

IRRESPONSABILI PER ECCELLENZA DROGHE "DOPPIA DIAGNOSI" OPG

Dossier di documentazione

in occasione di Trieste 2010, che cos'è "salute mentale"?-

Incontro Internazionale 9-13 febbraio 2010

San Giovanni – Parco Culturale – Trieste

Indice

Stefano Bentivogli, "Che ci faccio qui?" Pag. 4

Parte prima

La Storia Infinita dell'Opg

Franco Corleone, "La rimozione dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario"
Convegno "La Psichiatria a 30 anni dalla Legge 180" Pag. 7

Giuseppe Cascini, "Le insostenibili misure di sicurezza"
Fuoriluogo, gennaio 2002 Pag. 14

Grazia Zuffa, "Irresponsabili per eccellenza"
Fuoriluogo, luglio/agosto 2007 Pag. 17

Maria Grazia Giannichedda, "Quella tutela pagata al prezzo dei diritti"
Fuoriluogo, luglio/agosto 2007 Pag. 19

Mauro Palma, "Tutti i pericoli della "clinica diffusa"
Fuoriluogo, luglio/agosto 2007 Pag. 20

Alessandro Margara, "Manicomi criminali, la fine dell'ergastolo bianco?"
Il Manifesto del 20 gennaio 2010 Pag. 22

Parte seconda

Droghe, patologie psichiatriche e doppia diagnosi

Maria Grazia Cogliati Dezza, "Tante porte girevoli per scivolare ai margini",
Fuoriluogo, maggio 2004 Pag. 25

Henri Margaron, "Gli *Harquis* della psichiatria e dei Sert"
Fuoriluogo, giugno 2004 Pag. 28

Stefano Vecchio, "Sofferenze tossiche, una sfida ai servizi"
Fuoriluogo, luglio/agosto 2004 Pag. 30

Grazia Zuffa, "Doppia diagnosi, una giubba rivoltata"
Fuoriluogo, dicembre 2004 Pag. 32

Leopoldo Grosso, "Pazienti gravi e utenti gravosi"
Fuoriluogo, dicembre 2004 Pag. 34

Giorgio Bignami, "Il tossico esecrato e il matto addomesticato"
Fuoriluogo, dicembre 2008 Pag. 37

A Futura Memoria |

“Che ci faccio qui?”

Scene da un reparto psichiatrico

STEFANO BENTIVOGLI

Torno a scrivere dopo questo periodo in cui ho conosciuto, per scelta stranamente, l'esperienza del ricovero in un reparto di psichiatria. Si è trattato di dodici giorni a diretto contatto con il mio appartenere alla categoria dei folli ed anche di diretto contatto con i casi quali i T.s.o., di cui mi ero interessato ma che in realtà non avevo visto così da vicino.

In quel periodo mi sono tornati in mente i racconti di Paolo, quelli legati al suo arresto ed al ricovero in stato di custodia cautelare, ed è stato “piacevole” trovarmi quasi con lui al fianco nell'affrontare questo periodo. Un T.s.o. ce l'avevo proprio in stanza, è arrivato di sera portato dalla polizia e gli infermieri dell'ambulanza, sembrava tranquillo, fino a quando gli hanno offerto la terapia.

Sosteneva che gli infermieri volevano ucciderlo, che gli mettevano la droga dappertutto, anche un tizio, che non ho capito se era un amico od un parente, raccontava che da quando aveva accettato la terapia si era ammalato ed era morto. Improvvisamente sono usciti da una stanza sette infermieri coi guanti di lattice, un fare spedito simile a quello di chi si deve dare coraggio per affrontare senza esitazioni una situazione difficile: gli sono saltati addosso e lo hanno siringato.

Hanno atteso che l'iniezione facesse effetto come nelle mischie del rugby, poi lo hanno trascinato in una stanza liscia, materasso per terra e nient'altro. Ovviamente è stato poi messo in camera con me ed un altro che soffriva di “anssia e angossia”, come diceva lui, tanto che vomitava sempre e piangeva a ripetizione così, senza preavviso, senza motivo apparente.

Checco (mister T.s.o.), era talmente imbottito che quando di notte tentava di alzarsi per andare a pisciare, finito il periodo di isolamento, rimaneva davanti al letto piegato sulle ginocchia, dondolava per alcuni secondi cercando di muovere qualche passo, ed inesorabilmente si pisciava addosso. Finché decidono di abbassargli un po' il dosaggio di psicofarmaci mettendolo in condizione di sembrare quasi vivente ed, ogni tanto, di interagire coi suoi simili. L'orario della terapia era diventato una scenetta tragicomica: “Checco la prendi la terapia?” “Dai che lo sai come va a finire!” “Dai che sennò ci tocca farti la puntura!”. Le prime volte faceva resistenza, coi giorni che passavano aveva imparato che dopo il rifiuto del bicchiere con le gocce gli conveniva girarsi di culo ed aspettare piagnucolando che lo trafiggessero.

Checco proprio era un caso di trattamento coatto, era gentile ed educato con gli infermieri, ma loro lo volevano uccidere e gli mettevano la droga nella colazione quindi doveva andarsene in qualsiasi modo. Una sera lo vedo trafficare nel nostro armadio comune, durante la notte si alzava continuamente per sistemare i bagagli finché, alle prime luci dell'alba lo vedo partire con due valige, la sua e la mia. Gli vado dietro pretendendo indietro i miei quattro stracci, gli unici che avevo d'altronde, e lui veramente dispiaciuto si scusava e cercava di capire cosa poteva portarsi dietro e cosa no, fino a scoprire che si era messo la mia camicia ed il mio maglione, che la sorella gli aveva portato via tutti i vestiti tranne il pigiama e che con quello uscire era proprio un gran casino... senza contare che gli infermieri lo attendevano prima della porta blindata.

La sera dopo aveva organizzato meglio la fuga, aveva rimediato i vestiti elemosinando tra noi

matti, io gli avevo regalato anche il mio berretto di lana, alle tre di notte si alza vestito di tutto punto, valigetta piena di niente o quasi, berretto in testa e ciabatte ai piedi: "Scusate per il disturbo fioi, mi no ghe a fasso più, vago casa prima che i me copa, grassie de tuto e dea compagnia, vago prima che s'incorse che no'ghe so pi". È arrivato alla porta blindata, gli infermieri dormivano come al solito, tanto che è rimasto lì fino al mattino, berretto, ciabatte e valigetta, sperando che qualcuno aprisse la porta e lui, senza essere notato, potesse tornarsene a casa.

Insomma ho conosciuto un sacco di gente interessante ed il più antipatico era sicuramente lo psichiatra che mi seguiva. Mi faceva continuamente capire che quello non era un posto per tossici, per me i reparti erano altri, anche se per la depressione stavo letteralmente andando in malora.

Ora sto meglio, mangio e dormo quasi con regolarità, sto sperimentando nuovi farmaci e chissà di non aver fatto qualche passo in avanti.

Da Ristretti Orizzonti, Dicembre 2007 ■

Parte prima

La Storia Infinita dell'Opg

Franco Corleone, "La rimozione dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario"
Convegno "La Psichiatria a 30 anni dalla Legge 180"
Treviglio 17 ottobre 2008

Giuseppe Cascini, "Le insostenibili misure di sicurezza"
Fuoriluogo, gennaio 2002

Grazia Zuffa, "Irresponsabili per eccellenza"
Fuoriluogo, luglio/agosto 2007

Maria Grazia Giannichedda, "Quella tutela pagata al prezzo dei diritti"
Fuoriluogo, luglio/agosto 2007

Mauro Palma, "Tutti i pericoli della "clinica diffusa"
Fuoriluogo, luglio/agosto 2007

Alessandro Margara, "Manicomi criminali, la fine dell'ergastolo bianco?"
il Manifesto del 20 gennaio 2010

LA RIMOZIONE DELL'OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO

Intervento al Convegno "La Psichiatria a 30 anni dalla Legge 180",
Treviglio, 17 ottobre 2008

Franco Corleone

Gli anniversari sono occasioni, talvolta preziose, di tracciare bilanci. Vale per la vita delle persone comuni e per le personalità che hanno segnato la storia di un Paese. Anche le riforme che hanno impresso un mutamento nei costumi e hanno stabilito uno spartiacque nei valori e nei diritti, ogni dieci anni dalla loro approvazione vengono ricordate e sottoposte a giudizio critico.

Quest'anno è toccato alla legge 180, un testo rivoluzionario che prevedeva la chiusura dei manicomi e che suscitò immediatamente aspre contestazioni, tornare agli onori della discussione. La riforma della assistenza psichiatrica attribuita a Franco Basaglia non affrontava però il buco nero del manicomio giudiziario che la legge sull'Ordinamento Penitenziario del 1975 (n. 354) aveva pudicamente ribattezzato in Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG).

Trent'anni sono davvero molti e dal 1978 ad oggi la società italiana è cambiata profondamente, ma non sempre in meglio e i tentativi di attuare una controriforma sono stati messi in atto solo pochi anni fa con la proposta Burani Procaccini e fortunatamente sventati. Recentemente l'on. Paolo Guzzanti ha presentato una proposta di legge che prevede l'istituzione di cliniche psichiatriche umanizzate (sic!). Il progetto prevede un allungamento del Trattamento Sanitario Obbligatorio con minori garanzie per il paziente e il riutilizzo dei padiglioni e delle strutture dei vecchi ospedali psichiatrici e, bontà sua, dei relativi spazi verdi. Non è questa la sede per una analisi di questo testo assai sbrigativo, ma merita attenzione perchè aiuta ad essere consapevoli che non c'è limite al peggio.

Ovviamente nelle occasioni in cui si affronta il nodo della psichiatria, non si può trascurare di citare il destino di quelle milleduecento persone rinchiusi nelle sei strutture esistenti, vere istituzioni totali. Se sul piano quantitativo può apparire una realtà insignificante, dal punto di vista qualitativo è un elemento non trascurabile perchè coinvolge fondamentali questioni di principio.

La tutela dei diritti del malato mentale che commette un reato propone una questione complessa, ponendo in evidenza le contraddizioni e le difficoltà derivanti dall'esigenza di risolvere il problema dell'infermità mentale in chiave interdisciplinare. E' necessario, dunque, un coordinamento tra il momento di intervento giuridico-penale e quello assistenziale-psichiatrico: di qui, l'esigenza di riforma della legislazione penale e penitenziaria relativa ai malati di mente autori di reato, aggiornandola all'evoluzione che hanno conosciuto la psichiatria e lo stesso diritto penale in altri suoi ambiti.

Nel 1988, dieci anni dopo l'approvazione della 180, tanti manicomi "civili", così erano chiamati, erano ancora funzionanti per gestire quello che con un termine brutalmente liquidatorio era definito il residuo manicomiale. Il "residuo" era costituito da migliaia di donne e uomini spesso abbandonate a se stesse e ridotte in condizioni bestiali, indegne rispetto a uno standard minimo di umanità. Allora ero senatore e iniziai un tour di ispezioni in luoghi che parevano la rappresentazione di gironi danteschi. Ricordo i blitz compiuti a Rieti, Girifalco, Mombello e poi l'avventura in Sicilia con Gad Lerner, allora giornalista dell'Espresso e con il fotografo Franco

Zecchin. Le condizioni di Scicli e di Messina erano surreali, ma lo scandalo esplose con la denuncia dello stato del manicomio di Agrigento. Domenico Modugno, anche lui senatore, si unì nelle successive visite e grazie all'inchiesta del settimanale e alle trasmissioni televisive di Maurizio Costanzo la vicenda ebbe ricadute positive sul piano amministrativo e risvolti giudiziari che nella città di Pirandello non potevano che avere conclusioni di giustizia negata, con processi paralleli ai responsabili sanitari e a i responsabili della Usl in uno scaricabarile indecente e inconcludente.

Ho raccontato questo episodio per dare testimonianza di un interesse antico e partecipe a un tema così coinvolgente anche sul piano dell'esperienza umana.

Così nel 1991 presentai in Senato un disegno di legge (A.S. 2894) dal titolo: "Imputabilità del malato di mente autore di reato e trattamento penitenziario del medesimo" che riprendeva una proposta del senatore Vinci Grossi del 1983 depositata nella nona legislatura (A.S. 177). La relazione, ricollegandosi ad alcuni recenti indirizzi della psichiatria volti a considerare il malato di mente come soggetto autore della propria condotta, riteneva l'infermità psichica "uno stato patologico transitorio, come tale curabile ed in molti casi anche sanabile... La transitorietà riconosciuta dalla psichiatria moderna al disturbo psichico, la variabilità e la mutabilità di forme e di intensità che questo conosce nel corso del tempo, impediscono oggi di attribuire validità alla (e quindi di conservare la) soluzione adottata dai codici penale e di procedura penale e dalla legislazione penitenziaria oggi vigenti in Italia, che catalogano gli infermi di mente che hanno commesso un reato in una categoria a sé, contrassegnata da caratteri stabili ed immanenti e come tale destinataria di una normativa penale speciale".

