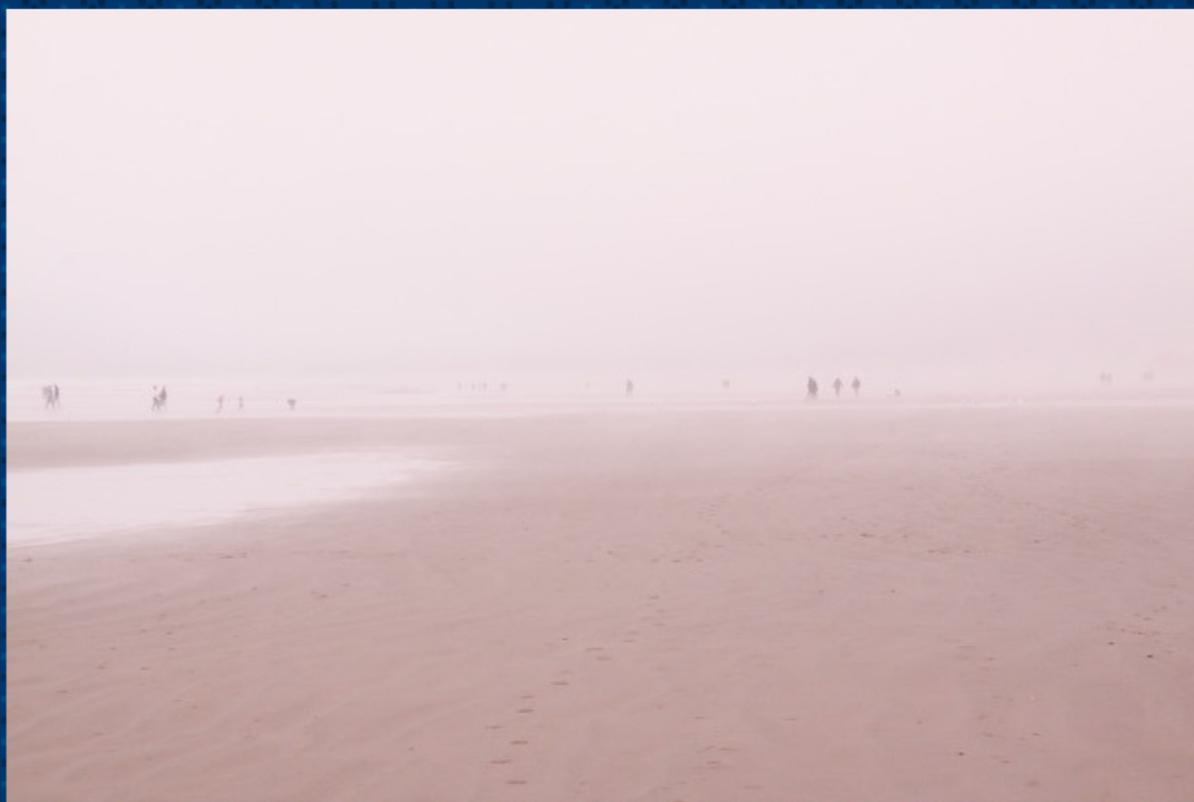


AMI



57 / giugno 2024

RIVISTA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ANTROPOLOGIA MEDICA
FONDATA DA TULLIO SEPELLI



In copertina: fotografia di Chiara Moretti

«Ogni cosa è isolata davanti ai
miei sensi,
che l'accettano senza
scomporsi: un brusio di silenzio».

Cesare Pavese, *Mania di solitudine*, 1933.



Il logo della Società italiana di antropologia medica, qui riprodotto, costituisce la elaborazione grafica di un ideogramma cinese molto antico che ha via via assunto il significato di “longevità”, risultato di una vita consapevolmente condotta lungo una ininterrotta via di armonia e di equilibrio.

AM

Rivista della Società italiana di antropologia medica
Journal of the Italian Society for Medical Anthropology

Fondata da / Founded by
Tullio Seppilli

Biannual open access peer-reviewed online Journal

57

giugno 2024
June 2024



Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute) – Perugia

Direttore

Giovanni Pizza, Università di Perugia

Comitato di redazione

Roberto Beneduce, Università di Torino / Sara Cassandra, scrittrice, Napoli / Donatella Cozzi, vicepresidente della SIAM, Università di Udine / Fabio Dei, Università di Pisa / Lavinia D'Errico, Università di Napoli "Suor Orsola Benincasa" / Erica Eugeni, studiosa indipendente, Roma / Corinna Sabrina Guerzoni, Alma Mater Studiorum Università di Bologna / Fabrizio Loce-Mandes, Università di Perugia / Alessandro Lupo, Sapienza Università di Roma, presidente della SIAM / Massimiliano Minelli, Università di Perugia / Angela Molinari, Università di Milano Bicocca / Chiara Moretti, Università di Milano-Bicocca / Giulia Nistri, Università di Perugia / Cristina Papa, presidente della Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), Perugia / Elisa Pasquarelli, studiosa indipendente, Perugia / Francesca Pistone, studiosa indipendente, Roma / Ivo Quaranta, Alma Mater Studiorum Università di Bologna / Andrea F. Ravenda, Università di Torino / Elisa Rondini, Università di Perugia / Pino Schirripa, vicepresidente della SIAM, Università di Messina / Nicoletta Sciarrino, Università di Torino / Alberto Simonetti, studioso indipendente, Perugia / Simona Taliani, Università di Napoli L'Orientale / Eugenio Zito, Università di Napoli "Federico II"

Comitato scientifico

Naomar Almeida Filho, Universidade Federal da Bahia, Brasile / Jean Benoist, Université de Aix-Marseille, Francia / Gilles Bibeau, Université de Montréal, Canada / Andrea Carlino, Université de Genève, Svizzera / Giordana Charuty, Université de Paris X, Nanterre, Francia / Luis A. Chiozza, Centro de consulta médica Weizsäcker, Buenos Aires, Argentina / Josep M. Comelles Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spagna / Ellen Corin, McGill University, Montréal, Canada / Mary-Jo Del Vecchio Good, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Sylvie Fainzang, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris, Francia / Didier Fassin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, Francia – Institute for advanced study, Princeton, Stati Uniti d'America / Byron Good, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Mabel Grimberg, Universidad de Buenos Aires, Argentina / Roberte Hamayon, Université de Paris X, Nanterre, Francia / Thomas Hauschild, Eberhard Karls Universität, Tübingen, Germania / Elisabeth Hsu, University of Oxford, Regno Unito / Laurence J. Kirmayer, McGill University, Montréal, Canada / Arthur Kleinman, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Annette Leibing, Université de Montréal, Canada / Margaret Lock, McGill University, Montréal, Canada / Françoise Loux, Centre national de la recherche scientifique (CNRS), Paris, Francia / Ángel Martínez Hernández, Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spagna / Raymond Massé, Université Laval, Canada / Eduardo L. Menéndez, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social, Ciudad de México, Messico / Edgar Morin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, Francia / David Napier, London University College, London, Regno Unito / Tobie Nathan, Université de Paris VIII, Vincennes-Saint-Denis, Francia / Rosario Otegui Pascual, Universidad Complutense de Madrid, Spagna / Mariella Pandolfi, Université de Montréal, Canada / Ekkehard Schröder, Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Potsdam, Germania / Ciro Tarantino, Università della Calabria, Italia / Allan Young, McGill University, Montréal, Canada

Comitato tecnico

Massimo Cimichella, Università di Perugia / Alessio Moriconi, Università di Perugia / Stefano Pasqua, Università di Perugia / Raffaele Marciano, Aguplano Libri, Perugia / Attilio Scullari, Digital manager, Perugia

Editor in chief

Giovanni Pizza, Università di Perugia, Italy

Editorial Board

Roberto Beneduce, Università di Torino, Italy / Sara Cassandra, writer, Napoli, Italy / Donatella Cozzi, vicepresidente of the SIAM, Università di Udine, Italy / Fabio Dei, Università di Pisa, Italy / Lavinia D'Errico, Università di Napoli "Suor Orsola Benincasa", Italy / Erica Eugeni, independent scholar, Italy / Corinna Sabrina Guerzoni, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Fabrizio Loce-Mandes, Università di Perugia, Italy / Alessandro Lupo, Sapienza Università di Roma, president of the SIAM, Italy / Massimiliano Minelli, Università di Perugia, Italy / Angela Molinari, Università di Milano Bicocca, Italy / Chiara Moretti, Università di Milano-Bicocca, Italy / Giulia Nistri, Università di Perugia, Italy / Cristina Papa, president of the Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), Perugia, Italy / Elisa Pasquarelli, independent scholar, Perugia, Italy / Francesca Pistone, independent scholar, Roma, Italy / Ivo Quaranta, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Andrea F. Ravenda, Università di Torino, Italy / Elisa Rondini, Università di Perugia, Italy / Pino Schirripa, vicepresidente of the SIAM, Università di Messina, Italy / Nicoletta Sciarrino, Università di Torino, Italy / Alberto Simonetti, independent scholar, Perugia, Italy / Simona Taliani, Università di Napoli L'Orientale, Italy / Eugenio Zito, Università di Napoli "Federico II", Italy

Advisory Board

Naomar Almeida Filho, Universidade Federal da Bahia, Brasil / Jean Benoist, Université de Aix-Marseille, France / Gilles Bibeau, Université de Montréal, Canada / Andrea Carlino, Université de Genève, Switzerland / Giordana Charuty, Université de Paris X, Nanterre, France / Luis A. Chiozza, Centro de consulta médica Weizsäcker, Buenos Aires, Argentine / Josep M. Comelles Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spain / Ellen Corin, McGill University, Montréal, Canada / Mary-Jo Del Vecchio Good, Harvard Medical School, Boston, USA / Sylvie Fainzang, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris, France / Didier Fassin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, France – Institute for advanced study, Princeton, USA / Byron Good, Harvard Medical School, Boston, USA / Mabel Grimberg, Universidad de Buenos Aires, Argentine / Roberte Hamayon, Université de Paris X, Nanterre, France / Thomas Hauschild, Eberhard Karls Universität, Tübingen, Germany / Elisabeth Hsu, University of Oxford, UK / Laurence J. Kirmayer, McGill University, Montréal, Canada / Arthur Kleinman, Harvard Medical School, Boston, USA / Annette Leibing, Université de Montréal, Canada / Margaret Lock, McGill University, Montréal, Canada / Françoise Loux, Centre national de la recherche scientifique (CNRS) Paris, France / Ángel Martínez Hernández, Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spain / Raymond Masseé, Université Laval, Canada / Eduardo L. Menéndez, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social, Ciudad de México, México / Edgar Morin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, France / David Napier, London University College, London, UK / Tobie Nathan, Université de Paris VIII, Vincennes-Saint-Denis, France / Rosario Otegui Pascual, Universidad Complutense de Madrid, Spain / Mariella Pandolfi, Université de Montréal, Canada / Ekkehard Schröder, Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Potsdam, Germany / Ciro Tarantino, Università della Calabria, Italy / Allan Young, McGill University, Montréal, Canada

