

GALASSIA DROGA, ANCHE I “TOSSICI” INVECCHIANO

di **Walter Nanni**

Il ministero della salute ha diffuso una rilevazione (aggiornata al 2006) sulle tossicodipendenze e sui servizi operanti nel settore. A fine 2006 erano attivi in Italia **544** Servizi pubblici per le tossicodipendenze (Sert), che durante l'anno avevano preso in carico **171.353** soggetti tossicodipendenti. Il **20,9%** degli utenti erano nuovi, il **79,1%** rientrati o già in carico dagli anni precedenti; la percentuale dei nuovi utenti oscillava dal **10%** della provincia autonoma di Bolzano al **29%** del Molise.

Il numero medio di utenti per Sert era **333**: da un minimo di **162** soggetti (Molise) a un massimo di **1.898** (Liguria). Gli utenti maschi erano **148.396 (86,6%)**, le femmine **22.957 (13,4%)**: questo valore, costante negli anni più recenti, conferma che la tossicodipendenza è una patologia prevalentemente maschile. A livello nazionale, su 10 mila abitanti sono state trattate dai servizi **29** persone: **52** nella componente maschile della popolazione, **8** in quella femminile; le differenze territoriali sono assai marcate.

L'analisi dell'utenza per classi di età indicava che i soggetti presi in carico nel 2006 erano più frequentemente ultratrentenni (**69%**). Si osserva un progressivo invecchiamento dei pazienti: gli utenti nella fascia d'età 20-24 sono in costante diminuzione (**28,6%** nel 1991, **11%** nel 2006), quelli sopra i 39 anni in costante aumento (**2,8%** nel 1991, **27,5%** nel 2006), tanto da risultare, a partire dal 2005, il primo gruppo per numero di presenze. Anche le percentuali relative alle classi d'età centrali (25-29 e 30-34 anni) sono in diminuzione: la prima è passata dal **37,1%** del 1991 al **17,2%**; la seconda dal **26,6%** al **20,5%**.

Meno Aids, più epatiti


Il **71,3%** degli utenti in carico ai Sert nel 2006 aveva assunto soprattutto eroina, mentre l'uso prevalente di cannabinoidi e di cocaina riguardava, rispettivamente, il **9,6%** e il **14%** dei soggetti in trattamento. Il consu-

mo di eroina risulta essersi ridotto (nel 1991 contava per il **90,1%**), mentre quello di cocaina è in crescita. La percentuale di chi fa uso di cannabinoidi è stabile da anni intorno al **10%**.

