive, più impersonali e più repressive possibili – nelle caserme, nelle officine, nelle prigioni, negli internati e negli ospedali psichiatrici –, le operazioni a scopo correzionale e di individuazione degli scarti del comportamento mantenevano un riferimento alla presenza “in carne e ossa” e, insomma, una certa forma d'individualizzazione.

Ma, ormai, la sorveglianza si può esercitare al di fuori di ogni contatto e anche di ogni rappresentazione diretta dei soggetti da sorvegliare. Indubbiamente la polizia da molto tempo redige schede segrete, ma ora la logica di elaborazione di dossier sotterranei è divenuta la forma sofisticata, e fiera d'esserlo, dell'individuazione “scientifica”. C'è in questo, mi sembra, una reale mutazione, che può dare un'estensione straordinaria alle nuove tecnologie di sorveglianza. Intervenire non è

---

<sup>13</sup> Negli Stati Uniti, già nel 1969, il presidente Nixon chiede un parere al segretario (ministro) della salute, dell'educazione e dell'assistenza su un rapporto che aveva commissionato, contenente la proposta che il «Governo testi in massa tutti i bambini tra i sei anni e gli otto anni, per scoprire quelli che hanno tendenze violente o omicide». I soggetti con «tendenza a delinquere» sarebbero sottoposti a un «trattamento correttivo» che potrebbe andare dal consiglio o dal trattamento psicologico all'arruolamento forzato in campi speciali. Il ministro risponde, attraverso il direttore del *National Institute of Mental Health*, che le tecniche di *screening* non sono ancora così avanzate perché i risultati siano credibili (cit. in P. Schrag, D. Divoky, *The Myth of Hiperactive Children*, Pantheon, New York 1975, p. 18). Se negli Stati Uniti si fanno degli esami sistematici, questi sono condotti su gruppi limitati, percepiti come portatori di rischi specifici. Sembra che si debba attribuire “l'anticipo” della Francia in questi campi alla struttura centralizzata del potere, che permette immediatamente la pianificazione nazionale delle decisioni amministrative. Aggiungo che nel giugno 1981 (senza dubbio la data non è un caso, immediatamente dopo il cambiamento della maggioranza presidenziale in Francia) la Commissione “Informatique et liberté” ha emesso una diffida nei confronti del sistema GAMIN, ma la sanzione concerneva la minaccia che il sistema comporta per le libertà individuali e il mancato rispetto per l'anonimato nelle procedure, e non il dispositivo tecnologico in sé.

<sup>14</sup> Cfr. M. Foucault, *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione* [1975], Einaudi, Torino 1976, in particolare Parte III, cap. 3.

più, almeno inizialmente, prendere a bersaglio un dato individuo per raddrizzarlo, correggerlo, punirlo o curarlo (sia che si interpretino questi interventi in maniera positiva nella tradizione della filantropia caritatevole, sebbene autoritaria, sia in maniera negativa nella tradizione della critica anti-repressiva). In effetti, non c'è rapporto d'immediatezza con un soggetto *perché non c'è più un soggetto*. Ciò che queste politiche preventive trattano prioritariamente non sono più degli individui, ma dei fattori, delle correlazioni statistiche tra elementi eterogenei. Esse decostruiscono il soggetto concreto dell'intervento e ricostruiscono una combinatoria di tutti i fattori suscettibili di produrre rischio. Il loro primo obiettivo non è quello di affrontare una situazione concreta pericolosa, ma di anticipare tutte le possibili configurazioni d'irruzione del pericolo. "Prevenzione", in effetti, che eleva il sospetto alla dignità scientifica di un calcolo delle probabilità. Per essere sospetti, non c'è più bisogno di manifestare sintomi di pericolosità o di anomalia, è sufficiente presentare qualche particolarità che gli specialisti responsabili della definizione di una politica preventiva hanno costituito in fattori di rischio. La concezione della prevenzione che si accontentava di prevedere un passaggio all'atto particolare appare arcaica e artigianale in rapporto a quella che pretende di *costruire* le condizioni oggettive della comparsa del pericolo per *dedurne* nuove modalità d'intervento.