Technical Board

Massimo Cimichella, Università di Perugia / Alessio Moriconi, Università di Perugia / Stefano Pasqua, Università di Perugia / Raffaele Marciano, Aguaplano Libri, Perugia / Attilio Scullari, Digital manager, Perugia

AM

Rivista della Società italiana di antropologia medica
fondata da Tullio Seppilli

Journal of the Italian Society for Medical Anthropology
Founded by Tullio Seppilli



Indice
Contents

n. 57, giugno 2024

n. 57, June 2024

- Editoriale* 11 Giovanni Pizza
Editoriale di AM 57
AM 57 Editorial
- Saggi* 15 Luigi Canetti
Tra Dioniso e Cristo. Posseduti danzanti nella tarda Antichità
Between Dionysus and Christ. Dancing Possessed in Late Antiquity
- Ricerche* 37 Giulia Nistri
Permeabilità terapeutiche. Seguire il metadone nei percorsi di cura per le dipendenze
Therapeutic Permeabilities. Following "Methadone" through Addiction Health Care Programs
- 65 Federica Toldo
Qu'est-ce qu'un genou cassé a à dire sur la capoeira? Un essai sur l'expérience de l'adversaire disséminé et quelques pistes pour repenser le corps en tant qu'outil ethnographique
What a Broken Knee Can Tell Us About Capoeira? Experiencing the Distributed Opponent and Rethinking the Body as an Ethnographic Tool
- Note, interventi, rassegne* 93 Donatella Cozzi
La cura dell'istituzione di cura. Sulla Nascita ed evoluzione di una psichiatria di comunità in Umbria (vol. II) di Francesco Scotti
The Cure of Caring Institution. Reflections on Francesco Scotti's Birth and Evolution of a Community Psychiatry in Umbria, vol. II
- Sezione monografica* 119 Michela Marchetti, Chiara Moretti, Stefania Spada
Di quale antropologia il mondo ha bisogno? Confronto sulla sostenibilità delle prassi antropologiche. Introduzione alla sezione monografica
What Kind of Anthropology Does the World Need? Discussion on the Sustainability of Anthropological Practices. Introduction to the Monographic Section

Sezione monografica

- 131 Agata Mazzeo
Incontri e scambi fra saperi. Sulla necessità di un approccio partecipativo e transdisciplinare alle questioni di salute pubblica ambientale, in una prospettiva globale
Encounters and Exchanges among Knowledges. On the Need for a Participatory and Transdisciplinary Approach to Environmental Public Health Issues, in a Global Perspective
- 159 Donatella Cozzi
Qualche breve appunto sulla formazione in sanità
A Few Brief Notes on Healthcare Training
- 173 Silvia Pitzalis
«I ain't got no home». Restrizioni e resistenze nelle esperienze di persone richiedenti asilo e rifugiate in uno SPRAR "vulnerabili". Riflessioni etico-metodologiche
«I Ain't Got No Home». Restrictions and Resistances in the Experiences of Asylum Seekers and Refugees in a "Vulnerable" SPRAR. Ethical-Methodological Reflections
- 205 Stefania Spada
Tradurre la "riflessività operativa": l'insegnamento dell'antropologia medica applicata al diritto
Translate the "Operational Reflexivity": Medical Anthropology Lesson Applied to Law
- 237 Giuliana Sanò
Compiere un "passo di lato": note a margine di un incidente etnografico
Taking a "Step to the Side": Notes on the Margins of an Ethnographic Incident
- 263 Selenia Marabello
Postfazione. Campi di tensione
Afterword. Tension Fields
- 269 Sara Cassandra
L'incontro con lo spirito nel vuoto post-operatorio

Book Forum

Donatella Cozzi, *Rendere legittima l'espressione di un dolore di genere / Making the Expression of Gender Pain Legitimate* [Chiara Moretti, *Il dolore illegittimo. Un'etnografia della sindrome fibromialgica*], p. 275 • Giovanni Pizza, *Il dolore «caduco»: oltre l'antropologia medica / Caducous' Pain: Beyond Medical Anthropology* [Chiara Moretti, *Il dolore illegittimo. Un'etnografia della sindrome fibromialgica*], p. 280 • Roberto Poma, *Inaspettato-ora-attuale dolore / Unexpected-Now-Now Pain* [Chiara Moretti, *Il dolore illegittimo. Un'etnografia della sindrome fibromialgica*], p. 285 • Chiara Moretti, *Il dolore tra esperienze, lotte e ricostruzioni / Pain between Experiences, Struggles and Reconstructions* [Chiara Moretti, *Il dolore illegittimo. Un'etnografia della sindrome fibromialgica*], p. 288.

Recensioni

Lorenzo Alunni, *Il lavoro sul campo / The Fieldwork* [Seth M. Holmes, *Frutta fresca, corpi spezzati. Braccianti migranti negli Stati Uniti d'America*], p. 295 • Federico Scarpelli, *Cosa fare con loro. Etnografia di una riabilitazione (quasi) impossibile / What to Do with Them. Ethnography of an (Almost) Impossible Rehabilitation* [Lorenzo Urbano, *Scegliere la malattia. Responsabilità e riflessività nella riabilitazione della tossicodipendenza*], p. 302 • Claudia Urzì, *Per una antropologia della salute. Temi percorsi riflessioni / Towards an Anthropology of Health. Theme, Paths, Reflections* [Maurizio Karra, *Il male e la malattia: normalità e anormalità fra corpo e mente. Riflessioni di un antropologo sul senso del male, sulla sofferenza, sulle terapie di cura, sulla guarigione e sul finis vitae*], p. 309.

Editoriale di AM 57

Giovanni Pizza

Università di Perugia
[giovanni.pizza@unipg.it]

AM 57 presenta una sezione monografica a cura di Michela Marchetti, Chiara Moretti e Stefania Spada che nasce da un panel del penultimo convegno della Società italiana di antropologia applicata (SIAA). La sezione monografica è intitolata *Di quale antropologia il mondo ha bisogno? Confronto sulla sostenibilità delle prassi antropologiche*. Il convegno si è tenuto a Verona nel 2022.

Le stesse curatrici ci tengono ad annotare che «Il lavoro che ha portato tanto all'ideazione e conduzione del panel, quanto al coordinamento del presente monografico rende impossibile una distinzione netta dei contributi individuali. Lo stesso vale per la concettualizzazione, scrittura e revisione di questa introduzione che ha visto le autrici contribuire in maniera paritaria; l'ordine dei nomi pertanto riflette il solo ordine alfabetico». Si pubblica così un nuovo testo corale che vuole suggerire anche qualche riflessione epistemologica sulla disciplina.

La rubrica saggi raccoglie poi uno scritto dello storico Luigi Canetti che riguarda la possessione cristiana ed è un'anticipazione del volume sugli stati plurali di coscienza curato per Clipra – “Cultura-Linguaggi-Pratiche”, gruppo di ricerca afferente al Dipartimento di Filosofia Scienze Sociali Umane e della Formazione (FISSUF) dell'Università di Perugia – da Francesco Marcattili, Ester Bianchi e Massimiliano Minelli.

Per quel che riguarda le ricerche abbiamo i testi di due esperte: la neo-addottorata in Scienze Umane Giulia Nistri, con un articolo dal titolo *Permeabilità terapeutiche. Seguire il metadone nei percorsi di cura per le dipendenze*, e la docente di Antropologia culturale all'Università di Udine Federica Toldo, con uno scritto sull'etnografia corporea e la capoeira dal titolo *Qu'est-ce qu'un genou cassé a à dire sur la capoeira? Un essai sur l'expérience de l'adversaire disséminé et quelques pistes pour repenser le corps en tant qu'outil ethnographique*.

Inoltre la nostra sezione *Note, Interventi, Rassegne* è dedicata alla nota di Donatella Cozzi, docente dell'Università di Udine e vicepresidente della Società italiana di antropologia medica (SIAM), che passa in rassegna il secondo volume dello psichiatra umbro Francesco Scotti il quale, completando un contributo importante sulla deistituzionalizzazione in Perugia, a cento anni dalla nascita di Basaglia sta a ricordare, se ancora ce ne fosse bisogno, che nel processo che portò alla legge 180, che va appunto a nome di Basaglia, non c'è solo Gorizia. Il titolo dei due volumi di Scotti è *Nascita ed evoluzione di una psichiatria di comunità in Umbria*.

Ancora la possessione torna nella seconda rubrica narrativa di Sara Cassandra *Riflessioni e Racconti* in cui la nostra scrittrice riflette, a modo suo, sulla retorica possessiva nei contesti ospedalieri con una intervista antropologica.

Infine le recensioni.

La prima parte è dedicata – ed è la prima volta – alla discussione-forum sul libro, *Il dolore illegittimo. Un'etnografia della sindrome fibromialgica* (Edizioni ETS, Pisa 2019, 375 pp.) di una delle curatrici della sezione monografica: Chiara Moretti.

