

**5° Conferenza Nazionale sulle Politiche Antidroga
12-14 marzo 2009
Trieste**

**Sessione su
“ Aspetti etici e antropologici nelle dipendenze”**

**“ DALLE DIPENDENZE PATOLOGICHE
ALLA PARTECIPAZIONE:
come rompere con l'ipocrisia”**

**a cura del dr. Fernando Antonio (Tonino) d'Angelo
Regione Puglia**

**“ Fare i cittadini è il modo migliore di esserlo.
Non sudditi ,ma padroni di casa della Repubblica”**

DALLE DIPENDENZE PATOLOGICHE ALLA PARTECIPAZIONE”
--

Occorre rispondere alle seguenti domande:

- **Quale è oggi lo “Statuto” giuridico delle persone con dipendenza patologica ?**
- **Quale è il rapporto tra Medicina ufficiale e riduzione del danno ?**
- **Quale Etica del quotidiano in un progetto di vita, che non consente deleghe?**
- **Quale modo strategico per una società solidale per una convivenza civile tra le diversità?**

...PER UN APPROCCIO STORICO-ANTROPOLOGICO che ci faccia almeno rompere con alcune “certezze”
--

L'incontro dell'uomo con le sostanze psicoattive

... nell'affrontare il buio, il terremoto, il tuono o il fulmine, la forza muscolare e l'esercizio delle proprie capacità fisiche non servivano all'uomo “primitivo” assolutamente a niente; l'unica possibilità era, appunto, quella di espandere la propria coscienza nell'esperienza della immaginazione , proiettando sulle cose le proprie fantasie, fino a impregnarle di significato ed a conseguire una spiegazione...

....se lo strumento cardine cui i nostri progenitori si affidavano nella lotta per la sopravvivenza e per il controllo dell'ambiente era il potere della mente, perché non avrebbero dovuto imparare a riconoscere ed a coltivare quei vegetali capaci di potenziarne così meravigliosamente il funzionamento che avevano assaggiato e sperimentato più o meno casualmente nella loro ricerca del cibo?

... Ecco come il consumo di sostanze psicoattive può essersi legato fin dalla preistoria dell'umanità ad un elemento fondamentale dell'esperienza umana: l'espansione della propria coscienza e l'interpretazione della realtà.

La ricerca del piacere, pure inscindibilmente legata all'assunzione delle droghe, può essere benissimo intesa in questa chiave: quale maggiore piacere poteva esserci per i nostri progenitori preistorici del superamento dell'angoscia esistenziale, derivante loro dall'errare in un mondo totalmente sconosciuto e terribile, attraverso una graduale interpretazione delle forze che agivano dentro i fenomeni naturali?

Le reazioni chimiche sono i processi fondamentali della vita ed è attraverso processi chimici che la vita si è trasformata, che l'essere vivente si accresce, mantiene la sua omeostasi ed avvia i processi, anch'essi chimici, della morte. Con sostanze chimiche, gli alimenti, ci manteniamo in vita

e con sostanze chimiche, i farmaci, lottiamo contro la morte(Terranova Cecchini-Cornacchia: "Quale droga"-Tennerello Editore).

Questa triplice relazione tra corpo, cibo e droga, al di là dell'osservazione molto empirica che certe sostanze provate per cibarsi in realtà mutano lo stato della mente, va tenuta presente perché mi sembra dotata di una grande significatività.

La consapevolezza del dolore e del piacere, e non la semplice sensazione del dolore e del piacere, è l'elemento distintivo della condizione umana.

E questo elemento è di grande importanza nel rendere conto delle modalità con cui si costruisce il rapporto degli uomini con le droghe.

LE TUE....LE MIE DROGHE?

Le droghe sono, in genere, intrinsecamente funzionali a una delle più profonde esigenze umane, quella di sperimentare stati diversi e più allargati di coscienza; in virtù di questa loro valenza e potenzialità, esse sono presenti all'interno di tutte le culture umane.

Se il loro consumo non è mai liberalizzato, è perché il "Potere" non può mai liberalizzare l'accesso alla dimensione del "meraviglioso", potenzialmente eversiva di qualsiasi ordine costituito.

Inoltre le droghe si prestano ottimamente a tutta una serie di strumentalizzazioni gestite dai gruppi dominanti; possono diventare funzionali alle esigenze della produttività e del controllo sociale; possono essere vietate e servire da pretesto per criminalizzare il gruppo sociale che le consuma; possono servire a costruire operazioni di imperialismo economico e culturale.

Il rapporto con le droghe vissuto dalla nostra società è altamente drammatico: adoperiamo, in genere, le droghe più pericolose-superalcolici, droghe di sintesi-secondo le modalità di consumo più compulsive, degradate ed umilianti.

Questo dipende semplicemente dal fatto che siamo la società più contraddittoria e violenta che sia mai comparsa sulla scena di questo Pianeta..... E quindi abbiamo le droghe e le modalità di consumo delle droghe che ci meritiamo.....

La Medicina ufficiale ci è ricascata?

Quale approccio etico-antropologico?

"Correzione come cura, comportamento come malattia

Il "lager-pensiero" della medicina sulle droghe "

■ Si può condensare il discorso con uno slogan: **"Consumo di droghe: medicina ufficiale, se ci sei batti un colpo"**.

■ L'approccio odierno alle tossicodipendenze è infatti più simile a quello che si potrebbe definire un lager-pensiero, che orienta la "terapia" nei campi di rieducazione, o... di concentramento: invero distantissimo dalla medicina ufficiale e dallo stesso giuramento di Ippocrate, che sostanzia (o dovrebbe sostanziale) ogni intervento preventivo, terapeutico, riabilitativo del medico come di altri operatori socio-sanitari.

