

Comunità Terapeutiche per la salute mentale

Intersezioni

A cura di *Angelo Malinconico*
e *Alessandro Prezioso*

PSICOTERAPIE

FrancoAngeli



Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Comunità Terapeutiche per la salute mentale

Intersezioni

A cura di *Angelo Malinconico*
e *Alessandro Prezioso*

Scritti di: R. Barone, M. Biaggini, S. Bruschetta, G. Cardamone,
M. Corulli, M. de Crescente, P. Giannini, L. Grosso,
R.D. Hinshelwood, N. Magnani, S. Milano, M.I. Mustillo,
G. Riefolo, L. Sabena, B. Saraceno, I. Senatore, F. Soscia,
S. Tartaglione, C. Vaccaro, M. Vigorelli, L. Zurlo

FrancoAngeli

PSICOTERAPIE

Κοπερτινα: Γεοργγι. Νερεζλο κω φηλκλι κη

Copyright © 2017 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it:

Indice

Introduzioni

Per introdurre il lettore , di <i>Angelo Malinconico</i>	pag. 13
Tanti anni fa a Casacalenda , di <i>Benedetto Saraceno</i>	» 18
Il sogno di una cosa... felice , di <i>Angelo Malinconico</i>	» 29
1. Qualche premessa	» 29
2. Atmosfera e felicità (interna lorda)	» 30
3. Atmosfere AIRSaM	» 38
4. Il mondo del privato sociale (ovvero la <i>grande</i> riabilitazione e il <i>piccolo</i> quotidiano)	» 39
5. Il capestro del posto-letto	» 40
6. Comunità e rete: l'inserimento lavorativo e la collaborazione tra cooperative A e B	» 42
7. Psicologie del profondo per Comunità pensanti	» 45
8. La valutazione e i valutazionismi	» 51
9. Un congedo, in bilico tra visionarietà e concretezza	» 55

Parte prima

Storia della Comunità Terapeutica

1. Appunti sul movimento delle Comunità Terapeutiche in Italia. Nascita, sviluppi, enfattizzazioni e ridimensionamenti, malefici e malesorti... , di <i>Metello Corulli</i> (con la collaborazione di <i>Patrizia Giannini, Leopoldo Grosso, Livio Sabena</i>)	» 61
1. Considerazioni preliminari	» 61

2. La nascita della CT nella cultura internazionale	pag. 62
3. La CT nella cultura italiana	» 64
4. Il bisogno italiano di coniare nuovi termini	» 72
5. 1991-1992: l'aziendalizzazione delle cure e la nascita del sistema "feudale"	» 83
6. I livelli organizzativi confliggono con riflessioni teoriche e nuove impostazioni cliniche	» 85
7. Gli indirizzi della magistratura	» 87
8. Il contributo della classe politica	» 88
9. In mancanza di una mappatura nazionale, qualche dato su sei Regioni italiane	» 89
10. Interrogativi per il futuro	» 92
2. Il contributo di Robert Hinshelwood al movimento delle Comunità Terapeutiche in Italia, di Matteo Biaggini	» 93
3. Comunità Terapeutiche "vere e proprie" e "improprie". Una riflessione su alcune visioni inglesi e italiane, di Robert D. Hinshelwood	» 100
1. Varianti	» 104
2. Italia	» 105
3. Coercizione e ingegneria	» 106
4. Conclusioni	» 108
4. La realtà delle Comunità Terapeutiche italiane: oltre il mito, di Marino de Crescente	» 109
1. Una premessa storica	» 109
2. Dal mito alla realtà	» 110
3. Fattori aspecifici	» 112
4. Prevenzione e riabilitazione	» 114
5. La pensabilità e la riabilitazione	» 115
6. La riabilitazione psico-sociale tramite il principio della Comunità aperta	» 116
7. Le verifiche, la ricerca	» 117
8. La formazione e la supervisione	» 118
9. Il lavoro con le famiglie	» 119
10. Conclusioni	» 121