Sul piano della disciplina penale, il trattamento dell'infermo ha costituito materia di intervento e sollecitazione in conseguenza di diverse pronunce della Corte Costituzionale. Fra queste, ad esempio, è opportuno ricordare la sentenza n. 139 del 1982 che, pur respingendo le eccezioni di incostituzionalità, ebbe ad indicare l'opportunità di una più adeguata normativa del trattamento degli internati in ospedali psichiatrici giudiziari, affermando, tra l'altro: " Quanto infine ai rilievi che vengono mossi alle effettive condizioni organizzative e di gestione degli ospedali psichiatrici giudiziari, rappresentate come tali da menomare grandemente o addirittura vanificare la funzione di cura degli internati per soddisfare invece e soltanto, una funzione repressiva e segregante, questa Corte, giudice delle leggi, non può dedurre motivi di incostituzionalità delle norme denunciate, tra le quali non sono comprese quelle disciplinanti appunto gli ospedali psichiatrici giudiziari... Il problema umano e sociale del trattamento da riservare ai soggetti prosciolti perchè non imputabili per infermità psichica non può essere affrontato e risolto in termini formali e nominalistici, ma impone l'adozione di misure concretamente idonee alla cura e non soltanto alla custodia di quei soggetti medesimi, essendo evidente che la loro risocializzazione dipende dalla guarigione o quanto meno dal miglioramento delle loro condizioni psichiche". La Corte Costituzionale (si veda la sentenza 28 luglio 1983, n. 249) ha accolto l'evoluzione della psichiatria che ha abbandonato una concezione puramente biologica della malattia mentale, respingendo il principio di "immutabilità, quanto a natura ed intensità, dell'infermità psichica" e ha ammessa la possibilità di una "positiva evoluzione" della stessa.

Non v'è dubbio che la legge 13 maggio 1978, n. 180, abbia rappresentato una riforma di ampio respiro, i cui contenuti innovativi non possono essere posti in discussione dalle difficoltà di attuazione della normativa stessa; nonostante ciò si deve rilevare comunque l'esiguità di norme in campo penale che costituiscano un punto di contatto con il modello culturale sotteso alla

legge n. 180 del 1978.

In particolare, la legge di riforma psichiatrica, recepita dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, ha introdotto modifiche rilevanti nel settore dell'assistenza psichiatrica, a favore delle principali esigenze di prevenzione, cura e riabilitazione del malato mentale. In tale contesto, anche il ricovero ospedaliero è sempre (pur nei casi di obbligatorietà) inteso come un momento nell'ambito di trattamenti sanitari adeguati.

I dati, che emergevano dalle statistiche giudiziarie, evidenziavano invece una chiara tendenza all'aumento dei ricoveri in ospedali psichiatrici giudiziari, già nel triennio successivo all'entrata in vigore della legge n. 180 del 1978 rispetto al triennio precedente.

Nella XI legislatura l'indagine conoscitiva sulla situazione sanitaria nelle carceri, condotta dalla Commissione igiene e sanità del Senato, si concluse con la conferma della particolare gravità e degenerazione della condizione degli ospedali psichiatrici giudiziari: "Negli ospedali psichiatrici giudiziari - si legge nel documento, relatrice la senatrice Bettoni Brandani - acuta è la contraddizione tra funzione sanzionatoria da un lato e funzione riabilitativa o curativa, dall'altro... Questa ambiguità, legata alla duplice funzione custodiale-curativa, è ancora più accentuata dal fatto che si tratta di una popolazione di utenti che, a causa del proprio stato, sono privati di qualsiasi capacità "contrattuale" di fronte all'apparato penitenziario".

L'indagine conoscitiva poneva attenzione ad un ulteriore e diverso dato, in questi anni diventato prevalente rispetto all'altro drammatico problema dei cosiddetti "sepolti vivi", fatto emergere negli anni settanta ad esempio da denunce come quelle di Iginio Cappelli, magistrato di sorveglianza di Napoli che nel volume *Gli avanzati della giustizia* affermava: "Il manicomio giudiziario è un'istituzione due volte da negare perchè due volte violenta e due volte inumanamente e irrazionalmente totale: come carcere e come manicomio: La sua abolizione sarebbe una scelta di civiltà". Il documento della XII Commissione permanente del Senato denuncia, infatti, "l'aumentata incidenza del numero di coloro che sono sottoposti a misura di sicurezza per breve periodo (2 anni)" ed evidenzia come "trovino ricovero in tali ospedali pazienti psichiatrici a bassa pericolosità sociale per evidente carenza dei servizi psichiatrici del Servizio sanitario nazionale, nonché di adeguate strutture intermedie". Non un problema limitato e di breve periodo, in realtà, al punto che dieci anni prima, nel 1983, analoghe erano le riflessioni indotte dalla realtà degli ospedali psichiatrici giudiziari, in relazione anche alla diminuzione di presenze negli ospedali psichiatrici conseguente all'applicazione della nuova legislazione in materia (S. Luberto, "In tema di tutela dei diritti del malato di mente che delinque", in *Studi parmensi*, vol. XXXIV, Milano, 1983).

Nel merito delle ipotesi di riforma la Commissione riteneva "auspicabile che gli ospedali psichiatrici giudiziari possano essere trasformati nel senso di rispondere maggiormente alle esigenze di trattamento sanitario del paziente". Ciò con "modalità organizzative attraverso le quali organizzare una vera integrazione con i servizi psichiatrici territoriali, e il loro pieno coinvolgimento, superando quella segregazione istituzionale propria dell'attuale ospedale psichiatrico giudiziario".

Se in materia penale il legislatore è intervenuto più volte - in particolare, con la riforma penitenziaria (legge 26 luglio 1975, n. 354) e con la legge 24 novembre 1981, n. 689, recante "Modifiche al sistema penale", modificando il sistema sanzionatorio fondato sulla esclusiva pena detentiva per effetto di misure alternative alla detenzione, o con il ricorso in misura più ampia alla sospensione condizionale della pena; in realtà, ciò non ha avuto una contestuale o adeguata

e coerente applicazione per i malati di mente, per i quali la misura di sicurezza dell'ospedale psichiatrico giudiziario consiste di fatto in una sanzione preventiva.

Se in passato erano i malati di mente imputati o condannati per reati di media o di elevata gravità ad essere sottoposti, di norma, alla misura di sicurezza; negli ultimi anni, di regola appunto, oggetto delle misure di sicurezza sono stati soggetti colpevoli o imputati di reati minori, dall'oltraggio alla resistenza a pubblico ufficiale.

A differenza dei soggetti "sani di mente" condannati a pena detentiva, ai quali viene concessa in sede esecutiva la possibilità di usufruire di benefici e facilitazioni al fine di un reinserimento sociale, a coloro che, per infermità psichica, sono stati prosciolti dal reato, tale possibilità appare negata.

In tal modo e per considerazioni di ordine più generale, l'istituto della "non imputabilità" del malato di mente corrisponde a minori, se non estremamente limitate, garanzie rispetto a quelle che il riconoscimento dell'imputabilità dovrebbe presentare in relazione al codice penale.

In questo modo, tramite gli ospedali psichiatrici giudiziari la società evita il proprio dovere di punire chi infrange la legge e, in sostituzione di una riabilitazione umana e sociale in un ambito penale, il malato di mente viene punito con la restrizione e il trattamento di un contesto psichiatrico.

Con la mia sfida proponevo, dunque, di abolire l'istituto della non imputabilità degli infermi psichici, la quale sottintende una ritenuta inadeguatezza della categoria, prettamente giuridica, dell'incapacità di intendere e di volere. Contestualmente va ricordato che anche la nozione della pericolosità del reo sofferente di disturbi psichici non ha un proprio contenuto scientifico e non può considerarsi presupposto per la legittimazione di sanzioni penali; quali le misure di sicurezza psichiatriche, che talvolta si protraggono per anni, finanche a superare la pena detentiva prevista e altrimenti applicata.

Queste conseguenze giuridiche del reato trovano, infatti, la loro ragione giustificatrice nella pericolosità, che influisce sulla misura e qualità del provvedimento. Tale problematica ha, comunque, perso ogni significato attuale, a seguito della previsione dell'articolo 31 della legge n. 663 del 1986.

In questa proposta, pertanto, si riconosce il malato di mente autore di reato capace di intendere e di volere e di conseguenza imputabile, e soggetto alle pene previste dal codice penale per le varie fattispecie di reati. In particolare, la pena detentiva, anche a seguito della riforma dell'ordinamento penitenziario del 1986, assunse una nuova fisionomia, stante il valore da attribuire all'articolo 27 della Costituzione, in cui si rileva una forte implicazione tra pena rieducativa e umanità della pena.

Di qui, una particolare cura è da assicurare alla tutela della salute del malato di mente sottoposto a detenzione, mediante la previsione di strutture sanitarie, nell'ambito del carcere, idonee alla cura dei disturbi psichici dei detenuti. E' previsto che i vari programmi di riabilitazione dovrebbero attuarsi, secondo la normativa proposta, con la collaborazione dei servizi psichiatrici territoriali.

Integrazione con i servizi nel territorio e garanzie effettive per i malati, quali condizioni per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, sostenute ad esempio da Nicolò Amato, in particolare come Direttore generale degli istituti di prevenzione e pena: "Se immaginiamo di

ripartire gli internati più recuperabili fra tutte le regioni, avremo piccole comunità di non più di 25-30 malati, facili da amministrare e da affidare in gestione alle USL. Per i casi più difficili si potrebbe pensare a sezioni carcerarie speciali, di tipo psichiatrico".

Questa proposta ebbe lo stesso destino di quella del senatore Grossi. Rimase nei cassetti del Parlamento. Da deputato la ripresentai nella XII e nella XIII legislatura (A.C. n. 151).

Correva l'anno 1996. Io fui nominato sottosegretario alla Giustizia e finalmente mi potei occupare nuovamente di questo argomento.

Ero consapevole che le riforme, per essere fatte hanno un loro tempo. Richiedono un coinvolgimento della società civile e un consenso diffuso. Quando si perde l'appuntamento con la storia, non si possono compiere forzature, occorre aspettare un nuovo incontro che potrebbe non avvenire più; o addirittura assistere impotenti alla vendetta della storia che non perdona l'insipienza e la mancanza di coraggio. Per questa questione, come per altre soprattutto relative alla sfera dei diritti, quei cinque anni costituirono una occasione mancata.

Presso la sede di via Arenula, costituii un piccolo gruppo di lavoro per presentare al ministro due ipotesi di riforma, una che manteneva la non imputabilità e una che ne sosteneva l'abrogazione. Si lavorò sulla rivisitazione della proposta elaborata dalla Fondazione Michelucci, sostenuta da Sandro Margara e nell'aggiornamento della mia proposta. Presentai con una lettera al ministro Oliviero Diliberto i risultati invitandolo a una scelta tra le due soluzioni riformatrici per uscire dalla contrapposizione sterile tra chiusura e superamento degli Opg. Ricordavo che ci trovavamo di fronte ad una restrizione della libertà personale in assenza di un accertamento di responsabilità in ordine alla commissione di un reato e a tempo indefinito; un (potenziale) ergastolo inflitto senza un processo, che fonda il suo titolo esclusivamente nella pericolosità sociale del malato di mente.

Aggiungevo che "pur con i correttivi introdotti dalla Corte Costituzionale, l'impianto normativo in materia è ancora quello del Codice Rocco. Tale impianto era coerente con la legislazione "segregazionista" in materia di malattia mentale: prima della legge del 1978, infatti, la malattia mentale era titolo sufficiente, di per sé, per limitare indefinitamente la libertà personale di un soggetto e, quindi, ben poteva prevedersi la segregazione del malato "accusato" di un reato. Ma con la legge Basaglia l'ordinamento ha operato una rivoluzione copernicana in materia, e ciò impone un ripensamento della normativa del codice penale".

Ribadivo in conclusione che "Punti fermi di tale riflessione sono, a mio avviso, due: a) la malattia mentale non può essere titolo sufficiente per la limitazione della libertà personale, in assenza di un accertamento in ordine alla commissione di un fatto previsto dalla legge come reato; b) la restrizione della libertà di una persona malata di mente in ragione della commissione di un fatto-reato non può avere durata indefinita, nè superiore al massimo di pena previsto dalla legge per il reato commesso".

Ovviamente, il diritto al giudizio che io sostengo e la possibilità di elaborare vicende drammatiche e anche tragiche non si deve risolvere automaticamente e necessariamente nell'espiazione della pena in carcere, cioè in un'altra istituzione chiusa, ma nella individuazione di luoghi terapeutici alternativi, in presenza di uno stato di incompatibilità con la detenzione.

Questo progetto imponeva l'abrogazione e la riscrittura degli articoli 85, 88, 89, 91, 222 del Codice Penale e dell'articolo 530 del Codice di procedura penale.

Mi piace ricordare che Michele Coiro, grande magistrato, da Capo del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, in una audizione parlamentare espresse il suo favore per la soluzione da me prospettata, definendo le altre possibilità come palliativi che avrebbero lasciata immutata la situazione. Molti, invece, definiscono tale proposta troppo radicale, astratta, insomma bella ma impossibile. Sono sempre stato disponibile al confronto con soluzioni diverse e maggiormente praticabili, non facendo dell'imputabilità un totem o una bandiera ideologica. Ma ho avvertito del rischio che il cosiddetto superamento dell'Opg non portasse a una surrettizia riapertura dei manicomi civili. Per questo non mi convince la cosiddetta regionalizzazione che moltiplicherebbe da sei a venti gli ospedali psichiatrici giudiziari.

Su questo punto ho discusso e scritto in occasione della ricerca del 2003 "Anatomia degli ospedali psichiatrici giudiziari italiani" curata da Vittorino Andreoli.

