DROGHE & DIRITTI

FUORILUOGO

NUOVA SERIE ANNO 6 NUMERO 11 SUPPLEMENTO MENSILE DE IL MANIFESTO

26 NOVEMBRE 2004 **IN EDICOLA L'ULTIMO VENERDÌ DEL MESE**

IN QUESTO NUMERO

Fuoriluogo torna ad affrontare, introdotto da **Grazia Zuffa**, il tema della filosofia neomanicomiale che è alla base sia del disegno governativo sulle droghe, sia della bozza di controriforma psichiatrica. Tra i temi trattati, lo scollamento fra le realtà dei singoli e i modelli di malattia (**Giuseppe Dell'Acqua**), le ambiguità dell'approccio medico (**Susanna Ronconi**), le diverse logiche nell'uso dei farmaci sostitutivi (**Henri Margaron**), le implicazioni del "pensiero unico" della farmacologizzazione (**Stefano Vecchio**), l'aumento in Italia dei minori trattati con psicofarmaci (**Maurizio Bonati**), il dibattito sull'uso del Ritalin (**Maria Grazia Giannichedda**). **Dell'Acqua** è anche autore, con **Angela Pianca** e **Luciano Comida**, di un testo teatrale nato nell'Ospedale psichiatrico giudiziario di Montelupo Fiorentino che dà voce alle ragioni dei "folli".

Dedichiamo gli editoriali rispettivamente ai problemi dell'Aids e del carcere. Ne scrivono **Paolo La Marca** e **Irene Marchesani**, e **Franco Corleone**. Tra gli altri argomenti affrontati: la nuova strategia Ue sulle droghe in un'intervista di **Marina Impallomeni** all'europarlamentare **Giusto Catania** e il taglio dei fondi per la riduzione del danno in Piemonte, su cui scrive **Susanna Ronconi**. Chiudiamo con la seconda parte del saggio di **Peter Cohen** sulle conseguenze sociali e sanitarie del consumo di cocaina, segnalando infine ai lettori che nel prossimo numero riprenderemo la pubblicazione dei nostri indici per autore con l'anno 2003.

QUANDO IL GIOCO SI FA DURO...

Ci siamo. Il 18 novembre è iniziato al Senato l'iter parlamentare del disegno di legge governativo sulle droghe. Nominati i relatori del provvedimento – Francesco Tirelli (Lega) e Flavio Trèdese (Fi) – ci si aspetta che la discussione nelle commissioni Giustizia e Sanità entri nel vivo fra qualche settimana, anche se Alleanza nazionale preme per una accelerazione. Dicevano che il governo non sarebbe andato fino in fondo, che voleva fare solo la faccia truce. Che si sarebbe accontentato di un "segnale", pago di creare un clima di caccia alle streghe. Che non avrebbe avuto la faccia di presentare agli onorevoli una norma che assicura la galera, almeno per 6 anni, a un ragazzo che porta in tasca un paio di canne. O che, in alternativa (si fa per dire) lo rinchiude per lo stesso periodo agli arresti in comunità. Dicevano... dicevano, gli ottimisti per natura e gli opportunisti per cultura. E invece no. Le luci si abbassano, i riflettori si accendono. Che i duri (compresi i meno puri) inizino a giocare.

fuoriluogo.it

Scrivi al tuo senatore

Non è il caso di ripetere qui quanto sarebbe nefasto se il disegno di legge Fini sulle droghe venisse approvato. Ti proponiamo invece una iniziativa: scrivi una lettera al senatore eletto nella tua città e chiedigli di schierarsi contro questa proposta. Sulla home page di *Fuoriluogo* troverai il testo della lettera inviata da Forum Droghe ai senatori e le mail di tutti i parlamentari. Puoi personalizzarla o copiarla. Fai sentire la tua voce a chi rappresenta il tuo territorio in Parlamento. Occorre scongiurare un altro rischio: che la discussione sia strozzata. Telefona al presidente delle Commissioni che si occupano di questo tema scottante, senatore Antonio Tomassini (0667062637) chiedendogli un impegno per garantire un confronto approfondito.

Le lettere vanno indirizzate a:
redazione **fuoriluogo** c/o il manifesto
via Tomacelli, 146 – 00186 Roma
fax 0669294908
e-mail: lettera@fuoriluogo.it

Supplemento mensile
de **il manifesto**
26 novembre 2004

DE PROFUNDIS, IL MIO GRIDO DI DOLORE

Con questa mia missiva annuncio che ho iniziato uno sciopero di tipo gandhiano astenendomi dall'assumere qualsivoglia forma di nutrimento. Tale mio gesto non è diretto a ottenere alcunché né tantomeno contro persone o istituzioni statali in particolare. È un atto di rinnovamento della mia vita, sperando di spontaneamente provocare qualche coscienza a riflettere sul destino di una persona, che nel momento in cui ha deciso di voltare definitivamente pagina con un passato vicino e lontano, si è preferito riportare nel girone infernale di coloro che non possono che rimanere dei dannati.

Dopo avere incontrato un gruppo di diligenti operatori penitenziari in quel di San Vittore che mi hanno indotto a voltare la pagina della mia travagliatissima vita, sono stato improvvisamente trasferito a Monza e successivamente a Livorno. Ciò ha determinato il riapparire nella mia sofferta personalità di vecchi fantasmi non potendo neppure più incontrare la donna che ho sposato perché, anche lei priva della libertà, è rimasta a Milano.

Tutto quello che avevo costruito o che avevo iniziato a costruire nel carcere di San Vittore è svanito, volatilizzato. La pittura, gli affetti personali, gli interessi intellettuali che valenti operatori penitenziari milanesi erano riusciti a fare attecchire nella mia anima sono stati tutti improvvisamente e volutamente sradicati. Perché, perché? Mi chiedo e vi chiedo! "Qualcuno", manzoniano innominato, ha pensato che il celeberrimo recupero sociale del condannato previsto dall'art. 27 della nostra Costituzione non poteva e non doveva realizzarsi anche per Marco Medda. Ciononostante ho ancora reagito positivamente ed una volta trasferito a San Vittore, ove ho trascorso quattro anni in regime "normale", il nuovo Marco Medda era giunto alla vigilia di concessione del cosiddetto art. 21 con lavoro esterno già pronto, il matrimonio e il sogno di una vita che avrebbe potuto approdare a una sembianza di normalità, poi, improvvisamente, senza apparente motivo, nuovamente la mannaia! Perché? È molto chiedere che quel nuovo Marco Medda sorto o risorto nel carcere di San Vittore possa, novella Fenice, risorgere ancora? Non sarebbe questa una innegabile soddisfazione proprio per il "sistema" che dimostrerebbe come si possa "recuperare" un "irrecuperabile" come me che tale viene erroneamente giudicato? Parafrasando uno dei padri fondatori di questa patria il mio è un grido di dolore che si leva da una sola parte d'Italia: il reparto Alta Vigilanza, del carcere di Livorno.

Marco Medda - Livorno

GONNELLARISPONDE

Gentile Marco Medda, quello che lei ci segnala è un caso tipico e, purtroppo frequente, di turismo penitenziario. E non si tratta di un turismo da hotel a 2, 3, 4 o 5 stelle. È un triste girovagare tra carceri piccole o grandi, punitive o di buona fama, vicine o lontane. L'ordinamento penitenziario, inequivocabilmente, prevede una pena che sia espiata in istituti che, per distanza, non interrompano le relazioni sociali e affettive. Era la cosiddetta regionalizzazione della esecuzione penale. L'uso del passato non è determinato dal superamento della legge del '75 ma da prassi che non ne tengono conto. La risocializzazione è un contenitore vasto dove c'è un po' di tutto: partecipazione a corsi e scuole, lavoro, famiglia. Se d'un botto si viene trasferiti da Milano a Livorno tutto va tristemente a mare. Sforzi degli operatori vanificati, risorse sprecate, legge violata. È vero, il sovraffollamento impedisce una programmazione corretta dei flussi penitenziari. Ci sono paesi, però, che fissano anno per anno quale sia il numero massimo di detenuti che il sistema può sopportare. In altri Stati gli stessi detenuti, o le loro rappresentanze, partecipano, seppur consultivamente, alla pianificazione degli spostamenti. Un trasferimento di un detenuto che non sia Diabolik dovrebbe essere deciso collettivamente da direttore, comandante di polizia penitenziaria, educatore, assistente sociale, cappellano, insegnante. Dovrebbero essere sentiti i genitori, la moglie, il marito. Bisognerebbe sapere se ci sono figli, se deve finire le scuole, se ha un progetto di lavoro in quella città. Se non c'è dietro una ragione di pericolosità criminale autentica bisognerebbe sentire lo stesso detenuto. Una carcerazione "partecipata" è l'unica che si muove nel segno della responsabilità e della crescita individuale. Sono certo che dietro il suo trasferimento non c'è una scelta di perfidia istituzionale, ma un sistema che fuoriesce dal controllo dei suoi stessi controllori. Sono altresì certo che il suo, e mio e nostro appello, affinché torni in prigione, perchè sempre prigione è, a Milano troverà ascolto.

Patrizio Gonnella

Fini non si ferma: è l'ora del movimento!

Il 18 novembre è iniziata al Senato la discussione sul disegno di legge proibizionista e punitivo di Gianfranco Fini e sulla proposta alternativa del cartello *Dal penale al sociale*. Forum droghe intende essere protagonista di una campagna forte di opposizione. Per questo occorrono idee, energie e soldi.

Iniziamo da subito a raccogliere le adesioni per il 2005, invieremo in regalo ai sostenitori i libri **Fuori dai denti** e **La ragione e la retorica**

FORUM DROGHE
MOVIMENTO PER IL CONTENIMENTO DEI DANNI, PER I DIRITTI, CONTRO LA PROIBIZIONE

QUOTE ASSOCIATIVE 2005

euro 30,00	socio ordinario
60,00	socio sostenitore
12,00	studenti e disoccupati
150,00	associazioni

I versamenti possono essere fatti negli uffici postali o attraverso bonifico bancario sul conto corrente postale n. **25917022** intestato a **Forum Droghe**.
Per il bonifico è necessario indicare le coordinate bancarie: **CAB 7601-8 ABI 03200-3**

MAPPA MONDO

STATI UNITI

In concomitanza con le elezioni presidenziali, gli elettori del Montana hanno detto sì con il 62% dei voti a favore alla depenalizzazione degli usi medici della marijuana. Grazie all'approvazione del Montana Medical Marijuana Act (I-148), i pazienti di questo stato potranno coltivare e possedere marijuana a scopo medico su autorizzazione del medico curante. È consentito il trattamento di cancro, glaucoma, virus Hiv, Aids, malattie croniche debilitanti o disturbi quali nausea da chemioterapia, dolori acuti, crisi epilettiche, spasmi muscolari compresi quelli caratteristici della sclerosi multipla o del morbo di Crohn. Il paziente, o chi se ne prende cura, potrà possedere fino a sei piante di marijuana e un'oncia (pari a 28,35 grammi) di marijuana utilizzabile. La nuova legge prevede anche la creazione di un registro statale dei pazienti autorizzati.

CANADA

Il governo canadese intende presentare in questi giorni una proposta di legge per la depenalizzazione della marijuana, ha dichiarato il ministro Irwin Cotler all'agenzia Canwest. Un disegno di legge del tutto analogo, presentato l'anno scorso dall'allora primo ministro Jean Chretien, era caduto nel vuoto dopo lo scioglimento del parlamento e la nomina del nuovo premier, Paul Martin. Per altro, la proposta era stata criticata dagli attivisti favorevoli alla legalizzazione della marijuana, perché ritenuta troppo moderata. La proposta di depenalizzazione presentata l'anno scorso prevedeva che il possesso di marijuana fino a 30 gr. fosse considerato un illecito civile sanzionato con una multa, e non un reato.

Questa volta, ha fatto sapere Cotler, alla proposta si accompagnerà un secondo disegno di legge che prevede la possibilità per la polizia di sottoporre gli automobilisti a test antidroga. Si prevede che questa misura non mancherà di sollevare obiezioni. Non è chiaro se la presenza di Thc nel sangue sarà considerato una prova sufficiente di "guida in stato di ebbrezza", dato che le tracce di Thc, com'è noto, possono permanere nel sangue anche parecchi giorni dopo l'assunzione. Va ricordato che nell'autunno 2002 era uscito il rapporto di una speciale Commissione del Senato che suggeriva di legalizzare (e non solo depenalizzare) la canapa.

BRASILE

Il presidente brasiliano "Lula" da Silva ha annunciato che nei prossimi giorni firmerà dei provvedimenti per la depenalizzazione e la riduzione del danno. Secondo l'agenzia di informazione Narconews, Lula avrebbe intenzione di trasferire le competenze per le politiche sulle droghe dal ministero degli Interni a quello della Sanità. Quest'ultimo sarà incaricato di supportare dei centri per il consumo sicuro e di avviare politiche di riduzione del danno. La notizia sarebbe stata confermata dall'ambasciata brasiliana a Washington Dc. Questa importante novità giunge a ridosso della recente decisione da parte del governo brasiliano di abbattere gli aerei sospettati di narcotraffico.

a cura di Marina Impallomeni

L'Aids e il rischio della normalità

PAOLO LA MARCA e IRENE MARCHESANI *

Ogni 1° dicembre è l'occasione per fare il punto sui temi più caldi che riguardano l'Aids. Per quest'anno l'Unaids, allo scopo di caratterizzare la campagna informativa associata alla giornata mondiale sull'Aids, ha scelto le donne e le ragazze.

Dal punto di vista "pandemico" le giovani donne sono più suscettibili all'Hiv di quanto lo siano gli uomini, e attualmente rappresentano la metà delle persone che vivono con l'Hiv nel mondo. Le ricerche globali mostrano come il 64% delle popolazioni che vivono nei "paesi in via di sviluppo" più colpiti dall'Hiv, è costituito da donne comprese fra i 15 ed i 24 anni di età e il rapporto di rischio fra uomini e donne sia di 1:2,5.

Nell'Africa sub-sahariana il rischio di infezione per le donne è da 2 a 6 volte superiore rispetto agli uomini, mentre nel sud e nell'est del continente nero più di un terzo delle teen-agers (11-19 anni) sono sieropositive (www.unaids.org).