■ Nel campo delle droghe, la medicina smarrisce se stessa quando confonde l'obiettivo della cura con quello della correzione comportamentale del soggetto che assume sostanze.

La riduzione del danno

..... per restituire alla Medicina ufficiale

un approccio etico-antropologico coerente

In questo senso, la riduzione del danno si pone come segnale di contraddizione rispetto al prevalente indirizzo "terapeutico-coercitivo" nel campo delle tossicodipendenze.

Ma non è un caso che per indicare quello che dovrebbe essere l'approccio "normale" di cura, valido per tutti, compreso i consumatori di droga, si adotti invece un termine specifico, la riduzione del danno, appunto.

Per certi versi, l'utente tossicodipendente riceve un trattamento più coattivo del paziente psichiatrico. È vero che in psichiatria si interviene (in casi estremi) in modo coattivo, ma non certo per "guarire", bensì, si afferma, per evitare che il paziente si faccia del male o faccia del male ad altri. Si interviene, allora, nell'emergenza con farmaci o con altri presidi, che comunque, sulla base dell'attuale normativa sanitaria, devono lasciare il passo ad altri tipi di interventi.

Utilizzando la terminologia consueta per le droghe, questi potrebbero definirsi interventi di riduzione del danno: caratterizzati da una serie molteplice e diversificata di prestazioni accessibili in forma non coattiva. È questa la "normalità" terapeutica che la legge sancisce anche per l'utente psichiatrico (ma non per il tossicodipendente). Ma vediamo più da vicino quali sono i principi dell'etica medica che guidano, o dovrebbero guidare, qualsiasi rapporto medico-paziente.

Possiamo ispirarci ad alcuni passi significativi della "dichiarazione di Cos", una sorta di riproposizione aggiornata del giuramento di Ippocrate, elaborata in un convegno internazionale, promosso da Medicina Democratica e tenuto in Grecia nell'ottobre 1992.

Dice testualmente la dichiarazione di COS: "Tutti noi, che con ruoli diversi lavoriamo al servizio della salute (...), ci impegniamo:

1) a non dimenticare mai che l'evoluzione della nostra scienza ci obbliga all'ascolto dell'altro (...) saremo a fianco del paziente, lo accompagneremo e concorderemo con lui le strategie di trattamento, facendo di tutto per non trovarci nella condizione di dover imporre misure terapeutiche;

2) a proporci come uno dei punti di riferimento per coloro che soffrono, senza eccezione alcuna, nel rispetto del loro modo di vivere, della loro cultura, delle loro credenze (...);

3) a chiedere l'accesso alle cure per tutti e a batterci per questo diritto (...).

Come si vede si tratta di principi universali.

Se non si applicano ai consumatori di droghe, è perché la logica della proibizione interferisce con la cura, snaturandone l'ispirazione etica.

TUTTAVIA, È MATURO IL TEMPO PER RECUPERARE UN APPROCCIO SCIENTIFICO UNITARIO AL PROBLEMA DI TUTTE LE DROGHE, LEGALI O ILLEGALI CHE SIANO:

PER LE PERSONE CHE ASSUMONO BEVANDE ALCOLICHE O CONSUMANO TABACCO O HASHISH, COME ALTRE DROGHE, DEVONO VALERE I DIRITTI come recitati nella dichiarazione di Cos, secondo i principi della medicina ufficiale.

Proviamo allora, noi medici per primi, noi operatori, formali e informali, noi cittadini, a rispondere ai seguenti interrogativi (attenzione, però: ci vuole un pizzico di onestà intellettuale e di coerenza, per svelare le incongruenze):

-alla persona diabetica, che interrompe o non segue correttamente una dieta, con la conseguenza di una crisi iperglicemica, il medico è tenuto comunque a prestare soccorso, evitandole il peggio? Pur sapendo che la persona ancora non ha deciso di seguire uno stile di vita sano?;

- alla persona già infartuata, cui è stato "prescritto" di non fumare, e che invero continua, il medico è tenuto a prestare soccorso nel caso di disturbi o recidiva infartuale, connessi all'abitudine del tabacco? Pur sapendo che la persona ancora non ha deciso di smettere di fumare e di seguire uno stile di vita sano?;

-alla persona ipertesa (con la pressione arteriosa alta), che continui a fumare e che pertanto presenti una crisi ipertensiva, il medico è tenuto a somministrare farmaci che la aiutino a normalizzare la pressione arteriosa? Pur sapendo che la persona non ha ancora deciso di smettere di fumare?;

-alla persona che soffre di ulcera gastrica, che continui a fumare, bere alcolici e mangiare cibi "vietati", il medico è tenuto a prestare soccorso in caso di disturbi? Pur sapendo che la persona non seguirà uno stile di vita sano?;

-alla persona che si ammala di patologie infettive, sulla base di comportamenti a rischio, come ad esempio le infezioni a trasmissione sessuale, il medico è tenuto a prestare soccorso? Pur essendo in dubbio che la persona ripeta i comportamenti rischiosi?

Potremmo andare avanti all'infinito, ognuno facendo riferimento alle proprie esperienze in materia di salute, sapendo che comunque il medico o altro operatore sanitario, mentre soccorre le persone nelle condizioni sopra descritte, consiglierà e rammenterà le indicazioni preventive, igienico-sanitarie, le regole comportamentali per uno stile di vita "sano" rivolte alla "guarigione": ma si tratterà di consigli, non ordini.

Allora: perché mai, nel caso delle persone cosiddette tossicodipendenti, dovremmo usare un approccio non "normale", ovvero non orientato ai canoni e all'impostazione scientifica e deontologico-professionale usata nella medicina ufficiale?