La seconda parte raccoglie tre recensioni. Lorenzo Alunni, dell'Università di Milano Bicocca, tratta del libro di etnografia e antropologia, del medico e antropologo Seth Holmes (docente di Antropologia medica, Salute Pubblica e Società e Ambiente all'Università della California di Berkeley) sulla salute dei lavoratori immigrati messicani impiegati negli USA nel settore alimentare dal titolo *Frutta fresca, corpi spezzati*. Holmes attraversa il confine Messico-Usa accanto a questi lavoratori e vive nelle loro piccolissime baracche. È una antropologia dei processi di incorporazione la sua, che cerca di dare voce alla sofferenza di coloro che sono colpiti dalla violenza strutturale di una società che certo dà lavoro, ma a scapito di diritti e soprattutto di salute.

Federico Scarpelli, dell'Università di Salerno, discute il volume di Lorenzo Urbano *Scegliere la malattia. Responsabilità e riflessività nella riabilitazione della tossicodipendenza*, che nel 2023 inaugura per l'editore Argo di Lecce la ripresa della collana Biblioteca di Antropologia Medica (BAM) ideata e fondata, come questa rivista, da Tullio Seppilli, con nuovi direttori affiancati da un autorevole comitato scientifico. Alla fine si comprende come l'antropologia medica di Urbano, improntata all'etnografia e alla riflessività (che non è la *riflessione* ma il *riflesso*), riesca a problematizzare enormemente il concetto di riabilitazione.

In chiusura Claudia Urzi, dell'Università di Palermo, riflette sul testo di Maurizio Karra, *Il male e la malattia: normalità e anormalità fra corpo e mente. Riflessioni di un antropologo sul senso del male, sulla sofferenza, sulle terapie di cura, sulla guarigione e sul finis vitae*. In una prospettiva molto ampia, dal mito greco, alla pandemia, dall'hikikomori alla eutanasia, si affrontano i problemi e i temi vasti di un'antropologia della salute anche ripensando a de Martino, a Devereux e alla critica all'Occidente nel quadro di utili suggestioni epistemologiche sull'antropologia *tout court*.

Si chiude, così, il numero 57 di AM.

Buona lettura!

Permeabilità terapeutiche

Seguire il metadone nei percorsi di cura per le dipendenze

Giulia Nistri

Università degli studi di Perugia

[giulia.nistri@unipg.it]

Abstract

Therapeutic Permeabilities. Following “Methadone” through Addiction Health Care Programs

The paper focuses on therapies applied in addiction care programs based on ethnographic research carried out in an urban region of central Italy involving people who use substances and health operators working in primary care services for “chemical” and “behavioral” addictions - Ser.D., *Servizio per le Dipendenze*. The research, examining practices and narratives that can emerge in the daily life of addiction care programs, tries to investigate how human and non-human actors contribute to the definition of the therapies, yielding different emerging ways of “realizing” methadone, which, in a non-essentialist key, ceases to be just a drug or a “substance.” Using a praxeological approach to overcome Service thresholds and body boundaries, the article explores material multiplicities and relational potentials that can, from time to time, actualize the heterogeneous networks of therapy, shedding light on the different forms of care.

Keywords: methadone, addiction, ethnography, substances, network of relations

Azioni

Questo testo prende le mosse da una ricerca etnografica, dedicata al tema delle dipendenze, svolta accompagnando il quotidiano di una rete ristretta di persone che usano sostanze e attraversando alcuni Servizi territoriali di cura situati in un'area metropolitana del centro Italia¹. La ricerca era volta a comprendere come si “definiscono”, si riproducono e si stabilizzano oggi le dipendenze intese come forme di continuità consequenziali che richiamano un “trarre origine da – un de-pendere, pendere da” – e implicano dimensioni strutturali e condizioni politiche caratterizzate da rapporti gerarchici e asimmetrici (CUTOLO 2012). Il terreno della mia indagine è riferibile a quell'ampio scenario di studi che si sono occupati di esplorare i nessi tra dimensioni della cura, reti relazionali e forme di dipendenza da sostanze.

In tale ambito, molteplici lavori di ricerca hanno affrontato temi connessi ai percorsi terapeutici per le dipendenze, analizzando le differenti proposte riabilitative residenziali e comunitarie incontrabili in contesti europei ed extraeuropei (SUGARMAN 1974; WEPPNER 1983; ANDERSON 1992; SKOLL 1992; ZIGON 2011; GOSLING 2015; HYDE 2017; SEVERI 2017; URBANO 2023), o anche incrociando “in strada” il tema della salute di chi usa sostanze e si trova in carico a reti di Servizi di varia natura (ROSENBAUM 1985; TRELLOAR, FRASER, VALENTINE 1997; HUNT, BARKER 1999; MAHER 1997, 2002; FRIEDMAN, ALICEA 2001; BOURGOIS 2000; BOURGOIS, SCHONBERG 2009; GARCIA 2010; O'REILLY, SARIS 2010; SARIS 2022). In altri casi, ricercatrici e ricercatori, focalizzandosi sulla materialità della cura, hanno proposto analisi che accompagnassero flussi e movimenti delle sostanze – comprese quelle definite come “terapeutiche” –, ponendo l'accento sui modi di “realizzare” e “attivare” ciascuna sostanza attraverso reti di associazioni che materializzano e trasformano un complesso ed eterogeneo processo bio-sociale (GOMART 2002a, 2002b, 2004; BARRY 2005; FRASER 2003; FRASER, VALENTINE 2008; FRASER 2010; LOVELL 2006; MARTIN 2006; MOL 2008; SANABRIA 2016). Nelle prossime pagine, muovendomi in dialogo con tali proposte, cercherò di seguire il processo di realizzazione della terapia, accompagnando il metadone nei suoi modi di riformularsi. A tale scopo sarà utile riflettere sull'articolazione della cura, cercando di dissezionare dall'interno e in maniera empirica (BERG, MOL 1998) ciò che ad un primo sguardo può apparire dato, come, ad esempio, le procedure e gli assunti che tendono ad orientare i percorsi terapeutici per le dipendenze. Ricorrendo a pratiche e narrazioni di pazienti e operatrici, in una tensione continua e nell'attraversamento di soglie e confini compiuto da diversi attori, cercherò di considerare «la natura sempre emergente dell'azione dei farmaci» (HARDON, SANABRIA 2017), e i loro modi di “performare”.

Il concetto di “performance”, ha osservato Annemarie Mol (2002), può richiamare in maniera efficace il fatto che ciò che accade prende forma e si presenta in modi differenti a seconda dei momenti e degli “attori” in gioco, compresi “gli oggetti di scena”. Cogliere gli effetti performativi significa cercare di comprendere come le azioni si realizzano nella loro processualità dinamica. In questo senso la “performance” consentirebbe di intercettare il movimento e l'azione, rifuggendo un approccio essenzialista che tenderebbe piuttosto a mantenere l'attenzione su una presunta fonte che ne sarebbe all'origine. Guardare agli effetti delle azioni piuttosto che alle loro origini, ha suggerito Mol (2010), significa saper cogliere trasformazioni e slittamenti tra interazioni e processi “attivi” e “passivi”, e saper giocare con

questi ultimi. In questo senso le possibilità di agire e la definizione stessa dell'azione dipendono dalle qualità delle reti di relazioni che si realizzano.

Emilie Gomart, analizzando l'esperienza francese di uso del metadone attraverso una cartografia delle interazioni tra operatori e operatrici, ha cercato di capire come possa essersi verificata nel tempo una netta contrapposizione tra la linea dell'astinenza totale e quella della sostituzione con il farmaco (GOMART 2004). La proposta di Gomart, frutto del lavoro condiviso con operatrici e operatori e ispirata all'Actor Network Theory (ANT), si fonda su una scelta d'approccio che non considera la terapia come qualcosa di esistente in maniera aprioristica e assoluta all'esterno delle reti di interazioni. Non si tratterebbe quindi di partire dall'assunto che "il metadone è", né di indagare come si "costituisce" il farmaco in termini di "assemblaggio", il focus sarebbe invece incentrato su "come" il metadone può "performare". Nel suo studio i promotori dell'astinenza totale sostenevano che "ogni sostanza" potesse essere un ostacolo alla costruzione delle relazioni umane. Tale orientamento è fondato su una precisa idea che l'individuo, un soggetto finito e precostituito, non possa beneficiare in alcun modo dell'introduzione di una sostanza: il paziente o osserva la regola dell'astinenza o è soggetto agli effetti della sostanza di cui sarebbe dipendente. In questo senso, il "soggetto" nella sua integrità «fonda e costituisce il mondo» (2004: 89), fungendo da limite e campo materiale entro il quale la sostanza "entra" per agire o per essere agita. L'azione tra "soggetto" e "oggetto" non può essere condivisa né "trasferita" (GOMART 2002a) e, dunque, uno dei due – soggetto o oggetto – non può che prevalere. Diversamente, ha osservato Gomart, se al paziente non è richiesto di astenersi dall'uso di sostanze e gli è consentito il ricorso ad un farmaco sostitutivo, quest'ultimo può partecipare alla ri-costruzione della persona, un processo da intendersi in termini chimici e materiali (GOMART 2004).

Nelle prossime pagine proverò a seguire il modo di performare del metadone nell'ambito delle specifiche reti in cui la sostanza si "realizza", tra umani e non umani, cercando di illuminare movimenti e attori che altrimenti rischierebbero di rimanere sullo sfondo delle relazioni terapeutiche. Ciò è possibile rifuggendo l'idea che vi sia un "soggetto" precondizione e principale "protagonista dell'azione", sia esso umano o non umano, sostanza o paziente. Una prospettiva che può guidare verso un approccio efficace nel rileggere le esperienze di pazienti e operatori, cogliendo le modalità situate, ibride e transitive dell'azione.

Itinerari

I modi in cui si interagisce con una sostanza e le decisioni che orientano i suoi utilizzi fanno parte di un complesso di pratiche materiali e semiotiche che attraversa i mondi quotidiani di alcuni pazienti. È quanto ho potuto vedere nella mia ricerca incontrando persone che hanno iniziato percorsi terapeutici con il metadone presso un Servizio per le Dipendenze (SER.D.).