In occidente, dove l'incidenza della malattia è sicuramente minore, assistiamo tuttavia alla progressiva scomparsa dell'Aids dall'attenzione pubblica. Il vistoso rallentamento dell'incidenza della malattia ha riguardato solo le fasce di popolazione considerate a maggior rischio: consumatori per via iniettiva e omosessuali. Gli indici relativi ai giovani eterosessuali (compresi primariamente fra i 16 ed i 30 anni) sono in progressivo aumento: la condotta sessuale "normale" per antonomasia è oggi, dati alla mano, la più minacciata dalla mancanza di informazioni, dalla disattenzione, dai messaggi spesso distorti veicolati dai media.

Naturalmente, uno fra i temi più "caldi" è sicuramente quello dell'accesso ai farmaci. Il diritto alla salute viene limitato da accordi commerciali internazionali sotto l'egida del Wto che tutelano i diritti di proprietà intellettuale (i brevetti delle case farmaceutiche) con pesanti conseguenze, dirette e indirette, sulle politiche di salute pubblica interne ai singoli stati.

Se da un lato, la Conferenza del Wto a Doha nel novembre 2001 ha rappresentato una vittoria da parte dei paesi in via di sviluppo con l'adozione dell'Accordo Trips, che avrebbe dovuto porre un freno alle pretese delle case farmaceutiche, dall'altro in questi ultimi tre anni non soltanto non si sono avuti i miglioramenti sperati, ma anzi i paesi più ricchi hanno opposto ostacoli di ogni tipo. Nonostante le iniziative e gli impegni assunti a livello internazionale, le strategie e le risorse attualmente adottate e disponibili sono ancora insufficienti per assicurare l'accesso ai trattamenti anti-Aids a milioni di persone.

È questa la denuncia scaturita alla XV Conferenza internazionale sull'Aids a Bangkok nel luglio di quest'anno, che è stata caratterizzata dal confronto diretto tra due interessi contrapposti: da un lato le ragioni del profitto, dall'altra i diritti dei paesi in emergenza Aids.

Ovviamente per Lila, e per Lila Cedius, il periodo tra la giornata mondiale dell'Aids e la giornata mondiale dei diritti umani (10 dicembre) è un passaggio di primaria importanza. Dal 1° al 10 dicembre Lila Cedius promuove "Il ponte dei diritti", ovvero dieci giorni di eventi correlati alle tematiche delle due giornate, e parteciperà alla trasmissione "Love Line" in onda il 1° dicembre su Mtv. Sono state programmate, inoltre, diverse aste settimanali sul sito ebay (www.ebay.it), con diversi oggetti appartenenti a personaggi di spicco del mondo del calcio, il cui ricavato andrà a sostenere le attività ed i progetti di Lila Cedius. Il 3 dicembre, in un convegno ad hoc organizzato dalla Provincia di Ferrara, verrà presentata l'esperienza del Progetto Aidsudafrica. ■

* Lila Cedius. Per informazioni: www.lilacedius.it, www.lila.it.

Il carcere malato

FRANCO CORLEONE

La questione del carcere è scomparsa dall'agenda della politica. Sono ormai lontani gli anni in cui per il Giubileo il Pontefice invocava un gesto di attenzione, di clemenza e di riconciliazione verso un mondo di esclusi e di reietti. Anche nei documenti congressuali del maggiore partito della sinistra, i Ds, non una parola è dedicata al carcere e alle sue contraddizioni (come d'altronde il silenzio avvolge il tema della droga proprio nel momento in cui inizia al Senato l'offensiva proibizionista e punizionista di Fini). Così non deve stupire la pressoché totale distrazione dei media verso la civile, pacifica e nonviolenta protesta dei detenuti che per quindici giorni hanno chiesto alle forze politiche e ai parlamentari un minimo di attenzione per le condizioni della detenzione, per il rispetto dei diritti al lavoro, alla salute e alla effettività delle misure alternative.

Nei giorni scorsi è stato presentato il terzo rapporto di Antigone sulle carceri italiane che qualcuno, più insipiente che colpevole, ha definito hotel a cinque stelle. I numeri del rigoroso monitoraggio confermano il ruolo del carcere di mero "contenitore assistenziale". La popolazione detenuta è arruolata negli strati sociali più poveri. Il 35% non ha la scuola dell'obbligo, oltre il 40% viene dal sud e il 30% dei presenti sono immigrati con punte del 70% in alcuni penitenziari del centro-nord. I numeri del sovraffollamento continuano ad essere drammatici; i detenuti presenti sono oggi 55.400 e se corrisponde al vero che 5.000 sono usciti grazie all'indultino, ciò vorrebbe dire che senza quella misura si sarebbe addirittura sfondato il tetto dei sessantamila reclusi.

Anche la stagione delle riforme realizzate con fatica nella scorsa legislatura appare come una sottile linea d'ombra. Ricordare il nuovo Regolamento penitenziario, la legge per la scarcerazione dei malati di Aids, quella a favore delle detenute madri, la legge Smuraglia per facilitare l'accesso al lavoro, la Simeone-Saraceni per le misure alternative equivale a recitare una stanca giaculatoria. Eppure da quei contenuti vilipesi e sotterrati occorre ripartire. Nonostante la coltre di indifferenza che pesa, c'è chi non si rassegna e insiste a sognare uno scenario diverso. Da Milano e dalla Lombardia è stato lanciato un appello che denuncia per le carceri «un disastro annunciato» e la inapplicazione delle leggi esistenti ma sollecita anche all'iniziativa. Si propone l'introduzione della figura del Garante dei diritti dei detenuti a livello locale e nazionale, l'aumento del personale sociale ed educativo, una maggiore informazione sulla realtà penitenziaria.

Mancano 500 giorni alla fine della legislatura e bisogna realisticamente fare i conti con i tempi e le volontà per comprendere se c'è la possibilità di far approvare in Parlamento qualche legge decente e impedire il passaggio di qualche nefandezza.

Penso che occorra creare un movimento vasto e trasversale per togliere dal dimenticatoio in cui è finita la legge sul Garante nazionale. Allo stesso modo occorrerebbe impedire l'approvazione della proposta che aumenterebbe a dismisura il potere della Polizia Penitenziaria in modo pericolosamente incontrollato, rendendo il Corpo assolutamente autoreferenziale. C'è spazio per tre ferite aperte come il superamento degli Opg, l'affettività in carcere e l'Ordinamento minorile?

Ai primi di dicembre a Firenze Sandro Margara presenterà un documento di riforma della Riforma penitenziaria ossia una sorta di testo unico coerente che potrebbe essere assunto come programma di governo. Sarà una occasione di confronto pensando al futuro a partire dai contenuti. ■

PERCHÉ SONO ANTIPROIBIZIONISTA

Dedicato a Giancarlo Arnao

PROMOZIONE DEL DANNO

Le equazioni "droga uguale morte" (o come minimo "danno alla salute") e "droga uguale delinquenza" sono messaggi chiave nella cosiddetta guerra alla droga. Messaggi che colpiscono allo stomaco. Classici esempi di messaggi falsi e tendenziosi, con grave effetto inibitorio sullo spirito critico, usati per arrivare alla conclusione emotiva che le droghe devono essere proibite. Ma che – se appena ci si pensa su – devono portare alla conclusione opposta, che la sola idea di proibire le droghe è un'assurdità controproducente.

Consideriamo la prima equazione. Tutte le cose, anche il formaggio e i cioccolatini, possono provocare danni alla salute se usate in presenza di serie controindicazioni o in dosi esagerate. Ciò è ancora più vero per i farmaci – e le droghe sono a tutti gli effetti dei farmaci. Usare male l'aspirina (per non parlare di cortisone o insulina) è pericoloso, e può essere dannoso o anche mortale, né più né meno che usare male l'ecstasy o l'eroina. È ovvio che la prevenzione di questi danni può essere fatta solo controllando rigorosamente la produzione e la distribuzione di queste sostanze, e aumentando il livello di informazione e consapevolezza dei consumatori. Cose che certamente non si possono affidare a trafficanti e spacciatori interessati solo a operare nell'ombra e far più soldi possibile.

L'esempio più drammatico ci viene da una delle droghe più temute: l'eroina. Come ho scritto più volte, tutti i farmacologi sanno che gli oppioidi «sono di per sé sorprendentemente non-tossici anche quando sono usati quotidianamente ad alte dosi per molti anni» (Cecil Textbook of Medicine, ed. 1996, pp. 52-53). Sono innumerevoli i personaggi di primo piano che prima della proibizione (ma in molti casi anche dopo) hanno usato oppioidi per anni o addirittura decenni senza danno apparente, nemmeno dal punto di vista della carriera professionale. È rimasto famoso il caso dell'anonimo dottor X, che a 84 anni di età e dopo ben 62 anni di uso continuativo di morfina, fu trovato dai medici in perfetta efficienza fisica e mentale (Cutting 1943).

Se oggi l'eroina fa un sacco di danni e uccide migliaia di persone ogni anno, questo è dovuto solo al mercato nero. L'eroina di farmacia non trasmetterebbe né epatiti né Aids, e (salvo incidenti) non ucciderebbe proprio nessuno per overdose.

Continueremo questo discorso il mese prossimo, prima di passare al problema "droga uguale delinquenza".

a cura di claudio cappuccino

Fuoriluogo
mensile di Forum Droghe
nuova serie anno 6,
numero 11
chiuso in redazione
il 22/11/04
supplemento de *il manifesto*
del 26/11/04

Direzione:
Grazia Zuffa
Cecilia D'Elia
Coordinamento redazionale:
Marina Impallomeni
mimpallomeni@fuoriluogo.it
Redazione:
Beatrice Bassini, Claudio Cappuccino, Leonardo Fiorentini (webmaster) Enrico Fletzer, Lucio Gamberini Patrizio Gonnella Giovanni Nani Susanna Ronconi Sergio Segio Maria Gigliola Toniollo

Comitato editoriale:
Stefano Anastasia, Andrea Bianchi, Giorgio Bignami, Giuseppe Bortone, Gloria Buffo, Massimo Campedelli, Stefano Canali, Giuseppe Cascini, Luigi Ciotti, Maria Grazia Cogliati, Peter Cohen, Antonio Contardo, Franco Corleone, Paolo Crocchiolo, Daniele Farina, Matteo Ferrari, Andrea Gallo, Maria Grazia Giannichedda, Betty Leone, Franco Maisto, Luigi Manconi, Patrizia Meringolo, Toni Muzi Falconi, Mariella Orsi, Livio Pepino, Tamar Pitch, Anna Pizzo, Toy Racchetti, Ersilia Salvato, Nunzio Santalucia, Luigi Saraceni, Uwe Staffler, Stefano Vecchio, Maria Virgilio

Direttore responsabile:
Maurizio Baruffi
Segreteria di redazione:
tel. e fax
06.69921052
E-mail: fuoriluogo@fuoriluogo.it
Progetto grafico:
Andrea Mattone
Disegni: Onze

Impaginazione:
Sagp, Roma
Sito web:
www.fuoriluogo.it
Realizzato col contributo di Leonardo Previ e Sara Secomandi di Methodos s.p.a.
Editore:
Forum Droghe
c/o Crs via Nazionale 75,
00184 Roma
E-mail: forumdroghe@fuoriluogo.it
c.c.p. n. 25917022
Pubblicità:
Poster pubblicità s.r.l.
via Tomacelli, 146 00186 Roma
tel. 06/68896911
fax 06/68308332

Stampa:
Sigraf spa, via Vailate 14
Calvenzano (Bg)
Registrazione:
Trib. Roma: n. 00465/97
del 25/7/97
Iscrizione al Registro nazionale della Stampa:
n. 10320 del 28/7/00

«LA STRATEGIA SULLE DROGHE È FALLITA»: PARLA L'EUROPARLAMENTARE GIUSTO CATANIA

SPERANZA D'EUROPA

Marina Impallomeni

Questo dicembre l'Unione europea varerà la Strategia sulle droghe 2005-2012. A decidere sarà il Consiglio dell'Ue, cioè l'organismo formato dai rappresentanti dei governi degli stati membri. Il Parlamento europeo però avrà una buona occasione per dire la sua, e per questo motivo la Commissione parlamentare sulle libertà civili (la stessa che ha recentemente bocciato Rocco Buttiglione) ha elaborato una "proposta di raccomandazione al Consiglio" che sarà votata dal parlamento europeo intorno al 15 dicembre. Il Consiglio voterà subito dopo, dal 16 al 18. Ne parliamo con il parlamentare europeo Giusto Catania, relatore della proposta di raccomandazione in Commissione libertà civili.

Come è stato il clima dei lavori in queste settimane?

Il clima è stato di collaborazione con i liberali, i socialisti e i verdi. La bozza attuale sarà integrata da emendamenti miei che sottolineano in particolare due punti: la centralità della riduzione del danno e la necessità di un cambiamento di strategia sulle politiche proibizioniste. Questi emendamenti saranno discussi e votati in commissione il 25 novembre. Comunque l'impianto è condiviso dalla maggioranza della commissione parlamentare (che si compone di 53 deputati) e penso che riuscirà a passare quasi indenne, se non migliorato nei due punti che ho appena detto. Per il resto il relatore ombra – la popolare belga Frieda Brepoels – ha posto alcune questioni rispetto alla radicalità di alcune tematiche. È una cattolica conservatrice e crede che si debba avere un appoggio basato sulla religione. Io credo invece che nei confronti delle droghe dobbiamo avere un approccio scientifico, com'è scritto nella nostra proposta di raccomandazione.

L'Osservatorio europeo sulle droghe di Lisbona (Emcdda) ha presentato da poco il suo rapporto di valutazione sulla strategia Ue 2000-2004. I risultati lasciano piuttosto a desiderare...

Il nostro documento è molto avanzato e parte proprio dalla constatazione che i sei obbiettivi della Strategia europea 2000-2004 non sono stati raggiunti, come ammette lo stesso Osservatorio. La strategia perseguita finora dall'Ue è un fallimento.

Pensi che i parlamentari europei accoglieranno favorevolmente la raccomandazione?

Sono fiducioso, ma voglio aspettare il pronunciamento del Parlamento, a dicembre. Se il documento sarà approvato, come spero, si tratterà di un cambiamento radicale rispetto alla strategia perseguita finora dagli stati membri.

Pensi che il Consiglio ne terrà conto?

La questione droghe è una materia molto delicata, e ritengo che il Consiglio non possa non tenere conto delle raccomandazioni del Parlamento. Quest'ultimo, tra l'altro, avrà la facoltà di vigilare sulla strategia stessa. Resta un punto: buona parte delle politiche di lotta alla droga, sia sul piano sanitario che su quello delle azioni concrete, vengono attuate dagli stati. Perciò la reale attuazione della strategia che sarà votata dal Consiglio dipenderà da questi.