Insomma, questo spazio generalizzato di fattori di rischio ha, rispetto allo spazio concreto della pericolosità, lo stesso rapporto che lo spazio generalizzato delle geometrie non euclidee ha con lo spazio a tre dimensioni della geometria euclidea, e questa generalizzazione astratta che marca il passaggio dal pericolo al rischio comporta una moltiplicazione potenzialmente infinita di possibilità d'intervento. In effetti, quale è la situazione di cui si possa essere sicuri che non comporti rischi, cioè nessuna *alea*, alcun elemento incontrollabile o imprevisto?

Le moderne ideologie della prevenzione sono sovrastate da una grande *rêverie* tecnocratica, razionalizzatrice, del controllo assoluto dell'accidente concepito come irruzione dell'imprevisto. In nome del mito dell'eradicazione assoluta del rischio, costruiscono esse stesse una folla di nuovi rischi che diventano altrettanti obiettivi per interventi preventivi: non solo quei pericoli nascosti all'interno del soggetto come altrettante conseguenze dei difetti della sua volontà, dell'irrazionalità dei suoi desideri o dell'imprevedibilità della sua libertà, ma anche le minacce esogene, le tentazioni esterne da cui non è riuscito a guardarsi, l'alcol, il tabacco, le cattive abitudini alimentari, gli incidenti stradali, le imprudenze e gli inquinamenti di ogni sorta, i rischi meteorologici e così di seguito<sup>15</sup>. Così, una grande utopia igienista gioca sui registri alterni della paura e della sicurezza per imporre un delirio di razionalità travolta, il regno assoluto della ragione calcolatrice e il potere non meno assoluto dei

---

<sup>15</sup> Si è recentemente tenuto un convegno sulla prevenzione degli effetti dei terremoti sulla Costa Azzurra, in cui ci si è seriamente indignati del fatto che questo problema non avesse ancora ricevuto la meritata attenzione. Si coglie così come la messa in scena di un "rischio", che tutto sommato può essere reale ma completamente aleatorio nei suoi effetti, imprevedibile nella sua insorgenza e incontrollabile nell'origine, può creare una macchina che, essa sì, può avere un'esistenza estremamente reale, suscitando la creazione di un corpo d'esperti, modificando le norme e i costi di costruzione, intervenendo sui flussi turistici, *etc.* Per non parlare della cultura dell'angoscia, o almeno dell'ansia, che suscita il fatto di andare a esumare rischi all'infinito in nome di una rappresentazione mitologica della sicurezza assoluta. Ma è vero anche che la cultura dell'ansia produce l'apertura di un mercato dei rimedi all'ansietà, così come la cultura dell'insicurezza giustifica una politica energica della sicurezza.



suoi agenti, pianificatori e tecnocrati, amministratori di felicità di una vita alla quale non ne ritorna nulla. Iper-razionalismo che è nello stesso tempo un pragmatismo al massimo grado, nella sua pretesa di sradicare il rischio come si strappa un'erba cattiva. Ma tra le molteplici espressioni di questa buona coscienza preventiva, così ipertrofica in questo momento – cfr. le grandi campagne nazionali di prevenzione –, non si trova traccia di una riflessione sul costo sociale e umano di questa nuova caccia alle streghe; nessuna traccia di una riflessione su *gli aspetti iatrogeni della prevenzione*, che pure sono sempre presenti, anche quando si affronta il consumo di prodotti tanto “sospetti” quali, ad esempio, l'alcol o il tabacco.

### **Implicazioni pratiche e politiche**

Anche mettendo tra parentesi queste implicazioni generali, si può cominciare a trarre da queste trasformazioni un certo numero di conseguenze pratiche e teoriche. Mi concentrerò su due di queste che mi sembrano particolarmente importanti.