Le cose non stanno però ferme. I tentativi di incidere attraverso la modifica del Codice Penale sono falliti. La Commissione Grosso e la Commissione Pisapia attraverso previsioni diverse e anche in contraddizione tra loro si limitavano a eliminare la seminfermità mentale e ad armonizzare il sistema delle misure di sicurezza con la normativa sanitaria.

Occorre dire che il sistema fondato sugli automatismi rispetto alla durata minima della misura di sicurezza (due, cinque, dieci anni) è venuta meno grazie a ulteriori sentenze della Corte Costituzionale e di modifiche legislative.

Come scrive Sandro Margara: "La presunzione di esistenza della pericolosità sociale è venuta meno, così che, quando è pronunciata la sentenza di proscioglimento per vizio totale di mente, il giudice dispone misura di sicurezza solo quando accerta la concreta presenza della pericolosità sociale.

La presunzione di durata della pericolosità sociale è parimenti venuta meno, così che la misura di sicurezza può essere revocata in ogni tempo, a prescindere da quelle durate minime – di due o cinque o dieci anni- che sono formalmente rimaste e mantengono solo una rilevanza operativa (che non cessa di essere importante). Il venir meno della presunzione di durata della pericolosità sociale è ribadita dalla necessità di rinnovare l'accertamento della pericolosità all'atto della concreta esecuzione della misura. Si richiede, pertanto, l'ulteriore e logico requisito della attualità della pericolosità sociale perchè la misura di sicurezza venga eseguita.

Una sentenza costituzionale più recente – n. 253 del 2003 – ha fatto venire meno anche l'ultimo automatismo, quello del tipo di misura di sicurezza, dell'Opg, prevedendo la possibilità di un intervento alternativo, in libertà vigilata con affidamento al servizio psichiatrico pubblico".

Ora il destino di Montelupo, Reggio Emilia, Barcellona Pozzo di Gotto, Aversa, Napoli e Castiglione delle Stiviere è affidato all'applicazione della riforma che prevede il passaggio delle competenze della medicina penitenziaria al Servizio Sanitario e quindi alle Regioni, in base al Decreto n. 230 del 1999.

E' un capitolo nuovo che andrà monitorato con estrema attenzione.

Questo lungo viaggio ha confermato che i limiti della politica vengono colmati da altri soggetti con una attività di supplenza.

Marco D'Alema, psichiatra e consulente della ministra Livia Turco prevedeva il superamento degli opg in tre fasi e l'uscita di 400 pazienti in tempi rapidi. Come si vede i tempi si allungano e le

tragedie si ripropongono drammaticamente. In ogni caso dovrà essere tenuta presente l'esperienza di Trieste che può vantare il risultato straordinario per cui nessun cittadino di quella città, autore di reati gravi o addirittura gravissimi affetto da disturbo mentale, sia internato in un ospedale psichiatrico giudiziario. Questo accade perchè, come scrive Giuseppe Dell'Acqua: "La persona che abbia commesso un reato grave e che presenti seri problemi psichiatrici, laddove tale condizione sia incompatibile con la detenzione, viene trattata secondo un progetto terapeutico riabilitativo articolato e per un periodo di tempo prestabilito, ovvero fino al raggiungimento di un equilibrio psichico adeguato, all'interno del centro di salute mentale 24 ore o di strutture residenziali comunitarie in regime di detenzione domiciliare, di libertà vigilata o di sospensione della pena." Insomma voglio ribadire che il diritto al giudizio e l'affermazione di una responsabilità personale può assumere un valore terapeutico e comunque non ha un esito necessariamente coincidente con una pena da scontare in carcere.

In conclusione non posso non ricordare e ringraziare per il sostegno offerto alla mia battaglia e per la lucidità di analisi nello spiegare anche le difficoltà nella prassi, Giuseppe Dell'Acqua, direttore del Dipartimento di salute mentale di Trieste, Maria Grazia Giannichedda della Fondazione Basaglia e Giuseppe Cascini, magistrato della Procura di Roma e segretario della Associazione Nazionale Magistrati.

NOTA BIBLIOGRAFICA

Franco Stefanoni – Manicomio Italia- Editori Riuniti, 1998

Giovanna Pugliese e Giovanna Giorgini – Mi firmo per tutti – Arci solidarietà, 1997

Marina Piccone – Pazzi, criminali, dimenticati – Diario, 2006

Giuseppe Dell'Acqua – Appunti per la soppressione del manicomio criminale – Fuoriluogo, aprile 1998

Giuseppe Cascini – Le insostenibili misure di sicurezza – Fuoriluogo, gennaio 2002

Grazia Zuffa – Irresponsabili per eccellenza – Fuoriluogo, luglio/agosto 2007

Maria Grazia Giannichedda – Quella tutela pagata al prezzo dei diritti – Fuoriluogo, luglio/agosto 2007

Mauro Palma – Tutti i pericoli della clinica diffusa – Fuoriluogo, luglio/ agosto 2007

Peppe Dell'Acqua, Angelo Pianca, Luciano Comida – Dialogo di Marco Cavallo e il Drago con gli internati del manicomio criminale di Montelupo – Fuoriluogo, novembre 2004

Maria Grazia Giannichedda - Carcere o manicomio, la libertà è terapeutica – L'Unità 25 luglio 2006

Vizio di mente e imputabilità – Atti del Convegno della Camera Penale di Caltanissetta, 2005

Ernst Theodor Amadeus Hoffmann – Il caso Schmolling – Biblioteca del Vascello, 1993

Il superamento dell'ospedale psichiatrico giudiziario è improcrastinabile

LE INSOSTENIBILI MISURE DI SICUREZZA

**La riforma Basaglia, negando all'istituzione manicomiale ogni valore terapeutico, faceva cadere anche l'ipocrisia dettata dal prevalere di esigenze di difesa sociale
L'abolizione della non imputabilità per gli infermi di mente autori di reato è una proposta coerente che offrirebbe loro maggiori garanzie**

GIUSEPPE CASCINI

«Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale quando siano pericolose a sé o agli altri o riescano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi». Queste disposizioni (poste all'inizio dell'art. 1 della legge 14/2/1904 n. 34, "legge sui manicomi e gli alienati") riassumevano l'impostazione dell'ordinamento rispetto al problema dell'infermità psichica. L'istituzione manicomiale era considerata, anche dalla scienza psichiatrica, come l'unica risposta possibile al disagio mentale. Il sistema penale e processuale penale introdotto dal legislatore del 1930 corrispondeva coerentemente a tale impostazione.

In definitiva il sistema si presentava con una sua intrinseca coerenza. Se l'istituzione manicomiale corrisponde alle esigenze terapeutiche della malattia mentale, può ben assolvere anche alla funzione di tutelare la collettività dai rischi derivanti dalla libera circolazione di soggetti infermi di mente che abbiano commesso un reato. Ma la successiva legge 13/5/1978 n. 180 capovolge completamente l'impostazione della normativa previgente, negando ogni validità terapeutica all'istituzione manicomiale, di cui decreta l'abolizione.

La legge in sostanza nega ogni associazione tra malattia mentale e pericolosità sociale e soprattutto esclude qualsiasi funzione di difesa sociale dei trattamenti sanitari, cui restituisce piena ed esclusiva funzione terapeutica. Questa, sul piano teorico, è forse la novità più interessante della riforma. La condizione di infermità psichica non autorizza alcuna presunzione di pericolosità sociale e non è ragione sufficiente per l'adozione di provvedimenti di custodia. Cade, in sostanza, l'ipocrisia che pretendeva di attribuire finalità terapeutiche a provvedimenti di limitazione della libertà personale del malato, chiaramente dettati dal prevalere di esigenze di difesa sociale.

L'approvazione della legge del 1978 avrebbe dovuto portare a una immediata revisione dell'intera disciplina delle misure di sicurezza, al fine di adeguare gli interventi penali alle novità introdotte sul piano sanitario e terapeutico. Negli anni molte delle disposizioni penali e processuali che contrastavano in maniera evidente con le disposizioni costituzionali e con le novità introdotte dalla riforma sanitaria sono cadute per opera della Corte costituzionale o del legislatore ordinario. Ma si è trattato di interventi settoriali che non hanno modificato l'impostazione di fondo del sistema, nel quale permangono contraddizioni ed incertezze tra istanze di difesa sociale ed esigenze terapeutiche, ma soprattutto permane, a dispetto della scelta radicale della legge n. 180, l'istituzione manicomiale, oggi denominata Ospedale psichiatrico giudiziario, come prevalente risposta penale all'infermità di mente.

Le correzioni operate dalla Corte, pur condivisibili, risolvono solo parzialmente le contraddizioni rilevabili nel sistema delle misure di sicurezza. Ai fini dell'applicazione delle misure di sicurezza personale nei confronti dell'infermo di mente che abbia commesso un reato, afferma in sintesi la Corte, è condizione necessaria la attuale e persistente pericolosità sociale dell'autore. Tale pericolosità sociale è definita dall'art. 203 del codice penale come probabilità di commissione di nuovi fatti preveduti dalla legge come reato.

La pericolosità sociale è dunque condizione necessaria per l'applicazione di misure di sicurezza, ma anche condizione sufficiente (ed è qui il limite degli interventi della Corte). E quindi la pericolosità sociale della persona ne consente il ricovero in ospedale psichiatrico indipendentemente dalla gravità del reato commesso, essendo sufficiente la commissione di un reato punito con la pena della reclusione superiore nel massimo a due anni; e indipendentemente dalla gravità dei reati che si presume la persona potrebbe commettere. E senza limiti di tempo e quindi in ipotesi anche per un tempo superiore al massimo edittale previsto dalla legge per il reato commesso.

In particolare sul punto dell'assenza di un limite massimo di durata della misura di sicurezza applicata provvisoriamente, si è pronunciata più volte la Corte costituzionale, rigettando le censure prospettate dai giudici di merito. Il principio enunciato è quello della non assimilabilità delle misure di sicurezza detentive alla carcerazione "per la diversità della natura e delle finalità delle due forme restrittive della libertà personale: rieducativa (e per taluni anche retributiva) la prima; curativa e precauzionale la seconda" (sentenza n. 96 del 4/6/1970).

Finalità curativa e precauzionale dunque da tenere ben distinta anche dalle finalità tipicamente processuali della custodia preventiva, il che porta a escludere l'applicabilità dell'art. 13 della Costituzione alle misure di sicurezza (sentenza n. 74 del 30/5/1973).

In verità con la legge n. 180 del 1978 è caduto definitivamente ogni alibi di una pretesa finalità curativa e terapeutica delle misure manicomiali. Per cui proprio alla luce della legislazione vigente l'unica finalità residua delle misure di sicurezza è quella precauzionale, che però è perfettamente sovrapponibile all'esigenza (processuale) fissata nell'art. 274, lettera c) del codice di procedura penale (relativo alle misure cautelari). Solo che, mentre per l'applicazione provvisoria di una misura di sicurezza (detentiva) è sufficiente la sussistenza di gravi indizi di reato e il pericolo di commissione di ulteriori reati, per l'applicazione di misure cautelari detentive è necessario anche che il reato per cui si procede sia punito con pena non inferiore nel massimo a tre anni e che il pericolo di commissione di ulteriori reati riguardi «gravi delitti con uso di armi o di altri mezzi di violenza personale o diretti contro l'ordine costituzionale ovvero delitti di criminalità organizzata o della stessa specie di quelli per cui si procede». Inoltre la custodia cautelare non può protrarsi oltre i termini rigorosi fissati dal codice, mentre la misura di sicurezza può essere mantenuta fino a che permanga la pericolosità sociale dell'imputato.

Ora appare difficile giustificare come la medesima esigenza di difesa sociale venga in un caso fortemente bilanciata in favore del diritto di libertà della persona accusata; e in un altro invece prevalga sempre e comunque sui diritti di libertà dell'accusato. Venuto meno, si ripete, l'alibi terapeutico la situazione normativa appare francamente insostenibile. L'esigenza di una riforma del sistema delle misure di sicurezza è ampiamente condivisa sia dai giuristi che dagli operatori del settore.

Il progetto più coerente con la impostazione della legge del 1978 è quello, diciamo così, più

radicale, che prevede l'abolizione della non imputabilità. È un progetto che si fonda su una intelligente provocazione. Dal momento che il sovrapporsi di istanze di custodia e di istanze terapeutiche può determinare per gli infermi di mente autori di reato un trattamento deteriore rispetto agli autori di reato imputabili, l'abolizione della non imputabilità diventa una *garanzia* per l'infermo di mente. Ovviamente il progetto non dimentica la particolarità della situazione dell'infermo di mente, per cui la *fictio iuris* della assimilazione con i soggetti imputabili in sede cognitiva viene meno nella fase esecutiva, per la quale si prevede l'assegnazione in appositi istituti. La proposta è condivisa anche da una parte della scienza psichiatrica che contesta la validità scientifica della nozione di non imputabilità. Ma piace meno alla scienza penalistica.