Ritieni che nelle politiche europee ci sia spazio per il contributo delle Ong e della società civile?

Certo, il testo della raccomandazione è frutto di un intenso rapporto di collaborazione con le Ong e con le organizzazioni che studiano i problemi legati alla mafia. Penso ad esempio al Centro siciliano di documentazione Peppino Impastato, che ha dato un contributo straordinario proprio sul tema della lotta alla criminalità organizzata, e all'organizzazione europea Encod, che ha fornito un importante contributo sul piano delle politiche sociali. Il rapporto si è costruito su questi due cardini: impatto sociale e lotta alle mafie. Gli utili derivanti dal traffico di droghe, insieme a quello delle armi, sono il capitolo più grande degli introiti della criminalità.

La bozza di raccomandazione chiede l'inserimento, in tutti gli accordi internazionali e in quelli di cooperazione con paesi terzi, di una specifica clausola antidroga. Non c'è il rischio che questa richiesta si offra a strumentalizzazioni?

Sì, è vero. La richiesta era stato pensata in direzione della lotta alla mafia e per bloccare i flussi di capitale derivanti dal traffico di droga, ma effettivamente mi sono reso conto che può essere usata in modo ricattatorio. Perciò ho proposto un emendamento di modifica. Resta invece intatta quella parte della bozza dedicata alla riconversione delle colture nell'ambito di programmi alternativi nei paesi produttori. Insomma, un cambio radicale di strategia.

È possibile una politica europea sulle droghe, nonostante le divisioni tra gli stati membri?

Questa è la nostra scommessa: provare a utilizzare le esperienze di legislazione europea avanzate, che possano contribuire al miglioramento della legislazione di tutti gli stati membri. Penso all'importante legge portoghese che è interessante, penso alle sperimentazioni sui trattamenti con eroina, che possono funzionare come modelli sperimentali per andare verso una politica di riduzione del danno. Perciò mi auguro che in futuro il tema delle droghe venga "comunitarizzato". ■

FL Il rapporto dell'Emcdda e la Raccomandazione al Consiglio su: **www.fuoriluogo.it**

DA NORD A SUD

MILANO

Venerdì 3 dicembre alle ore 21, presso lo spazio pubblico Leoncavallo in via Watteu 7, si terrà l'iniziativa "Confinizero... e poi? Contro la nuova proposta di legge Fini sulle droghe. Per costruire dal basso un'ipotesi alternativa alla legge attuale". Partecipano: Daniele Farina, Leocavallo; Vittorio Agnoletto, eurodeputato; Riccardo De Facci, cartello "Non incarcerate il nostro crescere"; Gloria Buffo, segreteria nazionale Ds; Paolo Ferrero, segreteria nazionale Prc.

PALERMO

Sabato 4 dicembre dalle ore 10 alle ore 17, presso il Palazzo delle Aquile, si terrà la conferenza "Strategia antidroga dell'Unione Europea e lotta alle mafie". Presiede Marco Assennato, segretario Prc Palermo. Introduce: Giusto Catania, eurodeputato Prc. Intervengono: Francesco Piobbichi, responsabile droghe Prc; Pien Metal, Transnational Institute (Amsterdam); Cesar Jerez, Asociacion campesina Valle del Rio (Colombia); Luigi Ciotti, Associazione Libera; Umberto Santino, centro di documentazione Peppino Impastato; Chiara Tamburini, funzionaria in Commissione libertà civili al Parlamento Europeo; Laura D'Arrigo, funzionaria Commissione Europea; Francesco Forgione, commissione regionale Antimafia; Luigi Cavallaro, magistrato. Conclude Giuseppe Di Lello, capogruppo Prc al Comune di Palermo.

GHIGO TAGLIA I SERVIZI DI BASSA SOGLIA

Su. Ro.

TORINO

Tornano a farsi sentire i servizi a bassa soglia del Piemonte, attraverso il loro Coordinamento. La situazione continua ad essere critica e paradossale insieme, perché a fronte di dati di attività in continua crescita, diminuiscono le risorse e drop in, unità di strada e accoglienze notturne continuano a rischiare. Con un nuovo documento inviato alla Regione – dopo le iniziative e le mobilitazioni del 1° dicembre scorso – il Coordinamento rilancia il nodo della sopravvivenza dei servizi e, contestualmente, rende noti i dati di attività di tre unità di strada (Torino, Rivoli e Alessandria), sei drop in (Asl 3 e Gruppo Abele a Torino, Ivrea, Cuorgné, Biella, Alessandria), una unità di accoglienza notturna e un servizio di pronto intervento sanitario). Si tratta di una mole imponente di lavoro di contatto e aiuto. Qualche dato complessivo, relativo al periodo gennaio-giugno 2004: 79.888 contatti, 661 persone che si sono presentate per la prima volta ai servizi, 116.180 colloqui. Gli invii ai Sert hanno riguardato 1974 persone, quelli a un servizio sociale 113. Per quanto concerne la prevenzione, sono state distribuite 266.808 siringhe sterili e ne sono state ritirate 138.751, una percentuale ritenuta a livello nazionale più che soddisfacente. Sono state salvate 19 vite attraverso interventi di soccorso overdose. Inoltre, sono stati attivati 1632 posti letto e coinvolte 2001 persone in attività quali gruppi di autoaiuto, peer support, attività ricreative. A fronte di tutto questo, i servizi sono di nuovo e sempre a rischio. Denuncia il Coordinamento che «lo stanziamento previsto dal bando ex lege 45/99 per la riduzione del danno passa dal 15% del totale previsto dal bando precedente, all'attuale 10%» e «lo stanziamento così previsto è di 700.000 euro all'anno, una cifra del tutto non commisurata non solo ai costi previsti per l'anno 2005, ma nemmeno a quelli – da ritenersi inferiori – dell'esercizio dell'anno 2003. Per un raffronto indicativo, si consideri infatti che il costo complessivo dei servizi per quell'anno è stato di 2.210.00». Non solo, ma se è vero che i servizi non devono essere coperti (solo) dal fondo nazionale, è purtroppo vero che le Asl non sono in grado di garantire la copertura economica per il 2005. Prova ne sia che «la quasi totalità dei servizi ha dovuto, già nel corso dell'anno 2004, provvedere a tagli significativi delle prestazioni, al ridimensionamento degli orari di esposizione/apertura all'utenza, (...) alla diminuzione della quantità di materiali sanitari e di prevenzione da distribuire all'utenza: scelte che hanno, tutte, conseguenze significative per l'utenza».

Oltre al problema della sopravvivenza dei servizi, il documento pone alla Regione altre due questioni rilevanti: con una delibera emanata a pochi giorni dalla scadenza del bando, sono stati imposti criteri "ad alta soglia" per i partner dei progetti, equiparandoli agli enti capofila, di fatto escludendo realtà sociali e associative già coinvolte. Rispetto a questa mossa a sorpresa, «il Coordinamento ritiene che l'efficacia di molti interventi dipenda anche da una cultura diffusa e agita nella comunità locale, e pertanto propone che i nuovi criteri proposti, che limitano fortemente il riconoscimento e la partecipazione di molti attori sociali, siano abrogati». Infine, ma non ultimo, il fatto che la Regione sta per approvare una delibera che norma i servizi a bassa soglia attraverso criteri di accreditamento. Il documento segnala che «il testo stabilisce i criteri per la copertura economica di prestazioni fornite da soggetti privati accreditati: ma la realtà della Regione Piemonte, in ordine a servizi a bassa soglia per le dipendenze, è, nella quasi totalità dei casi, pubblica». Senza contare che la Regione sembra voler reinventare la ruota, quando questa gira già da un decennio: «il testo prevede che alcuni standard "saranno sviluppati in funzione degli esiti della sperimentazione che dovrà meglio definire la tipologia delle prestazioni erogate" (...), quando il Piemonte ha ormai una esperienza di gestione dei servizi in oggetto decennale, diversificata, articolata e monitorata in decine di percorsi di supervisione e valutazione: un patrimonio di saperi e di esperienze che da subito può essere messo a frutto positivamente». Intanto, contro la nuova delibera consiglieri regionali radicali e dell'opposizione hanno presentato interrogazioni. ■

Speciale Salute Mentale e Dipendenze: la ripresa dei vecchi saperi "oggettivanti" e acritici

SIAMO UOMINI O "MALATI"?

Non è la prima volta che Fuoriluogo affronta il tema della filosofia neomanicomiale alla base sia del disegno governativo sulle droghe che della bozza di controriforma psichiatrica. Ciò che le accomuna è la "segregazione assistenziale", come scriveva Maria Grazia Giannichedda (gennaio 2004). Nel caso della salute mentale, ciò si traduce nella creazione di istituzioni destinate a offrire "cura", anche coatta, a categorie ampie di soggetti definiti "cronici" e disabili (mentre perpetua la logica, nonché l'esistenza, della vecchia istituzione del manicomio giudiziario). Nel caso dei consumatori di droghe, una delle novità sta nella (rozza, ma non per questo meno insidiosa) torsione custodiale della comunità terapeutica, che si configurerebbe come un "trattamento" sotto coercizione, destinato, nei fatti, a rinchiudere e isolare le (tante, tantissime) mele marce.

In questo numero iniziamo un viaggio (che continuerà nel prossimo) di approfondimento a monte, sui processi e sulle tendenze culturali che fanno da sponda a questo rilancio a tutto campo di servizi ispirati alla "cura e custodia".

Abbiamo individuato un primo filo di riflessione, che tentiamo di seguire, senza perdere, speriamo, l'insieme della ingarbugliata matassa. Quello cioè della progressiva patologizzazione di comportamenti, ma anche di sentimenti e di esperienze di vita. O per meglio dire, la riduzione a "malattia", con la conseguente medicalizzazione e "farmacologizzazione" di ciò che in altri contesti, storici e/o sociali, era inquadrato piuttosto nelle problematiche esistenziali. Come spiega acutamente Michael Gossop nel suo bel libro Living with drugs, sempre più ci si rivolge al medico per il "male di vivere": il medico offre la sua risposta di repertorio (lo psicofarmaco) e ciò consacra l'idea che si abbia a che fare con una patologia "oggettivata", trattabile in scienza (se non in coscienza). Quanto poco in tutto ciò ci sia di "oggettivo", per non parlare di scientifico, è bene illustrato dalla vicenda dei bambini curati col Ritalin, qui affrontata. Nel caso delle droghe illegali, la patologizzazione dei (differenti) comportamenti di assunzione è un processo più antico e di complessa valenza, portato storico della proibizione: proprio per questo il farmaco metadone, e più in generale il trattamento, sono profondamente influenzati dal significato, socialmente attribuito al consumo (e individualmente interiorizzato). Il che dovrebbe rendere particolarmente accorti sul ruolo dell'ambiente nell'evoluzione (e prima ancora nella definizione) della "malattia" della tossicodipendenza, senza rifugiarsi nella biologia, interpretata (appunto) come regno della "certezza".

Qui sta il punto, e non tanto nella parola "malattia". Poiché di per sé, la distanza fra "male di vivere", malessere, malattia, potrebbe non essere così grande. A condizione di mantenere uno sguardo critico sul sottile crinale che distingue i termini. A condizione di non perdere il senso del continuum fra salute e malattia, il filo dell'oscillazione fra "normalità" e "disturbo", indispensabile per comprendere la sofferenza umana. Dando, di conseguenza, parola a chi soffre. Al contrario, nelle culture neoautoritarie la parola malattia è usata con valenze di definizione, catalogazione, distinzione certa fra normali e malati, segregando gli ultimi. E sottraendo loro le famose "parole per dirsi".

Grazia Zuffa

QUELLE ESISTENZE RIDOTTE AL SILENZIO

Giuseppe Dell'Acqua

La legge 180 per il momento è al sicuro. Gli accanimenti riformatori sembrano dare tregua. Ma ricompariranno non appena le circostanze interne alla maggioranza di governo saranno più favorevoli. Sul fronte delle tossicodipendenze proposte di legge e culture restrittive agiscono di concerto. E mentre si discutono i servizi per le persone e con loro i diritti, la solidarietà, le opportunità, le libertà, la cittadinanza corrono rischi reali.

Si affacciano con prepotenza stili operativi che alludono a modelli culturali che sembravano superati o quanto meno ridotti nelle loro forza oggettivante, forme organizzative che polverizzano i servizi pubblici, sistemi "liberisti" che intendono valorizzare l'imprenditorialità privata e la competizione fantasticando una presunta libertà di scelta che finisce per privare di opportunità i soggetti più deboli e più esposti. Molte sono le evidenze ormai di come il sistema pubblico rischi, in questi nuovi scenari, di essere ridotto a una funzione di raccolta delle "scorie", degli scarti del privato, sociale o mercantile che sia. Di come queste scelte di campo tendano sempre più a riprodurre l'intervento specialistico e a separarlo dai problemi legati all'esistenza delle persone, ai loro contesti, alle condizioni di vita, alle storie. E di come modelli scientifici e culturali, siano essi biologici, clinici, psicologici, alimentano lo scollamento dei servizi e degli operatori dalla realtà cercando di conquistare il monopolio del mercato. Il problema dello "scollamento" tra realtà e modelli, tra modelli causali di malattia, codici diagnostici e presenza concreta di singolari persone è ampiamente riconosciuto da tutti gli operatori del campo. Esso è pane quotidiano nelle discussioni dei gruppi di lavoro più attenti.

Per acquisire dignità, la psichiatria assume i modi del determinismo biologico e il lessico delle neuroscienze

Poco tuttavia la psichiatria sembra riflettere sulla questione: da un lato è impegnata ad accreditare la sua improbabile legittimità scientifica omologandosi ai modelli biologici, dall'altro la infinita variabilità del quotidiano, la infinita ruvidezza delle esistenze e dei conflitti delle persone sembrano essere un disturbo, un accidente che la stessa psichiatria inutilmente tenta di scotomizzare, ignorare, accantonare, silenziare, delegare.

Ed è proprio questo il punto. La psichiatria appare, ritiene di assumere spessore e dignità soltanto quando si presenta con i modi del determinismo biologico, della neuropsicologia, della biologia molecolare, della genetica, col lessico delle neuroscienze. Ritiene di essere credibile quando diventa ricerca del farmaco "che cura la malattia".