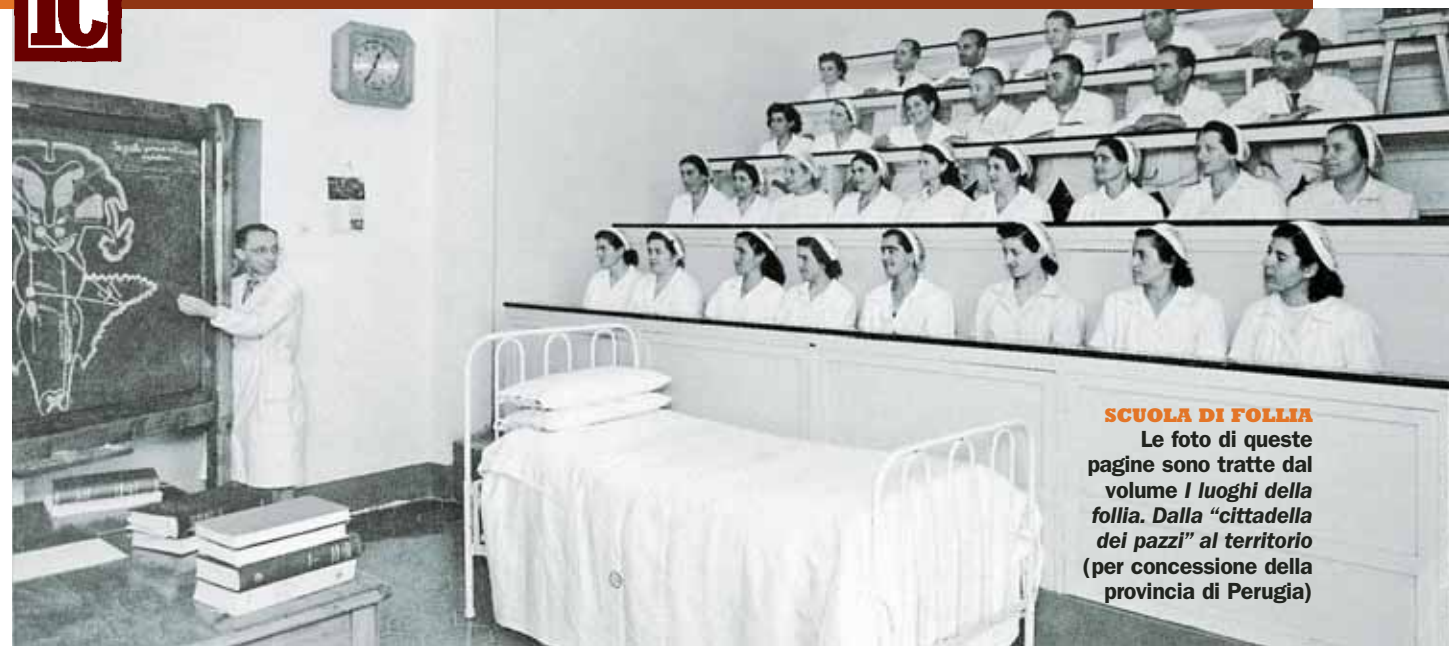
Forti differenze territoriali si registrano rispetto alla sostanza d'abuso primaria: nella provincia autonoma di Trento risultano eroinomani almeno il **90,7%** degli utenti, mentre nella provincia autonoma di Bolzano, in Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Marche, Molise e Puglia è prevalente l'uso di cannabis. L'uso di cocaina è perlopiù diffuso in Lombardia, Emilia Romagna, Lazio e Campania. Per quanto riguarda l'uso secondario, nel 2006 le sostanze più spesso assunte sono risultate i cannabinoidi (**31,4%**), la cocaina (**30,6%**) e le benzodiazepine (**6,5%**); anche l'ecstasy ha presentato un valore non trascurabile (**2,7%**). Invece l'uso di alcol si è stabilizzato,

negli ultimi anni, intorno al **14%**.

La percentuale di sieropositivi, rispetto al totale dei testati, nel 2006 è stata pari al **12%**. Se la quota di soggetti che hanno contratto il virus dell'Hiv è in costante calo, quella degli utenti affetti da epatite virale B (Hbv) e C (Hcv) è ancora molto elevata: nel 2006 la percentuale di positività è stata del **39,5%** per l'Hbv e del **62%** per l'Hcv.

L'influenza del fattore “anzianità” dell'utenza risulta molto evidente: i malati di Hiv, epatite B o epatite C sono molto meno numerosi tra i nuovi utenti rispetto a quelli già in carico. Nel caso dell'epatite C, per esempio, le percentuali di soggetti testati risultati positivi tra i tossicodipendenti già in carico (sia maschi sia femmine) sono più del triplo di quelle calcolate in riferimento ai nuovi utenti. 

Analisi del ministero della salute sugli utenti degli oltre 500 Sert italiani. Tra le 170 mila persone prese in carico nel 2006, la fascia d'età prevalente è quella oltre i 39 anni. Diminuisce il consumo di eroina, aumenta quello di cocaina



SCUOLA DI FOLLIA
Le foto di queste pagine sono tratte dal volume *I luoghi della follia. Dalla "cittadella dei pazzi" al territorio* (per concessione della provincia di Perugia)

IL TEMPO DI DIFFONDERE I FRUTTI DELLA RIVOLUZIONE

di **Cinzia Neglia**

Una legge lungimirante, che permette di occuparsi del malato, della persona, non della malattia. Un modo diverso, da molti definito rivoluzionario, di affrontare il problema. Un approccio che ancora oggi colloca l'Italia all'avanguardia nel panorama internazionale: la malattia mentale “curata” senza ricorrere a manicomi, ma con servizi territoriali diversificati.