Una diversa impostazione si ritrova nel progetto di riforma del codice penale elaborato dalla Commissione ministeriale presieduta dal prof. Grosso. In questo progetto si conferma la nozione di non imputabilità e il sistema delle misure di sicurezza, ma si realizza comunque la necessaria armonizzazione con la normativa sanitaria. In particolare si prevede come eccezionale la misura di sicurezza del ricovero in una struttura chiusa, che potrà essere applicata solo nei confronti di chi abbia commesso un delitto contro la vita, l'integrità fisica, la libertà personale, l'incolumità pubblica o comunque commesso con violenza o minaccia contro la persona e quando vi sia il concreto pericolo che il soggetto commetta nuovamente uno di tali delitti. Per tutte le misure di sicurezza, inoltre, si prevede una durata massima di cinque anni. Limite che può essere eccezionalmente superato per il tempo strettamente necessario, in presenza di un pericolo concreto e non altrimenti fronteggiabile di atti gravemente aggressivi contro la vita o l'incolumità delle persone.

Da Fuoriluogo, gennaio 2002 ■

IRRESPONSABILI PER ECCELLENZA

GRAZIA ZUFFA

Questo numero del giornale affronta le delicate questioni sollevate dalla proposta di riforma del codice penale della cosiddetta "Commissione Pisapia" sugli Ospedali psichiatrici giudiziari e più in generale sui soggetti "non imputabili". Nell'intento condivisibile di superare gli Opg, la commissione ha proposto che gli autori di reati affetti da disturbi mentali siano «curati e controllati» in strutture sanitarie. Si propone cioè la "sanitarizzazione" della pena (la medicalizzazione della devianza?), ovvero la sostituzione della pena con una forma di terapia coatta (formula che meglio risponde alle intenzioni del riformatore). Rimane inalterato il principio di non imputabilità, conseguente all'assunzione che il reato sia stato commesso da persone non responsabili. Anzi, detto principio si allarga, fino a comprendere i soggetti che abbiano agito «sotto intossicazione da alcol e da sostanze stupefacenti»: che dunque non sarebbero più incarcerati per consumo al di sopra delle dosi stabilite dalla Fini-Giovanardi, oppure per spaccio, rapina e quant'altro; bensì sottoposti a misure di «cura e controllo» in strutture terapeutiche, presumibilmente in comunità.

La soluzione non è nuova: il governo britannico, ad esempio, ha da tempo introdotto i *Drug and Testing Orders*, ovvero "ingiunzioni terapeutiche" comminate direttamente dal giudice in sede di processo. Tanto meno è fresca l'idea che sia la droga a "causare" il comportamento (delittuoso) del "drogato". Come spiega Stanton Peele, nel bellissimo testo di storia e teoria delle droghe (*The meaning of addiction*), la concezione tradizionale di tossicodipendenza presuppone che una serie di fenomeni biologici legati alla sostanza (tolleranza, astinenza e craving) non diano all'organismo *altra scelta che comportarsi in maniera stereotipata*. Scendendo all'immaginario popolare, suscita esecrazione/commiserazione il tossico che scippa la vecchietta perché non può fare a meno della dose. Proprio l'anomalia comportamentale del "drogato" spiega la storica associazione col malato di mente, tanto più viva oggi con l'ossessiva focalizzazione sulla "doppia diagnosi".

La solidità scientifica di tale concezione (così come della "coazione terapeutica") è più che dubbia. Tuttavia, in quanto rappresentazione sociale, essa serve egregiamente ad un duplice scopo: da un lato sorregge la proibizione, in virtù della supposta pericolosità intrinseca della droga; dall'altro, paradossalmente ma non tanto, la medicalizzazione offre un'alternativa umanitaria al rigore punitivo.

Il dilemma, anche etico, non è dappoco. Se viene meno la battaglia per superare le strategie antidroga ad alta penalità, se si appanna, anche nei riformatori, l'idea che sia soprattutto la proibizione (più che la chimica) a spingere il consumo in un contesto criminale; come far sì che i consumatori non paghino fino in fondo il conto salato delle norme criminogene che non vogliamo/non possiamo cambiare? Carcere *versus* ricovero coatto, perdere l'anima per salvare il corpo, la dignità umana non ha prezzo, quella del tossico chi lo sa.

Da Fuoriluogo, luglio/agosto 2007

Dagli ospedali psichiatrici giudiziari alle strutture sanitarie di cura e custodia estese ai tossicodipendenti, due proposte in campo

QUELLA TUTELA PAGATA AL PREZZO DEI DIRITTI

MARIA GRAZIA GIANNICCHEDDA

Si vede ancora bene, nel parco dell'ex manicomio di Trieste, il murale *La libertà è terapeutica* disegnato dal pittore Ugo Guarino in un pomeriggio d'estate del 1973, all'inizio del lavoro di Franco Basaglia e del suo gruppo. Tutto sommato, quello slogan ha messo radici nella società italiana, anche se, in realtà, in modo parziale, distorto. Se infatti è passato il rifiuto del manicomio, è invece rimasta in ombra l'altra faccia di quell'idea: la libertà è terapeutica in quanto il suo riconoscimento restituisce, o meglio non toglie più, capacità e responsabilità alla persona malata, che quindi mantiene diritto di parola sul "suo bene", in nome del quale la sua libertà non deve essere compressa, né la sua dignità offesa o il suo punto di vista ignorato. La libertà terapeutica mette quindi in questione ogni forma di tutela pagata al prezzo dei diritti, ogni "statuto speciale" che riconoscendo una malattia, una disabilità, una minorità collochi la persona malata, disabile, minore fuori dalla cittadinanza, col suo corollario di diritti e responsabilità.

È un processo complesso, difficile includere e mantenere tutti, specie le persone più deboli o in difficoltà, nella cittadinanza. Esige trasformazioni profonde nell'organizzazione dei servizi, nei saperi specialistici, nel senso comune. L'Italia è tra i paesi europei quello che ha fatto i maggiori passi in questa direzione: abbiamo chiuso i grandi manicomi pubblici e le scuole speciali; si sono radicate e diffuse le imprese sociali in cui persone con problemi mentali fanno lavoro vero e non ergoterapia; la legge sull'amministratore di sostegno agevola l'esercizio dei diritti civili e riduce il ricorso all'interdizione, che peraltro si sta cercando di abolire. Ma molto resta ancora da fare per eliminare dall'ordinamento e dalle politiche le tutele che sottraggono i diritti: la più grave, resta la legislazione sul malato di mente autore di reato e sugli ospedali psichiatrici giudiziari (Opg), nati per sottrarre il reo malato alla punizione ma rivelatisi poi punizioni peggiori del carcere. Ma proprio su questo tema due proposte recenti sembrano invertire il percorso che in questi anni si è fatto strada. Le due proposte delineano infatti, su piani diversi, un regime speciale che prevede istituti sanitari di cura e custodia del tutto simili, anche se su scala ridotta, ai manicomi che la "legge 180" ha voluto abolire.

La prima proposta fa parte delle linee per la riforma del codice penale predisposte dalla "Commissione Pisapia" che suggerisce, all'art.22, che «vengano considerate cause di esclusione dell'imputabilità l'infermità, i gravi disturbi della personalità, l'intossicazione da alcool o da sostanze stupefacenti se rilevanti rispetto al fatto commesso». Ai non imputabili va applicata «una misura di cura e controllo» che «tenga conto della necessità della cura» e che non superi in durata la pena che si applicherebbe a una persona imputabile. Lo stesso articolo indica diverse modalità e sedi di esecuzione della misura. In alcuni casi si tratta di strutture residenziali sanitarie (sono indicate «strutture terapeutiche protette o con finalità di disintossicazione e comunità terapeutiche»), in altri sembra invece prevista una dissociazione tra sfera terapeutica e controllo, in quanto quest'ultimo si può declinare come obbligo di presentazione all'autorità di polizia.

Nell'insieme, sembra affermarsi, in questa proposta, una linea opposta a quella cui era arrivato, alla fine degli anni '80, il dibattito in tema di imputabilità, che tendeva a prefigurare dispositivi che restringessero in modo rigorosamente eccezionale l'ambito in cui poteva essere riconosciuta questa condizione, da cui discendeva il disinteresse dello Stato a punire e l'affidamento a strutture sanitarie ordinarie. Qui si propone invece un meccanismo che può allargare a dismisura il numero dei potenziali non imputabili, di coloro cioè cui non è riconosciuto il diritto a essere fatti responsabili dei propri gesti, e quindi anche puniti, in forme che evidentemente tengano conto del diritto alla salute. In conseguenza, si rende necessaria una istituzione che mescola, di nuovo, il curare e il punire, con custodi in camice bianco che riducono le libertà in nome e in forma di cura.

Il documento elaborato dal gruppo di lavoro interministeriale per il superamento degli Opg evidenzia bene gli esiti istituzionali di una tale linea di riforma dell'imputabilità. Il testo prevede, in una prima fase, interventi certamente appropriati per ridurre l'accesso agli attuali Opg e la durata dei tempi di internamento, attraverso la costruzione di progetti personalizzati da parte delle Asl da cui gli internati provengono. Il documento prosegue però immaginando anche il medio e lungo periodo, in cui, al posto degli attuali Opg, vi sarebbero: 300 posti letto in tre Opg e 200 in centri di psichiatria penitenziaria gestiti tutti dall'amministrazione penitenziaria; 300 letti in centri diagnostico terapeutici di 15 letti ciascuno distribuiti in tutte le regioni; 500 posti letto in «strutture residenziali ad Alta Intensità terapeutica e media sicurezza» gestiti dalle Asl nelle varie regioni; 500-1000 posti letto in «strutture residenziali a Media Intensità terapeutica e bassa sicurezza», gestiti anche questi dalle Asl nelle varie regioni. Come si vede, non solo i circa 1200 letti degli attuali Opg raddoppierebbero, ma andrebbero alle Asl, e verrebbero riconsegnati a strutture psichiatriche, il controllo di quote di pericolosità sociale e la responsabilità della custodia.

È una strada già percorsa questa, con esiti come sappiamo non brillanti sul piano dei costi/benefici sociali. Tuttavia, questo assai discutibile approdo parte, come si è detto, dalla volontà, per ora solo indicata, di metter mano davvero alla situazione del migliaio di internati nei sei Opg in funzione. Partendo da qui, dalle persone, dai loro problemi, dai mezzi per affrontarli, dalle "buone pratiche" che anche in questo campo si sono affermate sarà più facile e produttivo riprendere il dibattito, che si è interrotto anni fa, sul curare e sul punire, e sui valori e gli strumenti dell'una e dell'altra funzione.

Da Fuoriluogo, luglio/agosto 2007 ■

La volontà di punire gli stili di vita “devianti” potrebbe riproporsi in forma medicale

TUTTI I PERICOLI DELLA “CLINICA DIFFUSA”

Mauro Palma

La prima volta che entrai in un Istituto psichiatrico giudiziario – allora detto manicomio criminale – non era ancora giunto a un esito legislativo il dibattito critico sulla malattia mentale e sulla modalità con cui essa veniva regolata e trattata nella società italiana: il manicomio. La legge sull’abolizione dei manicomi non era ancora all’orizzonte, anche se forte era già il vento critico che aleggiava attorno ad alcune categorie di analisi, in primo luogo quella che fissava l’asse dell’intervento più sulla tutela dei presunti sani che sulle possibilità vitali dei presunti malati.

Il manicomio criminale non era altro, quindi, che l’epifenomeno di una situazione più ampia, luogo di sovrapposizione di due sistemi reclusori, quello rivolto alle persone con disagio mentale e quello rivolto alle persone colpevoli di reati. Come complemento, vi erano trattenute anche le persone non facilmente governabili nelle istituzioni detentive.

Il vento critico continuò a soffiare e si fece più robusto, fino a portare a un radicale mutamento del rapporto con la sofferenza psichica e alla sua presa in carico da parte del contesto sociale: la legge successivamente varata nel 1978 – la cosiddetta 180 – ha significato un’effettiva quanto rara riforma culturale e ordinamentale nel nostro paese, avaro di vere trasformazioni. E ha resistito negli anni, seppure tra mille attacchi e con diverse carenze attuative.

Ma, gli ospedali psichiatrici giudiziari non l’hanno seguita a ruota, come forse ci si sarebbe atteso. Sono rimasti inalterati, assediati dall’incalzare del concetto di *pericolosità* che si riteneva e si ritiene caratterizzare coloro che vi sono ristretti.

La categoria della *pericolosità* del resto pervade il nostro diritto penale “concreto”. Quello, per intenderci, che non trova spazio nella scienza giuridica accorta, quanto piuttosto in quella fusione tra opportunità politica e giustificazione giuridica che ricerca nel consenso diffuso la forma della propria legittimazione, inseguendo gli umori più bassi della collettività.

La *pericolosità sociale* è una categoria spuria, anomala, prima ancora di essere essa stessa pericolosa, perché contraddice i presupposti del diritto penale, soprattutto quello che tiene ben distinte colpevolezza e responsabilità e che ritiene legittima l’azione punitiva solo nei confronti di soggetti colpevoli in grado di comprendere il significato del fatto commesso. Al contrario, essa sposta l’attenzione dal fatto a una presunta prognosi sui futuri comportamenti del suo autore, a come egli è soggettivamente percepito dalla collettività e, quindi, alla richiesta che quest’ultima pone per sentirsi rassicurata. Il reato commesso non è considerato per ciò che è stato, ma anche come indizio di ciò che il soggetto potrebbe in avvenire commettere, finendo così non col sanzionare una condotta passata, bensì col prevenirne una supposta come futura. Da qui nascono le cosiddette *misure di sicurezza*, cioè forme di privazione della libertà spesso indefinite nel tempo e non strutturate attorno a quel sistema di garanzie che contorna l’esecuzione penale. Il nostro codice, a differenza degli altri paesi europei, ne ha una tradizione ormai quasi ottantenne – per bontà del guardasigilli Rocco che le introdusse nel ventennio.