In realtà il campo della ricerca biologica sempre più correttamente sta evidenziando la limitatezza dei modelli biomedici, in rapporto alla vastità delle ormai infinite correlazioni tra innumerevoli mediatori chimici. Le conoscenze in questo campo vogliono essere messe in relazione con la persona con altre strade, con differenti strategie. Devono, possono, alimentare la dialettica e costruire tensioni intorno alla persona. Tuttavia questa sensata posizione sembra essere impraticabile per la psichiatria.

E si moltiplicano i tentativi di spiegare riducendo a molecole emozioni, sentimenti, guarigioni, abilità, scelte singolari. La potenza dell'industria farmaceutica sostiene questi modelli che finiscono per diventare predominanti e totalizzare tutto il lavoro psichiatrico. Basterebbe pensare al recente congresso mondiale di Firenze del Wpa (World Psychiatric Association) e al gigantesco dispiegamento di forze di tutte le multinazionali del farmaco associate.

È evidente invece quanto articolato debba oggi essere il lavoro terapeutico-riabilitativo (e comunitario) e quanto poco appropriato finisce per essere l'intervento centrato su scelte monoculturali. Che siano biofarmacologiche, cliniche, psicologiche, sociologiche restano sempre terribilmente riduttive. Dopo più di vent'anni di sperimentazione del lavoro comunitario sia con i matti che con i tossici è possibile riconoscere le miserie prodotte da scelte e interventi monoculturali.

La riduzione dei servizi in luoghi di psicoterapia, per esempio, ha impedito la crescita di reti, di partecipazione; ha permesso l'affermazione di modelli privatistici; ha limitato la potenzialità del cambiamento avviato dal processo di riforma.

Soltanto per chiarezza e ancora per esempio una breve digressione sulla questione del modello psicofarmacologico.

Gli psicofarmaci – com'è possibile negarlo? – sono strumenti fondamentali nel trattamento del disturbo mentale: sono utili a far fronte a sintomi drammatici, a contenere lo scompenso, a lenire insondabili dolori personali, a sopportare le astinenze, a consentire più rapido accesso a percorsi di rimonta di abilitazione di emancipazione. Eppure quando il modello prende il sopravvento e diventa lo strumento per la lettura della realtà costringe ad operazioni tragicamente semplificatorie. Più banalmente di impoverimento quando accosta e confonde ambiti e dimensioni inconfrontabili. Dimensioni incompatibili tra loro in quanto riguardano la vita, la singolarità dell'esistenza, i sentimenti, gli affetti, le scelte individuali che vivono sempre in un loro singolare contesto, in una loro irripetibile temporalità. E intanto il modello influenza il rapporto tra le persone, la crescita e lo sviluppo dei servizi, le scelte organizzative, i programmi terapeutici.

Se la psichiatria continuerà a non riflettere su questo dato, si costringerà sempre più a modelli di estrema povertà. I farmaci in questo senso sono sottrattivi. Si collocherà nel campo delle scienze biologiche con adesione ancora maggiore delle altre discipline mediche, continuerà a proporre spiegazioni, misurazioni, definizioni a costo della perdita del senso e della dimensione singolare dell'esperienza.Le medie, le scale, le oggettive ed evidenti osservazioni, altri direbbe lo sguardo freddo e distante della clinica, poco hanno a che vedere con le persone, con i soggetti, con le singolari e molteplici identità. Perfino chi fa ricerca nel campo delle neuroscienze sa bene che il cervello medio è cosa ben diversa dalla singolarità del cervello, sa bene che ambiti differenti, diverse stimolazioni sviluppano reti neuronali e modalità di funzionamento differenti.

È paradossale peraltro che il modello biopsichiatrico continui a svilupparsi su un assunto mai dimostrato: la lesione del cervello. Nancy Andreasen, in un classico intervento del 1997 sull'American Journal of Psychiatry, nel descrivere il modello biopsichiatrico articola tutte le deduzioni, sviluppa tutto il discorso, fino alle più significative indicazioni terapeutiche, a partire dalla premessa che le lesioni del cervello seppur non dimostrate saranno sicuramente scoperte. Sulle lesioni da scoprire, to be discovered lesions, si fonda dunque il modello della ricerca. Fin qui, se si resta nel terreno delle ipotesi di ricerca, va tutto bene; è paradossale invece che sulle to be discovered lesions si fondino le organizzazioni dei servizi psichiatrici e per la salute mentale, le pratiche di intervento e i destini delle persone. ■

La trappola dello sguardo medico

SUSANNA RONCONI

Sarà forse sfuggito ai più, perché si è trattato di un dibattito a ridosso di ferragosto, ma vale la pena ricordarlo. Uno scambio di battute intergovernativo a ridosso della (buon per noi) tramontata ipotesi di creare un "ministero delle droghe" metteva in scena, a suo modo, lo scontro tra due paradigmi, quello morale e quelle medico, e lo faceva per bocca del ministro leghista Calderoli e della sottosegretaria al welfare Sestini. Calderoli, con qualche lacuna su un dibattito in corso da decenni: «Quel che non si è mai avuto il coraggio di dire è che le tossicomanie sono il sintomo di una malattia e quindi che la droga dovrebbe essere riconosciuta come una malattia. Dovrebbe esserci per il tossicodipendente l'obbligo di curarsi». Sestini, con qualche simpatia per l'approccio morale: «La medicalizzazione ha già creato degli zombie schiavi del metadone. La tossicodipendenza non è una malattia» (il manifesto, 8/8/2004). Ciò che è interessante è che ambedue le posizioni portano acqua alla legge Fini: morale o medico che sia il paradigma, comunque l'esito è il codice penale e il trattamento sanitario obbligatorio. Che a questo porti l'approccio morale o dell'uso di droghe come comportamento deviante e "malattia dell'anima", non stupisce nessuno; che a questo porti anche l'approccio desease è questione che forse va meglio analizzata, come propone questo numero di Fuoriluogo. Anche perché l'approccio medico è, nella riduzione del danno (rdd), uno sguardo presente e importante – ne abbiamo ragionato molte volte anche su queste pagine – non foss'altro perché essa si occupa anche e molto di chi dal consumo problematico ha riportato danni, e dunque di uno sguardo anche medico e di una cura ha spesso bisogno.

Cosa ci indispone e cosa ci interroga nel dialogo Calderoli-Sestini? L'alleanza, soprattutto, o meglio il rinnovo dell'alleanza – che questa è fatto vigente da decenni, da sempre, sebbene con mix diversi – tra i due paradigmi nel disegnare un orizzonte neoautoritario e di nuovo ammutolimento dei consumatori, di nuovo e sempre "detti" dalle parole dei paradigmi forti, e sezionati, nella loro esperienza, in fette da assegnare a questo o quel potere. E qui una domanda che sarebbe bene continuare a porsi, magari azzardando qualche risposta: quanto la rdd è debitrice al modello medico e quanto, invece, il modello medico ha preso linfa dalla rdd? Insomma: la rdd ha saputo proporre un paradigma in grado di "relativizzare" le pretese onnivore dell'approccio medico, dopo aver combattuto a scena aperta quello morale? Ha saputo "tenerlo dentro" una visione del consumo problematico all'insegna della complessità e "tenerlo fuori" dal consumo ludico, non problematico? Domande urgenti, di fronte a un doppio processo in atto: da un lato, la psichiatrizzazione dei consumi problematici, che avviene, tra l'altro, in un contesto preoccupante di ritorno a un neo-riduzionismo biologico; dall'altro, la patologizzazione dei consumi ludici, come testimonia la rinata tesi della pericolosità della cannabis, che trova oggi tra gli addetti ai lavori uno spazio che pareva impensabile solo qualche tempo fa. Una questione, questa, emblematica del circolo assai poco virtuoso che si può creare tra senso comune, clima politico e culturale e scienza. Un circolo vizioso dentro cui la scienza non fa da grimaldello laico per la conoscenza di un fenomeno, ma finisce per funzionare da puntello per una costruzione sociale del fenomeno che va verso nuovi lidi autoritari.

È solo l'adesione a un paradigma della complessità che può salvare anche lo sguardo medico da questa trappola: farsi un po' più debole, farsi relativo, ricordarsi la propria natura comunque indiziaria e provvisoria, è, al contrario di quanto si possa pensare, un punto di forza, non di debolezza. Questa forza potrebbe e dovrebbe essere peculiare della rdd, e in parte in questi anni lo è stata. Ma, spesso abbiamo fatto come si fa qualche volta a sinistra: non si critica in modo troppo radicale per non dar spago e occasioni alla destra. Un errore: per difendere il metadone come farmaco utile ed efficace, su cui è insensato fare ideologia e a cui le persone dipendenti da eroina hanno diritto, non serve fare del medico che lo prescrive l'unico depositario della verità. C'è un bel libro, scritto da Anne Coppel, che è tra quanti hanno costruito la rdd in Francia, che significativamente si intitola Peut-on civiliser les drogues?. Dove "civilizzare", secondo l'autrice, vuol dire sia uscire dalla guerra alle droghe, dalla repressione dei consumatori, sia, però e non ultimo, anche uscire da ogni pretesa monolitica e unilaterale di rappresentazione del consumo. Questa pretesa, ammesso che non serva a reprimere i consumatori, li rende muti. Il che non è poi molto diverso. ■

Le diverse logiche nell'uso dei farmaci sostitutivi per le toss

SCIENZA E FAL

Henri Margaron*

Il ricorso alle terapie sostitutive così diffuso all'interno dei servizi per le tossicodipendenze risponde, da parte degli operatori, a logiche diverse che spesso si sovrappongono, contribuendo a rendere confuso il quadro delle motivazioni che portano alla scelta di un trattamento sostitutivo sia per coloro che lo ricevono sia per coloro che lo prescrivono.

Alcuni operatori, anche se non lo ammettono sempre apertamente, prescrivono il farmaco sostitutivo semplicemente come modo di by-passare la proibizione dell'eroina o dei prodotti da cui essa deriva, poiché giudicata ingiusta e pericolosa. Sono gli stessi che sostengono, accompagnata da misure di protezione adeguate, la possibilità di ricorrere all'eroina all'interno dei servizi.

Tale posizione si sovrappone in parte ad un'altra, molto più diffusa tra gli operatori, quella della cosiddetta politica della riduzione dei danni. Quelli dai quali si vuole proteggere il tossicodipendente sono indotti, si sa, non solamente dalla sostanza e dai modi in cui essa viene assunta, ma anche dai problemi legali a cui va inevitabilmente incontro il tossicodipendente, per il fatto stesso che la sostanza è proibita. Infatti i problemi legali non sono indotti da proprietà "delinquentogene" della sostanza come alcuni vogliono fare credere, ma dal fatto che essa è proibita come era stato annunciato già nel 1955 da un comitato di esperti ufficialmente interrogato sull'argomento dal governo americano. Nelle loro conclusioni furono concordi all'unanimità che la proibizione avrebbe indotto un processo circolare, per cui le conseguenze del provvedimento (nel nostro caso la spinta alla delinquenza) sarebbero state presentate successivamente come effetti autonomi e quindi come giustificazioni del provvedimento stesso.

Presentato in sciroppo che non può essere iniettato, ed avendo un effetto molto più prolungato nel tempo rispetto all'eroina, il metadone può garantire una migliore copertura ricettoriale ed evitare, con una sola somministrazione quotidiana, la comparsa di stati astinenziali che possono svegliare dei desideri (craving) ai quali il tossicodipendente ha difficoltà a resistere.

La scoperta del ruolo dell'eroina sull'attività dopaminergica nei processi che sono alla base del desiderio, così come quella della maggiore concentrazione di alcuni ricettori della morfina in varie strutture cerebrali, hanno indotto alcuni autori a dare una lettura biologica, secondo noi riduttiva, della dipendenza da eroina. Secondo tale lettura l'aumento dei ricettori comporterebbe una maggiore sensibilità agli effetti dell'eroina e quindi una vulnerabilità al desiderio o craving che tali effetti possono indurre. La risposta più logica a tale interpretazione è la necessita di proteggere l'individuo dal rischio di ricadute o dal desiderio per la sostanza, coprendo tali ricettori con il metadone o la buprenorfina!

La scoperta del ruolo dell'eroina sull'attività dopaminergica ha indotto ad una lettura riduttiva della dipendenza

Recentemente la genetica ci ha confermato le dinamiche intuite da Donald Hebb in un libro del 1949, L'organizzazione del comportamento, secondo cui, quando il neurone è stimolato aumenta le sue connessioni o le sinapsi con le cellule vicine affinché la stessa azione possa essere ripetuta più facilmente. Ora sappiamo che quando un neurone è sottoposto ad una stimolazione di una certa intensità, le sue sinapsi inviano dei messaggeri nel nucleo centrale per sollecitare dei geni chiamati "interruttori" ad attivare quelli principali, affinché producano le proteine destinate alla formazione di nuove associazioni con le cellule all'origine della stimolazione. Possiamo misurare l'importanza di queste dinamiche epigenetiche (cioè dinamiche di intera-

icodipendenze

SI PROFETI

zione tra il patrimonio genetico e l'ambiente, ndr) pensando che la nostra corteccia è costituita da circa dieci miliardi di cellule neuronali e da un milione di miliardi di sinapsi, e che questa cartografia sinaptica "più grande del cielo" evolve continuamente in funzione delle attività delle cellule e quindi del comportamento dell'individuo! Nel suo ultimo libro di cui abbiamo appena ricordato il titolo, Gerald Edelman, premio Nobel 1972, ha applicato queste dinamiche alla sua teoria della selezione dei gruppi di neuroni ed ha chiamato repertorio secondario, la dimensione sinaptica del nostro sistema nervoso individuale (ed alla base della nostra personalità), per differenziarlo dal repertorio primario che rappresenta l'organizzazione stabile e codificata del cervello secondo regole proprie dell'individuo e della specie.

Possiamo ora spiegare il motivo delle nostre riserve precedenti. La genetica e le dinamiche epigenetiche insegnano che il nostro sistema nervoso non deve essere considerato una organizzazione a sé stante, la quale una volta raggiunto un certo livello di maturazione ci permette di confrontarci con l'esterno, ma una organizzazione la cui costituzione è guidata dalla storia e dalle esperienze che potranno, a seconda dei casi, orientarlo sia in senso positivo che negativo. Più che una condizione squisitamente innata ed inamovibile, il maggiore numero dei ricettori alla morfina evidenziato in soggetti tossicodipendenti da eroina è più probabilmente il risultato di dinamiche epigenetiche, condizionate dalle abitudini (contatto ripetuto di alcuni ricettori con la sostanza), ma anche dalla storia precedente del soggetto, anche se alcune caratteristiche del repertorio primario possono avere reso particolarmente sensibile l'organismo agli effetti dell'eroina e favorito il ripetersi della condotta tossicomanica.