Parte seconda
Pratiche analitiche
e Comunità Terapeutica

1. Dinamiche della cronicità , di <i>Giuseppe Riefolo</i>	pag. 125
1. Una premessa	» 125
2. Alla ricerca di personaggi	» 128
3. L'area intermedia della cosiddetta cronicità	» 131
4. La domanda ricorrente: la cronicità come processo dinamico	» 135
5. Sostituzione e intrusività	» 137
6. Lo statuto delle cose	» 142
7. In fine	» 146
2. Modelli a confronto , di <i>Maria Immacolata Mustillo</i>	» 148
1. Cosa motiva a intervenire	» 149
2. Il paziente grave e il problema del consenso alla cura	» 152
3. Ridurre i sintomi o comprenderli?	» 155
3. Modelli della mente e Comunità Terapeutica come metafora materna , di <i>Lucio Zurlo</i>	» 159
1. Cornice teorica di riferimento	» 159
2. Teorie e CT	» 160
3. Note sul <i>caregiver</i> , ovvero la CT	» 170

Parte terza
Comunità che cambiano:
le prospettive del lavoro terapeutico residenziale

1. Il coraggio del confronto. Il visiting tra Comunità Terapeutiche come processo di valutazione tra pari , di <i>Marta Vigorelli</i>	» 179
1. I rischi della residenzialità e il metodo della Comunità Terapeutica	» 179
2. Il progetto del visiting: dal modello inglese al modello italiano	» 182
3. Come si realizza il visiting?	» 185
4. Forum annuale	» 194
5. I risultati raggiunti fino a ora e le prospettive <i>in progress</i>	» 195

2. La Comunità Terapeutica nella comunità locale per la cura della grave patologia mentale, di Raffaele Barone, Simone Bruschetta	pag. 198
1. La progettazione terapeutica personalizzata	» 199
2. Gli ambienti abilitanti	» 201
3. La psicoterapia di Comunità	» 202
4. La convivenza terapeutica comunitaria	» 204
5. L'indagine sulle reti sociali	» 206
6. La cultura della partecipazione	» 208
3. Il sostegno all'abitare come pratica clinica dei Servizi di Salute Mentale, di Nadia Magnani, Federica Soscia, Stefano Milano, Giuseppe Cardamone	» 210
1. Abitare la comunità e benessere sociale: l'interazione individuo-ambiente nella prospettiva ICF	» 210
2. Gli interventi di sostegno all'abitare come risorsa terapeutica per incidere sull'interazione individuo-ambiente	» 212
3. I progetti di supporto all'abitare nell'Unità Funzionale Salute Mentale Adulti (UFSMA) della ASL 9 Grosseto	» 213
4. Principi di fondo nel supporto all'abitare	» 214
5. Il lavoro con le famiglie	» 215
6. Punti critici	» 216
7. Spunti conclusivi	» 217
4. Dall'interno, dal basso: uno sguardo sulla Comunità Terapeutica. Teorie e pratiche secondo un operatore, di Alessandro Prezioso	» 218
1. Senso, significato, sistema di ruoli e soggettività nella CT	» 218
2. Soggetto/Oggetto. Ovvero perché dovrei chiedere quando conosco già la risposta	» 220
3. Alternative concrete: produzione e contrattazione di senso	» 225
4. Conclusioni	» 230
5. Aspetti etici della residenzialità, di Sergio Tartaglione	» 233
1. Premessa	» 233
2. Le Comunità di Riabilitazione Psico-sociale (CRP) in Molise	» 234
3. Riflessione critica sulle strutture residenziali in Italia: tra ideale, reale e possibile	» 236
4. Operatori e ospiti vivono <i>come se</i>	» 238

In chiusura

Il fascino indiscreto delle immagini , di <i>Angelo Malinconico</i> , <i>Alessandro Prezioso</i>	pag. 245
Stretta la foglia, larga la via, l'amor mio si chiama schizofrenia , di <i>Ignazio Senatore</i>	» 247
1. Lo spettatore e il dispositivo cinematografico	» 248
2. Cinema e narrazione	» 250
3. Cinema e follia	» 251
4. Frammenti di un discorso cinematografico	» 252
5. Conclusioni	» 255
Cooperatori non per caso , di <i>Carmen Vaccaro</i>	» 256
Bibliografia	» 261
Gli autori	» 279