Così le persone incapaci di intendere o di volere e dunque non imputabili, non sono prosciolte e basta, affidandole a interventi di cura, anche coattivi, ma comunque di responsabilità del servizio sanitario, bensì sono soggette a un intervento di carattere penale anche se di altro tipo: la misura di sicurezza, appunto, dell'internamento in una struttura psichiatrica di competenza del ministero della giustizia. La misura si applica anche a coloro che hanno una capacità di intendere o volere ridotta, dopo l'espiazione di una pena anch'essa ridotta. Non solo, ma il codice prevede la possibilità di determinare «i casi nei quali a persone socialmente pericolose possono essere applicate misure di sicurezza per un fatto non preveduto dalla legge come reato».

Nell'attuale fase di definizione di un nuovo codice penale è chiaro che un po' d'ordine attorno a queste categorie spurie vada fatto. La direzione sembra essere quella di prevedere *misure di cura e controllo* che, sperando ovviamente che non si tratti di mere ridenominazioni, dovranno essere differenziate a seconda della causa della non imputabilità: dalle strutture terapeutiche protette a quelle finalizzate alla disintossicazione per i tossicodipendenti o gli alcolisti, al ricovero in comunità.

La delimitazione della fisionomia di queste misure non è semplice e se molti punti delle ipotesi che si stanno avanzando sono condivisibili, è del tutto evidente tuttavia che la riflessione non può restringersi ai nuovi modelli organizzativi; deve investire i presupposti su cui esse si fondano, per evitare che ricadano nel gorgo culturale di chi vuole ogni intervento finalizzato alla rassicurazione e al consenso dei supposti "normali" a scapito dei diritti dei supposti "devianti".

La questione più a rischio riguarda proprio l'estensione del principio terapeutico coattivo quando, in particolare, si tratti di consumatori di droghe o alcool. Non sfugge, infatti, la possibilità che l'attivazione di strutture non penali possa risolversi anche nell'affidamento a esse di un numero sempre maggiore di soggetti, venendo meno il freno che l'irrogare una misura penale porta con sé. La volontà rassicurante di punire i comportamenti e gli stili di vita più che i fatti compiuti potrebbe così riproporsi in forma medica, attraverso l'estensione di luoghi sicuri a cui affidare le contraddizioni rimosse o i tanti stili soggettivi che si ritengono turbativi della sicurezza collettiva.

Piuttosto che verso il carcere diffuso, di cui parlava il buon Foucault, andremmo verso la clinica diffusa, dove la responsabilità, ormai medicalizzata, possa venire trattata con le stesse finalità che derivano da un non più enunciato, ma sempre vivo presupposto di *pericolosità*.

Non vi sono certamente antidoti a questo rischio: se non quello di non limitare il dibattito alla disciplina penale e alla tecnica giuridica, ma aprirlo a più voci disciplinari per costruire attorno a esso nuove consapevolezze.

| **Da Fuoriluogo, luglio/agosto 2007**

MANICOMI CRIMINALI, LA FINE DELL'ERGASTOLO BIANCO?

Alessandro Margara

Opg: una sigla per Ospedale Psichiatrico Giudiziario, una ditta con fama pessima. Sta cambiando con il passaggio del servizio sanitario in carcere alla Sanità pubblica? La partenza è in forte salita.

Il sistema della misura di sicurezza dell'Opg, introdotta dal Codice penale Rocco per i soggetti autori di reati ma prosciolti per vizio totale di mente, si fondava su tre presupposti assolutamente condizionanti: la incurabilità e sostanziale perpetuità della malattia mentale; l'esistenza della pericolosità sociale, alla base del sistema giuridico delle misure di sicurezza, che potevano essere prorogate senza limiti (venne usato il termine "ergastolo bianco"); una condizione detentiva assolutamente priva di possibilità terapeutiche, con strutture e personale carcerari.

Questo sistema è crollato nei primi due punti: la malattia mentale può essere superata con interventi terapeutico-riabilitativi, che si possono giovare anche di nuovi farmaci, consentendo o la guarigione o, comunque, la vivibilità sociale per la persona; grazie all'apporto di sentenze costituzionali e di interventi legislativi, oggi nessuna misura di sicurezza può essere eseguita se non si accerti la pericolosità sociale *attuale* della persona.

Se vogliamo, resta scalfito anche il terzo punto: una sentenza costituzionale (n.253/2003) ha affermato che il giudice non è obbligato ad applicare il ricovero in Opg: quando le condizioni della persona lo consentono, basta la libertà vigilata e la presa in carico da parte del servizio psichiatrico pubblico. Il che significa, però, che, in mancanza di quelle condizioni, la persona può ancora finire in Opg; e qui, allora, si finisce per sbattere contro il vecchio Opg, le sue solite mura, la solita organizzazione.

Sta, però, passando un modello diverso, che relega la sorveglianza e la sua gestione al perimetro esterno delle strutture, mentre, all'interno, l'istituto è gestito interamente dal personale sanitario, che ha responsabilità, assistenza e cura degli internati.

Queste strutture dovranno dimenticare non solo il modello carcerario, ma anche quello ospedaliero e cercare un modello comunitario di vita. Dovranno inoltre essere limitate a un numero modesto di utenti, anche se questo traguardo potrà non essere immediato, specie per regioni con un alto numero di ricoverati. D'ora in poi, l'Opg dovrebbe essere riservato alle sole persone sottoposte a misura di sicurezza definitiva. Per gli altri, i soggetti in attesa di giudizio, dovranno essere create apposite sezioni negli istituti di pena, sotto la responsabilità del Servizio Sanitario Nazionale: come già avviene per le sezioni di osservazione psichiatrica, dove vengono inviate le persone che necessitano di una diagnosi. Tali sezioni sono già presenti in varie regioni e dovrebbero essere istituite in tutte.

Nonostante i disegni riformatori, attualmente il numero dei ricoverati in Opg sta crescendo, particolarmente il gruppo degli internati a misure di sicurezza provvisorie, problematici per vari aspetti. Questo accade perché l'Autorità Giudiziaria si avvale raramente del ricovero in strutture civili previsto dall'art. 286 del Codice di Procedura Penale. Per gli internati con misura provvisoria, non si possono utilizzare le aperture del regime giuridico relativo agli internati

definitivi, così che essi devono restare continuativamente chiusi negli Opg. Il loro ingresso è privo di garanzie, nel senso che, sempre più spesso, arrivano negli Opg dalla libertà senza una valutazione psichiatrica, che giustifichi la gravosità di quel ricovero. La perizia è generalmente disposta successivamente, la sua durata è tutt'altro che breve e può anche concludersi con il disconoscimento della malattia o la curabilità della stessa senza ricovero.

Rimane il problema dei soggetti giudicati "seminfermi di mente", attualmente ristretti nelle "case di cura e custodia": in attesa della loro soppressione (obbiettivo di tutti i progetti di riforma del Codice Penale), ci sarebbe ancora da ridurre il numero dei ricoverati individuando soluzioni esterne per i molti internati definitivi che hanno terminato il periodo minimo di durata della misura di sicurezza e che restano dentro perché non si trova una qualche accoglienza per loro fuori.

I condizionamenti del vecchio sistema sono tanti. Non sarebbe l'ora di chiudere la ditta Opg per indiscutibile fallimento?

Dalla Rubrica di Fuoriluogo per il Manifesto, 20 gennaio 2010 ■

Parte seconda

Droghe, patologie psichiatriche e doppia diagnosi

Maria Grazia Cogliati Dezza, "Tante porte girevoli per scivolare ai margini"
Fuoriluogo, maggio 2004

Henri Margaron, "Gli *Harquis* della psichiatria e dei Sert"
Fuoriluogo, giugno 2004

Stefano Vecchio, "Sofferenze tossiche, una sfida ai servizi"
Fuoriluogo, luglio/agosto 2004

Grazia Zuffa, "Doppia diagnosi, una giubba rivoltata"
Fuoriluogo, dicembre 2004

Leopoldo Grosso, "Pazienti gravi e utenti gravosi"
Fuoriluogo, dicembre 2004

Giorgio Bignami, "Il tossico esecrato e il matto addomesticato"
Fuoriluogo, dicembre 2008

Una denuncia contro la tragica inerzia del manicomio diffuso

TANTE PORTE GIREVOLI PER SCIVOLARE AI MARGINI

La diagnosi, sia doppia che singola, è sempre una sottrazione di senso alla vita delle persone, agita in maniera difensiva da quei servizi che allontanano da sé il problema cercando di dislocarlo altrove

MARIA GRAZIA COGLIATI DEZZA

Responsabile Distretto 2 Azienda per i Servizi Sanitari n.1 Trieste

L'utilizzo che oggi viene fatto della "doppia diagnosi" nei confronti di quei tossicodipendenti che presentano rilevanti sintomi sul piano psicopatologico è il frutto del ritorno acritico di culture biologiche. La conseguente riproposizione di classificazioni, definizioni e regole, piuttosto che facilitare la lettura della realtà tende a filtrarla, mascherarla, occultarla.

La diagnosi, "doppia" o "singola" che sia, è sempre una sottrazione di senso alla vita della persona: omologa, riduce, classifica sottraendo valore e senso alla storia personale, ai vissuti, alla soggettività.

Il processo diagnostico, in psichiatria, è sempre falsamente deduttivo: sovrapporre schemi e definizioni agli oggetti della sua osservazione e costruisce poi i relativi nessi causali.

L'uso della diagnosi, qui "doppia", piuttosto che offrire strumenti per la lettura e la comprensione della storia delle persone, risponde, in maniera difensiva, al bisogno di quei servizi che, attraverso pratiche che separano bisogni diversi in una stessa persona, perseguono l'obiettivo di allontanare da sé il problema e di dislocarlo altrove. Questo è il modo attraverso cui si sono strutturati e si alimentano circuiti infiniti che rinviando ad altro senza mai offrire una risposta esauriente e concreta; ciascun servizio dà una risposta, sempre parziale, e si garantisce rispetto al suo compito istituzionale.

Risponde ancora all'interesse delle case farmaceutiche che riducono e semplificano la vita delle persone per suggerire l'uso di farmaci per altro particolarmente costosi. Le anfetamine per bambini disattenti, gli antipsicotici di nuova generazione per gli adolescenti burrascosi; gli antidepressivi a "fiume" per le umane infelicità della vita quotidiana; e per gli anziani nelle case di riposo, sedativi e contenzione.

Su due elementi di riflessione vorrei fermare l'attenzione:

1. È del 1975 il divieto di ricoverare in manicomio i tossicodipendenti. La legge 685/75, evitando il ricovero del tossicodipendente in ospedale psichiatrico, cercava soprattutto di avviare percorsi sanitari e sociali non più fondati sulla istituzionalizzazione violenta delle persone. La legge, però, vietando il ricovero in manicomio, non voleva di certo dire che le persone che assumono sostanze non possono vivere anche situazioni di disagio assimilabili al disagio psichico.

2. Ha ragione Marcomini (cfr. *Fuoriluogo*, aprile 04) quando ricorda il peso della "illegalità del mercato" nelle storie di sofferenza di giovani tossicodipendenti. L'illegalità l'avevamo identificata, anni fa, con il "doppio del problema" ovvero quella maschera, quelle incrostazioni, quelle

modalità comportamentali stereotipate e stili di vita "istituzionalizzati" simili nelle diverse persone tossicodipendenti, necessitati, condizionati non dal problema in sé, ma dal suo "doppio" ovvero dalla illegalità. E abbiamo sempre saputo che, se quel "doppio" non fosse esistito, ovvero il carcere, la pena, il nascondimento, la coesione gruppale difensiva, la difesa fatta sistema di vita, la marginalità, e molto altro ancora, il problema sarebbe apparso per quello che era. E meno difficile sarebbe stata la ricerca di "percorsi di normalità". Ma, e qui la mia opinione è difforme da quella di Marcomini, si sarebbe comunque evidenziato un problema.

La tossicodipendenza non è soltanto la ricerca di nuove modalità di vivere, di rompere i limiti della normalità, di provare sensazioni particolari, forme di piacere e di introspezione speciali; spesso, e i servizi pubblici per le tossicodipendenze lo registrano tutti i giorni, i tossicodipendenti portano storie di vita condizionate dalla marginalità, dalla fragilità, dall'abbandono, dalla miseria anche culturale e relazionale! Poco hanno a che vedere con la libertà e il desiderio di radicalità. In questi casi quello che interessa non è la questione della "doppia diagnosi", ma la presenza o meno di servizi sanitari e sociali, pubblici e del privato sociale, in rete ed integrati, in grado di sviluppare *buone pratiche*, mettendo al centro la persona, tentando di trovare tutte le possibili soluzioni ai suoi molteplici bisogni. Anche se serve, e perché no!, in collaborazione con i servizi di salute mentale.

Quando invece i servizi intervengono catalogando e classificando con la finalità di separare bisogni e persone, producono la vera pericolosità sociale. Spingono le persone nell'area della marginalità e limitano di fatto il loro potere e la loro autonomia attraverso *cattive pratiche* fondate sul rinvio, sull'abbandono piuttosto che sul sostegno e l'accompagnamento.