Compie trent'anni, la “legge Basaglia”. Approvata in via definitiva dal parlamento il 13 maggio 1978, intitolata “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori”, caratterizzata dal numero 180, confluita successivamente quasi per intero nella legge 833 del 23 dicembre 1978, con la quale veniva istituito il Servizio sanitario nazionale, la Basaglia ha permesso anche ai malati di mente di essere riconosciuti come destinatari dell'articolo 32 della Costituzione. Esso, oltre a sottolineare che la salute è un diritto

di tutti, afferma che “nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”. La Basaglia ha dunque restituito dignità, e il diritto di essere persona, di esprimere i propri bisogni, di esternare e utilizzare risorse individuali (spesso velate dalla malattia) a migliaia di cittadini, ancorché segnati dalla sofferenza psichica: «L'impossibile diventa possibile», «L'utopia si traduce in realtà», affermava Franco Basaglia, avviando una svolta culturale che indusse l'Italia a parlare di salute mentale, non solo di malattia. Non certo per negare quest'ultima, ma per curarla davvero, senza più internarla e rimuoverla.

Trent'anni fa la legge Basaglia cambiò radicalmente concetto e cura della malattia mentale, esaltando la dignità della persona sofferente. Non ovunque in Italia le sue indicazioni sono state concretizzate. Occorre agire perché avvenga



MALATI INTERNATI
Sopra, donne in corsia; a sinistra, preparazione di una seduta di elettroshock. Le foto di queste pagine furono scattate a villa Massari, il manicomio di Perugia

Molte, insomma, le trasformazioni vissute, tanta la strada percorsa, anche grazie al Progetto Obiettivo nazionale, che ha definito la mappa dei servizi che dovrebbero essere operativi nei territori per rispondere ai bisogni di salute mentale, definendo tipologia e numero degli operatori necessari. Ma se la legge dimostra i suoi trent'anni per la "freschezza" e l'attualità delle proposte e dei valori che la ispirano, purtroppo non li dimostra quanto a effetti concreti: in alcuni territori italiani è come se fosse stata promulgata ieri, perché non ha avuto conseguenze tangibili. Non è stato interiorizzato il nuovo approccio nei confronti dei malati e non sono stati attivati i servizi territoriali previsti; in alcuni casi, questi ultimi sono presenti, ma propongono assistenza e non cura.

La riforma, insomma, appare per certi versi ancora troppo acerba, quanto ai frutti prodotti. Le logiche manicomiali, per esempio, non sono state del tutto superate: troppe strutture hanno cambiato solo la dicitura, convertendo i propri spazi in comunità che continuano a proporre un approccio istituzionalizzante. E ancora troppo spesso, invece di porre attenzione alla persona che soffre, si esalta il tema della sicurezza; si torna a parlare di contenzione, fisica o farmacologica, e addirittura di elettroshock. Basta che ciascuno provi a immaginarsi, in un momento di estrema sofferenza, legato mani e piedi a un letto, contro la propria volontà: difficilmente ci si sentirebbe oggetto di una cura rispettosa del proprio essere persona.

L'Italia che soffre

I trent'anni dall'ok alla Basaglia non sono passati invano. Paura, pregiudizio o indifferenza continuano però a circondare i malati di mente, persone spesso non "viste", benché presenti tra noi. Per conoscere il fenomeno anche dal punto di vista della diffusione e misurare la presenza di risposte e servizi nei territori, sono state sviluppate ne-

Piemonte, la comunità guarisce: «Il disagio si vince facendo rete»

«Il disagio psichico si può combattere in maniera efficace solo stando insieme, facendo rete. Essendo comunità, per affrontare e rimuovere (quindi "guarire") problemi e ostacoli». Una ricetta che sembra semplice, quella offerta da Gianni Pescio, della Caritas diocesana di Biella, coordinatore di "La comunità che guarisce", tavolo regionale attivo in Piemonte e Valle d'Aosta per promuovere la salute mentale. Una ricetta semplice, ma che si scontra con mille difficoltà quotidiane d'applicazione.

«Il nostro tavolo – racconta Pescio – è nato nel 2001 come raccordo tra esperienze delle diocesi di Ivrea, Biella e Vercelli. Dopo i primi incontri, l'accelerazione: improvvisamente si sono presentati direttori dei dipartimenti di salute mentale, presidenti di associazioni di famiglie di malati psichici, rappresentanti di cooperative di lavoratori, di assessorati comunali e provinciali, di sindacati. Tutti con l'esigenza di fare sinergia,

di unire le forze. Di creare realtà capaci di raccordare e far funzionare al meglio professionalità e servizi presenti nel territorio».