Poiché le dinamiche epigenetiche non si applicano solamente agli effetti delle sostanze e alle condotte tossicomaniche, i servizi per le tossicodipendenze devono essere attenti a garantire ogni forma di trattamento o di sostegno suscettibile di aiutare i dipendenti da eroina a cambiare contesto ed a vivere esperienze alternative a quelle patologiche. Infine, se è vero che spesso il metadone o la buprenorfina sono indispensabili per garantire l'equilibrio necessario ad ogni programma riabilitativo, occorre fare attenzione che l'enfatizzazione del trattamento sostitutivo non releghi in secondo piano, come troppo avviene, l'importanza di tutte le altre forme di aiuto. ■

* Direttore del Dipartimento dipendenze, Asl 6 Livorno

CONTRO IL PENSIERO UNICO DELLA FARMACOLOGIZZAZIONE

PSICOPARADOSSI

Stefano Vecchio*

Uno dei paradossi degli interventi sulle tossicodipendenze in Italia lo si può ritrovare nella storia dell'uso dei farmaco sostitutivo: all'inizio è stato fortemente demonizzato ideologicamente come droga di stato, successivamente almeno in parte riabilitato dalla comunità scientifica e dagli operatori è stato elevato a chiave di lettura principale di ogni aspetto della tossicodipendenza e di ogni intervento terapeutico.

Sartre diceva: «Le ideologie sono libertà mentre si fanno, oppressione quando sono fatte». Anche nella psichiatria italiana si è determinato un paradosso, diverso nella sua genesi ma con risultati analoghi: partita da una forte spinta critica e creativa, che ha influito positivamente su tutti noi, ha fornito un metodo ed una prassi per il disvelamento delle ideologie sottese alla supposta scientificità ed oggettività delle tecniche, ivi comprese quelle psicofarmacologiche, indicando con ciò anche la loro utilità pratica ma all'interno di un processo complesso. Ma oggi assistiamo a un indebolimento di questa funzione critica e all'affermarsi confuso e subdolo di una ideologia e di una pratica sempre più diffuse dello psicofarmaco, ammantate di un nuovo scientismo che pretende di spiegare e curare la "malattia" della follia e che si impone come strumento principe dell'azione territoriale.

Ma è avvenuto di più: sulle zone di confine tra i due sistemi di servizi, tossicodipendenza e salute mentale, tenuti ben delimitati dalle esigenze identitarie delle rispettive organizzazioni, dilagano invece gli psicofarmaci rompendone gli argini. Così alla comorbilità tossico-psichiatrica, ai consumi di cocaina, di alcool, alle nuove droghe e ai nuovi stili di consumo, e in generale a qualunque nuovo fenomeno, si tende a rispondere attraverso il paradigma psicofarmacologico. Ciò, naturalmente, nonostante le revisioni sistematiche ne neghino spesso l'utilità ed importanti psicofarmacologi non a caso non tradotti in Italia – come F. Breggin e D. Healy – abbiano dimostrato i danni da antipsicotici e i rischi suicidari degli antidepressivi della famiglia del Prozac, tra i più quotati nel nostro contesto.

Ma non ci preoccupa il fatto in se stesso quanto la cultura che costruisce e che informa questa situazione: una cultura riduzionistica che riponendo nell'uso del farmaco la parte prevalente di ogni intervento, sostanzialmente dice che la tossicodipendenza è una malattia per di più cronica per cui non solo la cura è biologica, in quanto la natura del disturbo è biologica, ma anche che non guarirà mai. E attraverso questo paradigma di lettura, questa visione, questo pensiero unico dice che qualunque consumo anche non dipendente (vedi consumi voluttuari di sostanze giovanili) determina malattia con tutte le conseguenze di allarme sociale e di etichettamento ulteriore che ne conseguono.

Questo processo crea un interesse comune tra i Servizi per le dipendenze e i consumi di droghe e i Servizi della salute mentale, che si genera all'interno delle stesse ideologie e a partire da un rischio comune. Sono chiari i rischi rispetto alla visione del problema per la quale le persone, faticosamente scoperte attraverso le pratiche dell'incontro, svaniscono insieme alle loro sofferenze o problemi, occultati dall'opacità dello sguardo unico della medicalizzazione e della psicofarmacologizzazione; i servizi tendono a specializzarsi e a separare l'equipe (tutto ciò che non è psicofarmologizzabile è secondario) a spostare verso il privato specialistico, a riproporre un controllo sociale non del fenomeno ma delle persone, secondo una logica di sicurezza e di ordine pubblico. Naturalmente qualunque logica riduzionistica che impone un'unica visione del problema (sia essa psicopatologica, sociale…) scambia la parte con il tutto e tende a riprodurre nuove ideologie, ad occultare le persone in carne ed ossa con i loro problemi ed i linguaggi reali con i quali li esprimono.

La questione ha una portata vasta, considerando che la logica della psicofarmacologizzazione, intesa come semplificazione della lettura dei fenomeni e degli strumenti di intervento (cioè di neo-etichettamento dei disagi e delle differenze oltre che di giustificazione dello status quo delle istituzioni e delle relazioni interpersonali) tende ad essere sempre più pervasiva, basti pensare al caso della sindrome, importata dagli Usa, detta Adhd (disturbo da deficit dell'attenzione), all'uso del Ritalin per la cura dei bambini "affetti" e ai danni determinati.

Proprio per questo dobbiamo contenere gli argini rotti dalla diffusione degli psicofarmaci e realizzare una ricerca verso un sentire comune, ma anche un'alleanza che senza annullare le nostre identità, e soprattutto le specificità dei fenomeni, realizzi una strategia di decostruzione di ogni logica riduzionistica che recuperi e dia nuova voce a quanto diceva Basaglia: «il nostro sistema sociale tende a negare le proprie contraddizioni, il nostro compito diventa quello di renderle più esplicite e non di occultarle sotto nuove ideologie» cercando di creare le condizioni per «una ragione ospitale ed espansiva – più umile ma non per questo meno rigorosa» (R. Bodei). ■

*Psichiatra – Direttore Dipartimento farmacodipendenze Asl Na1

Cresce anche in Italia il numero di minori in terapia con psicofarmaci

IL BURATTINO RIBELLE E I BAMBINI MANCATI

Maurizio Bonati*

Il prossimo 30 novembre presso la Sala Cenacolo della Camera dei Deputati sarà presentato il terzo Rapporto sulle prescrizioni dei farmaci rimborsabili dal Servizio sanitario nazionale ai bambini italiani non ricoverati in ospedale. Da oltre cinque anni un milione di bambini e adolescenti, e le rispettive famiglie, costituiscono la popolazione di un progetto epidemiologico (unico, per dimensioni e durata, a livello nazionale e internazionale) coordinato dall'Istituto "Mario Negri" di Milano e dal Consorzio interuniversitario di Bologna. Quali i risultati principali? La conferma che la quasi totalità dei contatti tra un medico e un bambino termina con una prescrizione di farmaci: ai rimborsabili dal Servizio sanitario nazionale vanno aggiunti anche quelli a carico della famiglia. Che la maggior parte dei farmaci prescritti sono per le comuni affezioni dell'infanzia, molte delle quali non necessiterebbero di trattamento farmacologico. Che sebbene 20 farmaci sarebbero sufficienti per rispondere all'81% dei bisogni terapeutici dei bambini ne vengono invece utilizzati 645 per un totale di 2813 specialità farmacologiche. Che molti di questi farmaci sono esclusivi del mercato italiano (non ci sono in altri Paesi) e che almeno un terzo sono i cosiddetti off-label: farmaci la cui efficacia e sicurezza nei bambini non è documentata da prove di evidenza. Ma i nuovi risultati più importanti e preoccupanti sono rappresentati dall'aumentato uso degli psicofarmaci. Tre minori ogni mille (circa trentamila in Italia) risultano in terapia con psicofarmaci, gli Ssri, un tipo di antidepressivi che bloccano il riassorbimento (reuptake) della serotonina. La prevalenza maggiore è per le adolescenti di 14-17 anni: pari all'1%. Prevalenze d'uso ancora lontane da quelle documentate per gli Stati Uniti, il Canada, ma di poco inferiori a quelle olandesi. Sicuramente preoccupanti se si considera che le prescrizioni di antidepressivi nei bambini italiani sono triplicate nel corso degli ultimi cinque anni. Farmaci che non dovrebbero essere prescritti prima dei 18 anni (con l'eccezione della sertralina per la sindrome ossessiva compulsiva) come ribadito anche nel corso di quest'anno, sia a livello internazionale (Food and Drug Administration) che nazionale (Agenzia Italia sul Farmaco) dopo la notizia comparsa anche sulla stampa di larga diffusione che la GlaxoSKB aveva celato i gravi effetti avversi (aumentato rischio di suicidi e tentati suicidi) nei minori depressi in terapia con paroxetina.

L'Adhd, il Disturbo di Deficit di Attenzione, è caratterizzato dalla triade iperattività, impulsività, scarsa concentrazione: un profilo che assomiglia al simpaticissimo Pinocchio

Un nuovo psicostimolante

La preoccupazione a livello nazionale circa un potenziale abuso di psicofarmaci ai minori è motivata anche dalla necessità di considerare il consistente "sommerso" rappresentato dall'uso di benzodiazepine, che in Italia non sono rimborsabili dal Servizio sanitario nazionale e quindi "sfuggono" al monitoraggio. Una forma contenitiva al già ampio impiego di psicofarmaci per i bambini è rappresentato dalla mancanza sul mercato nazionale degli psicostimolanti (p.es., amfetamina, pemolina, metilfenidato). Questo però ancora per poco. Lo scenario sarà presto mutato con l'annunciato arrivo in farmacia del metilfenidato (Ritalin® della Novartis) dopo che nel 1989 la ditta (allora era la Bayer) decise di sospenderne la commercializzazione. Una procedura iniziata il 16 ottobre 2000 con una petizione di alcuni pediatri di famiglia e neuropsichiatri infantili presentata all'allora Ministro Veronesi affinché si adoperasse per rendere disponibile il farmaco. Il metilfenidato, uno psicostimolante che aumenta il rilascio e il riassorbimento della dopamina, rappresenta oggi il farmaco di scelta per il trattamento del Disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività (Adhd). Sebbene oggi ci sia un consenso nella comunità scientifica nel definire la Adhd, ampia diversità c'è invece nel valutare la gravità dei sintomi e nel giudicare la rilevanza clinica delle loro molteplici manifestazioni. Due sono i criteri diagnostici oggi utilizzati per inquadrare e valutare i sintomi associati all'Adhd: l'Icd-10 (sistema diagnostico proposto dall'Organizzazione mondiale della sanità) e il Dsm-IV (proposto dall'American Medical Association). Il primo presenta criteri più restrittivi del secondo, e consente quindi di identificare un numero minore di bambini: quelli con Adhd di maggior gravità. Seguendo un'impostazione fondamentalmente gerarchica l'Icd-10 tende infatti ad escludere diagnosi multiple; così, ad esempio, applicando il Dsm-IV, un bambino potrebbe essere diagnosticato con Adhd e disturbo della condotta, mentre applicando l'Icd-10 gli verrebbe diagnosticato solo il disturbo di condotta. Ed ancora: per la diagnosi di disturbo ipercinetico l'Icd-10 prevede la presenza sia di inattenzione che di iperattività e impulsività. Quindi bambini con Adhd con deficit prevalentemente dell'attenzione o di tipo iperattivo/impulsivo vengono considerati sub-clinici secondo l'Icd-10. Alla scelta del sistema diagnostico da utilizzare, che è condizionata anche da attitudini scientifico-culturali (ad esempio, in Europa si preferisce il primo, negli Usa il secondo), conseguono quindi differenze consistenti nell'iter complessivo diagnostico-terapeutico a cui il bambino può essere sottoposto.

Le difficoltà diagnostiche

Numerosi sono i potenziali fattori eziologici associati all'Adhd e tra questi, quelli genetici, perinatali, psicosociali, ambientali, dietetici, strutturali cerebrali e neurobiologici. È per questi ultimi tuttavia che sono disponibili oggi maggiori evidenze circa un loro ruolo nel caratterizzare le manifestazioni cliniche dell'Adhd. In particolare, a livello della corteccia frontale e dei nuclei della base, le cui funzioni sono modulate da dopamina, noradrenalina e serotonina, in pazienti con Adhd sono state dimostrate anomalie strutturali e funzionali del sistema dopaminergico. Il ruolo della dopamina supporta infatti le manifestazioni di scarsa attenzione e iperattività, come la serotonina l'impulsività, e un eccesso di noradrenalina le manifestazioni di aggressività. Esistono, infatti, numerose evidenze che farmaci in grado di modulare i sistemi dopaminergico e noradrenergico sono in grado di migliorare iperattività, impulsività e attenzione. Non esiste invece nessuna evidenza di efficacia clinica sui sintomi dell'Adhd degli antidepressivi SSRIs.

Sebbene l'Adhd sia ritenuto, a livello internazionale, uno dei più frequenti problemi comportamentali dell'età evolutiva, le stime della prevalenza variano considerevolmente (da 1 a 24%) a seconda del contesto geografico e sociale, dell'età e del sesso della popolazione osservata (è più frequente nei maschi che nelle femmine con un rapporto 5-9/1), dei criteri diagnostici utilizzati e dall'esperienza degli operatori. Indipendentemente dall'età di insorgenza, anche presunta, dell'Adhd il bambino arriva all'osservazione dello specialista solo in età scolare: sono proprio gli insegnanti che segnalano l'anomalo comportamento dell'alunno nel contesto scolastico. A casa e nelle relazioni famigliari invece le difficoltà risultano meno evidenti, anche se non scompaiono del tutto. I sintomi sono quindi facilmente influenzati dall'ambiente in cui il bambino si trova. Non disponendo di misurazioni biologiche per l'Adhd la diagnosi è basata su criteri clinici di valutazione dei sintomi comportamentali. Essendo questi ultimi una pletora le difficoltà diagnostico-differenziali sono numerose, come pure differenti possono essere le valutazioni dei singoli operatori. A tale proposito sono stati stilati appositi protocolli diagnostici che prevedono, oltre alla visita medica e neurologica, all'esame psichico e alla valutazione delle capacità cognitive e di apprendimento del bambino, anche un'intervista strutturata ai genitori e agli insegnanti, ed eventualmente anche ad altri adulti con cui il bambino ha rapporti relazionali prolungati. In tale contesto, risulta quindi essenziale l'esperienza dell'operatore che si prende cura di un bambino con sospetto Adhd, proprio a partire dall'inquadramento diagnostico, che necessita di più di un incontro per essere correttamente effettuato.