Credo che oggi non si possa più parlare della psichiatria in termini di controllo sociale. L'esercizio del controllo si attua piuttosto attraverso meccanismi diffusi ed eterogenei talvolta sotterranei, impalpabili. La psichiatria non mi sembra più al centro della scena.

Il controllo oggi mi pare si materializzi piuttosto attraverso l'abbandono, la negazione. Le forme dell'esclusione si concretizzano, quasi per inerzia, in un processo progressivo di periferizzazione degli individui. La cittadinanza finisce silenziosamente per scivolare via.

Inclusione è la parola d'ordine delle democrazie mature. Se ieri gli psichiatri garantivano e confermavano (attraverso il certificato medico) l'esclusione, era questo il senso del mandato, oggi è per includere che si deve lavorare. Tuttavia sotto la copertura delle politiche per l'inclusione, periferizzazioni, frammentazioni, lesioni quotidiane di diritti costruiscono circuiti manicomiali sotterranei, giganteschi mondi di marginalità, assenza di democrazia, sottrazione di senso e di diritto alla vita di uomini e donne. È questa la piattezza, l'opacità, il mondo che conferma la psichiatria. Lo psichiatra, quello della "doppia diagnosi e non solo, oggi è di fatto complice (acritico) di questi meccanismi.

In altre parole la psichiatria clinica, ma anche nella sua declinazione comunitaria, territoriale, finisce per confermare questi percorsi di scivolamento verso il margine. Diventa una delle tante stazioni del declino, con le sue porte girevoli, le sue dichiarate competenze, insieme al carcere, alla stazione di polizia, all'alloggio popolare, l'ospedale, la panchina della metropolitana, l'associazione di volontariato. Sono certa che oggi bisogna rifiutarsi di giocare questo ruolo. In questo senso ritengo assai rischioso il ricorso alla "doppia diagnosi". Bisogna rifiutare di costruire la tragica inerzia del manicomio diffuso così come ci rifiutammo di essere complici della violenza delle istituzioni totali. Il rifiuto può attuarsi soltanto cercando di sviluppare intenzionalmente

strategie di contrasto a questi meccanismi di silenziosa periferizzazione. Più che distruzione di istituzioni il tecnico deve avvertire la necessità di costruire istituzioni, di inventare percorsi nuovi e alternativi, intrecciare instancabilmente reti di significato intorno alle persone. I servizi centrati sulle persone possono essere i luoghi di queste invenzioni dove può prendere forma, inverarsi, assumere il significato trasformativo il mandato dell'inclusione. Questo mi sembra antagonista.

Per chi ha lavorato per superare forme di istituzionalizzazione a tutela della cittadinanza e della soggettività e lavora oggi per costruire percorsi innovativi, non può non risultare evidente la necessità di superare non solo l'uso delle classificazioni e della "doppia diagnosi" ma anche la poetica e la mistica delle "alterazioni dello stato di coscienza". E non può non apparire altrettanto evidente la necessità di costruire nella ruvidezza della vita quotidiana davvero "percorsi di normalità" che sostengano la diversità, nel concreto, producendo inclusione sociale.

Da Fuoriluogo, maggio 2004 ■

GLI "HARQUIS" DELLA PSICHIATRIA E DEI SERT

Questa reificazione della sofferenza umana con la diagnosi asseconda la tendenza dei due servizi, già oberati di lavoro, a sminuire il problema di propria competenza e a esaltare quello altrui

HENRI MARGARON

Direttore del Dipartimento dipendenze, Asl 6 Livorno

Da qualche anno si moltiplicano pubblicazioni, seminari, convegni sul tema della doppia diagnosi. Non esiste incontro tra specialisti, tanto nel campo della tossicodipendenza quanto in quello della psichiatria che non preveda almeno una comunicazione sull'argomento. Ma più che un invito alla collaborazione tra psichiatria e servizi per la tossicodipendenza sembra spesso, per lo meno nella pratica quotidiana, un terreno di scontro! In effetti i pazienti ai quali viene assegnata questa etichetta possono essere considerati gli *harquis* dei nostri servizi. Per un lettore non francese che non ha conosciuto direttamente il dramma della guerra d'indipendenza dell'Algeria, gli *harquis* sono gli algerini che collaborarono con i francesi durante la guerra di liberazione e che una volta firmati gli accordi di Ginevra si trovarono a dovere vivere isolati, poiché rifiutati sia dai loro connazionali che dai francesi i quali non riuscivano a distinguerli dagli arabi contro i quali avevano combattuto!

Inserita nella nosografia psichiatrica ufficiale, la tossicodipendenza ha sempre dato alla psichiatria più di un motivo di "irritazione". Oltre a non adattarsi ai sistemi di cura che questi servizi propongono (farmacoterapia, psicoterapia, attività riabilitative), i tossicodipendenti hanno messo in evidenza le fragilità dell'edificio nosografico tradizionale basato sulle strutture patologiche della personalità obbligando la psichiatria a ripiegare su un assetto di tipo descrittivo che si vuole privo di qualsiasi a priori teorico. In realtà rimanda all'idea che ad ogni quadro elencato e descritto debba corrispondere inevitabilmente un'alterazione, una fragilità o una vulnerabilità biologica o genetica, specifica. I Sert per conto loro, dopo essere riusciti in qualche modo a dare una risposta anche ai "doppiadiagnosi", i casi più difficili, sicuramente aiutati in questo dal trattamento metadonico e da un approccio integrato, si ritrovano degli ospiti ingombranti e difficili da gestire e dai quali non riescono più a liberarsi!

La prima delle due diagnosi suggerita dall'etichetta doppia-diagnosi riguarda quindi la dipendenza da sostanze di cui il Dsm (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, il manuale di riferimento dell'Associazione psichiatrica americana, *ndt*) offre una descrizione puntigliosa e sicuramente di grande utilità, sebbene nessun operatore abbia mai avuto bisogno di ricorrervi per sentirsi autorizzato a firmare una tale diagnosi. La seconda in teoria potrebbe essere qualsiasi altra diagnosi psichiatrica, in realtà si limita ai disturbi di personalità, ognuno dei quali corredato da un ricco elenco di sintomi di cui si deve calcolare la frequenza di apparizione nell'ultimo periodo, giorno, settimana, mese. Per cui il medico nel momento della diagnosi si trova a fare come il confessore quando con la sua domanda che ha spaventato generazioni di adolescenti – "quante volte figliolo?" – concede maggiore importanza alla frequenza del peccato che alla ricerca dei motivi che hanno spinto il penitente a commetterlo!

Pretendere di misurare la gravità ed il significato di un sintomo sulla sua frequenza potrebbe

effettivamente essere trattato con un certo umorismo, se non fosse per il fatto che un tale sistema descrittivo suggerisce l'idea pericolosa secondo cui, come lo abbiamo appena ricordato, ad ogni elemento corrisponde una causa sinaptica, mediatoriale, genetica, come la si voglia immaginare la quale, sebbene sia sicuramente in parte vero, elude l'esigenza di prendere in considerazione la sofferenza umana come una condizione generale che va compresa ed affrontata globalmente. Le due "diagnosi" sono solamente alcune delle diverse espressioni che può assumere la sofferenza anche se possono complicarsi a vicenda o se il ricorso alla sostanza rappresenta a volte un tentativo di risposta alle difficoltà di stabilire rapporti adeguati con gli altri.

Questa reificazione della sofferenza umana oltre a favorire delle risposte parziali ed inefficaci nei confronti di situazioni così sfaccettate e complesse, favorisce la tendenza da parte dei servizi, già effettivamente oberati di lavoro, a sminuire il problema di propria competenza e ad esaltare quello di competenza dell'altro servizio. A questo gioco, naturalmente il Sert è perdente poiché è difficile negare una condizione di dipendenza a chi si prescrive del metadone, al quale per altro il paziente stesso non vuole rinunciare. Diversamente non è raro incontrare psichiatri chiamati a consulenza diventare confessori particolarmente distratti nella conta dei peccati, pur di evitare una diagnosi che li impegnerebbe!

Intendiamoci, non vogliamo negare la dimensione fisica o somatica che si può nascondere dietro certi comportamenti, nemmeno negare che certi comportamenti "antisociali" possono derivare da processi patologici e meno ancora che è difficile per un servizio che sia di psichiatria o di tossicodipendenza, immaginare programmi a lungo termine per tali pazienti. Estremamente adeguati nel trovare soluzioni immediate a certi problemi, questi portatori di disturbi di personalità si dimostrano generalmente completamente incapaci di valutare le conseguenze a lungo termine delle loro azioni e ciò rende difficile immaginare forme di protezione che possano essere loro utili ed accettate.

A Livorno nella realtà in cui operiamo, tra Sert e psichiatria abbiamo concordato un protocollo di collaborazione per questi casi. Siamo riusciti a farlo perché, sulla base di una cultura comune, abbiamo volutamente saltato di pari passo il problema categoriale per accettare di sottoscrivere l'impegno da parte di ognuno dei due servizi di rispondere, per valutarla ed eventualmente criticarla, ad ogni richiesta dell'altro qualora il primo dovesse ritenere che un paziente abbia bisogno di un aiuto supplementare e di concordare allora un programma specifico che coinvolga entrambi i servizi!

Non è limitandoci a ricomporre seppure in modo sofisticato e puntiglioso dei quadri comportamentali con la speranza di abbinarci il serotoninergico giusto che potremmo rispondere ai bisogni di questi pazienti, tutt'al più potremmo fare felici qualche casa farmaceutica alla ricerca di una fascia di mercato per una nuova molecola! Dobbiamo ripensare l'organizzazione e l'operatività dei nostri servizi, tanto quelle della psichiatria che quelle delle dipendenze. I nostri servizi sono animati da culture, da logiche, da modalità operative a volte molto diverse l'uno dall'altro ma tale diversità può essere una ricchezza, se rispettandosi reciprocamente, riescono ad attivare un confronto costruttivo alla ricerca di approcci innovativi per pazienti il cui avvicinamento alle droghe ha indubbiamente cambiato le problematiche.

Da Fuoriluogo, giugno 2004 ■

APPUNTI PER UNA DIAGNOSI RISPETTOSA DELL'UNICITÀ DEL SOGGETTO

SOFFERENZE TOSSICHE

UNA SFIDA AI SERVIZI

Cosa accade a chi vive allo stesso tempo un'esperienza di consumo e una di follia? Il fenomeno può sembrare ridicibile o a una dipendenza o a una malattia mentale, in realtà non è né l'una né l'altra, né ambedue insieme

STEFANO VECCHIO

Psichiatra, direttore Dipartimento farmacodipendenze Asl Na1

Il mondo dei consumi di droghe e delle sostanze psicoattive si è negli ultimi anni fortemente diversificato. È sempre più difficile formulare una immagine univoca del tossico o del consumatore, mentre d'altra parte i modi di consumare e di soffrire insieme, si sono moltiplicati. Anche se non è possibile stabilire una corrispondenza consumi di droghe/sofferenza (si pensi ai consumi collegati con il *loisir* notturno) è però vero che, da un po' di tempo, molte "storie tossiche" si sono intrecciate con esperienze di sofferenza particolarmente intense. La bagarre terminologica che si è sviluppata per cercare di dare senso a queste storie: se si debba parlare di doppia diagnosi o di comorbidità, rischia di avvitarsi su se stessa e di sottrarre piuttosto un senso. Di fatto parlare di doppia diagnosi significa mettere in evidenza la nostra ignoranza di fronte a un fenomeno che non può non essere unitario nella persona, mentre parlare di comorbidità tossico-psichiatrica (e non solo psichiatrica) significa ammettere che le due modalità di diagnosi e i due saperi in generale devono provare a dialogare per incontrare le persone e per comprendere cosa provano, cosa sentono e in cosa ci chiedono aiuto.

Ma prima ancora di porci il problema di come classificare o definire, è opportuno capire e cioè chiarire a noi stessi la natura e i caratteri di questa sofferenza tossica (come preferisco chiamarla), cercare di afferrarla così come ci appare immediatamente (senza mediazioni) attraverso i nostri sguardi semplici ma esercitati di operatori dei servizi... prima che queste esistenze si dissolvano nel mare delle dispute classificatorie o delle psicopatologie, dei riduzionismi bio-psico-socio...

Partiamo dal disorientamento (o se si preferisce dal carattere "perturbante") che proviamo al cospetto del tossico-folle: cosa accade a una persona che vive contemporaneamente un'esperienza di consumo di sostanze psicoattive e una esperienza folle? L'aspetto inedito sta in questo: in apparenza il fenomeno sembrerebbe ridicibile o a una tossicodipendenza o a una malattia mentale. In realtà quando si incontra quella persona ci si accorge che non è né l'una né l'altra e né tutte due insieme ma qualcosa di nuovo, di inedito che noi non dobbiamo avere la pretesa o la presunzione di conoscere già. Ciò che possiamo fare è utilizzare gli elementi della nostra cultura dell'incontro per iniziare a descrivere (co-descrivere tra operatori dei due sistemi di servizi e tra operatori ed utenti, per quanto è possibile), scambiarsi punti di vista, riflessioni, nella consapevolezza del carattere evolutivo, provvisorio e pragmatico di questa operazione. In tal modo si ricercherà l'aspetto inedito di quella sofferenza e la domanda di aiuto e le richieste di relazioni che eventualmente esprime. È singolare e significativo come in tutta la discussione che si è sviluppata sull'argomento sia stato completamente ignorato il pensiero di Franco Basaglia per il senso che ha rappresentato di liberazione non solo dei matti dal Manicomio ma anche dei

nostri pensieri dalle gabbie di culture chiuse ed autoreferenziali.