Il ribadire una diversa impostazione e un diverso approccio, oltre a rappresentare una palese discriminazione nei confronti dei "tossicodipendenti", trova invero la sua motivazione unicamente sul versante emotivo, rispetto all'immaginario collettivo sulle droghe, specie se illegali. Che non è cambiato granché nei secoli (anche se, nei diversi periodi e presso i diversi popoli, differenti droghe sono state messe al bando).

Lo testimonia una gustosa citazione da un opuscolo contro l'uso del tabacco, diffuso nel 1604 dal re d'Inghilterra Giacomo I: "il tabacco è la viva immagine e modello dell'inferno (...), vale a dire: primo è fumo, e tali sono le vanità di questo mondo. Secondo, delizia chi lo prende, e così i piaceri mondani deliziano l'uomo mondano. Terzo, inebria e svuota la testa, e così fanno le vanità del mondo di cui l'uomo si ubriaca. Quarto, colui che prende il tabacco dice di non poterlo lasciare, di essere stregato: e allo stesso modo i piaceri mondani fanno l'uomo restio a lasciarli, tanto ne è incantato. E, oltre a tutto questo, la sua materia prima è come l'inferno, perché è maleodorante e disgustosa, e così è l'inferno" (da Brian Inglis, "Il gioco proibito").

IL MEDICO DEGLI SCHIAVI E IL MEDICO DEGLI UOMINI LIBERI

"NESSUNO DI TALI MEDICI DÀ AGLI SCHIAVI SPIEGAZIONI RAZIONALI SULLA MALATTIA DI CUI CIASCUNO DI ESSI SOFFRE; POI DOPO AVER PRESCRITTO QUANTO LA PRATICA SUGGERISCE LORO, CON UN'ARROGANZA DATIRANNI, CORRONO A VISITARE UN ALTRO SCHIAVO MALATO"

"EGLI (IL MEDICO DEGLI UOMINI LIBERI) ESAMINA A FONDO LE MALATTIE FIN DALL'INIZIO E SECONDO IL LORO NATURALE SVILUPPO, E, DISCORRENDO CON IL PAZIENTE STESSO E CON I SUOI AMICI, DA UNA PARTE SI INFORMA PERSONALMENTE PRESSO I MALATI, DALL'ALTRO ISTRUISCE I MALATI STESSI PER QUANTO E' POSSIBILE; NULLA POI PRESCRIVE DI CUI NON SIA BEN CONVINTO EGLI STESSO. ED E' ALLORA, CONTINUANDO A TENERE IL MALATO SERENO GRAZIE ALLA PERSUASIONE E A PREDISPORLO FAVOREVOLMENTE, CHE EGLI CERCA DI COMPLETARE LA SUA OPERA RICONDUCENDOLO ALLA SALUTE"

**PLATONE, LEGGI 720 A-E
(IV SEC. A.C.)**

...stralcio da pag. 238 del libro " Attualità del pensiero e dell'opera di G.A. Maccacaro":

▪ "è la crisi di questa medicina contemporanea che, di giorno in giorno, si fa sempre più assistenzialmente inefficace e socialmente repressiva.

•L'inefficacia dell'assistenza è dimostrata da:

- 1) *progressivo deterioramento, statisticamente documentabile, della salute collettiva per l'incidenza crescente di tutte le malattie legate alla nocività -dell'ambiente di lavoro, di abitazione, di alimentazione e di vita -che è il portato inseparabile del modo di produzione capitalistico;*
- 2) *ricorrenza -frequente e dilagante -di patologie infettive che si credevano e potevano essere state debellate;*
- 3) *vertiginoso incremento del consumo di farmaci in larga misura meramente sintomatici e concretamente tossici;*
- 4) *emergenza di un diffuso malessere, socialmente determinato e personalmente patito che investe larghi strati della popolazione indotta o costretta a vivere come "disturbo mentale" ciò che è soltanto "insopportabilità di vita".*

•La funzione repressiva è dimostrata da:

- 1) *crescente trasferimento dei problemi sociali e personali (conflittualità, trasgressione dei limiti di "norma", domanda di soggettivazione, ecc.) in un'area di gestibilità istituzionale e di silenziamento terapeutico;*
- 2) *avanzante tecnicizzazione dell'atto medico fino all'estinzione dei suoi contenuti di rapporto interpersonale;*
- 3) *diffusione di false o inefficaci pratiche di prevenzione secondaria per deviare la domanda di conversione del modo di produzione;*
- 4) *attribuzione al medico di nuovi compiti repressivi nei confronti del comportamento infantile, se è un pediatra, del diritto di aborto se è un ostetrico, del rifiuto del lavoro se è un fiscale, dell'uso di droga se è un medico, della devianza se è uno psichiatra, della rivolta alla nocività se è un medico del lavoro, e così via. "*

La medicina deve essere:

- **preventiva** nel senso più genuino e intrepido non esaurendosi nella diagnosi precoce di malattia già accettata nel momento in cui sono accertate: promuovendo invece, e difendendo la salute umana da tutte le offese dell'ambiente di lavoro e di vita fino a piegare queste a quella e non viceversa;
- **sociale** nel senso che sappia rivolgere e portare il suo intervento nella comunità reale in cui l'uomo vive, opera e realizza se stesso, senza strappare o ignorare, come da sempre, queste sue radici ma riconoscendovi, anzi, la testimonianza dell'assoluta inseparabilità della salute collettiva da quella individuale;
- **collettiva** nel senso che, superando qualsiasi forma presente o imminente del sistema mutualistico burocratico, parassitario e inefficace, dichiara e realizza l'assunzione integrale da parte della collettività partecipante del diritto di porsi come soggetto non solo di salute ma anche di sanità;
- **umana** nella misura in cui - recuperato il colloquio perduto tra una medicina sempre più oggettivante ed una sofferenza più soggettivata, ricomposti i frammenti di un atto medico denaturato dalla mercificazione e dalla oblazione al potere - restituisca al malato e al medico la loro integrità che li faccia essere finalmente della stessa parte: *quella dell'uomo contro il potere, quella del lavoro contro il capitale.*