#### **Dissociazione fra diagnosi e presa in carico e trasformazione dell'attività di cura in attività peritale.**

Sia che si pensi che ciò sia stato un bene o al contrario un male, la volontà di una presa in carico quanto più completa possibile delle popolazioni di cui aveva la responsabilità ha caratterizzato fino a oggi tutta la tradizione della medicina mentale, e più ampiamente del lavoro sociale e dell'assistenza in generale. Per la psichiatria, questa volontà si è realizzata innanzitutto sotto la forma semplice e chiara dell'internamento: essere diagnosticato come malato mentale equivaleva al collocamento nell'istituzione speciale o asilo, in cui la presa in carico era tanto completa da protrarsi spesso per tutta la vita. Ma nella psichiatria moderna, nelle sue forme comunitarie d'esercizio, la nozione essenziale di *continuità di cura* riprende questa vocazione globale: una stessa équipe medico-sociale, a dispetto della diversità dei luoghi in cui esercita, deve assicurare l'insieme degli interventi su un soggetto, dalla prevenzione al controllo post-terapia. Questa è l'idea di base della dottrina del “set-tore”, che è la politica ufficiale della salute mentale in Francia e del movimento dei *Community Mental Health Centers* negli Stati Uniti. Si potrebbe aggiungere che anche la psicanalisi non ha rotto con questa tradizione dal momento che, come si sa, essa segue per anni il suo cliente attraverso le diverse peripezie della cura e scandisce la sua vita al ritmo delle “sedute”, garantendo così, alla sua maniera, una continuità della presa in carico.

Oggi, questo *regime continuativo d'assistenza* non è per niente superato, ma non rappresenta più il modello pressoché esclusivo della pratica medico-psicologica. In un numero crescente di situazioni, la valutazione medico-psicologica funziona come un'*attività peritale*, che serve a *marcare* un individuo, a costruirgli un *profilo* che lo *colloca* in una *filiera*. Ma la presa in carico non si situa necessariamente in continuità con questa valutazione. Si pensi, per esempio, alla logica dell'importante legge detta “in favore delle persone handicappate” votata in Francia nel 1975 e che riguarda circa due milioni d'individui.

Questa legge istituisce delle commissioni dipartimentali, una per i bambini e una per gli adulti, davanti alle quali passa la totalità dei soggetti che domandano, o per i quali si domanda, un sussidio finanziario e/o la collocazione in un'istituzione specializzata. Esse lavorano su fascicoli, elaborati da commissioni tecniche più specializzate. I rappresentanti delle differenti amministrazioni sono in maggioranza nelle commissioni dipartimentali, così come i tecnici lo sono nelle commissioni specializzate. Le commissioni dipartimentali hanno potere decisionale in fatto di handicap. Come dirà la signora Simone Veil, allora ministro della Salute, durante la discussione del progetto di legge davanti al Senato: «D'ora innanzi sarà considerata handicappata ogni persona riconosciuta tale dalle commissioni dipartimentali previste dagli articoli 4, per i minori, e 11, per gli adulti, del progetto» («Journal official» del 4 aprile 1975).