In alcuni casi, può capitare di arrivare al Servizio dopo essere stati trovati in strada in un momento di consumo o in possesso di una sostanza illegale²: una volta giunti alla struttura, si può quindi essere indirizzati verso un percorso terapeutico e conoscere gli strumenti per lavorare sulla cura della dipendenza. Successivamente, nel corso di alcuni appuntamenti, attraverso il programma installato sui computer di operatrici e operatori, i dati del “nuovo” paziente sono registrati e i suoi parametri di salute, tra cui i valori di alcuni esami, annotati, come anche le informazioni relative alle esperienze con le sostanze e con i servizi di cura. Nel suo studio, il medico, insieme al paziente, legge attentamente le informazioni riportate nel file e, tenuto conto anche degli studi e dei dati statistici relativi ai potenziali effetti dell’uso del metadone nel tempo, può consigliare un percorso e una terapia. È quanto è accaduto a Sofia, 38 anni, appassionata di oreficeria e con alcune esperienze riabilitative alle spalle:

Guardo Sofia mentre si sistema un po’ sulla sedia a rotelle³ cercando di dare sollievo alla schiena.

Sofia: «Al SER.T.⁴ all’inizio trovai una brava dottoressa che mi disse: “sei giovane, il metadone meglio di no”, e ho fatto senza, andavo dalla psicologa che mi ha aiutata molto...». Fa una pausa, assorta, e riprende il bicchiere di acqua che le ho riempito poco prima.

Giulia: «Mi pare di capire che c’è sempre un po’ di discussione quando si parla di metadone...».

Sofia: «La dottoressa è stata brava a spiegarmi il perché: il problema è che se il paziente non comprende la scelta, non farà quello che dice il medico, le persone dicono sempre di non sentirsi “coperte” ma è la scusa per continuare ad usare. Con il metadone è un casino, se diventi dipendente poi togliertelo è un casino».

(Casa di Sofia, 23 settembre 2021, diario di campo)

In alcuni casi la relazione umana con una brava psicologa può essere indicata come una terapia meno rischiosa, da preferire alla prescrizione del metadone. Specialmente le prime volte che Sofia si era trovata a recarsi al Servizio, il medico che la seguiva, una dottoressa che la donna ha conti-

nuato a ricordare con affetto, aveva preferito non prescriverle il metadone, data la sua giovane età e i potenziali rischi di innescare una “nuova” dipendenza. In tal modo, sarebbe possibile cercare di realizzare «l'esclusione della dipendenza dalla cura della dipendenza» (GOMART 2004: 89), secondo una terapia che segua una «logica della scelta» (MOL 2008) in cui alla paziente sono forniti dati e valutazioni dal medico, al fine di orientarla verso la scelta del miglior percorso terapeutico.

Ma non sempre, al SER.D., la terapia si realizza come suggerito dall'esperienza di Sofia.

Differenti sostanze e i loro modi di agire chimicamente possono descrivere percorsi che stabiliscono legami e relazioni mutevoli. È quanto ho potuto apprendere anche grazie a Stefano, tossicologo, e a Paolo, psichiatra, che hanno contribuito a guidarmi nel comprendere processi, modi di operare e usi della terapia⁵. Una mattina, Stefano, dopo avermi accolta nel suo studio vicino all'ambulatorio, aveva preso carta e penna e tracciato su un foglio alcuni angoli acuti, come cime montuose e segmentate – gli effetti rapidi, di “spike”, che si verificano nel legame eroina-recettore – cui aveva sovrapposto delle curve dolci e regolari, come delle colline, gli effetti del legame metadone-recettore. Spiegava che tra rapidi sbalzi e curve soavi si possono realizzare, a volte, reti di relazioni sperimentali: in alcuni casi può capitare che le sostanze – l'eroina inalata e il metadone ingerito – attraversino i corpi dei pazienti descrivendo percorsi rischiosi che possono incrociarsi e confondersi, alimentando precarie stabilità. In altri casi, il metadone ingerito, distribuendosi tra organi e tessuti, può contribuire a realizzare relazioni sostitutive “sicure”, come ho potuto apprendere un giorno che mi trovavo nel luminoso ufficio di Paolo:

«La terapia sostitutiva è una terapia, tant'è vero che quando noi diciamo disintossicazione da metadone è un concetto proprio erroneo, perché non ci si disintossica da una medicina... ci si disintossica da una sostanza tossica! L'eroina, purtroppo, non ha le caratteristiche di un buon farmaco, il metadone ha le caratteristiche di un ottimo farmaco, questo è il punto. Si può dire “ma ti dà dipendenza” certo! Anche la morfina ti dà dipendenza, tutti gli analgesici oppioidi danno dipendenza, questo non toglie che in determinate condizioni cliniche siano un farmaco eccellente: l'obiettivo della terapia sostitutiva degli oppioidi è quello di eliminare la dipendenza da sostanze oppioidi diverse dai farmaci. Perché quelle implicano una serie di rischi per la salute, al di là di una serie di modalità con cui sono acquistate e dello stile di vita che viene a costituirsi quando uno ne fa uso...»

(Intervista con Paolo, psichiatra, 6 aprile 2021, SER.D.)

A volte, a dispetto della variabilità dei percorsi, la terapia sostitutiva può suggerire pericolose sovrapposizioni e, sebbene il metadone-sostitutivo non sia eroina, in certi casi, è “come se” lo fosse (FRASER, VALENTINE 2008). Dal punto di osservazione di pazienti e familiari la presenza quotidiana e costante della terapia può realizzare un dilemma ontologico: il metadone sembra essere «metafora dell'eroina» (ivi: 55). Alla presenza del metadone non necessariamente si verifica l'assenza di una dipendenza, sebbene si possa verificare l'assenza o una variazione della dipendenza da eroina. Il metadone-sostitutivo può contribuire a realizzare una nuova dipendenza, una terapia “sicura” che accompagna il paziente tutti i giorni per un lungo (indefinito) periodo, piuttosto che rimanere legato alle quotidiane *routine* di ricerca e uso dell'eroina comprata in strada. Come il paziente diabetico “dipende” dall'insulina e, quotidianamente, attraverso sperimentazioni che coinvolgono misuratori e infusori, è possibile che si stabilizzi la sua condizione, così ogni giorno la terapia sostitutiva può partecipare alla trasformazione dello stile di vita del paziente contribuendo a definire stabilità che ne proteggono la salute. Annemarie Mol, proprio riferendosi alle restrizioni alimentari previste da alcune terapie raccomandate a pazienti diabetici, ha osservato che, in alcuni casi, «l'astinenza può essere sostituita con una nuova parola magica: equilibrio» (MOL 2008: 55). Il metadone, sostituendosi all'astinenza, può contribuire, a volte, a fare un paziente “in equilibrio” ed è parte attiva della terapia: una volta “in circolo”, partecipa alla “stabilizzazione” del paziente che può fermarsi per un colloquio con il medico, recarsi a lavoro, tornare a casa, incontrare gli amici.

Relazioni e variazioni

Operatori, pazienti e sostanze posso essere considerati attori di relazioni dinamiche che, in maniera sempre aperta e contingente, contribuiscono a “fare” la terapia. La relazione terapeutica può prendere forma in molti modi: esplicitare passaggi e connessioni è utile per mettere in luce come diverse combinazioni materiali possano incarnare e co-produrre differenti relazioni sociali (LAW, MOL 1995).

Al SER.D., l'arrivo del metadone è previsto in una fase della giornata lavorativa del servizio che prevede uno spazio “libero”, di assenza o minore afflusso dei pazienti al Servizio, e che si apre generalmente mentre la maggior parte di operatori e operatrici sono riuniti per le riunioni settimanali di équipe. Il metadone fa il suo ingresso in struttura in grandi flaconi

che sono stoccati in una cassaforte, a seguito della verifica del quantitativo indicato sul foglio di richiesta di approvvigionamento, precedentemente compilato e firmato e timbrato due volte dal medico. Il quantitativo di metadone presente ogni mattina, al momento dell'apertura della cassaforte, deve sempre rispondere a quello notificato la sera precedente, alla chiusura. Una volta collocato negli erogatori, il metadone può essere "dosato" con precisione in un bicchierino per la singola assunzione quotidiana e distribuito ai pazienti che attendono – a volte in tranquillità, altre volte nervosamente – in ambulatorio. La terapia, aveva osservato un giorno Paolo, può essere considerata un "farmaco stupefacente" e, anche per questo, come previsto dalla legge e dalle linee guida, per ciascun paziente e ciascuna dose è compilato un piano terapeutico che deve essere puntualmente aggiornato da medici e infermieri grazie al computer e al programma informatico del Servizio. Il piano terapeutico è riportato anche su un documento recante i dati anagrafici del paziente e quelli relativi alla terapia – nome e forma in milligrammi, data di scadenza – e alcuni codici che identificano il medico che l'ha prescritta. Il documento materializza una coincidenza tra terapia, paziente e medico. In tal senso, ogni prescrizione sarebbe una rappresentazione metonimica del medico e, come hanno osservato Van der Geest, Reynolds Whyte e Hardon, «portare con sé la prescrizione è come portare con sé il medico stesso con le sue conoscenze e i suoi buoni consigli, la sua preoccupazione e il suo accesso ai farmaci» (VAN DER GEEST, REYNOLDS WHYTE, HARDON, 1996: 161). Come ho potuto apprendere nel tempo, il piano terapeutico che accompagna il metadone – materializzando la presenza di medico, paziente e terapia –, contribuisce a fare un "paziente in cura" e, nei casi di controllo in strada da parte della polizia, può tutelare la persona, performando nella gestione dei rischi legali connessi alla sostanza.

In strada come al Servizio, differenti strategie possono essere performati dalla materialità della terapia. Le strategie sono espressioni locali di combinazioni che differiscono per durata e manipolabilità (LAW, MOL 1995), come suggerito anche dalle trasformazioni delle qualità sensibili del metadone nelle sue traiettorie. Al gusto, il metadone ricorda il sapore del limone, una delle aromatizzazioni possibili, e la consistenza è viscosa, come quella di uno sciroppo. Configurazioni e qualità del metadone si sono modificate nel tempo, sostituendo anche le precedenti "soluzioni" per evitarne la "diversione":

Il problema della diversione dell'uso del farmaco sostitutivo è stato immediatamente affrontato dai clinici con l'adozione di diversi strumenti sia far-

macologici che comportamentali, fra cui ad es. per il metadone la rapida introduzione in commercio della formulazione farmaceutica dello sciroppo, il cui uso è stato preferito almeno in Europa all'utilizzo delle compresse. In particolare, per evitare ulteriormente la diversione del farmaco in molte nazioni, fra cui l'Italia, lo sciroppo è stato commercializzato, per renderlo ulteriormente più sicuro, in una soluzione orale con una elevata percentuale di zucchero in modo che il prodotto fosse più "denso" e quindi più difficilmente somministrabile per via parenterale (inizialmente in Italia il metadone era disciolto in una soluzione con base alcolica che comunque permetteva più facilmente la diversione del farmaco) (NAVA 2008: 6).