La malattia proiettata sul mondo

Due sono le modalità terapeutiche per l'Adhd: farmacologica, con psicostimolanti; comportamentale, con vari interventi psicosociali. Anche per quanto concerne gli approcci terapeutici vi sono differenze tra Europa e Usa. In Europa, dove le possibilità prescrittive sono inferiori, anche per le normative regolatorie vigenti, le linee-guida prevedono inizialmente interventi psicosociali (modifiche comportamentali, terapia cognitiva, terapia di famiglia, etc.). Negli Usa invece prevale, sin dall'inizio, l'indicazione per il trattamento farmacologico. Per entrambi gli approcci risulta tuttavia ampia la variabilità per quanto concerne la durata della terapia, l'osservazione, il tasso di efficacia e i criteri utilizzati per la sua stima.

Con l'imminente introduzione sul mercato italiano del metilfenidato per prevenirne un uso irrazionale, il ministero della Salute ha dato mandato all'Istituto Superiore di Sanità di istituire un registro nazionale per il monitoraggio dell'impiego del farmaco e ha istituito un apposito comitato scientifico (che si è insediato all'inizio di novembre) affinché garantisca la qualità dell'operato e stili un protocollo diagnostico-terapeutico di riferimento (essenziale per la prescrizione del farmaco) che preveda l'interazione concordata e partecipata dei vari operatori sanitari, dei servizi territoriali, dei centri di riferimento, dei genitori e degli insegnanti. La durata prevista per il registro è di due anni: poi si vedrà.

Nel 1979 Susan Sontag con Malattia come metafora ci rese edotti che per alcune condizioni morbose, in particolare quelle che per la loro complessità non conosciamo-controlliamo e che affrontiamo con percorsi diagnostico-terapeutici scarsamente basati sulle prove di efficacia (come si dice oggi), chi è coinvolto «proietta sulla malattia-disagio ciò che pensa del male» e «proietta sul mondo la malattia stessa». È forse questo che sta accadendo anche per i disturbi dell'età evolutiva e non sarà certo il solo psicofarmaco a prevenire e ancor meno a curare questa distorsione tra richiesta e offerta di aiuto di un bambino o adolescente e la sua famiglia. ▶

* Epidemiologo clinico, responsabile del Laboratorio per la Salute Materno Infantile dell'Istituto "Mario Negri" di Milano, advisor dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Arriva in Italia il Ritalin, le diverse voci in campo

COME "TRATTARE" L'ALUNNO TERRIBILE

Maria Grazia Giannichedda

«Rilevato che nella scuola è presente un alto numero di alunni con deficit di attenzione con iperattività che lasciano prevedere effetti d'insuccesso scolastico, l'Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio e il Presidio "La Scarpetta" A.S.L. Roma A, hanno concordato strategie di azione al fine di arginare l'insorgenza del fenomeno dell'Adhd». Inizia così la lettera che i dirigenti delle scuole di Roma e provincia si sono visti arrivare lo scorso 4 giugno dalla Regione, impegnata, in questi mesi che precedono l'arrivo del Ritalin in farmacia, in una serie di attività che esemplificano molto bene ciò che in sociologia si chiama "costruzione sociale di un problema", nel caso concreto del problema Adhd. La comunicazione è generica («alto numero»), allarmante («arginare l'insorgenza») ma rassicurante: la Regione offre con questa lettera un kit informativo che illustra «la diagnosi di Adhd; il bambino iperattivo a scuola; i trattamenti psicoeducativi nei casi di Adhd e le testimonianze dell'Aifa, Associazione italiana famiglie con Adhd. Questi materiali provengono da un ciclo di seminari sulla Adhd organizzati, in marzo, aprile e settembre, dall'assessorato all'istruzione della Regione Lazio, il cui Consiglio regionale ha patrocinato il convegno Aifa del 20 novembre, che ha raccolto 800 iscritti tra insegnanti, familiari e operatori socio sanitari.

È realistico attendersi da queste iniziative una crescita della domanda di intervento da parte di insegnanti e genitori verso gli esperti di Adhd. Come sarà interpretata questa domanda? Significa che emergerà l'alto numero di bambini con Adhd ipotizzati dalla Regione Lazio, oppure che sarà incanalata verso i territori della Adhd una quota delle difficoltà, sofferenze e solitudini, di bambini, genitori e insegnanti, che non trovano ascolto e presa in carico altrove e altrimenti?

Scommette sulla prima ipotesi l'Aifa, associazione nata nel 2002 sul modello delle variegate sigle che, partendo da Stati uniti e Inghilterra, hanno animano negli ultimi decenni la cultura dell'Adhd, fondata su due capisaldi: certezza che l'Adhd sia una sindrome organica misconosciuta e mobilitazione delle famiglie per promuoverne il riconoscimento. Nell'associazione italiana si aggiunge una specifica cultura religiosa: il presidente e fondatore, il pediatra D'Errico, fa parte del Movimento per la Vita, come Olimpia Tarzia, eletta per il Ccd nel consiglio regionale del Lazio, sostenitrice dell'associazione e, come presidente dell'osservatorio regionale sulle famiglie, relatrice al convegno di novembre, insieme a Tonino Cantelmi, responsabile dell'aera psichiatria della regione Lazio, estensore per la on. Burani Procaccini (Fi) del primo progetto di abrogazione della "legge 180", e anche presidente dell'associazione psichiatri e psicologi cattolici, che patrocina il convegno con diverse sigle del mondo della pediatria e con l'Istituto superiore di sanità, incaricato del registro sull'uso del Ritalin.

Su posizioni opposte, all'insegna dello slogan Non etichettare tuo figlio, parlagli!, si colloca la campagna Giù le mani dai bambini, patrocinata dalla Rai - Radio televisione italiana (Direzione Segretariato Sociale), promossa da un cartello di enti in gran parte cattolici, (Associazione volontari ospedalieri, Acli, Cisl, Movimento studenti cattolici, Associazione Giovanialcentro), sostenuta da "testimonial" come Ray Charles, Beppe Grillo e il sindaco di Torino Chiamparino, validata da un comitato scientifico che include i pediatri Pavesio e Sciolla, gli psichiatri Antonucci e Cancrini, il farmacologo Portaleone e il direttore della Citizen Commission for Human Rights (Cchr), Cestari. Quest'ultima organizzazione è legata alla chiesa americana di Scientology, e su questo elemento si è incentrata la polemica frontale dell'Aifa contro questa campagna, accusata di oscurantismo e antiscientificità. Accuse difficili da condividere a fronte della serietà con cui il sito Giù le mani dai bambini documenta il dibattito scientifico in tema di Adhd, lanciando allarmi fondati, anche se spesso argomentati da posizioni riconducibili alla antipsichiatria di Thomas Sazs, quella, per intenderci, che irritava tanto Franco Basaglia quando si vedeva identificato con quell'etichetta.

Dal mondo della scuola, in particolare dal movimento di resistenza alla riforma Moratti, proviene il terzo attore collettivo oggi in gioco nella vicenda Adhd, il Coordinamento genitori democratici che con Psichiatria democratica e il Comitato per la difesa del servizio sanitario nazionale ha promosso un appello a cui hanno aderito tra gli altri la Cgil Scuola, il Coordinamento delle scuole di Roma e il Forum salute mentale. L'appello, reperibile nei siti di queste organizzazioni e nel blog non droghiamo i bambini, pone l'accento sul fatto che i processi di costruzione del problema Adhd si stanno svolgendo in Italia mentre si sta demolendo la scuola come luogo di vita in favore della scuola azienda, mentre si abolisce il tempo pieno e si riducono gli insegnanti di sostegno. L'esperto e il farmaco rischiano così di presentarsi come risposta "facile" a malesseri che non trovano sponda, in parte perché molti servizi sanitari (e specie i presidi di neuropsichiatria infantile) non hanno maturato la cultura di prendersi cura della comunità in cui agiscono, in parte perché non sono più in grado di farlo, impoveriti e delegittimati dai processi di privatizzazione della sanità.

Sullo sfondo, due grandi questioni che la vicenda Adhd ripropone. La prima è la dipendenza della ricerca dalle case farmaceutiche, oggi così pesante da indurre riviste come Lancet, Nature e Science a prendere le distanze dagli articoli che esaltano l'efficacia di prodotti farmaceutici in commercio. Argomento che obbliga a prendere le distanze anche dall'Aifa, che riceve fondi da due colossi farmaceutici, la Wyeth Lederle, che fa antidepressivi e antipsicotici, e la Eli Lilly, produttrice di un farmaco simile al Ritalin, che per ora non arriverà nelle farmacie italiane ma un domani non si sa...

La seconda questione è la rinascita del metodo dello screening, alla lettera "passare al setaccio" una popolazione per cercare i malati mentali (l'ultima versione del progetto Burani Procaccini li prevede esplicitamente). A monte di questo metodo, l'idea che comportamenti possano essere vagliati con la stessa oggettività con cui si rileva un'alterazione biologica, e che possano essere isolati dal soggetto e dall'ambiente come si fa con un batterio. A valle, l'idea che le politiche di salute mentale consistano nell'etichettare individualmente il disagio, per ridurlo poi, inevitabilmente, alla misura della soluzione in commercio. Uno screening di bambini, oltre 5000 in sette città, è stato appena fatto dalla ricerca Prisma promossa dall'Istituto Medea di Lecco, che definisce «clamoroso» il dato sulla Adhd, di cui soffrirebbe meno del 2% dei bambini italiani, a fronte del 10% dei bambini nordamericani. La ricerca rileva però che 90 bambini su mille soffrono di disturbi mentali – fobie, depressioni, ansia.

Forse, prima di chiederci cosa fare per questi bambini, sarebbe bene domandarci di nuovo Che cos'è la psichiatria? come fece Basaglia quarant'anni fa in un utile libro da poco ripubblicato. ■

▶ **La follia che riscatta**

Forse tutto è già stato scritto su Pinocchio, un libro imposto più che scoperto, a cui solo un'attenta e non convenzionale rilettura può restituire una freschezza: proprio quell'approccio seguito da Giovanni Jervis nella prefazione della edizione di Le avventure di Pinocchio edito nel 1968 da Einaudi e che da allora è rimasto unico. «... Pinocchio è un ribelle mancato ma anche, perpetuamente, un bambino mancato: ciò che può riscattarlo è la sua follia... Gli si può attribuire scarsa intelligenza e capacità critica, debolezza di carattere, patologica miopia nelle previsioni, limitatissima elaborazione dei dati dell'esperienza... Egli somiglia per certi lati a una personalità psicopatica, a un delinquente minorile, ad uno di quei bambini ipercinetici e simpaticissimi che vengono chiamati anormali del carattere, a un tipico, terribile problema educativo caratterizzato da difficoltà insormontabili nella introiezione della moralità, da un carattere infantile, impulsivo, cordialmente irresponsabile, attaccabrighe...». Iperattività, impulsività, e deficit di attenzione-concentrazione costituiscono la triade che caratterizza oggi l'Adhd. ■

Maurizio Bonati

LIDO DI CAMAIORE

SECONDO FORUM NAZIONALE PER LA SALUTE MENTALE

Il **16 e il 17 dicembre** si terrà a Lido di Camaiore (Lucca) il **Secondo forum nazionale per la salute mentale**, che si propone come luogo di incontro tra le persone che vivono l'esperienza del disturbo mentale, gli operatori dei Servizi e della cooperazione sociale, i familiari, i politici, gli amministratori locali, gli operatori sindacali ma anche i medici di famiglia, i pediatri, gli insegnanti, i giornalisti, associazioni e singoli cittadini.

Il Forum denuncia il progressivo dissolvimento di ogni sensata azione di governo delle politiche per la salute mentale in luoghi emblematici come il Lazio, la Lombardia o la Sicilia (per non elencarne altre), dove si rischia di distruggere letteralmente quanto, in 20 anni, si è cercato faticosamente di costruire: le scelte politiche, i piani sanitari rimandano a forme organizzative che riproducono istituzionalizzazione, frammentano i servizi e, di fatto, impediscono protagonismo, centralità, cittadinanza, integrazione, emancipazione delle persone, dove l'imprenditorialità privata e la cooperazione sociale, in un sistema sregolato, finiscono per completare la disarticolazione dei Servizi pubblici.

«Il federalismo e le diverse forme delle autonomie regionali – scrive la portavoce Giovanna Del Giudice – rischiano di costruire 20 diversi servizi sanitari, organizzazioni, modelli operativi. L'esperienza dei Forum regionali e locali mostra che è assolutamente indispensabile cercare e mettere a disposizione un punto di vista nazionale che sia metro e criterio di giudizio generale, condiviso, capace di "misurare", "tarare" il senso delle singole vicende e situazioni locali. Il tema della salute mentale deve restare una questione nazionale, in prospettiva europea, e il Forum deve proporsi come luogo di confronto ed iniziativa, traducendosi in una sorta di laboratorio per la cittadinanza, e nell'individuazione di una rete per le buone pratiche».