La diagnosi di handicap permette di distribuire i soggetti interessati in circuiti speciali, che non sono necessariamente circuiti medici. Ad esempio, un handicappato sarà posto in un laboratorio protetto o in un Centre d'aide par le travail (CAT), cioè in un istituto che non ha nulla di medico, dove l'handicappato non viene "curato" ma invitato a lavorare con una modalità meno competitiva rispetto a quella delle imprese ordinarie di produzione. "Demedicalizzazione" o "depsichiatrizzazione" se si vuole, ma che è rimpiazzata da una misura d'*assegnazione amministrativa* che interviene spesso sulla base di una diagnosi medico-psicologica. Questa legge in Francia si scontra con l'opposizione sempre più risoluta di una maggioranza di medici che avvertono con precisione che essa rappresenta per loro un rischio mortale, eppure l'intervento del medico rimane indispensabile per il funzionamento del processo, in quanto è la sua perizia a sancire il destino dell'individuo handicappato. Ma la perizia ha cambiato finalità: mentre rimane indispensabile nella valutazione, può divenire superflua per il processo di presa in carico. In altre parole, un numero crescente di soggetti continua a dover essere *visto* da specialisti dei saperi medico-psicologici, il cui intervento è ancora richiesto per valutare le loro capacità (o incapacità), ma gli individui seppur *visti* cessano di dover essere *seguiti* da questi specialisti. Si è così al di là della problematica della cura, della presa in carico (o, nella sua versione critica, della repressione, del controllo), si è in una prospettiva di *gestione autonoma* delle popolazioni sulla base di profili differenziali tracciati a partire da diagnosi medico-psicologiche funzionanti come pure perizie. Senza dubbio non abbiamo finito di prendere le misure di una tale mutazione.

### **Completa subordinazione dei tecnici agli amministratori**

Il conflitto tra amministratori e medici è anch'esso una vecchia tradizione nelle professioni della salute mentale e del lavoro sociale. Fare delle esigenze amministrative il principale ostacolo allo svolgimento di un'attività terapeutica o assistenziale degna di questo nome è un *leitmotiv* di ogni letteratura professionale: l'amministratore è sempre colui che rifiuta al medico i mezzi per la sua azione, che ne ostacola le iniziative con i suoi regolamenti pignoli, che impone ruoli di controllo e repressione.

Ma, nel sistema classico, questa divergenza di punti di vista si gioca tra due interlocutori pressappoco uguali, o almeno lascia spazio alla negoziazione, ai compromessi e anche alle alleanze sulla base di una divisione di responsabilità: si può cercare di sedurre o neutralizzare un amministratore, aggirare o trarre beneficio da un regolamento, influenzare o intimidire un amministratore. Di più. La politica della

salute mentale si è sempre costruita, dalle origini della psichiatria fino a oggi, attraverso un incrocio, o se si preferisce, un rapporto dialettico, tra l'apporto dei medici da una parte e quello degli amministratori dall'altra. Nell'elaborazione di queste politiche, nonostante le differenze dovute alle epoche storiche o alle disparità geografiche, si possono identificare quattro momenti che si succedono con una tale regolarità che si è in diritto di concludere che si tratta di una vera e propria logica costitutiva<sup>16</sup>.

Un primo momento è dominato dagli operatori territoriali. I tecnici, dato che sono posti di fronte a difficoltà quotidiane, mettono poco a poco a punto, procedendo a tentoni, una nuova formula d'organizzazione del campo in cui hanno ottenuto il ruolo. Così è stato per l'"invenzione" dell'asilo sullo sfondo dell'ospedale generale all'inizio del XIX secolo o per la suddivisione geografica della presa in carico delle popolazioni problematiche a partire dalla fine della Seconda guerra mondiale: si tratta innanzitutto di reazioni più o meno improvvisate a situazioni concrete, che progressivamente si sistematizzano.

In un secondo tempo, che comincia d'altronde abbastanza presto, questi professionisti avanzano proposte al potere politico-amministrativo per richiedere l'ufficializzazione della loro formula; è il caso di Esquirol che scrive nel 1819 il suo celebre rapporto al Ministro dell'Interno sullo stato degli ospedali per alienati e sulle riforme da apportare, sono i professionisti modernisti del *National Institute of Mental Health* negli Stati Uniti o l'ala progressista degli psichiatri francesi negli anni Cinquanta che stringono un'alleanza con l'amministrazione democratica o con gli amministratori illuminati del Ministero della Salute.