La Casa della Salute

...quale orizzonte antropologico- strutturale e relazionale del fare servizio, dell'abitare" il contesto e del fare Salute in modo partecipato

Breve focus

■ *La Casa della Salute è una proposta "storica", avanzata da Giulio Maccacaro, fondatore di Medicina Democratica, insieme alla Unità Sanitaria Locale, nel 1972. I principi di allora, quelli contenuti nella Riforma, già iscritti nelle brevi elaborazioni della Resistenza, devono ritornare ad essere praticati. La Casa della Salute è il modo di recuperare la memoria storica, di essere legati alla realtà e al tempo stesso di guardare al futuro, di portare sufficiente rinnovamento, di suscitare forme e metodi nuovi.*

Nella Casa della Salute, i Servizi devono "incrociare" i piani di zona, il programma "GUADAGNARE SALUTE"

programma che responsabilizza ogni soggetto, ai diversi livelli

**SECONDO I DATI DELL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ
QUASI NOVE DECESSI SU DIECI E OLTRE IL 75% DELLA SPESA SANITARIA IN
EUROPA E IN ITALIA SONO CAUSATI DA ALCUNE PATOLOGIE CHE HANNO TRA
LORO UN MIMIMO COMUNE DENOMINATORE: I CATTIVI STILI DI VITA, I RISCHI
AMBIENTALI.**

**DISTURBI CARDIOVASCOLARI, TUMORI, DIABETE, MALATTIE RESPIRATORIE
CRONICHE, DISTURBI MENTALI E MUSCOLO-SCHELETRICI. ECCOLI I SEI KILLER PIÙ
INSIDIOSI PER LA NOSTRA SALUTE, RESPONSABILI DEL 77% DEGLI ANNI DI VITA
PERSI IN BUONA SALUTE MA CHE, TUTTAVIA, SONO AMPIAMENTE PREVENIBILI,
MODIFICANDO I MODI DELLA PRODUZIONE, NON FUMANDO, MANGIANDO IN
MODO SANO ED EQUILIBRATO (SOPRATTUTTO FRUTTA E VERDURA), NON
ABUSANDO DELL'ALCOL E RICORDANDOSI CHE IL NOSTRO ORGANISMO
RICHIEDE MOVIMENTO FISICO COSTANTE E NON SEDENTARIETÀ**

Per fare un po' di memoria: da un documento del 1992

BUSINESS-DROGA: UNA TANGENTOPOLI INESPLORATA

di Tonino d'Angelo-Medicina Democratica Ottobre'92 -

La legge 162/90, indi il testo unico DPR 309/90 e i successivi decreti attuativi, rappresentano nella loro progressiva concretizzazione:

- 1) 1' affermazione economico-finanziaria dell'Apparato Multinazionale medico-industriale, intendosi non una mera enunciazione, semmai di sapore "vetero-marxista", bensì per usare un gergo ormai comune, la tangentopoli del business-droga, tramite il consolidarsi di voci di spesa rese obbligatorie dalla stessa legislazione (vedi in appresso, es. test obbligatori anti-droga, uso più o meno sperimentale di "nuovi" farmaci, costruzione e ri-strutturazione di nuove carceri con appalti su appalti, flussi finanziari per nuove "istituzioni" di segregazione o di contenimento del sintomo e del disagio, ovvero Comunità-"cliniche", lottizzate tra partiti e/o gruppi di affari trasversali tra essi e le loro lobbies della formazione e delle "riabilitazioni");
- 2) la riduzione o meglio l'abolizione della prevenzione, laddove viene tradotta culturalmente e praticamente in operazioni invero commerciali come i farmaci antagonisti (es. naltrexone) da usarsi come "prevenzione" o "vaccino" per non sentire gli effetti della eroina quando la si assume, ovvero coniugando la dissuasione, tramite la repressione prevista per legge (carcere, sanzioni amministrative, etc), con la assimilazione progressiva dei tossicodipendenti a cavia da laboratorio, su cui tutti i nuovi santoni della ricerca e i nuovi "scienziati" della droga sentono l'obbligo (e l'interesse) di sperimentare e provare soluzioni "miracolistiche"; queste, contrabbandate come "Laiche", vengono a volte contrapposte strumentalmente, ma ne sono l'altra faccia della medaglia, a quelle che si fondano su un catechismo che, per dirla con Cristo, intenderebbero costringere i tossicodipendenti, direi tutti i giovani, a vestire i panni dell'eterno penitente, del santo per forza, del "para-fulmine" delle contraddizioni sociali e individuali, senza una equa assunzione di

responsabilità, ai diversi livelli, ed affermazione di diritti e doveri conseguenti (una vera e propria FIERA dell' IPOCRISIA);

FACCIAMO DEGLI ESEMPI:

A) **Test antidroga obbligatorio:** la legge "anti-droga" sintetizza qui tutto il suo impianto ideologico, asservito alle multinazionali farmaceutiche, e subalterno ad una "cultura" della prevenzione, fondata sulla "diagnosi" precoce e peggio su una campagna di massa di tipo terroristico e assolutamente non preventiva.