L'incontro si terrà presso l'Hotel Le Dune di viale Colombo, 259 a Lido di Camaiore. L'ingresso è aperto e verrà rilasciato attestato di partecipazione. La segreteria del Forum è a disposizione per informazioni ed appoggio logistico. E-mail: forumsegreteria@yahoo.it. Info: www.forumsalutementale.it

Supplemento mensile
de **il manifesto**
26 novembre 2004

Il manicomio criminale deve sparire, in scena la ragione dei folli capaci di intendere e di volere

LA FAVOLA FELICE DI MARCO CAVALLO

Giuseppe Dell'Acqua, Angela Pianca, Luciano Comida

Marco Cavallo: Era una limpida domenica di marzo, spazzata dalla bora quando tentai di uscire dal manicomio. Ormai non potevo più starci, rinchiuso là, ero diventato troppo grande. La mia pancia era stata riempita dai desideri di tutti i matti di San Giovanni. Dall'orologio dorato di Tinta al porto con le navi della giovinezza di Ondina, dalle tante Marie al fiasco de vin, dalla casa in affitto alle scarpe nuove, al volo, al viaggio, alla corsa, all'amico, dalla partita de balòn alla libertà: ero troppo appesantito da quel carico di bisogni e desideri che mi portavo dentro. Allora io, fremendo e nitrendo, a testa bassa, iniziai una corsa furibonda, come impazzito, verso la porta principale e, senza più esitazione, oramai di gran carriera, aggredii quel pezzo di azzurro e di verde oltre la porta. Saltarono gli infissi, si infransero i vetri, caddero calcinacci e mattoni. Io arrestai la mia corsa nel prato, tra gli alberi, ferito e ansimante, confuso col blu del cielo. Gli applausi, gli evviva, i pianti, la gioia guarirono in un baleno le mie ferite. Il muro, il primo muro era saltato.
E subito la libertà: i muri del manicomio frantumati, la fila infinita di matti che dietro a me escono dalla breccia e si perdono per le vie della città, con Boris che ci accompagna suonando la fisarmonica. Quante ne ho viste da allora...
Ci aveva fatti così felici, la legge 180. E invece...
Non è stato mica tutto facile.
Quante ne abbiamo passate...
Io, fin da quando sono nato, mi ricordo del caso Savarin. Era uno che aveva... che aveva fatto... va beh, è uno che aveva fatto quello che aveva fatto. Uno che poi, dopo aver fatto quello che aveva fatto, era finito in manicomio criminale, nell'ospedale psichiatrico giudiziario, l'Opg.
E già in quegli anni... parlo del '73, del '74... cercavamo di far qualcosa per tirarli fuori di là. Ma allora... cosa si poteva fare allora? Andarli a trovare, portargli un pacchetto di sigarette, e poco altro.
Eh sì, quante ne abbiamo passate.
Cosa ho visto, io. Che postacci brutti. E quanta gente rinchiusa che fremeva di vita per uscire fuori.
E adesso che li ho visti praticamente tutti... Perché di manicomi giudiziari non c'è mica solo Montelupo, eh!
In Italia ce ne sono sei di manicomi giudiziari. E più di mille persone ci stanno chiuse dentro. Poche? Tante? Mah...
E allora io penso che, e voi pensate che, e tutti pensano che. E tutti dicono che. E anche le buone signore che propongono le controriforme dicono che...
Ma che cavolo ci fanno ancora in piedi i manicomi criminali? Bisogna chiuderli tutti quanti. E subito.

Il 16 e 17 maggio 2003 nell'ospedale psichiatrico giudiziario di Montelupo Fiorentino si tenne un importante convegno. In preparazione dell'incontro, gli internati avevano chiamato un gruppo di giovani attori e Giuliano Scabia. Costruirono un grande drago. Volevano affidare al drago le loro ragioni, la loro disperazione, le loro speranze. Che portasse fuori queste cose, che dicesse, che trovasse amici disposti a battersi con loro.
E il drago di Montelupo chiamò Marco Cavallo, il grande cavallo azzurro che trent'anni prima aveva abbattuto i muri del manicomio di Trieste. Marco Cavallo chiamò l'Accademia della Follia, teatranti matti, per viaggiare in compagnia e insieme incontrare il drago.
Al convegno si parlò dei fatti che in quei luoghi accadono. Di come trovare strade diverse. Esperti sedicenti, inglesi e francesi anche, dissero il loro pessimismo e tentarono di convincere della assoluta necessità del manicomio criminale e dell'ineluttabilità della follia, della pericolosità, della inguaribilità... Gli internati vollero partecipare con le loro storie, con le loro parole. Infine nel bel mezzo del convegno Marco Cavallo parlò. Il Drago e gli internati avevano tante cose da chiedere al vecchio cavallo. L'emozione fu grande, memorabile. Tutti capirono e piansero. Solo gli esperti restarono impassibili ed estranei.
Quel giorno uscirono tutti per le strade di Montelupo. Gli internati, gli operatori, gli amici, il sindaco di Montelupo, il direttore del manicomio, il prete, gli attori, i musicanti. Anche gli esperti, stranieri e increduli. Per il professore inglese fu proprio impossibile capire cosa stava accadendo.
In testa il Drago di Montelupo e Marco Cavallo.

Ma... ma voi... voi siete qui! (rivolgendosi a un gruppo di ragazzi internati)
Caro Drago, care amiche e cari amici di Montelupo Fiorentino, ho accettato questo vostro invito perché so che voi qui state facendo quello che noi abbiamo fatto a Trieste.
Io penso e tutti i miei amici pensano e anche esimi dottori ed illustri scienziati lo pensano e anche i ricercatori e gli studiosi lo pensano e anche i giudici e i giuristi lo pensano e anche i poeti e i teatranti e gli scrittori e gli artisti lo pensano e anche voi lo pensate: il manicomio criminale va soppresso, buttato giù, sfondato, disfatto, dismesso, distrutto, aperto, cioè chiuso. Insomma chiuso.

Drago: Ma come si fa?

Marco Cavallo: Voi lo sapete molto bene... quello che i manicomi giudiziari sono.
Luoghi orrendi, sono. Istituzioni che vorrebbero curare la malattia e contenere la pericolosità e la malvagità degli uomini. Ma che invece, come tutte le istituzioni totali, tutte ma proprio tutte, la malattia la riproducono e la violenza e la malvagità la moltiplicano.
Perché invece di essere posti di cura, sono fabbriche di malattia.
Perché in manicomio matto sei e matto resti. In carcere criminale sei e criminale resti.
I manicomi giudiziari riproducono il peggio del peggio del manicomio e il peggio del peggio della galera.
A Trieste, proprio perchè abbiamo rotto i muri, abbiamo scoperto che dietro quei muri c'erano tanti uomini e donne. E che si può ascoltarli. E abbiamo scoperto che perfino le medicine, fuori dal recinto, possono essere buone. E che le parole e gli sguardi e le mani permettono di avvicinare le persone. Per sentire il loro male. Per sperare di guarire, di stare bene. O almeno di stare meglio.
Invece, dietro le mura, tante storie tristi o disperate si confondono. E le persone, le loro storie le perdono.
Ma come si può pensare di vivere senza la propria storia? Io la mia ve la sto raccontando, se no cosa potreste capire di me?
Insomma, non c'è verso. Bisogna aprirli, cioè chiuderli. Punto e basta.

Dario: Ma come, Marco Cavallo?! Cosa diranno fuori? Che si chiude il manicomio giudiziario e poi... E poi ci lasciano liberi tutti?

Charlie: E che quelli che hanno commesso reati orrendi li mandiamo fuori – diranno.

Sandro: Ma cosa diranno? E chi protegge la società? – diranno.

Francesca: E chi tutelerà i nostri figli da questi pericolosi matti che ne hanno combinate tante? – diranno.

Marco Cavallo: Capisco queste preoccupazioni ma voglio dire una cosa che ho imparato in questi anni. Da Basaglia in persona. Altro che mostri, gente impaurita e strade deserte! È dietro le mura che nascono i mostri.

Francesca: E cosa diranno? Che questi pericolosi matti che ne hanno combinate tante staranno fuori come quei bravi cittadini che hanno sempre osservato la legge? Ma ci pensi?

Marco Cavallo: Piano, piano.
Mica è facile affrontare questo problema.
È spinoso e contraddittorio, direbbe un serio professore, contraddittorio! Qua la faccenda si fa davvero bigolosa, come diciamo a Trieste.
Io sono vecchio. Mi permettete di fare un po'... ma poco poco... di storia?
Tanti anni fa, quando sono nati i manicomi criminali, la psichiatria dei tribunali dava tutta la colpa e la responsabilità dei crimini alla follia.
Come se la persona non esistesse nemmeno, come se al posto della persona avesse agito solo la sua malattia, la sua follia. Come se al posto di Francesca, di Charlie, avesse agito la follia.
Ma io vi chiedo: il pittore Van Gogh, quando dipingeva, era lui che dipingeva o al suo posto dipingeva la follia? Vogliamo togliere il nome di Van Gogh dai cataloghi delle mostre di Amsterdam e di Firenze per metterci cosa al suo posto? La follia?
E gli scrittori Proust e Saba e Pavese e Philip Dick e Dino Campana quanti altri ancora non ve li sto a elencare..., ma sono tanti e tanti... quando scrivevano, erano loro a scrivere oppure la loro depressione o la loro schizofrenia?
Voi lo sapete meglio di me. In manicomio, in manicomio giudiziario, ti dicono che tu non sei più tu!
Primo Levi... lo conoscete, voi?... è uno che è stato in campo di sterminio nazista ad Auschwitz, ha scritto: «Si immagini ora un uomo a cui, insieme con le persone amate, vengano tolti la sua casa, le sue abitudini, i suoi abiti, tutto infine, letteralmente tutto quanto possiede: sarà un uomo vuoto, ridotto a sofferenza e bisogno, dimentico di dignità e discernimento, poiché accade facilmente a chi ha perso tutto, di perdere anche se stesso».
Beh, Primo Levi scriveva dei campi di sterminio ma è come se parlasse anche dei manicomi. Tu non sei più tu, Pasquale. Né tu, Francesca. Né tu, Dario. E nemmeno tu, Pilade. E neanche tu, Charlie. Voi non siete più voi.
Perché qua non ti hanno solo tolto tutto, ma proprio tutto tutto tutto, ma anche quell'azione per quanto tragica per cui tu sei finito qua dentro. Anche quel gesto te l'hanno portato via, nemmeno quell'azione ti appartiene più. Qua dentro, qua in questo manicomio, non c'è più la tua vita. Non la trovi più.
E anche se, come stiamo facendo oggi, si aprono le porte per un giorno, tu continui a non esistere.

Pasquale: Ma io, quante (quando) agge (ho) fatte (fatto) chelle agge fatte (quello che ho fatto)...

Marco Cavallo: Cos'hai fatto, Pasquale?

Pasquale: È meglio che nun tt'o ddico. Ma quanne agge fatte... chelle agge fatte... l'agge fatte io o è state a' malatia mia?

Francesca: E io allora, quando ho fatto quello che ho fatto...

Marco Cavallo: Cos'hai fatto, Francesca?

Francesca: Meglio che non te lo dico. Ma ero io o era la mia malattia a farlo?

Marco Cavallo: E che malattia avevi?

Francesca: Mal di fegato!

Charlie: Marco Cavallo! Marco Cavallo!

Marco Cavallo: Dimmi, Charlie.

Charlie: Posso rispondere io?

Marco Cavallo: Certo che sì.

Charlie: Beh, secondo me un uomo, se è un uomo, è responsabile di quello che fa...

Claudia: Anche se è una donna?

Marco Cavallo: Beh, sì. Diciamo una persona.

Drago di Montelupo: Allora, ogni persona è responsabile di quello che fa, anche se ha mal di fegato. Anche se la pungono fitte tremende che le fanno vedere nero!

Marco Cavallo: Sono d'accordo con te, Drago di Montelupo. La malattia non siete voi. Anzi: non siamo... perché mi ammalo anche io... non siamo noi. La malattia, nessuna malattia, può possedere tutta la persona. Nessuna persona diventa solo la propria malattia.
Nessuna malattia può rubarti la vita. Nessuna malattia può togliere il significato delle tue parole. E per di più nessuna malattia è sempre la stessa malattia.
Io per esempio... Io ieri sera, con l'idea di questo viaggio lungo e scomodo da Trieste fin qua... Ero depresso, ero nervoso. Quasi quasi prendevo a calci l'autista che mi spingeva sul camion. Io ieri sera mica ci volevo venire, a Montelupo Fiorentino.
E invece adesso sono contento di essere qua con voi.
Come sarò domani?
Insomma non si può dire: depresso e nervoso ieri sera, depresso e nervoso per sempre.
Così come non si può dire: malato per un momento, malato per sempre.
E nemmeno si può dire: matto per un momento, matto per sempre.
Insomma chiunque di noi, anche se malato, è una persona. E se è una persona vuol dire che ha una responsabilità per tutto quello che fa: un capolavoro artistico, una spaghettata, una malagrazia, un gesto gentile. Ma anche un crimine, ancorché efferato e di allarme sociale.
Un altro che gò sentì, neanche questo ho conosciuto di persona, Michel Foucault, filosofo, psicologo e storico francese...mi pare che gà scritto tanti ma tanti libri. Beh...in uno di questi libri sta scritto: «Lo stato deve occuparsi dei cittadini per quello che fanno e non per quello che sono».
Così ogni imputato anche se schizofrenico, psicopatico, maniaco, matto, pazzo ha come tutti il diritto di essere giudicato da un tribunale e, in caso di condanna, di espiare la pena.

Drago: Ma come Marco Cavallo? E la malattia? E il delirio? Le allucinazioni? Non c'entrano niente?

Marco Cavallo: Bella domanda, Drago di Montelupo, davvero una bella domanda.
È difficile rispondere. È doloroso. Certo, non tutti né sempre capiscono e vogliono. Il delirio non è come l'acqua calda. E l'allucinazione...
Mi sono spiegato?

Tutti: No!

Marco Cavallo: Scusate, avete ragione. Mi sono espresso male. Mi sono proprio incavallato. Adesso ci riprovo.
A tutti noi capita che qualche volta siamo sopraffatti dalla rabbia, dal dolore, dalla necessità e non riusciamo a tenere a freno quelle spine che ci trafiggono, quel demone che soffia fuoco e sputa ghiaccio dentro di noi, quelle sirene che ci suggestionano e ci invitano.
Altre volte invece... beh, altre volte ce la facciamo, a essere padroni.
Ma mai e poi mai succede che, quando alziamo le mani contro qualcuno, pensiamo che questo sia bello, che questo gesto, questo pugno o questo schiaffo sia un bene.
Cazzo se lo sappiamo, che gli faremo del male e che vogliamo fargli del male!
E allora quel giudizio di incapace di intendere e di volere può forse, e sottolineo forse, racchiudere quel momento, quel gesto, quell'azione. Ma mai e poi mai può crocifiggere una persona intera una volta per tutte.

Drago di Montelupo: Allora tu, Marco Cavallo, dici che il matto è, di norma, capace di intendere e di volere e che ha diritto a stare in giudizio in tribunale?

Marco Cavallo: Beh, finalmente sono riuscito a spiegarmi.
Certo che sì. E ha diritto di stare in giudizio con tutta la sua responsabilità individuale. Ma anche con la possibilità di poter illuminare, di conoscere e di far conoscere ciò che gli è accaduto intorno: il contesto, la storia, le violenze, gli abbandoni, la sofferenza, i bisogni. Ricercare il significato e le ragioni dei suoi comportamenti. Anche quando sono così estremi e all'apparenza oscuri.
Sapessi io... Quante volte m'hanno fatto incazzare questi dottori dei manicomi che...
Sapessi io... Cos'ho visto io in giro per l'Italia e per l'Europa! Li avrei presi a zoccolate in testa, quei dottori, li avrei bastonati e...
E avrei commesso un reato? Sì, certo.
E se fossi stato giudicato colpevole, sarei stato condannato.
Drago di Montelupo: Ma allora, Marco Cavallo, ci stai dicendo che tutti, anche se sono malati, devono espiare la pena? E che, anche se stanno male, devono andare in galera? Ma come possono andarci se sono malati? E se non vanno in prigione, dove vanno?