Dopo una serie di tira e molla, una spola in cui si procede per accomodamenti reciproci e compromessi, che possono durare anni o perfino decine d'anni, viene finalmente assunta una decisione ufficiale, che legalizza la nuova politica della salute mentale, come ad esempio la legge del 1838 o la circolare ministeriale del 1960 sulla settorializzazione in Francia, o il *Community Mental Health Centers and Retardation Act* del 1963 negli Stati Uniti, appoggiato dal presidente Kennedy in persona. Su queste basi medico-amministrative, viene dunque trovata una nuova formula di gestione delle popolazioni problematiche. La presa in carico di malati mentali o di altri devianti non pone più problemi *di principio*, essa s'inscrive in un coerente organigramma d'amministrazione che compone quello che si usa definire "una politica"<sup>17</sup>.

A partire da qui s'inaugura un quarto momento contrassegnato, in generale, dal disinganno dei professionisti. Questi gridano al tradimento, allo snaturamento delle

---

<sup>16</sup> Ne ho tentato la dimostrazione, per la legislazione del 1838 e per la politica di settore in Francia, ne *L'ordine psichiatrico. L'epoca d'oro dell'alienismo* [1976], Feltrinelli, Milano 1980, e, per il *Community Mental Health Centers and Retardation Act* del 1963 negli Stati Uniti, ne *La Société psychiatrique avancée. Le modèle américain*, Grasset, Paris 1979 (con F. Castel e A. Lovell).

<sup>17</sup> Per esempio, la legge del 1838 elimina la contraddizione che sussisteva tra l'impossibilità di rinchiudere i malati mentali giudicati pericolosi per via giudiziaria, poiché erano non responsabili penalmente, e la necessità di farlo per la salvaguardia dell'ordine pubblico. La nuova legittimità medica, sotto forma di "isolamento terapeutico", assicura un sequestro tanto rigoroso quanto l'imprigionamento, ma ormai giustificato da una finalità terapeutica. L'alienato è dotato di uno statuto legale e civile, ha il suo posto assegnato nell'"istituzione speciale" e anche le modalità economiche della sua presa in carico sono previste nel quadro legislativo. Ma questo dispositivo completo, che ormai permette di amministrare razionalmente la follia, è stato reso possibile da più di trent'anni di pratiche e trasformazioni ospedaliere, che cominciano con Pinel a Bicêtre, poi alla Salpêtrière e, poco a poco, producono un effetto valanga.

loro intenzioni umanitarie a vantaggio d'esigenze puramente burocratiche, se non repressive. Denunciano i sabotaggi amministrativi, la cattiva volontà dei ministeri, il fatto che si rifiutano loro i mezzi necessari alla loro politica. Essi dimenticano che una legge non ha bisogno di essere concretamente applicata fino in fondo per assolvere il proprio compito sostanziale: assicurare le condizioni di una gestione coerente di un problema spinoso a livello amministrativo, giuridico, istituzionale e finanziario della sua presa in considerazione. Dimenticano anche che, sebbene delusi, sebbene le loro intenzioni siano state travisate, la loro pratica ha fornito un elemento essenziale per la costruzione del dispositivo.

Tale è stata fino a oggi, presentata in maniera schematica, la struttura della relazione medici-amministratori considerata nella sua dimensione politica. Alcune critiche recenti alla psichiatria hanno indubbiamente distorto in parte il problema rendendo i professionisti della salute mentale semplici agenti del potere di Stato. Senza dubbio questi sono dotati di un mandato ufficiale, ma sulla base di una pratica che non è la semplice applicazione di decisioni politico-amministrative. Ne è prova il fatto che alcuni tra questi agenti hanno potuto utilizzare una parte del loro potere per distorcere il loro mandato e, a partire da quanto acquisito nella propria pratica, imporre una sovversione dell'antica legalità. Tale è stato ad esempio l'apporto del movimento democratico italiano in psichiatria, la cui azione è sfociata, nel 1978, nel voto del Parlamento italiano sulla famosa legge 180<sup>18</sup> e nella cui storia potremmo facilmente ritrovare, penso, i quattro momenti che ho appena distinto.