Si vorrebbe, per decreto, sottoporre a test obbligatorio alcune categorie di lavoratori, prima di essere assunti, e occasionalmente durante l'attività lavorativa ogni anno (forse a campione, deciso come?...), in tutto interessante intorno ai 2-3 milioni di lavoratori (a parte i falsi positivi tecnicamente possibile nei test, che impediscono un uso incontestabile degli stessi test), ove il test venisse compiuto anche una sola volta con la ricerca nei liquidi biologici dei metaboliti delle "principali" droghe su 3 milioni di persone costa non meno (e una sola volta) di 300 miliardi! !

300 miliardi di pisciato dei lavoratori (il controllo è sulle urine) che arricchiscono i padroni Anche questa operazione è tutta interna alle **manovre intese a far pagare ai lavoratori i costi di una prevenzione "urinaria", a tutto vantaggio del Capitale!**

La vera prevenzione è investire nei quartieri, negli ambienti di vita e di lavoro, per la eliminazione dei fattori, delle cause alla base del disagio e delle patologie sociali e non quella.... sulle urine dei lavoratori.

B) **Comunità, comunità..... sempre comunità!**

Altra faccia della medaglia della prevenzione "urinaria" è l'investimento sulla "soluzione" comunitaria o su servizi (anche quelli pubblici) sganciati da politiche sociali radicate sul territorio.

Se solo dovessimo "inserire" in comunità 100.000 tossicodipendenti all'anno, ci troveremo di fronte ad un costo annuo di lire 2.000 (DUEMILA) miliardi! ! Ma il dato drammatico è che gran parte di questa operazione è di già un business senza alcun riscontro serio sul piano di risultati, salvo eccezioni. In effetti è ormai in fase avanzata una vera e propria **"clinicizzazione" delle vecchie esperienze comunitarie**, pur nate sulla base di bisogni reali di comunicazione e di relazioni significative che lasciano il posto a giganteschi investimenti raccordati ai diversi livelli istituzionali che hanno determinato la costruzione di centinaia di cattedrali o meglio **nuovi e moderni lazzeretti, "clinichette", con "primarietti" politicamente appaltati.**

C) **CARCERI A CUSTODIA ATTENUATA, REPARTINI CARCERARI PER TOSSICODIPENDENTI:** centinaia di miliardi spesi di recente per ristrutturare carceri vecchi o costruire nuove carceri per tossicodipendenti (ora messe in discussione) che hanno portato, con appalti su appalti, soldi nelle tasche di chissà quale cordata ministeriale-imprenditoriale per altre "cattedrali" inutili e dannose!!

D) **Farmaci.....profitti e carriere.....**

Farmacologi di Palazzo e "sperimentatori" da strapazzo nei servizi pubblici, "suggeriti" o "comprati" dall'apparato delle multinazionali farmaceutiche, che utilizzano come nuove cavie i tossicodipendenti, i sieropositivi, gli emarginati in senso lato: un altro aspetto delle politiche sociali "negate". Naltrexone come "vaccino", l'AZT come "prevenzione" dell'AIDS conclamato, psicofarmaci "buoni" a tutte le ore, il "metadone" ora in cronaca nera ora in cronaca scientifica, tutto sulla pelle dei tossicodipendenti per lo più negando loro diritti e disconoscendo bisogni, in una gara di ipocrisie che quasi mai diventa uno scontro o confronto sulle politiche sociali, bensì risultando una rappresentazione di interessi affari ricerca di prestigio e carriere facili. .."bruciando" in tal modo le stesse esperienze qualificate di uso dei farmaci (poche!).

Anche qui un giro di miliardi.....

E) **Prevenzione quella vera (?)**

La legge ha attivato, tramite alcuni progetti dei Comuni, delle Regioni, spesso in collaborazione con Enti, Associazioni di volontariato, flussi finanziari per una prevenzione che, almeno sulla carta, dovrebbe investire il territorio, la Scuola e i diversi ambiti di vita e di relazione. Anche qui assistiamo alla nascita e crescita di apparati, di società "specializzate" in progetti e attuazione di interventi preventivi, che invero sono articolazioni di partiti o correnti di essi, innestanti processi di omologazione e di controllo sociale, non orientati in alcun modo a rimuovere fattori di rischio e cause, strutturali e non.

E ci fermiamo qui...con gli esempi.

Quale piattaforma-vertenza di lotta?-CHE FARE?:

PER UNA CULTURA E PRASSI DELLA PREVENZIONE, DELLA LIBERAZIONE E DELLA SOLIDARIETA' : TERRITORIO COME COMUNITA'.

Occorre attivare **una forte mobilitazione per affermare:**

1) la centralità di una politica, cultura e prassi della vera prevenzione, della liberazione, della solidarietà e del territorio, contro ogni forma di istituzionalizzazione (razzismo) e di segregazione del disagio, del sintomo, delle sofferenze, delle diversità (la donna, l'immigrato, il malato di AIDS...). In tal senso va contestata l'ulteriore tendenza alla privatizzazione degli interventi riabilitativi, attraverso l'istituzione segregante, rappresentata dalle Comunità cosiddette terapeutiche che in questi anni hanno contribuito semplicemente a sequestrare il disagio e la domanda di prevenzione e di politiche territoriali presenti nel vissuto e nella storia di migliaia di giovani e delle loro famiglie.