Introduzioni

Per introdurre il lettore

di Angelo Malinconico

Proponiamo, in questo volume, riflessioni dal vertice delle Comunità che accolgono utenti dei Servizi di Salute Mentale; ma tali residenze, le pratiche e gli eventi che in esse accadono, sono descritti e sezionati quali significativi ma non esclusivi segmenti del ben più articolato e complesso sistema di cure che tentiamo di costruire con i nostri compagni di viaggio. Al lettore la scelta di operare una sorta di inquadratura *micro* o *macro*, a seconda dei propri interessi specifici, nella speranza che possa fruire nella pratica di quanto andrà leggendo nelle nostre pagine. Del resto interpreto da trent'anni la *psichiatria sociale* proprio a partire dalla nascita della prima delle Comunità da me organizzate, allora da giovane psichiatra e quindi non ancora da formale responsabile. Mi riferisco alla Comunità Il Casone di Casacalenda, in Molise, istituita nel 1985, con l'obiettivo primario di riaccogliere, nel programma regionale di deistituzionalizzazione, i pazienti disseminati in vari manicomi campani, abruzzesi, pugliesi. Il Molise non ha mai ospitato un ospedale psichiatrico sul proprio territorio, se non nelle forme mascherate che di fatto rendono ambigua tale *verginità*. La funzione di esclusivo contenitore di pazienti cosiddetti "manicomiali" mi stette subito stretta, tanto che fu la prima Comunità ad accogliere, fin dall'apertura, anche quelli che allora definivamo *nuovi cronici*; ciò poneva l'interrogativo della coesistenza delle necessarie spinte ottimistiche legate ai giovani utenti con l'ineluttabilità cristallizzata dall'asilarità (Malinconico 1990; 1991; 1998a).

Quella convivenza, dettata anche dalla necessità di adeguarsi a motivi economici, fece porre non pochi quesiti sull'opportunità di tale scelta, ma l'esperienza si è rivelata nel tempo capace di provocare una ricca interazione, fino a una sinergia che ha consentito alla *casa* di assumere quella funzione e quell'atmosfera di focolare complesso su cui è poi fondata una parte fondamentale del progetto di cura dei pazienti dell'area geografica del

Basso Molise. Nel tempo gli anziani ci hanno lasciato; ciò ha determinato riassetto non trascurabili negli ospiti e negli operatori, nei progetti legislativi e in quelli tecnici, e persino negli acronimi che hanno identificato la Comunità. Nel corso degli anni è stata attivata un'altra struttura più piccola e tutta una serie di funzioni riabilitative, proprie di una comunità locale intesa come sistema curante, quindi un vero e proprio laboratorio territoriale. La gestione del quotidiano era ed è affidata a una cooperativa sociale, i cui componenti potevano contare esclusivamente su qualche anno di esperienza nell'ambito dell'assistenza agli anziani nel paese. Non avevano fruito di una formazione specifica o di specifiche esperienze con psicotici, ma nei fatti l'ottica economista del legislatore si trasformò in un solido fattore terapeutico. Sulla laicità dell'operatore della Comunità molto si è scritto e occorre ancora profondamente riflettere, considerato che i percorsi formativi effettuati negli anni hanno poco da invidiare a quelli di tecnici consapevoli e motivati (Malinconico, 1998a).

L'omissione teorica che allora fu perpetrata (e che pervadeva gran parte del mondo psichiatrico) era l'assunto che il quotidiano fosse una cosa e la terapia e la riabilitazione altre. Ciò determina da sempre implicazioni di carattere epistemologico, clinico, etico, economico, legislativo. Di fatto attiene ai grandi temi/interrogativi: quando possiamo parlare di "vere" Comunità Terapeutiche¹? Quale il crinale che differenzia queste da Comunità alloggio, case famiglia, strutture residenziali di varia marca (CRP, CT, SR, SRP ecc.)?

Si può banalizzare il problema riconducendo le risposte all'assetto giuridico-amministrativo, o a quello economico, o ancora ai ruoli professionali, o alle matrici culturali? O addirittura alle diagnosi nosografiche? O ai bisogni di una nuova tipologia di utenza? Mi riferisco a quella proveniente dagli ospedali psichiatrici giudiziari o ai portatori della cosiddetta *doppia diagnosi*, o ancora alla variegata umanità immigrata che ci costringe, di fatto, a trasformarci tutti in etnopsichiatri.