Questo rapporto complesso e conflittuale è senza dubbio sul punto di rompersi con le nuove tecnologie preventive. L'amministrazione assume un'autonomia pressappoco completa perché detiene una padronanza quasi assoluta delle nuove tecnologie. L'operatore di campo appare allora come un semplice ausiliario dell'amministratore, che alimenta con informazioni sulla base dell'attività di diagnosi-perizia di cui ho precedentemente parlato. Queste informazioni sono allora stocate, trattate e distribuite in circuiti completamente sconnessi dalla pratica professionale, in particolare tramite i mezzi informatici. Qui trova origine un fondamentale squilibrio: si è incrinato il rapporto che connetteva direttamente il possedere un sapere su di un soggetto e la possibilità d'intervenire su di lui (sia che ciò sia stato un bene o un male). I tecnici sono completamente subordinati agli obiettivi di una politica manageriale. Non controllano più l'uso dei dati che producono. L'amministratore è il vero "decisore". È lui che possiede l'insieme delle carte e può condurre il gioco. Tra le altre conseguenze, ciò segnerebbe la fine della possibilità di quelle strategie di lotta che gli operatori progressisti hanno sviluppato in Italia da una ventina d'anni e, in minor grado, altrove.

## **Verso un ordine post-disciplinare?**

---

<sup>18</sup> Tra l'altro, la legge 180 programma la chiusura degli ospedali psichiatrici esistenti, vieta di costruirne nuovi e stabilisce che gli stati psichiatrici acuti debbano essere trattati in piccole unità di cura integrate negli ospedali generali.

Ci si può finalmente chiedere se questi orientamenti non inaugurino nuove strategie di gestione della popolazione proprie delle società dette “neo-liberali”. In queste società appaiono nuove forme di controllo che non passano né per la repressione, né per l'interventismo assistenzialista che si era particolarmente sviluppato negli anni Sessanta (cfr. in campo psichiatrico, la politica di settore in Francia o il movimento dei *Community Mental Health Centers* negli Stati Uniti: casi in cui si trattava sostanzialmente di coprire un massimo di territorio, di raggiungere quanta più gente possibile, a partire dal dispiegamento di un dispositivo unificato e collegato all'apparato di Stato). Al loro posto o piuttosto al loro fianco, si constata lo sviluppo di modi differenziali di trattamento delle popolazioni, volti a garantire la massima redditività di quanto è redditizio, e a marginalizzare quanto non lo è. Piuttosto che sradicare dal corpo sociale gli elementi indesiderabili (segregazione) o di reintegrarli più o meno di forza, a colpi di interventi correttivi o terapeutici (assistenza), sta emergendo la tendenza ad assegnare differenti destini sociali agli individui in funzione della loro capacità di farsi carico delle esigenze di competitività e redditività. Al limite, si tratta del modello di una società “duale” o società “a doppia velocità”, recentemente proposto da alcuni ideologi: coesistenza di settori ipercompetitivi, obbedienti alle esigenze più spietate della ragione economica, e di attività marginali, che servono da rifugio (o da discarica) a quelli che non possono entrare nei circuiti degli scambi intensivi. In un certo qual modo, questa società “duale” esiste già con la disoccupazione, con la gioventù marginalizzata, con le economie parallele, ma fino ad ora, queste squalificazioni e riqualificazioni si erano prodotte in modo cieco: sono state gli effetti incontrollati dei meccanismi della concorrenza economica, del sotto-impiego, dell'adattamento o non adattamento ai nuovi posti di lavoro, delle disfunzioni del sistema scolastico. Gli sforzi di programmazione tentati si sono indirizzati sugli impianti piuttosto che sugli uomini: concentrazioni industriali, nuovi insediamenti di fabbriche, chiusura di imprese non competitive – anche a costo che il personale si adattasse bene o male, e piuttosto male che bene, a queste esigenze “obiettive”.