«Ed è per questo che la diagnosi psichiatrica ha assunto il significato di un giudizio di valore, di un etichettamento... Ciò significa che *il malato è stato isolato e messo tra parentesi dalla psichiatria, perché ci si potesse occupare della definizione astratta di una malattia*, della codificazione delle forme, della classificazione dei sintomi, senza temere possibili smentite da parte di una realtà che, in questo modo veniva ad essere negata. Ora, sommersi sotto un castello di entità morbose, etichettamenti, definizioni, *siamo costretti a mettere fra parentesi la "malattia" come classificazione nosografica se si vuole riuscire a vedere in faccia il malato e il suo disturbo reale*» (Franco Basaglia). L'avvertimento di Franco Basaglia ci deve accompagnare e aiutare a non ricadere nell'errore di riprodurre meccanismi di esclusione di nuova sofferenza. Ma proprio quelle riflessioni ci spingono a utilizzare gli elementi della nostra cultura di operatori per procedere per interrogativi intesi come gli elementi di base per procedere a chiarire l'inedito del fenomeno. Indico alcune di queste domande possibili:

Cosa accade nell'incontro tra una dinamica psichica che *allenta* i nessi psico-esistenziali e li disgrega ed una dinamica che li *ricostituisce* nella sua relazione reiterata (o provvisoria) con l'effetto di una sostanza stupefacente? Tra il farsi corpo della droga ed il dis-farsi della follia? Tra due stati modificati di coscienza (entrambi contraddizioni non ospitate dalla ragione dominante e perciò ritenute non conoscibili di per sé) che danno luogo a una nuova dinamica psico-esistenziale (sociale-interpersonale) che si costituisce e ri-costituisce nell'incontro tra due esperienze di sofferenza. L'interazione continua tra i due processi, cioè, quali formazioni di esistenza costituisce, quali mondi fonda?

Come accade nella psiche-esistenza, così anche nei saperi e nei sistemi di servizi è necessario adottare un approccio unitario rispettoso dell'autonomia e specificità del fenomeno che si esprime, appunto, in modo unitario nella persona. Una comorbidità può risultare dalla combinazione diversa di elementi (tipologia di sostanze, tipologie del consumo, precedenti psichiatrici, storia di tossicodipendenza, fase del ciclo della vita, famiglie multiproblematiche...) sempre considerando la "interpretazione unica" del soggetto protagonista che non recita nessun copione preconstituito. Ogni persona racconta una nuova "teoria" della comorbidità. Questo aspetto misterioso rappresenta anche il fascino del nostro lavoro.

La dia-gnosi, seguendo questo percorso, si sviluppa continuamente attraverso (*dia*) un processo di conoscenza (*gnosis*) di brani della storia di quella persona con la quale si prova a ricostituire il senso ed i significati che il consumo assume nell'intreccio con una psicopatologia. All'interno di questo stile può diventare stimolante anche reinterrogare le categorie nosografiche e psicopatologiche (nei diversi dialetti nei quali vengono declinate).

La diagnosi deve saper riflettere sulla gravità dei casi, sulla loro multiproblematicità. Una diagnosi *orientata all'intervento* deve considerare le risorse a disposizione (quelle della persona e quelle dei due sistemi di servizio implicati). Questo approccio può essere considerata una sfida per i due sistemi di servizi: Salute Mentale e Tossicodipendenze (e consumi di sostanze in generale) ai nostri saperi, alle nostre concezioni organizzative, alle nostre pratiche operative e discorsive diverse, divergenti in alcuni casi e convergenti in altri.

Da Fuoriluogo, luglio/agosto 2004 ■

DOPPIA DIAGNOSI, UNA GIUBBA RIVOLTATA

GRAZIA ZUFFA

È tossicodipendente o psicotico? È l'assunzione di droghe alla base del disturbo psichiatrico, o, al contrario, chi ne è affetto usa le droghe come automedicazione, per alleviare la sofferenza? Il secondo quesito è perlopiù oggetto di furiose contese fra i farmacologici, quando si disquisisce sulla nocività delle droghe illegali, nessuna esclusa: l'associazione droga/follia è da sempre un cavallo di battaglia dei proibizionisti più duri.

Il primo invece è assai popolare presso buona parte degli operatori, anche se ormai si è sedimentato in maniera apparentemente neutra: «È una doppia diagnosi», si dice con un sospiro. In effetti le dispute eziologiche sono vane agli occhi degli operatori, poiché la "doppia diagnosi" allude perlopiù ad una doppia prognosi di "incurabilità". Ciò spiega come mai questi doppi pazienti non siano in realtà pazienti di nessuno, perché nessuno li vuole, come già denunciava Henri Margaron (*Fuoriluogo*, giugno 2004). Al contempo, la rassegnata esclamazione svela il significato profondo della definizione: le persone che non si sanno trattare, rientrano (o meglio riescono) dalle porte girevoli dei servizi come "intrattabili", anzi come "doppiamente intrattabili". Con ciò il malato "cronico recidivante" è condannato, ma la medicina è salva.

Per meglio comprendere le odierne fortune di tanto accanimento diagnostico, è bene riandare agli albori dell'intreccio tra tossicodipendenza e disturbo mentale. Si scoprirà così che la doppia diagnosi non è altro che una vecchia giubba rivoltata: alle origini della cura delle dipendenze (e della proibizione) tutti i tossici erano visti come malati "incapaci di intendere e di volere", tanto che la legge del 1954 prevedeva il ricovero coatto.

Nell'incontro che si è svolto sul tema del consumo di droghe il 16 dicembre, nell'ambito del Secondo Forum della salute mentale, Giuseppe Dell'Acqua ha rievocato la battaglia di molti psichiatri negli anni '70, perché i tossicodipendenti e gli alcolisti non fossero più ricoverati in manicomio (che al tempo, com'è noto, esisteva ancora). All'ospedale psichiatrico, col suo eccesso di stigma, si sostituivano strategie di ascolto e di presa in carico della persona nell'unitarietà, e unicità, delle sue problematiche. Lo stesso percorso che avrebbe portato all'abolizione dell'istituzione totale anche per i matti.

A nessuno sfugge che, dietro quel mutamento di strategia, stava un diverso modo di leggere la malattia. Si può vederla dal punto di vista soggettivo di chi soffre, e allora la parola del paziente è fondamentale per "dire" (definire) lo "star male" e lo "star bene", il disturbo e la guarigione. E si può cogliere e apprezzare anche lo "star meglio": così la cura costruita intorno al soggetto si arricchisce di nuovi obiettivi, magari parziali, ma non per questo meno significativi.

Oppure si può scegliere lo sguardo esterno, della classificazione e catalogazione dei disturbi. Che è stigmatizzante perché rischia di ridurre l'individuo che soffre alla malattia. E che ad essa lo inchioda irreparabilmente, poiché solo la malattia quello sguardo è in grado di vedere, solo con la malattia quello sguardo è in grado di interloquire: «Tu non sei più tu, al tuo posto parla il disturbo. Tu non sei più tu, al tuo posto parla la droga». Come dire che la prognosi di "cronicità" è una profezia che si autoavvera, innanzitutto. E, in secondo luogo, annulla la linea d'ombra fra salute e

malattia, discriminando, alla lettera, fra sani e malati.

Il conflitto intorno al doppio sguardo (centrato sulla soggettività del paziente, oppure sull'oggettività definitoria della malattia) oggi si ripropone con forza. E quale sia più consono alle politiche di segregazione assistenziale, che oggi si tenta di rilanciare, è facile immaginare. E quanto queste politiche si nutrano della paura diffusa del "diverso", dell'intolleranza sociale per "l'altro", perfino dell'odio verso ciò che è sconosciuto e che non si vuol conoscere, anche questo è facile immaginare. Atal proposito, mi è capitato di recente un episodio che mi è apparso illuminante. Sull'autobus, un viaggiatore, non più giovane e assai modestamente vestito, parla fra sé e sé, a voce alta, ma non troppo. Un delirio ben "strutturato", sui pregi e i difetti dell'eterno femminile, ma senza recare disturbo a chicchessia. Arrivato alla fermata, il viaggiatore scende. Allora un secondo viaggiatore, giovane e di bella presenza, alza la voce. Lamenta che le autorità lascino girare indisturbate persone come il primo viaggiatore, «che prima o poi faranno del male a qualcuno». E lamenta che le stesse autorità se la prendono invece coi bravi cittadini: quelli come lui, ad esempio, denunciato (a piede libero) dai carabinieri per aver picchiato di santa ragione un marocchino. Che se le meritava tutte, visto che lui lo aveva scoperto a mettere le mani nella borsetta «di una connazionale». E sarebbe stato pronto a rifarlo, nonostante la "connazionale" non lo avesse difeso come si sarebbe aspettato, anzi aveva dichiarato di non essersi accorta del tentato furto.

Nessun commento, ma una sola domanda. Chi ragiona e chi delira? Chi è sano e chi è malato?

Da Fuoriluogo, dicembre 2004 ■

Le comunità e la comorbidità tossico-psichiatrica

PAZIENTI GRAVI E UTENTI GRAVOSI

Oggi ai servizi si rivolgono gli eroinomani “invecchiati” e malati, che vivono in un marcato isolamento sociale e con la paura del futuro: la domanda di aiuto si esprime in maniera aggressiva, sotto forma di pretesa e minaccia

Leopoldo Grosso

La percezione di un aggravamento delle persone che fanno uso di eroina per via endovenosa è un dato condiviso sia dagli operatori dei Sert che delle comunità. Per altro verso, l'utilizzo più massiccio dei test psicodiagnostici nei servizi ed i primi studi italiani in merito, pur con differenze di non poco conto, indicano una prevalenza assoluta della comorbidità psichiatrica all'interno della popolazione tossicodipendente. In tutte le ricerche condotte emerge che, nelle situazioni di comorbidità, la dipendenza da sostanza stupefacente si associa soprattutto ad un disturbo della personalità. Il sistema dei servizi per le tossicodipendenze è pertanto criticato per aver sottovalutato per troppo tempo, e di trascurare ancor oggi la problematica psichiatrica retrostante ai comportamenti additivi. Per contro, chi da più tempo lavora con le persone che fanno uso di eroina, teme che, accanto alla concezione riduzionistica di tipo bio-farmacologico già affermatasi, si aggiunga, tramite una progressiva psichiatrizzazione della tossicodipendenza, un'indebita patologizzazione dei comportamenti di consumo.

Quali sono i cambiamenti che inducono gli operatori dei servizi ad una rappresentazione di maggiore gravità del fenomeno? Innanzitutto la “gravosità” dei loro comportamenti come utenti. Il concetto di gravosità non è sinonimo di gravità. Un “paziente” può essere grave ma non necessariamente gravoso, e viceversa. La gravosità riguarda in particolare il dover fare i conti, da parte degli operatori, con un crescendo di impulsività, di aggressività, e di imprevedibilità di comportamenti. C'è spiegazione per tutto ciò?

Un dato di riscontro ormai comune, nelle comunità e nei Sert, quale “l'invecchiamento” dell'utenza eroinomane, forse può offrire qualche primo elemento. Persone tossicodipendenti che oggi hanno 35-40 anni (la fascia di età più rappresentata nelle comunità, ma con punte .no a 55-60), hanno accumulato sulle loro spalle interi decenni d'abuso di eroina. Sono, in molti casi, persone sopravvissute ai loro “compagni di buco”, anche grazie agli interventi di riduzione del danno. Sulla loro strada hanno incontrato spesso il carcere, esperienze “fauste” di overdose, altri svariati “incidenti” di percorso, talvolta l'Hiv e l'Aids, quasi sempre l'Hcv. Le loro cartelle cliniche, presso i Sert, sono ormai spesse quanto il cassetto che le contiene. Hanno anche provato, spesso più di una volta, ad emanciparsi dalla dipendenza, ma senza successo. L'uso duraturo della sostanza si è coniugato con il procedere del ciclo della vita, con il venir meno degli aiuti della famiglia d'origine, con le richieste di assunzione di maggiori responsabilità nei confronti dell'eventuale famiglia acquisita, con l'emergere di differenti bisogni connessi al deperimento ed alla mancata risoluzione delle esigenze di “sopravvivenza” quotidiana, in particolare allorché l'habitat è costituito dalla strada. Stress, conflitti, perdite e sofferenze, in tali situazioni, finiscono per pregiudicare ed interferire con equilibri psichici già precari. Ciò non comporta, né signi.ca,

alcun approdo automatico alla malattia mentale, ma può rendere più fragili le difese usuali, irrigidirne i meccanismi, incrementare le reattività, indurre a far ricorso a modalità di funzionamento sociale ancor meno adeguate, a farsi cogliere in crisi d'ansia, di panico e di esasperazione.

A ciò si deve aggiungere lo stato permanente di marcato isolamento sociale, l'angoscia della solitudine e la paura del futuro. Ne deriva una più evidente conflittualità relazionale, una progressione di comportamenti aggressivi, una domanda di aiuto che assume sempre più la forma della "pretesa", della "sassata sul vetro", della minaccia. Sono queste le persone che vengono classificate oggi, nella stragrande maggioranza, come personalità antisociali e *borderline*, la cui "comorbidità" è il risultato della combinazione tra una dipendenza dura ed illegale, mai risolta, e scelte di vita che hanno radici lontane, che hanno anche a che fare con le culture ed i codici dei gruppi dei pari, con il ruolo di "tossico" costretto a comportamenti illeciti per via di un'abitudine a cui non intende o non riesce a rinunciare.