Di questi aspetti parleremo sicuramente in questo volume, in cui sono ospitate esperienze da realtà pubbliche, private, cooperativistiche, miste. Personalmente ne ho fondate e supervisionate di pubbliche, gestite dal privato sociale, così come da anni ne supervisiono una privata, Il Porto di Moncalieri, condividendo l'esperienza con tanti colleghi analisti, tra cui Robert Hinshelwood

¹ Vedi i capitoli di Metello Corulli, Robert Hinshelwood, Marino de Crescente, Marta Vigorelli in questo volume, ma anche: Gustavo Pietropolli Charmet, *Evoluzione del concetto di Comunità Terapeutica* (dalla lettura magistrale tenuta al meeting annuale organizzato, presso l'Università Statale di Milano, dal Gruppo di ricerca clinica istituzionale), 1996, www.psychomedia.it.

(vedi i capitoli di Biaggini e dello stesso Hinshelwood). Cercheremo di rispondere ai quesiti di cui sopra, senza alcuna pretesa di dirimere i dubbi, ma ponendo l'accento principalmente su quell'*accadere terapeutico/riabilitativo* che, anziché apporre etichette pseudo-identificanti a luoghi fisici, si ripropone di rendere quegli stessi luoghi degli autentici *spazi alchemici* (da qui la scelta in copertina de *L'alchimista del villaggio* di Jan Steen). Luoghi capaci di operare le trasformazioni possibili ("l'artigianale misura per attuare il possibile", recitava il mantra del compianto Bruno Giuliani, maestro di psichiatria di alcuni di noi). Cercheremo, con gli amici che condividono con me questo percorso di riflessione, di scandagliare l'esperienza comunitaria come opportunità e attitudine a configurare solidali relazioni interpersonali, nonché presenze dignitose degli stessi pazienti nella società, distratta quando non violentemente espulsiva. Ma diremo anche che se tale società persevera colpevolmente in tali atteggiamenti, è *a fortiori* più colpevole il sistema della salute mentale, se a sua volta si arrocca in sterili giaculatorie, non coltiva il conciliare, il mediare, il contrapporre, il difendere, il co-progettare con i pazienti, persino il minacciare, sapendo anche di dovere a volte, strategicamente, arretrare, stallare. Sì, stallare. Identifico, per analogia, la Comunità (ma anche la psicosi) con un tempo particolare, un tempo utile, come ci insegna maestra-natura con la *diapausa*, una fase di arresto spontaneo dello sviluppo di alcuni animali, tempo in cui l'organismo è inattivo, non si alimenta e non si muove, riduce la propria attività metabolica. Tipica di molti insetti, crostacei, lumache, anche di alcuni mammiferi. La più affascinante è quella escogitata dai marsupiali. Questi riescono addirittura a incarnare tre tipi di *materno*, contemporaneamente: quello rivolto, attraverso l'allattamento con mammelle esterne, a un cucciolo in grado di correre e svolgere in autonomia tutte le funzioni; quello rivolto a un neonato-non nato che vive nella sacca marsupiale (ancora *senza pelle*, mai esposto all'esterno, incapace di sopravvivere se non attaccato a quella piccola mammella interna); infine quello di un embrione, essere *in nuce*, come *congelato* all'interno dell'organismo materno, pronto (quando sarà il tempo giusto – *Kairòs*) a riattivare le funzioni vitali e a iniziare a svilupparsi nei tempi cronologici – *Kronos* – ordinari per la specie. La diapausa ha appunto lo scopo di permettere all'animale il superamento di condizioni avverse o lo svolgimento di processi fisiologici particolarmente impegnativi, come per esempio la ninfosi, stadio di sviluppo pre-immaginale, in cui coesistono sia caratteristiche larvali che caratteri immaginali, fino alla completa fuoriuscita dell'adulto. Al termine della diapausa lo sviluppo riprende normalmente, ma ovviamente una volta che viene avviato sono necessari *altri stimoli* in grado di liberare successivamente l'organismo da questo stato. Credo che il rimando metaforico ai percorsi comunitari e ai gravi disturbi psichici sia più che trasparente...