Da recenti *ricerche* dei CENSIS e dei LABOS, dall'esperienza quotidiana di migliaia di operatori dei servizi pubblici e del volontariato "conflittuale" e non drogato dai soldi e dall'ideologia del perbenismo e della carità fine a se stessa, emergeva ed emerge chiaramente che la domanda proviene dall'iceberg-droga é di tipo complessivo, strutturale e sovrastrutturale, ovvero (ed é anche la definizione di salute dell'O.M.S.) casa, pace, lavoro non alienante (e non semplicemente e unicamente occupazione per l'occupazione), relazioni micro e macro sociali (famiglia, scuola, valori in senso ampio) non "impasticcate", non imbottite, e gonfiate dai modelli e da condizionamenti tipici dello "sviluppo capitalistico, consumistico, centrato sullo sfruttamento delle risorse umane e naturali, del NORD sul SUD del mondo];

2) Basta con la Politica di "PADRINI" e quindi di Alte protezioni nei confronti di esperienze comunitarie che, con arroganza, sottolineano la loro estraneità dal territorio, assumendo a metodo (vera e propria ideologia della segregazione e della pura istituzionalizzazione) il sequestro ("volontario" o coatto) del tossicodip. e del suo disagio, in vista di un suo reinserimento, che o non avviene quasi mai o comunque é lasciato selvaggiamente, ovvero demandato ai soliti meccanismi e modalità insite nello "sviluppo" e in una società capitalistica (chi ha mezzi, ovvero famiglia e prestazioni rivenienti da status sociale medio-alto borghese, si inserisce, chi non ne ha si ricicla o come operatore ex tossicodip. o come lavoratore ancora una volta sfruttato o, più spesso come disoccupato o, ancor più, rientra nel circuito della "devianza");

3) Occorre un'indagine conoscitiva (che assuma anche i risultati di precedenti ricerche) che faccia luce sui costi e i risultati scientificamente e statisticamente validati, che la politica segregativa-comunitaria ha tuttora realizzato. Laddove, com'è nella stragran parte dei casi non vi siano dati, ma semplicemente piani ideologici (parolone, prediche sui valori, sulla necessaria e coatta santificazione dei tossicodip., cui viene imposto un giogo, un peso, nei costumi e nella quotidianità, che altri credenti o meno, non portano invero in questa società), va sospeso ogni finanziamento;

4) Va Affermata la centralità non fittizia della prevenzione e delle politiche territoriali, di una cultura che non deve significare delega a strutture-gruppi segreganti (COMUNITA') bensì proposizione e costituzione nel proprio territorio e nel proprio ambiente di vita e lavoro di percorsi di solidarietà e di liberazione, se mai incentivando realtà aggregative dell'associazionismo e del privato cosiddetto sociale, cattolico e non, che si pongono in maniera radicata al territorio e non meramente "riabilitativa", "terapeutica", separando il mondo degli "utenti" dall'esigenza di partecipazione e costruire momenti di cambiamenti e liberazione comuni ;

5) Va fatta un'indagine conoscitiva sulle caratteristiche del mercato nero da realizzarsi, sul piano nazionale e dei diversi territori che consento, di colpire adeguatamente, dalla testa ai piedi, l'organizzazione del mercato, in particolare la domanda (in termini di lavoro dato dalla camorra e mafia, la gestione di programmi di riabilitazione-vedi alternative alla detenzione-semilibertà etc. "in

mano sempre a componenti malavitoso-clientelari") riveniente dall'universo del disagio più o meno legato al fenomeno droga)

6) Vanno realizzati servizi polivalenti contro l'emarginazione, ovvero il superamento dei servizi specialistici, e della professionalità separata, ipertecnica, non delle competenze. Servizi distrettualizzati, integrati all'interno di piani complessivi radicati nel territorio, partendo dalla ricognizione e verifica costante e partecipata (COMITATI DI GESTIONE SOCIALE) dello stato dei bisogni e delle risorse, non meramente centrata su aspetti parziali (recupero, terapia...) bensì ripiegata sulla storia individuale e sociale dei soggetti, non solo destinatari, ma resi protagonisti della propria e altrui liberazione, in una cultura della responsabilità, partecipazione qualificata e informata"

Bisogna recuperare e affermare una cultura:

- **del Protagonismo informato e socializzato** ;
- **del Conflitto come capacità dialettica, di critica e di responsabilità, di diritti-doveri**
- **del Territorio come comunità** in una esigenza individuale e collettiva di lettura e gestione di bisogni e risorse
- **della prevenzione come lotta per la liberazione** dal disagio e dai lacci economico-sociali-culturali e politici che condizionano uno sviluppo fondato sul rispetto delle risorse umane e naturali
- **della solidarietà come assunzione di responsabilità** , partecipazione informata, capacità di radicamento sociale e di relazione di aiuto nei percorsi con soggetti con problemi particolari (handicap, emarginazione ecc.)
- **della non delega**, superamento del concetto di utente, di destinatario dei servizi, di "caso" clinico) o non, di contenitore passivo di interventi "provvidenziali" (vedi critica alla Medicina di Maccacaro), da sostituire con quello di SOGGETTO, comunque PROTAGONISTA, in un percorso che dialettizzi le diversità, le disabilità, gli stadi diversi di un percorso di liberazione, in una necessaria crescita comune.

▪ **Quindi, superamento del fittizio rapporto operatore-utente, sostituendolo con un rapporto "dialettico-preventivo— terapeutico-riabilitativo" dove si incontrino "il soggetto medico-psicologo-Ass.sociale-"esperto" di...ovvero portatore (potenziale? !) di conoscenze acquisite verosimilmente da un iter formativo non meramente cattedratico o nei ghetti-salotti di psicoterapia, bensì, anche in una pratica sociale (esigenza riforma studi di medicina-psicologia-sociologia, etc) ed il soggetto "esperto" di USO-ABUSO di droghe, ma ancor più di un disagio, ca-rico di conoscenze (per lo più negate e rimosse non casualmente, data l'attenzione, i riflettori puntati solo sul versante "terapeutico-medicale" o "post.materialistico—psicoterapeutico") e di sapere interno ad una condizione esistenziale, non separata e separabile.**