Alan Prout (1996), prendendo le mosse dall'analisi di alcune esperienze di sperimentazione e di uso di un dispositivo per la cura dell'asma (MDI), ha osservato che il modo di configurarne l'utilizzo, anche come strumento di sorveglianza e controllo sulle modalità di assunzione del paziente, non può essere scisso dal suo funzionamento e dalla sua forma materiale, come anche dalle competenze richieste a chi vi ricorre. Sulla scia di Bruno Latour, Prout ha osservato che, alla luce dei diversi tipi di usi e di relazioni che si creavano tra dispositivo e pazienti – talvolta non conformi alle linee guida del prodotto – l'MDI poteva essere appositamente modificato per riportare i pazienti ad un utilizzo corretto. Le "nuove versioni" del dispositivo rispondevano alle necessità di mantenere un dato dosaggio e al perseguimento dell'efficacia della cura, limitando l'autonomia dei pazienti nel mettere in atto usi difforni rispetto a quanto previsto. Il nuovo farmaco può rispondere ad una delega di sorveglianza e controllo della modalità di assunzione: «i clinici lo fecero delegando parte di quello che era stato il lavoro umano nell'originale versione dell'MDI a nuovi agenti non umani» (*ivi*: 213). Qualcosa di simile sembra essere accaduto con il metadone dal momento che il farmaco, nella sua versione "originaria", avrebbe potuto essere utilizzato in maniera differente da quanto richiesto dalla sostanza, dalle linee guida e dai medici, secondo un uso non congruo o «anti-programmatico» (LATOUR 1992: 247). In alcuni casi, quindi, parte del lavoro di sorveglianza sulla modalità di assunzione del farmaco può essere delegato alla terapia stessa che, nella nuova forma zuccherina, contribuisce a proteggere al contempo pazienti e medici da eventuali effetti dovuti alle "diversioni".

Differenti formule di metadone co-producono relazioni terapeutiche variabili, possibilità di esercitare cura e controllo, attraversando corpi e soglie. Quando un paziente assume la propria dose, infatti, i milligrammi di terapia, raggiunto l'apparato gastrointestinale, distribuendosi tra organi e tessuti, partecipano ai processi di metabolizzazione andando a costituire i metaboliti presenti nelle urine. Queste ultime sono raccolte nel bagno del

Ser.D in giorni specifici della settimana e analizzate attraverso test specifici di ricerca delle sostanze. Una volta raccolto nel bagno del Servizio il metadone è registrato e rappresentato su alcuni documenti – le analisi dei pazienti – in termini di valori e di forma. Quantità e qualità del metadone, metabolizzato o non metabolizzato, divengono messaggi da scambiare tra medici e infermieri. Le informazioni considerate come rilevanti sono quelle che appaiono utili per fare la terapia e il paziente (MOL 2002, 2008). In alcuni casi, il metadone non metabolizzato, descrivendo una mancata assunzione del farmaco, può suggerire la ricerca di altre soluzioni:

Dopo aver spostato le sedie nell'ultimo angolo di sole del giardino, ci sediamo a chiacchiere, entrambe stringendo la propria tazza fumante. Seguendo il consiglio di Sofia ho scelto una tisana "natalizia", con la mela e la cannella. Torniamo a parlare della sua esperienza al SER.D.:

Sofia: «Al tempo, anche sulla terapia, sul metadone... e, sai, quei farmaci che in generale che ti vogliono dare, non trovavo il senso... e poi avevo paura di diventare dipendente da quella roba perché comunque si sa che... ma nel frattempo ero dipendente dalla roba... forse mi sentivo debole all'idea di dover prendere qualcosa per smettere...e infatti sono andata per un sacco truccando le urine... facevo delle cose guarda...» – guardando davanti a sé un po' imbarazzata ma con un mezzo sorriso.

Giulia: «Tipo?», la incalzo con tono scherzoso.

Sofia: «Eh, tipo, al tempo avevo sempre questi manicotti, no? – fa un gesto come ad indicare qualcosa che copre gli avambracci – Io ci mettevo una siringa di urine pulite dentro e l'avevo collegata a un tubicino con il quale facevo scendere nel contenitore, oppure me la legavo in vita...per un po' ha funzionato...».

Giulia: «Ma dai...?», ridendo.

Sofia, con aria imbarazzata: «Sì sì... poi mi hanno beccata perché praticamente hanno fatto una analisi e hanno visto che il metadone era aggiunto e non metabolizzato...».

Giulia: «Ah, ci aggiungevi anche il metadone», sorrido.

Sofia: «Sì! Pensa te... delle cose... ti ingegni in un modo – si nasconde per qualche secondo il viso in una mano – e quando se ne sono resi conto praticamente hanno iniziato a mandarmi l'infermiere dentro il bagno quando facevo le urine...».

(Casa di Sofia, 7 dicembre 2021, diario di campo)

Alla presenza del metadone non metabolizzato, per assicurare lo svolgimento dei controlli e del programma terapeutico, il bagno del Servizio può "affollarsi" e, come suggerito dall'esperienza di Sofia, insieme al paziente e alle telecamere, lo spazio può prevedere anche la presenza di un

infermiere. In altri casi, quando si verifica un “uso congruo” del farmaco, durante la visita con la dottoressa, la paziente può riferire come si sente al momento dell’assunzione, descrivendo dettagliatamente alcune delle sensazioni che accompagnano la sua giornata. Eppure, non sempre sembra facile identificare gli effetti della terapia. A volte, mentre nervosismo, sudorazione e brividi possono attenuarsi o scomparire, una sensazione di sonnolenza sopraggiunge nell’arco di qualche ora, e in certi casi, può subentrare uno stato di “eccessiva” stanchezza. Se la stanchezza è percepita anche durante le attività lavorative, può capitare che si alimenti una condizione quotidiana di stress. Il medico, dopo aver ascoltato attentamente la paziente, può allora controllare sul piano terapeutico la posologia del metadone, considerare le analisi più recenti, verificare la presenza di eventuali prescrizioni di altri farmaci nella cartella clinica. Dopo un’attenta valutazione, tenendo conto delle sue necessità e abitudini quotidiane, medico e paziente possono confrontarsi sulla possibilità di sperimentare una nuova terapia, magari con un dosaggio differente. La proposta terapeutica può quindi essere sperimentata e regolata secondo una «logica della cura» (MOL 2008), condivisa e flessibilmente concordata per passare l’azione tra sostanze, pazienti e operatori.

Giochi, mosse e contromosse

Le regole da rispettare per l’assunzione del farmaco possono presentarsi come la “copia carbone” dell’azione del metadone (GOMART 2004): una sostanza che, esprimendo la sua efficacia in una durata relativa alle 24 ore di copertura dell’astinenza, contribuisce a richiamare alcuni pazienti quotidianamente al Servizio. Il rispetto degli orari è considerato parte integrante del gioco di “rieducazione” dei pazienti, i quali, devono (ri)apprendere a presentarsi in orario come in qualunque altro ufficio in cui l’apertura al pubblico è regolato da orari precisi. Ma non sempre ciò accade, come ho potuto comprendere una mattina che mi trovavo nel luminoso studio di Paolo:

Squilla il telefono per quella che potrebbe essere l’ottava volta da quando sono nell’ufficio.

Dopo aver atteso qualche secondo, Paolo, sospirando, mi guarda e mi dice «Scusa eh...».

Spengo il registratore.

Solleva la cornetta girandosi un po’ verso il computer fisso che occupa la scrivania alla sua destra.

Con la testa stancamente “precipitata” sulla cornetta, il medico ascolta per un qualche secondo. Dai primi scambi posso intuire che si tratta di un paziente che ha chiamato per chiedere “un appoggio”, ovvero la possibilità di poter ritirare la terapia presso un altro SER.D.

Paolo: «Non potresti passare oggi pomeriggio?».

La risposta dall'altra parte della cornetta sembra piuttosto secca.

Paolo: «Va bene, vediamo allora, aspetta un attimo, rimani lì».

Messo in attesa il paziente, Paolo schiaccia un altro paio di numeri sul tastierino del telefono e chiama l'ambulatorio per comunicare la richiesta di modifica. Parla con l'infermiere della possibilità di inviare il fax all'ambulatorio del SER.D. che riceverà il paziente per quel giorno. Concordata la variazione, torna in linea con il paziente, confermandogli l'appoggio. Riaggancia. Mi guarda con aria stanca e, sbuffando un po', inizia a preparare il documento. Si lamenta del fatto che il sistema è ancora “misto”: alcuni Servizi si servono “ancora” del fax. Aperto un documento sul pc, compila il foglio e dopo averlo stampato e firmato, scusandosi per l'ennesima volta, esce per recarsi in ambulatorio dove è atteso per far partire la comunicazione.