In sintesi, in questo volume:

- cercheremo di proporre riflessioni sul mondo esterno (inteso come macro-organizzazione) ma, principalmente, su quello interno ai sistemi di cura, all'intra-psichico di utenti e operatori, alla stessa struttura della società;
- ci riferiremo a équipes più o meno pluraliste, dalle ineludibili attenzioni alla circolarità delle cure;
- saremo attenti alla potenziale ricchezza degli operatori cosiddetti *laici* del privato sociale, cui chiediamo di spendersi con i pazienti nel quotidiano, ricchezza indubitabile ma anche innesco sempre pronto alla detonazione;
- stigmatizzeremo gli atteggiamenti autocentrati e autoreferenziali, sintomi della grave "malattia" in cui "pazienti e operatori stanno particolarmente bene assieme", in genere contro l'universo esterno utilmente bollato come intransitivo, se non addirittura persecutorio;
- scriveremo del gravissimo effetto collaterale di questa malattia, cioè il chiudersi con fantasie autopoietiche in case più o meno felici, in focolari troppo caldi, in teche di cristallo inaccessibili;
- tenteremo (mi auguro con la benevola percezione da parte del lettore) di parlare di democraticità delle strutture e dei percorsi proposti, evitando quella che Robert Hinshelwood e Peter Griffiths hanno definito magistralmente *pseudomutualità*: "Un'altra risposta alle penose disparità all'interno dello staff è un mondo di pseudo-reciprocità, all'interno del quale la differenziazione è evitata grazie a un egualitarismo sentimentale" (Griffiths, Hinshelwood, 1995);
- ribadiremo da variegati vertici che la cartina al tornasole più attendibile ed etica della qualità delle cure non può che essere la dimissione, la separazione, concertata nell'evoluzione dei programmi, nel segno della continuità e non del millantato credito;
- principalmente proporremo riflessioni su percorsi di esperienza comunitaria che propongono di definire *accoglimento temporaneo condiviso e congedo concordato*.

Allora (credo si intuisca da questa premessa), attraverso il discorso della/sulla Comunità, in questo volume ci inerpichiamo in un tentativo di sintetizzare l'universo complesso delle varie anime della psichiatria (anzi, della tutela della salute mentale); un tentativo, forse, di tenere insieme l'*intabile*:

- per una scienza psichiatrica che, seppur articolata in modelli e operatività tra di loro distanti, tenga sempre viva l'integrazione tra *politeoresi* e *poliprassi* e non fondamentalizzi;
- per una psicologia del profondo che non sia elitaria, ottusa, che esca dalla *turris eburnea* per incontrare gruppi, istituzioni, sistemi;

- per una psicofarmacologia che non si imponga come egemone e onnipotente;
- per una psichiatria sociale che non si arroccchi su posizioni ideologiche, non dialoganti e quindi intenibili;
- per una *tecnica* fruibile ma non spocchiosa;
- per un laicismo che mantenga la genuinità del sapere delle pratiche ma si esponga e sottoponga a consulenze esterne e a inter/extra/supervisioni;
- per sistemi di cura che non si trincerino dietro gerghi e slogan, finendo per scandire il passare del tempo con mutazioni semantiche: dallo *psicoanalitichese* al *cognitivichese*, dal *valutativichese* al più recente *recoverychese*;
- per équipes curanti che siano aperte a dare pensiero agli affetti, affettività e relazionalità alle *cose*, senso gruppale/sistemico all'agire, al pensare, all'amare, all'odiare, a ogni trasformazione, a ogni impasse e pure a ogni inevitabile caduta.

Tanti anni fa a Casacalenda

di Benedetto Saraceno

Tanti anni fa a Casacalenda, un piccolo gruppo di giovani determinati, coraggiosi e gioiosi; idee non molte ma molto chiare: essere malati di una malattia mentale non deve precludere il diritto a vivere, a scambiare affetti, a fruire di luoghi e tempi di vita quotidiana dignitosi. Sullo sfondo le grandi idee dei grandi maestri: de-istituzionalizzazione, diritti, ri-storicizzazione, banalità e santità della vita quotidiana. In fondo l'idea generale era che ognuno ha diritto a vedere riconosciuto il "senso" che sa e può produrre, che nessuno ha diritto di decidere cosa abbia senso e cosa non ne abbia.