Nonostante il tavolo sia laico, Caritas ha svolto un ruolo tutt'altro che marginale nell'indirizzare l'azione, insistendo molto sulla necessità di pensare il territorio come luogo di incontro, dove ogni persona possa sentirsi parte attiva e riconosciuta della società. «Intendiamo la città – continua Pescio – come luogo di diritti, della relazione e dell'accoglienza. Come una comunità capace di garantire diritto di cittadinanza anche a malati e sofferenti. Posti questi due pilastri valoriali, si sono individuati gli obiettivi: lotta allo stigma, attenzione alle politiche socio-sanitarie, vigilanza sulle strutture. Soprattutto sui dipartimenti, facendo attenzione ai bisogni invasi di pazienti e familiari».

Il livello di condivisione è notevole, al punto che al tavolo siedono cinque assessorati provinciali alle politiche sociali (su otto province piemontesi) e che

per la prima volta quest'anno il tavolo è stato convocato dall'assessorato regionale. Il tavolo si articola poi in reti locali (nelle aree Novara-Verbania-Cusio-Ossola, Ivrea, Biella, Torino); altre due esperienze locali (Asti e Pinerolo) sono invece tramontate.

«Lavorare in rete è difficile – conclude Pescio –, non sempre le buone intenzioni sono ben interpretate. Nonostante ciò, continuiamo. Nei mesi scorsi ci sono stati diversi incontri tra i direttori Caritas e i direttori dei dipartimenti di salute mentale; i primi riscontri sono interessanti. L'obiettivo è comune: eliminare i troppi luoghi chiusi che permangono nel territorio, perché richiesti ancora dalle famiglie su cui grava, spesso, tutto il peso della malattia psichica. Trent'anni dopo l'entrata in vigore della legge Basaglia, non si sono attuati provvedimenti amministrativi e politiche sanitarie in grado di renderla veramente efficace. Noi ci battiamo perché ciò avvenga». **[Ettore Sutti]**

Servizi non attivati

In trent'anni la legge 180 ha prodotto profonde trasformazioni culturali, sociali e terapeutiche: le famiglie dei malati hanno cominciato a organizzarsi per sostenersi reciprocamente, esigendo le cure per i propri congiunti; il mondo civile, del lavoro e della cooperazione ha offerto opportunità di reinserimento sempre più creative e concrete, accogliendo le persone malate di mente nei circuiti di vita quotidiana; gli stessi malati, in modo sempre più sistematico, sono riusciti ad acquisire consapevolezza della propria sofferenza e allo stesso tempo delle proprie potenzialità, tanto da organizzarsi in associazioni e gruppi di auto-aiuto.

gli ultimi anni diverse ricerche. A conferma della positività della scelta di spostare i servizi nel territorio, un'indagine del 2004 ha per esempio evidenziato che il ricovero obbligatorio (Tso) in Italia sembra essere meno frequente che in altri paesi europei, anche se un altro progetto ha osservato che le modalità di effettuazione del trattamento nelle diverse regioni sono differenti.

Altre ricerche hanno fatto emergere che 1 persona su 5, in Italia, ha sofferto di un disturbo mentale nel corso della sua vita, e 1 su 15 ne ha sofferto nell'anno precedente all'intervista: non vi sono differenze di rilievo rispetto a classi d'età, scolarità, zone geografiche di residenza, mentre il fatto di essere stati sposati ed essere disoccupati im-

plica una probabilità doppia di soffrire per un disturbo affettivo. Risulta inoltre che le donne soffrono più degli uomini, in particolare per quanto attiene la depressione; ciò invece non vale per i disturbi psicotici, riguardo ai quali i tassi di prevalenza tra i due sessi sono simili, mentre risultano più elevati i tassi di personalità antisociale nel sesso maschile. Uno studio più recente (Esemed-Wmh), che si è proposto di mappare l'estensione e le caratteristiche dei disturbi mentali presenti nella popolazione italiana, grazie alla definizione di un campione particolarmente rappresentativo, ha consentito di perfezionare queste stime e di concludere che circa 3,5 milioni di persone adulte hanno sofferto di un disturbo mentale nell'ultimo anno prima

Benevento, insieme è più bello: «Ma le politiche sono inadeguate»

«Eravamo un gruppo di volontari vincenziani, al sabato visitavamo anziani e malati. Su indicazione di un parroco ci recammo da un ragazzo che, a causa di una depressione, non usciva di casa da molti anni. Quell'incontro ci aprì un mondo sconosciuto, del tutto dimenticato». Comincia così il racconto di Angelo Moretti. E cominciò così, «quasi per caso», l'esperienza del centro sociale polifunzionale "È più bello insieme", di cui Moretti è responsabile a Benevento.