(Studio di Paolo, psichiatra, 13 maggio 2021, diario di campo)

Le richieste dei pazienti, come carte pescate dal mazzo degli “imprevisti”, possono complicare il gioco⁶ della terapia. In alcuni casi può accadere che i pazienti abbiano bisogno di un “nuovo metadone”: potrebbero averlo perso, averlo vomitato, o non riuscire a passare al Servizio per bere o ritirare la propria dose. In tali casi, la ri-programmazione della terapia deve essere quindi nuovamente registrata e comunicata attraverso vari passaggi. Il “nuovo” metadone si realizza attraverso una complessa catena di operazioni: due step di controllo, misurazioni, infermieri, comunicazioni tra uffici, medici, stampanti, fogli, nuove firme. Se, ad esempio, le richieste per le riprogrammazioni delle terapie giungono mentre il medico sta svolgendo un colloquio o una visita, fare una “nuova terapia” può assimilare una parte cospicua delle energie del medico, impedendo lo svolgimento di altre attività: attraverso la “nuova terapia” si può creare una nuova relazione medico-paziente e, talvolta, quando il farmaco non viene consegnato, lo spazio relazionale può essere drasticamente ridotto (mettendo fine alla partita). In questi casi, medici e pazienti possono giocare le proprie contromosse e l'azione terapeutica può rischiare di fermarsi nei passaggi mancati tra i giocatori:

«Noi non vogliamo dare il metadone o la buprenorfina a chi fa solo quello, cioè noi siamo costantemente impegnati con persone che continuano a usare e che non fanno buoni programmi terapeutici, a rincorrerli per dargli appuntamento, a ridare loro l'appuntamento quando saltano, a concordare

il momento, a tenerli in un colloquio dal momento che o hanno il cane legato fuori, oppure la macchina in doppia fila, perché hanno il figlio... è difficile riuscire a fare un colloquio con calma per riuscire a capire come sta la persona...»

(Intervista con Paolo, psichiatra, 6 aprile 2021, SER.D.)

Le regole che articolano il quotidiano di chi si reca al SER.D. – la richiesta di assumere la terapia in maniera congrua, il rispetto degli appuntamenti con gli operatori, lo svolgimento dei controlli delle urine – possono essere intese anche come «trucchi per insegnare al paziente» (GOMART 2004: 103), per favorire il cambiamento del suo stile di vita, costrizioni che gli offrirebbero comunque la possibilità di una contromossa: in alcuni casi il paziente rimarrebbe comunque ingaggiato “nel gioco” della terapia. In tal senso alcuni pazienti possono continuare ad usare eroina pur assumendo quotidianamente metadone (uno dei motivi per cui accade che la terapia venga prescritta, almeno inizialmente, a “basso dosaggio”). Utilizzare eroina e metadone riserverebbe alcuni vantaggi per il consumatore, dal momento che una base di metadone, associata all’uso di eroina, può offrire la possibilità di mantenere un determinato livello di tolleranza alla sostanza, evitando la crescita di spese e consumi e tutelando quindi la persona, almeno in parte, dal rischio di overdose. L’uso di entrambe le sostanze, quindi, può essere giocato in termini di “stabilizzazione”, come avevo potuto comprendere con Fabio – 36 anni, impiegato in un negozio – che, in alcune occasioni, sembra ricorrere alla forza del metadone per “stabilizzare” il proprio uso di eroina, cosicché gestione e dipendenza possono anche arrivare a confondersi:

Busso alla porta del garage “autogestito” di Fabio curiosa di sapere chi incontrerò. Trovo l’uomo da solo, particolarmente concentrato sul cellulare. Dopo i primi convenevoli mi chiede ridacchiando se voglio accompagnarlo ad un appuntamento. Gli dico che per me va bene. Dopo essersi fatto una sigaretta e aver afferrato una birra, spenge la musica e, insieme, ci incamminiamo verso il luogo dell’incontro. Mentre attraversiamo una piazza a passo svelto, notando una certa fretta, gli chiedo se per caso è “in calo”.

Fabio: «No no, ho fatto un ripigliino di metano poco fa», mi dice con grande naturalezza.

(Garage di Fabio, 28 ottobre 2020, diario di campo)

Quando un paziente, come nel caso di Fabio, continua ad utilizzare eroina, una prescrizione di un “nuovo metadone” può contribuire in misura maggiore o minore a “destabilizzare” il consumo dei pazienti attraverso la pratica dello “scalaggio”, ovvero la riduzione della dose giornaliera del

farmaco. Attraverso la dose ridotta, quotidianamente distribuita o affidata – “portata a casa” –, le abitudini dei pazienti che continuano a consumare possono essere “scosse”. Tale pratica può essere intesa come una carta da giocare nella contrattazione della terapia, senza necessariamente risolversi in una esclusione del paziente dal programma terapeutico. Anzi, la “ritenzione in trattamento”, può essere una priorità da salvaguardare per alcuni medici – come Paolo – anche dal momento che la fuoriuscita dal circuito della cura può costituire un rischio.

Va ricordato che tra gli stessi medici sembrano esservi opinioni differenti in merito alla gestione del metadone e alla pratica dello scalaggio che, talvolta, può provocare un abbandono della partita da parte del paziente. In questo senso, il gioco può avere una durata variabile, a seconda dell’idea di chi vi partecipa. La terapia “di” Paolo, psichiatra, sembra esse “giocata” più lentamente, è infatti variando i dosaggi nel corso del tempo che si può mirare ad un mantenimento della relazione tra sostanze, pazienti e operatori. Nell’ambito dello stesso Servizio, Stefano, tossicologo, è impegnato in un gioco più rapido: con chi avesse continuato ad usare, attraverso lo scalaggio rapido del metadone, la frequenza al Servizio sarebbe potuta diminuire fino ad interrompersi del tutto nel giro di alcune settimane.

Intermittenze

In certi casi, l’abbassarsi del dosaggio della terapia risponde all’aumentare di assenze e ritardi dei pazienti. Una volta ingerito il metadone a basso dosaggio, possono subentrare gli effetti dell’assenza dell’eroina: il “calo”. Ciò può accadere nei casi di “basso dosaggio” o anche quando la terapia farmacologica non è ritirata o assunta al Servizio. Come accaduto ad Alessandra, 24 anni, tatuatrice ancora in “formazione”:

Alessandra siede a gambe incrociate e, affondando nella poltrona malconcia, si passa la mano tra i capelli con aria sconsolata: «Mi danno veramente poco, devo risolvere sta storia, me l’hanno abbassato [il metadone] a venti al giorno... io prendevo... insomma cinquanta sarebbe la dose giusta di metadone per me, ormai lo so perché ci vado da talmente tanto... venti è nulla, non mi sento coperta per nulla... in più devo farmi metà città tutti i giorni per non avere l’affido, lo so benissimo che non mi daranno mai l’affido... venti mi copre solo per due ore poi... cazzo, mi stai chiedendo di fare una cosa praticamente così, solo per obbedirti... perché a me così cosa me ne viene? Allora mi vado a comprare una busta di roba scusami, eh, infatti io ci vado solo quando proprio ci devo andare, perché proprio non ho alternative – nel frattempo, si è accesa una sigaretta. Con la testa appoggiata alle

pareti del garage e la tavoletta grafica ancora in grembo, riprende – E poi si sorprendono al S.E.R.T., cavolo mi dai venti, ti chiedo l'affido mi dici “no no” e poi mi dici “eh ma non sei venuta il sabato e la domenica” certo che non sono venuta che cavolo... cioè vienimi incontro anche te se vuoi che io ti venga incontro! Se mi devo fare tutti [que]sti sbattimenti per venti di metadone, almeno dico, mi dessero l'affido il fine settimana. Ma neanche quello, allora che lo faccio a fare? Ho provato di tutto, cambiare servizio, cambiare medico ma non so che pesci prendere, posso solo subire. Ed è una cosa importante, oggi ci sono andata, cioè domani ho lezione... cavolo dammelo l'affido, loro pensano che io domani, ad esempio, devo essere alle nove laggiù dove si trova l'accademia, vivo dall'altra parte della città, e loro pensano che io mi sveglio alle sette, prendo i mezzi, vado a prendere il metadone di là, riprendo i mezzi e vado alla scuola. Cioè sono fuori di testa, cavolo aiutami! Quindi mi hanno detto: “Guarda la prossima volta che vieni te lo scaliamo a 15...” – Io li vorrei denunciare ti giuro... invece di aiutarmi, mi puniscono...».

(Garage di Fabio, 27 gennaio 2021, diario di campo)

Come suggerito dall'esperienza di Alessandra, la terapia a basso dosaggio può agire come promemoria di una mancanza e come richiamo per un cambiamento, per una maggiore presenza al Servizio. In tal modo, il metadone è parte di una «prescrizione» (AKRICH 1992; LATOUR 1992) destinata a contribuire alla riprogrammazione delle abitudini della paziente insoddisfatta.

Nei casi di insoddisfazione è possibile provare nuove soluzioni sperimentali, come compresi anche un giorno che mi trovavo a bordo dell'auto di Riccardo e Regina – 26 e 19 anni, entrambi consumatori di eroina.

Una volta in macchina, Regina inizia a far polemica contro il comportamento dei due ragazzi che abbiamo incontrato: il fratello di Riccardo e la sua fidanzata. Dopo aver parcheggiato davanti ad una siepe, tra un furgoncino ed un'auto stanca e malconcia, i due ricominciano a fumare [...].

Giulia: «Ma perché volevate comprare proprio la ketamina?», guardandoli dal sedile posteriore dell'auto.

Regina si gira un po' verso di me dal sedile del passeggero, sigaretta alla mano, stagnola usata sulle gambe: «Perché dice che aiuta con i dolori del calo da oppiacei...».

Riccardo la interrompe sciabolando il bocchino di carta argentata in aria, ci tiene a precisare: «No, più che altro, essendo un anestetico per cavalli, noi si voleva stare quattro giorni in calo, prendendo la ketamina, ora che mi arriva la disoccupazione la settimana prossima, così non senti i dolori... magari i brividi ti rimangono, però stai quattro giorni in calo senza sentire dolore... è la via più veloce e più sicura rispetto a scalare la roba, alzare il metadone, che poi quello non te lo toglie più eh... poi hai visto da 60 [mg]

di metadone a lei gli ci sono voluto quattro mesi per arrivare a 70 [mg] e non sono un cazzo! A lei non gli fanno un cazzo ma la su(a) dottoressa non ci sente, per questo le ho detto ora si prova così “tu ti prendi la ketamina e io mi prendo il metadone” così ci si fa... mi dai un bacino?», rivolto verso Regina. Sorride con tenerezza e le strappa un bacio stampo.