Tanti anni fa a Casacalenda, ero un giovane psichiatra che aveva l'ambizione di mettere un ordine a questo flusso di idee, di emozioni, di certezze, di entusiasmi. Portare il rigore del metodo scientifico nella vitalità della trasformazione e della scoperta. La mia ipotesi di lavoro era quella di riuscire a contribuire al dibattito e allo sviluppo della riforma psichiatrica italiana attraverso attività di ricerca e di formazione; si trattava di introdurre metodi quantitativi che affiancassero e arricchissero le tradizionali forme di narrazione utilizzate da tutte le esperienze innovative della riforma psichiatrica. Formazione all'uso razionale degli psicofarmaci, ricerca valutativa sui servizi psichiatrici, promozione di conoscenza delle esperienze e delle ricerche che si sviluppavano a livello internazionale. La domanda fondamentale era e continua a essere: è possibile un rigore nei processi di trasformazione senza che essi ne vengano alterati e paralizzati e assumano un rigore di morte anziché di metodo?

Tanti anni fa a Casacalenda, comunque, malgrado differenze personali, biografiche, culturali, ideologiche c'era un'idea comune e fondamentale: la psichiatria è un fattore di rischio e noi operatori della psichiatria vogliamo invece divenire un fattore di protezione. Tutto qui.

E molta emozione. Molta commozione. Perché ci si trovava, ci si riconosceva: marinai di un intrepido equipaggio.

Poi viene il tempo, così, all'improvviso. Si rompe l'adolescenza e la sensazione che sarà sempre così.

I giovani, forti marinai dell'intrepido equipaggio si disperdono, mutano, invecchiano, diventano più saggi o più sciocchi, più cinici o più rigorosi. Si disperdono e, intanto, anche il mondo intorno muta: alla sinistra che si ispira a Gramsci subentra quella che si ispira a Tony Blair in completo Armani. Al pensiero della de-istituzionalizzazione si sostituisce quello della moltiplicazione dei letti in Diagnosi e Cura e nelle residenze protette (sempre più grandi, sempre più private, sempre più manicomiali). All'entusiasmo delle poche idee ma chiare e gioiose si sostituisce l'angoscia delle pochissime idee e confuse e tetre. E poi, perché entusiasinarsi? Il cinismo prevale sull'indignazione. E se davvero le neuroscienze ci dessero la soluzione? Chi lo crede fermamente o è molto ingenuo o è molto furbo. Chi non lo prende neppure in considerazione o è molto stupido o ha molta paura di ri-pensare e ri-pensarsi.

Allora, via libera: avanza l'ente locale, la sua cultura asfittica. Avanza la psichiatria, la sua ignoranza mortifera.

E retrocede l'entusiasmo per il cambiamento: restano in pochi e fra loro in troppi sono divenuti preti di una religione ortodossa e immobile. Altro che cambiamento.

Allora c'è chi si stanca, chi tradisce, chi continua svogliato, chi continua sempre più settario, chi perde il cervello, chi vende il cervello, e chi scappa.

Io sono scappato.

Sono scappato per varie ragioni:

- 1) non riesco a vivere nella dimensione della narrazione ("venite, vedrete, la nostra pratica è bella e buona e giusta");
- 2) non riesco a vivere nella dimensione dell'*evidence based medicine* ("se non ti misuro non esisti e se ti misuro e sei troppo poco continui a non esistere");
- 3) non riesco a parlare con i progressisti perché pensavano che:
 - smettere di fumare o di bere alcol fa parte del pacchetto di idee salutiste *yankee* (vero, ma nonostante ciò, è bene smettere di fumare e bere alcol);
 - i metodi quantitativi non catturano la complessità (vero, ma per capire un po' quello che si fa bisognerà pure misurare, come per l'antica ma solida saggezza delle lozioni per far ricrescere i capelli: verificare *prima* della cura e *dopo* la cura);
 - le neuroscienze sono al servizio dell'industria farmaceutica (vero, ma solo nel caso delle neuroscienze di cattiva qualità, poiché ci sono anche le neuroscienze di buona qualità);
 - il cervello? Cosa c'entra? (C'entra, c'entra!);