«Dopo quell'incontro – prosegue Moretti –, in seguito a una ricerca, scoprimmo che nel bacino dell'Asl Benevento 1 esistevano altri 400 casi simili. Un'enormità: persone recluse in casa, senza possibilità di ritrovarsi in un luogo capace di accogliere e stimolare. In tutta Benevento non esisteva un solo centro diurno per la salute mentale e i malati non avevano spazi da frequentare: i bar, la piazza, le vie del centro non sono contesti di facile integrazione e interazione, per

persone che hanno difficoltà a comunicare, si vestono in maniera diversa, hanno comportamenti spesso non codificati...».

Serviva dunque un luogo aperto, accogliente e stimolante. «Dopo un importante percorso di formazione, "È più bello insieme" ha visto la luce nel 2001, grazie al supporto garantito dalla Caritas diocesana, dalle Figlie della Carità di San Vincenzo de' Paoli (che per un'estate hanno prestato la loro casa di Benevento) e da un nutrito gruppo di volontari».

Fino al 2003 il lavoro gravava sulle spalle dei volontari, che oltre a garantire i turni quotidiani gestivano i rapporti con le associazioni di genitori, il privato sociale, nonché i pochi contatti con il locale Dipartimento di salute mentale. «Il 17 aprile 2003 – ricorda Moretti – la svolta: la cooperativa sociale "La Solidarietà", fondata da due psichiatri e un'assistente sociale, e dove nel frattempo erano confluiti, oltre al sottoscritto, alcuni volontari

storici, si aggiudicò un finanziamento della legge 328 per gestire il centro diurno, che da allora è a servizio della città e di tutto il bacino Asl. Il salto di qualità è stato permesso da un finanziamento concesso per la disabilità, non per la salute mentale: questo, credo, ben descrive la situazione in cui versano le politiche di salute mentale nel territorio».

A trent'anni dalla Basaglia, insomma, ci sono parti d'Italia dove le politiche psichiatriche sono delegate ai volontari, e le risorse arrivano, quando arrivano, per vie traverse. «Noi andiamo avanti nonostante tutto – conclude Moretti –: la difficile integrazione con l'Asl e il dipartimento di salute mentale, il rapporto talora problematico con le famiglie, la realizzazione di un nuovo centro in una struttura concessa in comodato d'uso... Non ci scoraggiamo: le 50-60 persone affette da patologie psichiatriche che vivono il centro durante la settimana dimostrano la bontà delle nostre scelte». **[Ettore Sutti]**

dell'intervista e più di 8,5 milioni di adulti italiani ne hanno sofferto nel corso della loro vita.

L'Italia presenta, in ogni caso, per quasi tutti i disturbi, tassi di prevalenza inferiori agli altri paesi. In uno studio condotto nel 1997 dall'Organizzazione mondiale della sanità, si osservava che i disturbi mentali costituiscono oltre il 15% del carico di malattie complessive negli stati con economie di mercato. Il confronto con i dati dei paesi europei, che "premia" Italia e Spagna, può far ipotizzare che i tassi di prevalenza dei disturbi mentali "comuni" sono più bassi nei contesti di cultura "latina", e comunque in quelli caratterizzati da specifici stili di vita e di relazioni interpersonali. Questa ipotesi necessita di indagini più approfondite, anche perché altri studi sembrano attestare la difficoltà, da parte delle strutture sanitarie italiane, di in-

tercettare i casi di malattia mentale, alcuni dei quali resterebbero così non censiti.