▪ **Insieme, costruire un percorso che maturi dialetticamente lo stato di acquisizione del sapere-potere (come dato comune di riferimento) da parte di entrambi i soggetti (operatore-utente) che cammin facendo, si accorgeranno di relazionare necessariamente con altri soggetti (istituzionali e sociali, a vari livelli) in modo critico-conflittuale, o internamente ad una relazione di aiuto e di solidarietà "non medicale, non segregativa".**

Nell'attuale contesto socio-economico-capitalistico, per l'UNIVERSO DROGA, così come per l'UNIVERSO fabbrica-ambiente, si pone l'esigenza di :

-riconversione della fabbrica droga (mercato nero e dintorni..) in occupazione e garanzia di diritti civili-sociali dei soggetti coinvolti, e di un territorio sottoposto (come per le fabbriche..) per anni ad inquinamento (tossicologico-morale-economico..) , che richiede un progetto di bonifica-smantellamento delle attività inquinate (camorristico-politiche), realizzando "produzioni" non inquinanti, in modo da "riciclare" i lavoratori (ve ne sono migliaia nell'universo droga di "lavoratori -spacciatori" per sopravvivenza) in lavori centrati sul rispetto delle risorse umane e naturali." (fine stralcio doc. del 1992..)

stralcio..... dal Progetto INSERT- anno 2007 Quale centralità degli utenti ???



SINTESI DEI RISULTATI/1

- Carenze strutturali
 - Strutture fatiscenti
 - Scarsa attenzione ai disabili
- Scarsa attenzione ai bisogni degli utenti
- Poche informazioni su servizi e diritti
- Poco interesse ai reclami
- Non reperibilità sulle 24h

SINTESI DEI RISULTATI/2

- Coinvolgimento non adeguato del medico di medicina generale
 - Poco tempo a disposizione
 - Difficoltà a mettersi in rete con gli altri servizi nonostante sia il punto di riferimento per gli utenti

ACCESSO ALLA STRUTTURA

- Barriere architettoniche
 - assenza di scivoli e/o ascensori – 60,3%
- Assenza di un ingresso indipendente esterno – 50,8%
- Posti auto riservati ai disabili- 46,8%
- Bagno per i disabili- 69,8%

INFORMAZIONI SUL SERVIZIO

- Assenza di un numero telefonico dedicato- 31,7%
- Assenza opuscoli informativi su servizi offerti- 65,5%
- Assenza documenti o avvisi per comunicare all'azienda suggerimenti o reclami 71,4%
- Opuscoli su prevenzione delle malattie e/o educazione alla salute 60,3%

SICUREZZA E IGIENE DELLA STRUTTURA

- Segni di fatiscenza alle pareti - 34,9%
- Rifiuti o materiale abbandonato - 14,3%
- Vetri rotti - 7,9%
- Soffitti con ragnatele - 12,7%
- Assenza di segnaletica per le vie di fuga- 42,9%
- Assenza di un piano di evacuazione – 55,6%
- Assenza di segnaletica per l'individuazione degli estintori- 33,6%
- Bagni per il pubblico:
11,1% assente
68,8% servizio non distinto in base al sesso
42,9% non esiste sistema di chiusura
Scarsa e insufficiente pulizia dei servizi 24,1%

IL SERVIZIO OFFERTO

- Orario di apertura al pubblico non adeguato- 28,2%
- Servizio aperto tutti i giorni- 30% degli utenti
- Il servizio non assicura una reperibilità sulle 24h- 96,3% dei responsabili

TEMPI DI ATTESA

- Per l'avvio del programma riabilitativo:
 - Entro 5 giorni -32,1% dei responsabili
 - 3 mesi - 12,3% utenti
- Per i casi urgenti l'attesa è di 1 giorno- 27,2%
- Non c'è differenza tra casi urgenti e non urgenti- 17,3%

RAPPORTO CON GLI OPERATORI

- Operatori di riferimento stabili - 67,9%
- Non esistono procedure che permettono di scegliere l'operatore – 61,2%
- Non ci sono procedure formalizzate per favorire il raccordo tra responsabili Ser.T e mmg- 65,4%
- Il tempo che gli operatori dedicano all'utente è sufficiente- 33,5% e breve- 17,1%

COINVOLGIMENTO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Ruolo attivo del medico di famiglia e parte di una rete di servizi - 65,8% dei medici

Difficoltà

- poco tempo a disposizione - 62,6%
- difficoltà collaborare con Ser.T -50,3%
- inadeguata preparazione - 45,7%.
- fastidio agli altri assistiti- 20,9%

PROPOSTE DELL'UTENTE

- Flessibilità nell'orario di apertura del servizio-
- Locali più idonei
- Maggiore privacy
- Programma personalizzato
- Inserimento lavorativo

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE del monitoraggio sui Servizi “ INSERT”

Occorrono:

- Centralità dei bisogni dei cittadini
- Coinvolgimento dei medici di medicina generale
 - Continuità assistenziale
 - Più risorse ai servizi
- Diffusione delle buone pratiche
- e PARTECIPAZIONE.....**
-Fare i cittadini è il modo migliore di esserlo**
- Non sudditi ,**
- ma padroni di casa della Repubblica**

**DALLE DIPENDENZE PATOLOGICHE
ALLA PARTECIPAZIONE”**

Diritti, doveri, poteri e responsabilità

La mission dei servizi deve essere rivolta a

“dare e restituire significato al contesto in cui si vive, al fine della prevenzione, e alle persone, emancipandosi insieme ad esse da forme di dipendenze patologiche, operando nell’ambiente di vita e di relazione, assicurando partecipazione, trasparenza, tutela dei diritti, doveri e assunzione di responsabilità diffusa”.