Marco Cavallo: Tu lo sai bene, perché lo hai chiesto tante volte a quelli che stanno chiusi dentro i manicomi giudiziari. E tutti ti hanno risposto che è meglio la galera che il manicomio.
Ti è sempre sembrato strano ma... vedi... è proprio così.
Intanto, in carcere bene o male hai dei diritti, sai perché ci sei entrato, sai quanto tempo ci resterai, hai diritto a visite e a telefonate.
In manicomio giudiziario no: non hai più diritti, non sai perché ci sei entrato, né quanto tempo ci resterai. Sei alla mercè della psichiatria, dell'onnipotenza dello psichiatra e della sua immensa bontà e infinita misericordia.
Il tuo tempo è sospeso all'infinito.
Invece tutte le persone vogliono che gli venga riconosciuto il diritto al loro tempo, alla loro vita. Il diritto di essere persone.

Drago di Montelupo: Parole sante, Marco Cavallo, parole sante. Ma... ma in concreto come si può fare?

Marco Cavallo: Adesso vi racconto cosa facciamo noi, a Trieste.

Intanto diciamo che ogni cittadino detenuto ha diritto alla cura, alla continuità terapeutica: se era curato prima di entrare in prigione, deve continuare ad esserlo anche dopo. E da quegli stessi centri di salute mentale che lo curavano prima.
Quando funzionano ventiquattro ore su ventiquattro, i centri possono essere un luogo di cura per quelle persone che stanno male e sono in attesa del processo. Intanto gli operatori possono concordare col magistrato progetti per permettere a chi sta male con la testa di andare a vivere ed essere curati altrove. Agli arresti domiciliari, nel centro stesso, in strutture residenziali oppure anche a casa propria.
Niente di più e niente di meno delle misure alternative alla detenzione che valgono per tutti. Per tutti i cittadini, anche per quelli malati e anche per quelli matti. E così anche le visite, il lavoro, i corsi di formazione, i laboratori artistici, le cure psichiatriche... Insomma, tutti quei modi per rendere non del tutto inutile e disumana la detenzione. Per mantenere la persona vicino a casa propria, vicino a quelli che la curano, vicino alla sua famiglia, ai suoi amici. Per non farla schizzar via come una biglia imbizzarrita che si perde nel nulla.
Per garantire alle persone tutti i diritti. Tutti. Anche quello di essere condannati, se colpevoli, di avere il diritto di scontare la propria pena, di avere il diritto di pagare il proprio debito.
Proviamo a farlo. E la fatica della discussione che stiamo facendo anche oggi non sarà stata inutile. E tu, Drago di Montelupo, non mi avrai invitato per niente.
Con quello che sappiamo adesso...
La malattia mentale non è una malattia del cervello. E il malato mentale non è per ciò stesso pericoloso e, anche se pazzo, è soprattutto un cittadino. Non un oggetto. Da rinchiudere, legare, torturare con l'elettroshock e intossicare con farmaci in dosi da cavallo. Appunto...
Adesso ci sono medicine umane, terapie buone e il lavoro. Adesso si possono ascoltare le persone e le loro storie. Adesso dalla malattia mentale si può guarire e i gesti più oscuri e misteriosi possiamo raccontarli, illuminarli e comprenderli.
Oggi non possiamo più negarlo: tutto ciò che è umano ci appartiene.
E così possiamo riuscire a liberarci della necessità... ma chi l'ha detto poi, che è una necessità?... del manicomio giudiziario.
Io c'ero, in quel lontano mattino di marzo del 1973. Io c'ero quando contro i muri del manicomio di Trieste ululava il vento di bora e dentro si sentivano i lamenti e le urla dei ricoverati. Cazzo, se c'ero! Io c'ero quando i manicomi erano ancora in piedi. E oggi non ci sono più.
E tra qualche anno mi piacerebbe tanto poter dire: pensate, io c'ero quel giorno a Montelupo Fiorentino, quando i manicomi giudiziari erano ancora in piedi.
E sembrerà una favola perché i manicomi giudiziari non esisteranno più e anche il significato di quelle parole si sarà perduto e quella frase suonerà strana, ridicola e senza senso e tutti rideranno di me ■

Supplemento mensile
de **il manifesto**
26 novembre 2004

Ridurre la marginalizzazione riequilibra la bilancia costi-benefici per i consumatori di cocaina

QUESTIONE DI SETTING

Peter Cohen *

Prendendo in considerazione il modello di consumo più il gruppo sociale o culturale a cui il consumatore appartiene, è possibile distinguere tipi di uso di cocaina in cui le conseguenze sociali e sanitarie sono quasi nulle. Se l'uso di cocaina non interferisce con l'alimentazione, se non interferisce con il funzionamento sociale sia all'interno del gruppo che in relazione ai gruppi esterni, le conseguenze sociali sono nulle.

È però possibile identificare consumatori che usano la cocaina quotidianamente in una quantità più alta, o molto alta, e che desiderano che il livello di intossicazione sia alto, il cui gruppo vuole creare il background sociale per questo tipo di uso frequente ad alta intensità. Qui le conseguenze sociali saranno piccole nel gruppo primario a cui appartiene il consumatore, ma piuttosto platealmente negative in relazione ai gruppi esterni.

Un altro aspetto è la determinazione delle conseguenze del consumo di cocaina per quanto riguarda il comportamento. Tutti noi sappiamo che gli amanti dello sport, certamente se lo sport è il calcio, possono essere piuttosto violenti gli uni con gli altri. Questa violenza tende ad essere amplificata dall'alcool, e lo stesso può dirsi per la cocaina. Nei gruppi in cui la violenza interna è accettata o persino desiderata, la cocaina può facilitare questo comportamento. Le conseguenze all'interno del gruppo sono in genere limitate, cosa che non può dirsi per le relazioni con i gruppi esterni.

Ma, nel caso dell'alcool come in quello della cocaina, possiamo vedere che alcuni consumatori consumeranno in eccesso, oppure, per sostenere un particolare comportamento o effetto emotivo, consumeranno così tanto che persino il gruppo non accetterà questo fatto. Se ciò si verifica, come accade per alcuni consumatori, le conseguenze sociali sono pesanti. I forti consumatori si trovano ad avere relazioni sociali profondamente disturbate, che talvolta possono sfociare in un totale ostracismo e persino nella morte. Probabilmente questi rari modelli di consumo sono causati da problemi complessi che giustificano la scelta di questi modelli anche se, in ultima analisi, essi possono dimostrarsi molto controproducenti. Assai spesso, tali modelli di consumo estremi vengono abbandonati non appena il consumatore riesce a trovare un adattamento più utile.

Comunque, anche un consumatore di cocaina il cui modello di consumo non sia affatto intensivo può registrare conseguenze sociali piuttosto distruttive. Immaginate una donna che conduca la vita di una consulente del ministero della Salute, conosciuta e molto stimata. Nel tempo libero, questa donna invita artisti e attori nel suo elegante appartamento in riva al fiume. C'è chi sniffa cocaina e uno degli ospiti anziani fa un errore; sniffa troppa cocaina dopo aver bevuto whisky e ha un attacco di cuore. L'ospite viene portato all'ospedale e fortunatamente sopravvive, ma la storia esce sui giornali. La carriera della consulente del ministero della Salute è finita!

Dunque, consentitemi di trarre una conclusione da tutte queste osservazioni, per poi passare a discutere alcune conseguenze, riferite dagli stessi consumatori, dell'uso di cocaina in gruppi che hanno modelli di consumo diversi. Rispondere a domande concernenti le conseguenze sanitarie e sociali del consumo di cocaina non è possibile se prima non si definisce:

- qual è il background culturale del consumatore
- qual è il contesto sociale e culturale e, soprattutto, economico, del consumatore durante la sua carriera di consumo
- quali funzioni specifiche l'uso di cocaina ha per un individuo particolare
- in che misura un consumatore è in grado di evitare errori, sia in situazioni in cui mostra il suo consumo di cocaina ad altri, sia nell'evitare errori a livello dell'intensità dell'intossicazione o della combinazione con altre droghe.

Nell'anno 2000 Tom Decort, un criminologo belga, ha pubblicato un suo lavoro sui modelli di consumo e sulle carriere dei consumatori di cocaina. Egli ha reclutato i soggetti per la sua ricerca nella vasta scena della vita notturna di Anversa, ma anche nei settori più marginalizzati della città.

Come noi stessi abbiamo fatto nel nostro studio sui consumatori di cocaina, Decorte ha confrontato i suoi risultati con quelli di altri ricercatori che avevano reclutato la maggior parte dei loro consumatori di cocaina nelle comunità culturali dominanti delle loro rispettive città.

Desidero presentarvi alcune delle sue conclusioni depurate da lunghi elenchi di effetti, sia fisici che psicologici. Questi ultimi possono essere esaminati in tutte le fonti che vi ho menzionato. Ma ciò che conta è la loro interpretazione.

Decorte dice che «i nostri dati e quelli di alcuni importanti campioni rispecchianti il territorio... mostrano che la cocaina fornisce un'ampia gamma di effetti positivi a coloro che la usano con moderazione: più energia, un'attenzione alla dimensione intellettuale, un'intensificazione delle sensazioni, una maggiore socialità e intimità sociale. Il lavoro e le attività sociali, sessuali o ricreazionali possono essere ravvivate, e molti intervistati usano la droga in modi non solo piacevoli ma anche produttivi».

«Di solito, i professionisti che operano in campo sanitario, le forze di polizia, i politici e le informazioni fornite dai media sostengono che, nel lungo termine, le sostanze illecite possono solo avere effetti negativi... Contrariamente a questo discorso ufficiale, quanto viene riferito dai nostri intervistati mostra che i ben noti effetti negativi compaiono spesso come fastidi minori, e che i fattori relativi al livello di consumo (tra cui la dose e la frequenza del consumo), al set e al setting hanno tutti conseguenze importanti nel bilancio delle esperienze positive e negative con la cocaina».

Per la ricercatrice canadese Erickson e per i suoi colleghi, gli effetti negativi più interessanti della cocaina sono le allucinazioni e la paranoia, perciò decidono di indagare su questi effetti. Loro hanno osservato che anche questi effetti "farmacologici", apparentemente inevitabili, in realtà non lo sono affatto. La paranoia tendeva a diminuire o a non comparire quando i soggetti avevano un maggior numero di amici consumatori di cocaina, e anche le allucinazioni tendevano a covariare in presenza di altre persone durante il consumo, e in caso di consumi meno frequenti.

Dovremmo concludere che la maggior parte degli effetti negativi sono sempre controbilanciati da effetti positivi, e che per la grande maggioranza dei consumatori di cocaina la bilancia costi-benefici della cocaina tende a pendere dal lato positivo. D'altra parte, si verificano sempre degli effetti negativi, e l'unico modo di influire sulla gravità di questi effetti è mantenere i modelli di consumo dentro i setting sociali.

Per tutti i consumi e tutti i consumatori, l'esclusione sociale e la marginalizzazione sono i setting peggiori, e a volte le persone usano le droghe in modi e quantità che creano involontariamente questi setting avversi. D'altra parte, l'esclusione e la marginalizzazione sono spesso accresciuti proprio dalle nostre stesse politiche e dalle nostre stesse istituzioni assistenziali. La migliore riduzione del danno e dei reati ottenibile è il ridimensionamento della marginalizzazione e dell'esclusione dei consumatori di droghe, anche se questo significa che le droghe che a loro piace (ancora) usare dovrebbero essergli rese accessibili a costi accettabili. A mio parere l'uso quotidiano e regolare, in determinate circostanze chiamate anche tossicodipendenza, costituisce per le persone un pericolo di gran lunga minore dell'esclusione sociale. Le politiche sulle droghe progressiste affrontano l'esclusione connessa alla droga, più di quanto non affrontino il consumo (intensivo) di droghe di per sé.

Le nostre istituzioni che assistono questo tipo di consumatori possono giocare qui un ruolo significativo e positivo, se sono disposte sin dall'inizio del loro coinvolgimento ad accettare l'utilità di questo modello di consumo, utilità che il consumatore percepisce. ■

[2-fine]

La prima parte dell'articolo sulle conseguenze sociali e sanitarie dell'uso di cocaina, apparsa su *Fuoriluogo* di ottobre, mostra come a una medesima sostanza possano corrispondere forme di consumo molto diverse tra loro. Così è per l'alcol: si pensi a un gruppo di "street drinkers" o a un raffinato party in ambiente accademico. Le due immagini servono come lezione *numero uno* nella sociologia del consumo di droghe.
Lo stesso vale per la cocaina, che è presente in America in circostanze e gruppi sociali di tutti i tipi, dai ghetti urbani ai sobborghi eleganti. Perciò – lezione *numero due* – le conseguenze sociali e sanitarie dell'uso della sostanza dipendono dal gruppo a cui il consumatore appartiene e dal suo modello di consumo. Per modello di consumo di una droga intendiamo la misurazione di alcune variabili come la quantità consumata, la frequenza del consumo e l'intensità dell'intossicazione. Di solito definiamo anche il tipo di situazione che il consumatore sceglie per consumare. Ad esempio, possiamo riscontrare un uso infrequente ma con dosi elevate, oppure un uso quotidiano ma con dosi limitate, o un uso frequente e con dosi elevate. Per studiare le conseguenze sociali e sanitarie del consumo, dobbiamo distinguere molto attentamente tra i diversi modelli di consumo.

Vieni avanti padano

«Non dico nulla. Anzi non ho detto nulla perché non ne so niente», così il ministro della Giustizia Castelli. Forse si riferiva al fascicolo sulla grazia a Adriano Sofri, finalmente arrivato a Ciampi. Ma l'affermazione – nella sua seconda parte – potrebbe essere estesa generalmente ai temi della giustizia e del carcere.

(maramaldo)

* Relazione presentata con il titolo "The social and health consequences of cocaine use. An introduction" a Berna, Svizzera, in occasione della Nationale Designerdrogen- und Kokainkonferenz, 3-4 giugno 2004. Copyright 2004 Peter Cohen.