Una considerazione appare importante: occorre far sì che gli operatori dei servizi di salute mentale (e gli operatori sanitari in genere) riconoscano tempestivamente e trattino efficacemente i disturbi psichici. È la sfida che ci attende negli anni a venire. È la sfida lanciata trent'anni fa dalla legge Basaglia: è necessario che la società civile vigili, affinché la cultura, i metodi e gli strumenti che la 180 prescrive diventino realtà concreta e accessibile a ogni persona, ogni malato e ogni famiglia in ogni territorio. Superando le arretratezze e le insufficienze che si registrano in molte aree del nostro paese, e la tentazione, che ogni tanto fa capolino, di restaurare regimi terapeutici solamente contenitivi. E in definitiva "repressivi". **[IC]**



ITALIA-GERMANIA, SORPASSO (MIGRATORIO) IN CORSO

di Luca Di Sciullo e Franco Pittau

Non è un evento consueto, che gli stati membri dell'Unione europea studino comparativamente il fenomeno migratorio. È avvenuto, però, tra Italia e Germania, in virtù di un'iniziativa congiunta dell'ambasciata tedesca nel nostro paese e di Caritas Italiana: un intero anno di analisi, culminato ad aprile nella pubblicazione del libro (in italiano e in tedesco) *Da immigrato a cittadino: esperienze in Germania e in Italia. Integrazione degli immigrati, delle famiglie e dei giovani*.

L'iniziativa ha, per così dire, acceso i riflettori sulla staffetta in corso tra la Germania – attualmente il più grande paese di immigrazione in Europa, con 6,7 milioni di soggiornanti (ma è più del doppio la popolazione di origine immigrata) – e l'Italia, che sembra chiamata nel futuro a rilevarne il posto in graduatoria.

Alla presenza immigrata in Germania hanno molto contribuito, negli scorsi decenni, proprio gli italiani: nel dopoguerra si è registrato un flusso di 4 milioni di persone, delle quali circa 550 mila rimaste in Germania, ma con cittadinanza italiana, e altre 140 mila rimaste avendo acquisito cittadinanza tedesca. Ma oggi, in generale, la Germania fa registrare dati più ridotti dei nostri riguardo agli arrivi di stranieri, alle nuove nascite, ai ricongiungimenti familiari, al fabbisogno di lavoratori. In ogni caso, le aziende con titolare immigrato sono 300 mila e hanno creato un milione di posti di lavoro.

Mentre in Italia la metà degli immigrati è insediata da meno di cinque anni, in Germania, dopo più di mezzo secolo di esperienza migratoria, l'anzianità media di soggiorno è 25 anni: è dunque naturale che la repubblica tedesca abbia dedicato maggiore attenzione alle esigenze dell'integrazione, con una particolare insistenza sull'inserimento delle seconde generazioni a scuola, nel mondo lavorativo e nella società, oltre che sul rispetto delle norme costituzionali non negoziabili, sull'apprendimento necessario della lin-

gua e sul rispetto delle culture degli immigrati.

Dimenticare Penelope

L'esperienza della Germania evidenzia alcuni problemi, che possono anticipare la futura esperienza italiana. Anzitutto, le seconde generazioni trovano più difficile dei genitori accettare un inserimento di basso profilo nel mondo del lavoro; d'altro canto, i pericoli di esclusione dagli studi superiori sono consistenti e dalle rilevanti conseguenze. Appare dunque sempre più necessario insistere sulla lingua come leva di integrazione e l'offerta di pari opportunità dev'essere la parola d'ordine perché la società del futuro sia armoniosa e solidale.

Lo ha sottolineato l'ambasciatore tedesco a Roma, Michael Steiner, secondo il quale «"integrazione è partecipazione", come sta scritto nel Piano d'integrazione tedesco. Una politica d'integrazione attiva significa realizzare pari opportunità. Ciò vale in particolar modo per i bambini e i giovani. Non può esserci una mancanza di prospettive per gli immigrati di seconda e terza generazione! Gli autori del libro, a prescindere da orientamento politico e nazionalità, hanno concordato sulla necessità di una politica di integrazione trasversale».

Anche secondo monsignor Vittorio Nozza, direttore di Caritas Italiana, «il concetto di integrazione, se inteso in maniera scorretta o parziale, genera diffidenza sia tra la popolazione autoctona che tra gli immigrati, e impedisce di andare avanti. È pertanto auspicabile che anche in Italia si pervenga a un concetto condiviso, che ponga fine al complesso di Penelope, per cui una parte politica lavora per eliminare quanto fatto dall'altra: non possiamo più permettercelo».

«Dimenticare Penelope».

Preziosa analisi comparativa sull'immigrazione nei due paesi. I tedeschi ospitano il maggior numero di stranieri in Europa, ma ci stiamo avvicinando. Possiamo analizzarne i problemi, e prendere esempio dalle politiche di integrazione