(In auto con Riccardo e Regina, 9 marzo 2021, diario di campo)

Alcuni pazienti possono essere impegnati a sondare una vasta gamma di possibili usi e miscele in cui la terapia può performare in vari modi nella storia di consumo: nei casi di “emergenza” o se si rimane “a secco” con la roba, o anche nei vari tentativi di disintossicazione “fai da te”. In certi casi, dal punto di osservazione degli operatori, il metadone può partecipare al gioco terapeutico performando in un «esuberante policonsumo farmaceutico» (O'REILLY, SARIS 2010):

«[i pazienti] a seconda della disponibilità che hanno potrebbero, possono anche dosarsi, no? Perché poi diventano insomma bravissimi chimici... quindi questo cosa provoca? che o gli avanza un po' di metadone, oppure gli manca il metadone... questo crea un mercato: se gli manca vanno alla ricerca, se ce l'hanno lo vendano... allora qual è l'obiettivo? sempre la ricerca di avere un po' di metadone... che poi anche dal punto di vista economico c[i] ha una rendita, per chi non lavora come i nostri pazienti e chi non c[i] ha niente, può essere anche una piccola entrata... quindi [i pazienti] cosa fanno? la manipolazione in cosa consiste? nel convincerti nel poter trovare qualche motivazione ad avere un affidamento, capito?»

(Intervista con Angela, infermiera, 13 ottobre 2021, SER.D.)

Le dosi avanzate o negoziate di terapia farmacologica possono essere una rendita, una merce utile nella compravendita o negli scambi di sostanze tra pazienti più o meno soddisfatti. Anne Lovell, osservando il percorso della buprenorfina, – anch'essa utilizzata come terapia nell'ambito della cura delle dipendenze – ha proposto la formula “dispersione farmaceutica” (LOVELL 2006: 138) per descrivere e studiare la complessa vita sociale delle sostanze che dal contesto della cura si possono spostare verso una rete informale ed illecita, come quella del mercato grigio di farmaci. Capita che i pazienti insoddisfatti, coinvolti nelle pratiche di scalaggio rapido, dopo essere usciti “velocemente” dal gioco della terapia, si ripresentino al Servizio. Ciò accade, aveva osservato Claudia, assistente sociale, anche dopo un periodo relativamente breve, magari dopo un mese dall'interruzione della terapia. In questi casi, lo scalaggio della terapia può corrispondere a “rimanere fermi un turno”. Ma, a volte, rimanere fermi più turni, ovvero una progressione rapida e ripetuta verso la “sospensione” dal gioco, può definire una terapia forse più rischiosa o, nel caso di un abbandono definitivo del paziente, nessuna terapia.

Affidamenti

Ogni giorno, un dato quantitativo di metadone può essere “affidato” al paziente: una dose superiore a quella quotidiana è ritirata, in alcuni casi, per essere dosata e consumata fuori dal Servizio. Il metadone, dato “in affidamento” esce dalla struttura in una boccetta di plastica recante i dati del paziente e della terapia, dopo essere stato registrato attraverso il programma informatico compilabile e consultabile da medici e infermieri. Capita che la terapia affidata finisca in un cassetto, in una scatola, su una mensola, dentro uno zaino, pronta per essere ingerita dal paziente ovunque si trovi: a casa, su un treno, dentro un negozio, fuori dall’ufficio di lavoro. Ad un alto dosaggio affidato corrispondono meno viaggi al Servizio, meno code, meno ore e minuti di attesa, meno sedie occupate nella sala d’attesa. La terapia affidata può accompagnare i pazienti in tutte le attività quotidiane, consentendone lo svolgimento. Viceversa, a un dosaggio basso di metadone, a un farmaco non “affidato”, può corrispondere una quotidiana presenza del paziente al Servizio, spostamenti, code, attese giornaliere, più pazienti in sala d’attesa.

Fraser e Valentine (2008), analizzando le pratiche di distribuzione del metadone presso alcuni Servizi, farmacie e cliniche private in Australia, hanno messo in evidenza le dimensioni cronotopiche (BACHTIN 1982) del trattamento farmacologico, sensibili all’inscindibilità di spazio e tempo. La conformazione di una sala di aspetto, la presenza di porte temporizzate, gli orari di apertura delle cliniche, la configurazione di un corridoio o di scale destinate ad accogliere una coda di pazienti, partecipano e sono frutto di combinazioni spazio-temporali che possono riformulare le relazioni terapeutiche tra pazienti, operatrici e sostanze.

In tal senso, anche al SER.D. la terapia quotidiana può riempire il tempo e lo spazio dei pazienti non “affidabili”; come accaduto a Fabio, 36 anni, che ama riunirsi con gli amici al suo “garage autogestito”, dove mette dischi e si rilassa un po’:

Si piega per sistemare un pacco di riviste appoggiate per terra vicino ad un mucchio di plastica e polistirolo da imballaggio, Fabio: «Il fatto è che quelli del SER.D. con quelli come me non sanno come fare, io non sono il tossicodipendente disperato che sta per strada. Ho una vita, un’attività da mandare avanti. Mi tengono lì con il metadone, non so nemmeno più da quanto tempo lo prendo... – apre uno scatolone e inizia a svuotarlo mentre continua distrattamente – tralasciando che poi lì nessuno capisce che hai una vita, degli impegni lavorativi; quindi, la flessibilità degli orari non sanno nemmeno che è. Per avere l’affido poi, non ne parliamo neanche. Ma è una schiavitù, per

andare in vacanza, ad esempio, è un casino, a volte mi tocca fare scorta...
sennò non posso mica decidere così all'ultimo, domani parto e vado tre
giorni a trovare un amico!».

(Garage di Fabio, 14 ottobre 2020, diario di campo)

La terapia sostitutiva può rivelare una immemore e ingombrante presenza che rende tempi e spazi quotidiani molto faticosi. Jamie Saris (2022) ha osservato che molte delle metafore utilizzate dai consumatori per descrivere la condizione di una persona il cui trattamento si risolverebbe in prescrizioni settimanali di farmaci sostitutivi «enfaticizzano la qualità sospesa di questa condizione – ovvero sentirsi parcheggiati o bloccati in una modalità di “trattamento” che non sembra essere chiaro se si tratti di una via percorribile o una impasse» (ivi: 135). Alla quotidiana presenza senza tempo della terapia farmacologica può corrispondere una riduzione della libertà di movimento dei pazienti e, come nel caso di Fabio, una sensazione di sospensione nella cura.

Ma un giorno qualcosa è cambiato nel quotidiano di Fabio, come di altri pazienti e operatori.

A partire da marzo 2020, durante i primi mesi di diffusione del virus Covid-19, lo spazio del SER.D. ha iniziato ad accogliere molte meno persone e Fabio, come altri, poteva essere raggiunto più frequentemente attraverso il telefono. Improvvisamente, un virus che si diffondeva attraverso relazioni di prossimità aveva contribuito a rendere più difficile lo spostamento e la permanenza al Servizio, sia per i pazienti sia per gli operatori. Questi ultimi si erano trovati nella necessità di sperimentare nuovi modi per organizzarsi, confrontandosi con nuovi attori. Gel igienizzanti, mascherine, finestre e porte chiuse o aperte, decreti-legge, metri di distanza, guanti, partecipavano alla distribuzione della terapia. La presenza o l'assenza al Servizio dei dispositivi di protezione, ad esempio le mascherine, influiva inizialmente sulle decisioni da prendere in merito al nuovo assetto del Servizio, sostenendo differenti posizioni tra dirigenza, operatori e operatrici e, talvolta, pazienti. Verso fine febbraio, infatti, quando ancora non era chiaro quanto e come fosse necessario approntare condizioni di protezione per chi si recava al Servizio, la mascherina avrebbe potuto alimentare, secondo alcuni, allarmismo e distanza. Al tempo stesso, per altri, l'assenza delle protezioni contribuiva attivamente nel mettere a rischio le relazioni tra operatrici e operatori, come anche le possibilità di realizzare una relazione terapeutica e la terapia stessa.

La scarsa reperibilità di alcune sostanze come anche le misure di controllo degli spostamenti, le zone rosse che regolavano la circolazione nelle aree

urbane, contribuivano a “fare” nuovi potenziali pazienti, nuove persone che si erano recate al SER.D. Oltre ad occuparsi dei nuovi arrivati, quotidianamente operatrici e operatori avevano iniziato a svolgere colloqui “da remoto” per ricevere aggiornamenti sulle condizioni di salute di chi non poteva recarsi al Servizio come anche per assicurarsi che le indicazioni per la terapia continuassero ad essere seguite. Sempre attraverso il telefono, era possibile fornire informazioni sulla riorganizzazione delle attività previste dai programmi individuali e collettivi. Anche il lavoro tra colleghi aveva dovuto ricalibrarsi attraverso nuove distanze e con il coinvolgimento di nuovi attori: in alcuni casi, le riunioni con gli operatori del Servizio o di altre strutture si svolgevano grazie a piattaforme *online*, e anche alcune attività che coinvolgevano i pazienti si erano spostate “in rete” su portali appositamente disposti.

Una “nuova terapia” avrebbe dovuto essere organizzata su “nuove distanze”.

In una prima fase, le mani di chiunque entrasse nella struttura venivano igienizzate ad ogni ingresso e, grazie ad un termometro digitale, era possibile misurare la temperatura dei nuovi arrivati. Il bagno e le telecamere della struttura registravano meno presenze, e i controlli potevano essere svolti dopo un intervallo maggiore di tempo o, in alcuni casi, essere sostituiti da altri tipi di controllo.

Ad una maggiore distanza tra oggetti e persone poteva corrispondere un maggior numero di operazioni, ad esempio quelle di sanificazione delle superfici, necessarie alla tutela della salute di operatrici e pazienti. Il ricorso ad alcuni strumenti, ad esempio l'*alcohol breath test*, era improvvisamente limitato a causa del rischio di contaminazione. Quando e se coinvolte nei monitoraggi delle terapie, tali strumentazioni prevedevano una necessaria e adeguata sanificazione che avrebbe richiesto “nuovi tempi” di esecuzione e attesa. Le terapie pandemiche, “fatte” dai tempi più lunghi e da maggiori operazioni di controllo, contribuendo a proteggere la salute di operatori e pazienti, potevano in alcuni casi corrispondere a distanze maggiori, barriere e code più lunghe, code che non avrebbero potuto essere ospitate in sala d’attesa. Quando proprio era ritenuta indispensabile la presenza del paziente, i colloqui erano svolti, a volte, con un massimo di due operatori per volta, mantenendo uno spazio “di sicurezza” e possibilmente una finestra aperta.