Ma bisogna domandarsi se, ormai, non sia *tecnologicamente possibile* programmare le stesse popolazioni, sulla base di una valutazione delle loro *performances* e soprattutto delle loro possibili carenze. È quanto già si fa con le persone con disabilità, inserite in circuiti speciali di lavoro detto “protetto”. Ma si potrebbe fare esattamente la stessa cosa con i superdotati, che non sono in sostanza che disabili per eccesso e che si potrebbero orientare e “trattare” in anticipo per occupare, al contrario, le funzioni sociali che esigono le attitudini più sviluppate o più specifiche. Più in generale, si può oggettivare qualsiasi tipo di differenza e costruire su queste basi dei profili differenziali di popolazione, cosa tecnicamente possibile in particolare grazie all'informatica. Il resto, ossia il fatto di assegnare su queste basi un destino speciale ad alcune categorie così definite, è questione solo di volontà politica. Che, fino a oggi, non si siano avuti usi politicamente scandalosi di queste possibilità non basta a rassicurare completamente. Nella congiuntura attuale e per la maggior parte dei paesi industrializzati – l'America di Reagan ne è un esempio limite –, la crisi dello Stato keynesiano provoca non solo un blocco, ma un arretramento delle politiche d'assistenza il cui sviluppo, fino a questi ultimi anni, sembrava iscritto nel corso

della storia. Ma che sia sempre più problematico, nelle società capitalistiche avanzate, promuovere un assistenzialismo generalizzato come risposta alle contro-finalità dello sviluppo economico e dell'organizzazione politica della società non significa necessariamente dover ritornare al *laissez-faire*.

In questa congiuntura, infatti, le tecnologie d'intervento che permettono di *orientare e di assegnare* senza prendere in carico potrebbero avere una carta decisiva da giocare. Le politiche sociali tradizionali hanno sempre rispettato, pur guardate con sospetto, ciò che si potrebbe definire una certa naturalità del sociale: gli individui sono iscritti in territori, appartengono a gruppi concreti, posseggono filiazioni, eredità, radici. Talvolta repressive, ma progressivamente sempre più assistenziali, le politiche sociali fino ad oggi hanno lavorato soprattutto questa materia prima per arginare energie selvagge, sfrondare masse troppo folte, diserbare qua e là, di quando in quando trapiantare. Ma tutte queste misure, correttive o riparatrici prima che preventive, muovevano da una concezione degli individui come pre-assegnati a un posto nella geografia sociale.

La profilatura del flusso di popolazione a partire da una combinazione di caratteristiche, il cui prelievo è ripreso dal metodo epidemiologico, rimanda a un'altra immagine del sociale, quella di uno spazio omogeneizzato fatto da circuiti progettati in anticipo e che gli individui sono invitati o incitati a imboccare secondo le loro capacità o incapacità (Così, la stessa marginalità, invece di un territorio inesplorato o ribelle, può divenire una zona regolata verso la quale verrebbero orientati coloro che sono incapaci di imboccare vie più competitive). Proiezione di un ordine piuttosto che sua imposizione successiva, questo pensiero è più ossessionato dall'efficienza che dalla disciplina. Il suo principale direttore dei lavori non è il tecnico del territorio che interviene per colmare le brecce o prevenire che se ne aprano, ma l'amministratore che pianifica gli orientamenti e vi fa corrispondere i profili umani. Immagine-limite di una prevenzione perfetta che economizzerebbe nello stesso tempo la repressione e l'assistenza, in quanto gestirebbe preventivamente le traiettorie sociali a partire da una valutazione "scientifica" delle capacità degli individui. Beninteso, questo non è che un estremo, e se si vuole un mito, la cui logica però lavora già le più recenti decisioni prese in nome della prevenzione dei rischi.

Traduzione dal francese di *Ciro Tarantino e Lavinia D'Errico*.