Cittadini non sudditi, ma padroni di casa della Repubblica

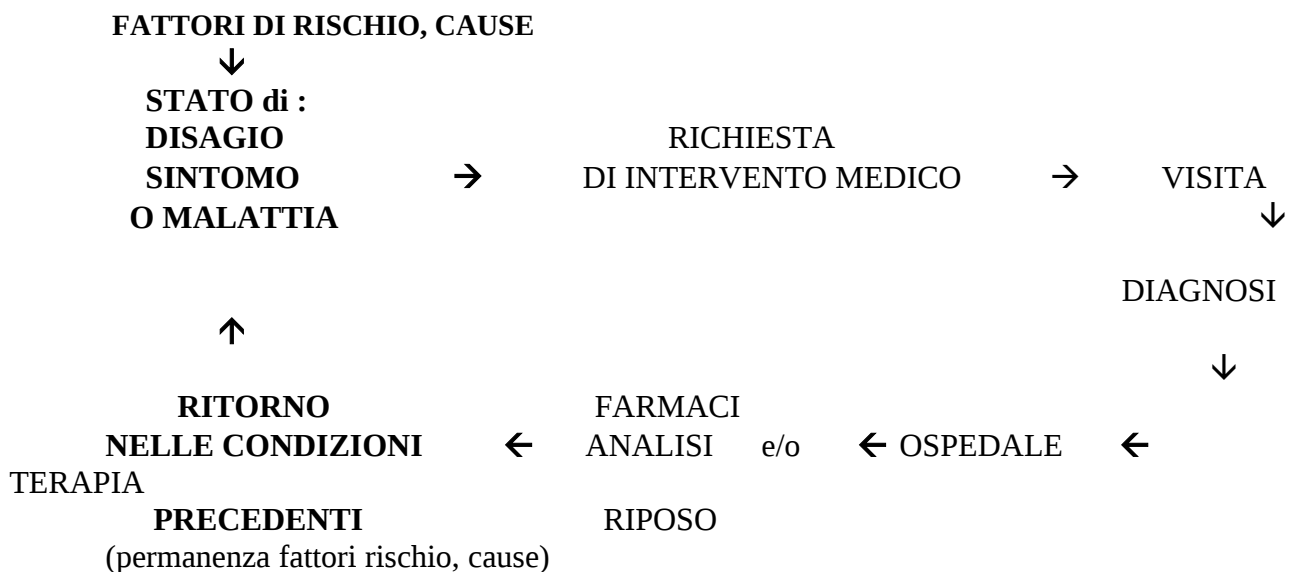
...Art. 118 ultimo comma della COSTITUZIONE ITALIANA

“Stato, Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni favoriscono l’autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà”

**TABELLA RIASSUNTIVA SUL PERCHE’ LA
P R E V E N Z I O N E e LA PARTECIPAZIONE:
OCCORRE ROMPERE IL CIRCOLO VIZIOSO:
FATTORI DI RISCHIO → MALATTIA → VISITA MEDICA-TERAPIA → FATTORI DI
RISCHIO**

Il “circolo vizioso”, partendo dallo stato di disagio, sintomo, malattia, ti fa’ percorrere una sorta di via crucis, che ti riporta alle condizioni di partenza. Ciò accade quando non si agisce sulle cause, sui fattori di rischio, che sono sì anche individuali, ma anche e soprattutto in molti casi, ambientali, sociali, relazionali.....:

il “circolo vizioso” e’ rappresentato schematicamente nel seguente modo:



Dalla Rivista “Medicina Democratica” nr. 71-72 (nov. 1990)-pagg. 57-62:articolo di Tonino d’Angelo (agg.2007)

**BASTA CON LA MARGINALITÀ DAL SISTEMA SANITARIO:
I servizi per le dipendenze sono servizi sanitari, per le persone con problemi di dipendenza
patologica valgono gli stessi diritti!!**

Quindi va attuata la:

**Carta Europea dei diritti del malato, promossa da Cittadinanzattiva insieme a oltre 50
organizzazioni civiche e patrocinata dalla Commissione Europea, che esplicita i principi della
Carta dei diritti fondamentali di Nizza e individua 14 diritti da garantire a tutti i cittadini nei 28
paesi della nuova Europa:**

- diritto a misure preventive;
- diritto all'accesso;
- diritto alla informazione;
- diritto al consenso;
- diritto alla libera scelta;
- diritto alla privacy e alla confidenzialità;
- diritto al rispetto del tempo dei pazienti;
- diritto al rispetto di standard di qualità;
- diritto alla sicurezza;
- diritto alla innovazione;
- diritto ad evitare le sofferenze inutili e il dolore non necessario;
- diritto a un trattamento personalizzato;
- diritto al reclamo;
- diritto al risarcimento.

**La Carta dei diritti risponde alla ricerca di
Giustizia , Accoglienza, Solidarietà per la SALUTE**

Puntare sulle 4 P:

- P prevenzione
- P promozione della Salute
- P partecipazione
- P protezione dei soggetti fragili

**PARTECIPAZIONE , QUALE SVILUPPO DI DIRITTI, DOVERI,
RESPONSABILITÀ NEI DIFFERENTI CONTESTI**

**CONTRATTI ETICI, DI SOLIDARIETÀ', DI RESPONSABILITÀ' SOCIALE
PER LA SALUTE**

**SUPERARE L'AUTOREFERENZIALITÀ'
..... OCCORRE SUPERARE NELLA GESTIONE DEI SERVIZI ,
L'AUTOREFERENZIALITÀ' ,
APRENDO NECESSARIAMENTE ALLA PARTECIPAZIONE DI SOGGETTI,
ASSOCIAZIONI, ATTIVE E QUALIFICATE**

APPELLO AI CITTADINI ATTIVI

***...per fare del Servizio Sanitario
...la nostra CASA della SALUTE***

***...fare i cittadini
....è il modo migliore di esserlo***