Ma la sostanza, l'eroina in particolare, non dovrebbe contenerlo, tranquillizzarlo, sedarlo, quantomeno nella fase "alta" del consumo? Ed è sul piano delle mutazioni del mercato dell'offerta di sostanze che si rintraccia un altro elemento a spiegazione dell'aggravamento dei comportamenti. L'immissione massiccia della cocaina, trasformata da prodotto d'élite a prodotto di massa, ha comportato per le persone tossicodipendenti per via endovenosa, un uso "misto e combinato" di eroina e cocaina in varie forme. Le stesse confezioni d'eroina per la vendita al dettaglio oggi presenti sul mercato illegale sembrano più cocainizzate ed anfetaminizzate. Tale composizione chimica stimolerebbe meno le modalità di estraneazione e di passivizzazione tipiche del consumatore di eroina, con le cui caratteristiche gli operatori dei servizi hanno ormai acquisito pratica ed esperienza, ma indurrebbe comportamenti antitetici, aumentando l'irrequietezza, l'ansia, gli sbalzi repentini d'umore, l'imprevedibilità, la rabbia e l'aggressività.

Infine merita attenzione un ultimo aspetto: c'è una nuova affluenza ai servizi, soprattutto di giovani e giovanissimi, a volte minorenni, caratterizzati da situazioni di forte sofferenza psichica, che, dopo aver sperimentato più o meno tutte le sostanze in circolazione, "scelgono" l'eroina perché rappresenta il "farmaco" maggiormente rispondente ad un bisogno ed una funzione di autocura.

L'utenza eroinomane per via endovenosa rappresenta ancora l'85% dell'utenza dei Sert.

Comunità terapeutiche al bivio

La domanda di comunità è calata dal 1996 ad oggi dalle 24.000 alle 16.000 presenze. In seguito ad una confluenza di fattori, oggi l'utenza in trattamento in comunità riabilitativa è circa l'8% del totale dell'utenza trattata dai servizi. Le comunità si sono generalmente trasformate in un più ampio sistema di strutture residenziali allo scopo di rispondere con maggiore efficacia alla differenziazione dei bisogni di aiuto e di cura dell'utenza, abbandonando una logica di tipo autoreferenziale che tendeva a renderle avulse dal contesto territoriale e da uno stretto collegamento con la rete dei servizi. Molte delle comunità, in base al principio della massima individualizzazione possibile degli interventi, si sono orientate ad accogliere gruppi omogenei d'utenza, cercando di meglio declinare gli obiettivi dei trattamenti a seconda delle caratteristiche e delle specificità dei diversi raggruppamenti. Sono nate così le comunità per madri e bambini, per le coppie, le case alloggio per le persone in Aids conclamato, le comunità per minori, per l'alcoldipendenza. In una prospettiva di servizio, all'interno del più ampio sistema di cura, sono

invece stati creati i centri-crisi, le pronte accoglienze, le strutture di osservazione e diagnosi, gli alloggi a convivenza guidata finalizzati al reinserimento, tutta la rete della residenzialità e semiresidenzialità a bassa soglia.

Nel pieno corso di questo processo si è inserita la proposta di creare delle comunità per pazienti comorbili, persone tossicodipendenti con una problematica psichiatrica riconosciuta. Per quale comorbilità tossico-psichiatrica, quella grave o quella gravosa? Per i depressi gravi, per coloro che sentono le voci, per gli schizofrenici e per coloro che vedono nemici dappertutto, oppure per i "borderline" e gli "antisociali", che pur conservano un senso della realtà e per i quali, nonostante le loro dinamiche oppostive, si rende praticabile un contesto riabilitativo? Il dibattito si è immediatamente aperto, forse più nei fatti che nel confronto teorico delle possibili opzioni, che si riducono sostanzialmente a due.

Nel primo caso la comorbilità tossico-psichiatrica, così come determinata dal sistema dei servizi inviante, dovrebbe rappresentare, e non solo in virtù dell'etichetta diagnostica, un insieme omogeneo di persone con bisogni simili ed obiettivi almeno parzialmente analoghi, per il quale viene declinata una speci.ca modalità di intervento. Ne consegue la creazione di una ulteriore comunità specialistica, che privilegia la presenza di professionalità psichiatriche al suo interno e fa congruo uso di psicofarmaci.

Il programma si articola in un insieme di trattamenti individuali in cui l'eccezione diventa la regola, perdendo necessariamente di vista la finalità di fare gruppo e di renderlo protagonista del proprio percorso riabilitativo. La forza del gruppo, il codice fraterno è il vero motore della comunità per persone tossicodipendenti, che, in una comunità psichiatrica è uno strumento più fragile e debole. In quest'ordine di considerazioni si basa la seconda opzione che, invece di creare comunità specialistiche dall'etichettamento "pesante", integra, all'interno delle diverse comunità già esistenti e differenziate, le situazioni compatibili con la capacità della struttura di poterle gestire al meglio.

Le persone gravi e gravose vengono stimolate e fruiscono del "traino" del gruppo che, viceversa, impara a praticare nei loro confronti la necessaria tolleranza. Diversa è la situazione per quei pazienti psichiatrici conclamati, che sono utenti del Dipartimento di salute mentale e che abusano di sostanze e, nella maggior parte dei casi, non sviluppano una vera e propria dipendenza. Per loro appare tendenzialmente più indicata la comunità psichiatrica tout-court, così come concepita dal modello inglese di T. Maine e M. Jones.

Da Fuoriluogo, dicembre 2004 ■

IL TOSSICO ESECRATO E IL MATTO ADDOMESTICATO

La riforma sulla droga del '75 e la legge psichiatrica del '78, uno sguardo in parallelo trent'anni dopo

Giorgio Bignami

Nella seconda metà degli anni '70 del secolo scorso, cioè proprio in uno dei periodi più tormentati della nostra storia recente, vennero approvate le due leggi – la 685/1975 e la 180/1978 – che avrebbero dovuto porre fine al regime barbaro cui erano assoggettati i tossicodipendenti e i malati mentali. Tali leggi erano il risultato di difficili mediazioni tra parti politiche assai diverse, o addirittura in perenne scontro tra di loro; quindi, ovviamente, non potevano essere perfette. Da un lato aprivano spazi, per chi ne avesse la volontà civile e politica, per azioni positive di notevole rilevanza; dall'altro di fatto non impedivano il mantenimento dello status quo a tutti coloro – politici nazionali e locali, amministrativi, tecnici – ai quali per interessi economici, corporativi, clientelari, ideologici e politici conveniva di non applicare le nuove norme, ignorandole o dichiarandole assurde e/o inagibili. Sugli eventi dei primi anni successivi al varo delle due leggi è oggi possibile un giudizio quasi-storico. Stridente infatti appare il contrasto tra le situazioni nelle quali alcune parti hanno efficacemente utilizzato le nuove norme per cambiare radicalmente il destino di molti soggetti in precedenza bistrattati e puniti, e le molte situazioni in cui invece tutto è rimasto fermo, o i cambiamenti hanno avuto un carattere gattopardesco. In estrema sintesi, per la 685 si possono ricordare alcune delle ricadute positive: il modo intelligente in cui parte dei magistrati hanno applicato il criterio della «modica quantità»; la determinazione con la quale il ministro socialista Aldo Aniasi varò nel 1980 i decreti sui farmaci sostitutivi (metadone), incurante dei furibondi attacchi di varie parti sociali e politiche; la dedizione con cui molti operatori trasformarono le modalità di assistenza e cura, in particolare in quei servizi nei quali i decreti Aniasi non si ridussero alla pura e semplice erogazione di «droga di stato». In campo psichiatrico, la 180 era stata preceduta da robuste esperienze ampiamente pubblicizzate, come quella di Gorizia, di Trieste e altre; quindi, in teoria, essa consentiva minori alibi per la sua mancata applicazione. Allo stesso tempo, tuttavia, la legge era segnata da alcuni handicap inevitabili, date le acrobatiche mediazioni di cui era il frutto; cioè: 1) trattandosi di una sintetica legge-quadro, una volta cessato il momentaneo accordo tra le parti politiche si apriva un vuoto durato quasi vent'anni nei provvedimenti applicativi (sino al primo Progetto-obiettivo degli anni '90); 2) la legge aveva un carattere prevalentemente medico-sanitario, conditio sine qua non per prevenirne la bocciatura: un carattere che spianava la strada alla mistificazione buonista ancora oggi prevalente (il matto, poverello, non è un colpevole da controllare e punire, ma un ammalato da curare, mutatis mutandis, come un qualsiasi altro ammalato, consegnandolo per l'addomesticamento a un potere medico da secoli esperto in materia). In conseguenza la posizione basagliana, che da un lato pienamente riconosceva la natura di vera e propria malattia di buona parte delle patologie psichiche, ma dall'altro insisteva sul fatto che i danni derivavano in massima parte dal modo in cui i pazienti venivano trattati e spossessati dei loro diritti (per incidens, questa tesi era sostenuta da ripetute indagini multicentriche dell'Oms, le quali dimostravano come la cronicità fosse in larga parte la conseguenza dell'organizzazione socio-economica delle società più sviluppate, oltre che da esperienze come quelle di Mosher negli Stati

Uniti e di Ciompi in Svizzera) veniva e tuttora viene strumentalmente interpretata come una posizione estremista «antipsichiatrica». Tale indirizzo, secondo gli oppositori, danneggerebbe gravemente sia gli utenti che gli operatori, svalutando specifiche professionalità come quella medico-farmacologica e quelle psicoterapiche, promuovendo un assistenzialismo dequalificante. Quindi, per lungo tempo nelle sedi di servizio e di formazione ci si è guardati bene dal promuovere e dall'insegnare la professionalità almeno altrettanto ardua e «nobile» della comunicazione con i soggetti, della comprensione dei loro problemi, dell'assiduo sforzarsi nella ricerca di soluzioni appropriate (per i soldi, la casa, il lavoro, i rapporti sociali, la lotta allo stigma, la riappropriazione dei diritti): una professionalità che ovviamente non è in opposizione al corretto esercizio delle precedenti, in un lavoro di équipe ben integrata. (Chi ha poco tempo o voglia di leggere sull'argomento, vada almeno a vedere lo straordinario film «Si può fare» di Giulio Manfredonia).

Da un certo momento in poi i percorsi abbastanza simili – nel bene e nel male – della droga e della psichiatria cominciano a divergere. Smanioso di mostrarsi servo fedele degli Stati Uniti, forte delle paure stigmatizzanti abilmente alimentate in modo indiscriminato nei riguardi degli assuntori «pesanti» e di quelli innocui, Craxi impone di cancellare le parti più positive della 685 col Testo unico del 1990, firmato dalla teodem Rosa Russo Jervolino e dal socialista Giuliano Vassalli. Il resto è sin troppo noto, dal varo della Fini-Giovanardi al mancato rispetto, nei due anni del successivo governo di centro-sinistra, degli impegni assunti in campagna elettorale per la abrogazione di detta legge e per la promozione delle strategie di riduzione del danno. Per contro i successivi governi Berlusconi, mentre «fanno la faccia feroce» con i progetti di controriforma della 180, di fatto non riescono a farli avanzare di un millimetro; e forse, furbescamente, non hanno neanche l'intenzione di farli avanzare. Perché una tale differenza? Forse conta soprattutto il diverso peso degli interessi nei due campi: da un lato i sempre più stretti legami tra politica, economia legale ed economia criminale, concimati dal proibizionismo, dall'altro le scaramucce di rilevanza assai più modesta per l'appropriazione degli spiccioli della spesa sociale e sanitaria destinati alla salute mentale (spiccioli che comunque già ora vanno in buona parte al privato, in particolare alle innumerevoli mini-strutture convenzionate di «riabilitazione» – leggi lungodegenza –, per lo più di basso profilo). O forse pesano le ricadute di storie diverse, cioè i quasi due decenni di robuste esperienze di innovazione in campo psichiatrico, prima del varo della 180, a fronte di azioni meno decise e meno avvertite dall'uomo della strada prima del varo della 685. O forse dobbiamo considerare soprattutto gli sbalorditivi «progressi» nelle tecniche di comunicazione, che hanno fatto sì che il consumo di droga – sia quello minoritario «pesante» e a rischio, sia quello maggioritario «leggero» e innocuo – e il disturbo mentale siano ormai visti in modo assai diverso da una parte crescente dei cittadini: il primo sempre più demonizzato, anche sfruttando le antiche incrostazioni ideologiche contro la «ricerca del piacere» fuori dalle regole; il secondo, decolpevolizzato e addomesticato soprattutto attraverso la medicalizzazione, ormai relativamente più tollerabile. In ultima analisi, per costruire un'azione più incisiva, urgono chiare e documentate risposte a questi e altri interrogativi. Ciò richiede un impegnativo lavoro secondo indirizzi assai diversi da quelli oggi prevalenti nella ricerca, un lavoro che mentre la casa brucia non può esser delegato ai proverbiali poster.

da Fuoriluogo dicembre 2008 ■