La coda per la distribuzione del metadone si era quindi spostata in strada, dove i pazienti potevano sostare fumando e chiacchierando, in alcuni casi a distanza di sicurezza. Il farmaco passava dalle mani degli operatori a quelle dei pazienti attraverso le finestre. La quantità di farmaco affida-

ta ai pazienti era generalmente aumentata mentre il numero di pazienti quotidianamente presenti alla struttura era diminuito. Nel nuovo setting “pandemico”, specialmente in un primo momento, la terapia affidata aveva contribuito a fare pazienti “più affidabili”, aprendo alla possibilità per una nuova relazione, meno vincolante, tra operatori e pazienti, e a una maggiore libertà nella cura.

Sebbene l’adozione di specifiche misure emergenziali – tra cui un affidamento prolungato del metadone – sia stata possibile solo per un periodo ritenuto strettamente necessario, le riflessioni post-pandemiche di alcuni professionisti dei Servizi hanno potuto indicare nuove modalità, in grado di aprire all’inaspettato, come suggerito anche dalle riflessioni di operatrici e operatori:

L'affido prolungato si è dimostrata una strategia vincente, sia per ridurre gli spostamenti dei pazienti, che per supplire a problemi organizzativi dei servizi che improvvisamente si sono trovati con un numero significativamente ridotto di professionisti [...] La soluzione dell'affido prolungato è stata ben accolta dai pazienti oltre che per ragioni di ridotti spostamenti anche, riportando una osservazione, perché “meno vado al SER.D. meglio è”. In un caso un paziente con affido mensile, cogliendo l’occasione del lockdown, ha effettuato autonomamente una riduzione del dosaggio fino a 10 mg di metadone cloridrato sciroppo senza riportare problematiche astinenziali o di craving verso la sostanza illegale. [...] Le modalità introdotte, come il dare maggiore fiducia ai pazienti nella gestione della terapia e tecniche sempre più allargate di teleassistenza potrebbero nel tempo cambiare la modalità di approccio al problema dell’addictions. Una chiave, un approccio anche in senso trasformativo e terapeutico, in grado di riservare piacevoli e un po’ inaspettate sorprese (CORTI *et al.* 2020: 22-23).

Bruno Latour (2021), riflettendo sull’esperienza pandemica, ha esortato a “fare tesoro” di ciò che è possibile apprendere dalla quotidianità del confinamento: la possibilità di “uscire” dal “situarsi” per ritrovare connessioni, «una grande libertà di movimento» (ivi: 16). In questo senso, la terapia pandemica sembra aver aperto a permeabilità nuove nelle relazioni di cura e le connessioni sperimentate hanno potuto suggerire nuovi modi di riformulare stabilità attraverso equilibri locali e precari.

Permeabilità

Lo spiazzo del parcheggio è semi-deserto, Riccardo ferma la macchina non lontano da un furgoncino che vende panini. La zona sembra un’area industriale.

Riccardo: «Martedì appena arriva la disoccupazione si va a mangiare lì! Una volta dobbiamo portartici...».

Giulia: «Certo! Vengo volentieri...».

Regina si accende: «Sì e si deve anche andare al sushi! Anche se non ti garba – rivolta a Riccardo – puoi prendere il ramen o i ravioli...comunque c(i)'ho le foto...».

Dal sedile posteriore posso vedere Riccardo che inizia a scorrere freneticamente le foto nel telefono e, mentre continua a pensare alla paninoteca, «Fa della roba spaziale, proprio da gente che si fa le canne!» fa un tiro dalla sigaretta e lascia cascare la cenere in una vecchia lattina di birra infilata nel porta bibite vicino al freno a mano.

Regina: «Sì tipo la crema al mascarpone...», aggiunge quasi pregustandola.

[...] Riccardo: «Fanno delle cose guarda... i churros con la Nutella... io e lei l'ultima volta si fece una spesa... si spese sessanta euro... si spese... io aspetta presi»; alza lo sguardo dal telefono nello sforzo di ricordare: «Allora io due panini al curry, lei la piadina, le alette di pollo, le patatine con il bacon, poi i churros, e la crema mascarpone... poi che altro? Ah! ma mi sa che te lo sei segnato no?», si gira verso di lei.

Regina tira fuori un quaderno – uno dei suoi tanti: «Sì, perché ci scriviamo la roba ...».

Mentre cerca nel quaderno, tento di appuntarmi tutta la lista sul cellulare.

Mi mostra un altro elenco di piatti: «Ecco! Marzo 2021, ecco la paninoteca che ti dicevamo: 2 hamburger curry con la salsa speciale, 2 crocchette di patate con mozzarella...».

Riccardo: «No quelle non si presero...».

Regina: «Aspetta! la piadina con cipolle e mascarpone, alette di pollo non piccanti, patatine cheddar e bacon senza piccante, i churros con la Nutella... ah, poi qui c'è scritto comprare al penny 2 litri di pepsi, succo di arancia rossa, Fonzies, patatine bianche, i Choco Bons, le pastine Pan di Stelle, ricomprare Nutella, Crema Novi, Nocciolato Novi» si mette a ridere.

Annoto sul cellulare quello che riesco.

Riccardo: «No perché in camera mia c'è un comodino con due cassetti...le ho detto anche a lei ora martedì di fare un po' di spesa e mettere un po' di cazzate lì... capito? Pastine e Coca cole...».

Regina: «Ah, e amò! Aspetta!», ridendo. «Qui di lato c'è scritto Campo e Bobby, la coca e la roba...»

Ridacchiano.

(In auto con Riccardo e Regina, 7 maggio 2021, diario di campo)

Le pagine del diario di Regina materializzano la convivenza di patatine, bibite, Bobby (l'eroina), alette di pollo, sushi, Campo (cocaina), hamburger e molto altro. Nuove associazioni sono possibili e accompagnarle può contribuire ad illuminare le permeabilità dei confini. Annemarie Mol ha proposto di prendere ispirazione dalla pratica del nutrirsi per reimmaginare l'«essere al mondo» come un «coinvolgimento trasformativo di corpi semipermeabili in un mondo topologicamente intricato» (MOL 2021: 30). L'esperienza del cibarsi, ha suggerito la Mol, può essere intesa non come una esperienza di definizione dell'integrità del corpo rispetto al mondo che lo circonda, bensì come la possibilità di incorporarne frammenti e pezzi. Il metadone recuperato al SER.D. o «scroccato» alla fidanzata, le alette di pollo della paninoteca fuori città, l'eroina comprata dal «contatto», attraversano i corpi, stabiliscono relazioni e reti che, nel momento dell'ingestione, grazie ai confini semipermeabili di organi e tessuti, prendono strade diverse ma sempre porose. In questi processi «l'interno dipende dall'esterno e la continuità dipende dal cambiamento» (MOL 2021:49). Per ingestione o inalazione, il mondo «esterno» può percorrere una strada o un'altra e attraversare i corpi dall'esterno all'interno, per essere poi espulso dall'interno all'esterno. Non si tratta più di una lotta o di un gioco di vincitori e vinti, di sopraffazione e soggiogamento, di sostanze che dominano e di pazienti che ubbidiscono, ma della costruzione continua di nuove associazioni attraverso cui interrogare ed esplorare soggettività in divenire.

Come suggerito dall'etnografia, la terapia, lungi da essere un'unica sostanza isolata che agisce per provocare benessere, può realizzarsi in un *network* eterogeneo e fluttuante di pratiche (GOMART 2002b: 98). Percorrendo le molteplicità materiali è possibile incrociare i continui deragliamenti che attualizzano associazioni possibili nei *networks* di attanti umani e non umani implicati. Per comprendere come si «realizza» la terapia, è necessario considerare il progressivo decadere della predittività degli effetti della sostanza e il molteplice manifestarsi di mutamenti, anche conseguenti alla assunzione. Accompagnare i modi di performare del metadone consente di tracciare alcune delle possibili relazioni cui la sostanza può partecipare attivamente, materializzando relazioni che favoriscono associazioni e legami o condizioni di isolamento e abbandono. La relazione terapeutica può realizzarsi attraverso «giochi lenti» o «giochi veloci» e, nel gioco terapeutico, in quello che Emilie Gomart ha definito un «vincolo generoso» (2002a), ogni mossa può lasciare spazio ad una contromossa. Ad ogni occasione è possibile iniziare, da una parte e dall'altra, una ricerca di nuove soluzioni creative, contromosse che si realizzano nelle reti di attori umani e non umani, in cui si trasformano pratiche e significati.

Seguire un approccio processuale che accompagni il fluire delle sostanze può consentire di restituire modi differenti di intendere le relazioni di potere nell'ambito terapeutico. La "terapia sostitutiva" può rimandare, in alcuni casi, ad un'azione "sostitutiva" non autentica (FRASER, VALENTINE 2008) che richiama rapporti di forza statici che rischiano di occultare gli equilibri dinamici che è possibile incontrare con un approccio che accompagni l'eterogeneità e l'efficacia delle e nelle terapie. Curarsi delle eterogeneità e dell'efficacia attraverso un approccio prasseologico (MOL 2002) richiede di esplorare pragmaticamente e sperimentalmente le potenzialità relazionali seguendo una logica non astinenziale – che coinvolga tutti gli attori – in grado di cogliere e valorizzare pratiche, abitudini, competenze che alimentano e materializzano la cura nelle relazioni. Come è stato osservato

la cura riconfigura le relazioni interpersonali portando nelle vite delle persone nuovi attori, tecnologie, e forme di sapere che riposizionano le soggettività [...] La pratica del prendersi cura che è caratterizzata dalla materialità delle azioni e dai processi cooperativi cresce e si alimenta attraverso molteplici scambi sociali, dove strategie situate di autonomia e agency si costituiscono dinamicamente (QUARANTA, MINELLI, FORTIN 2018: 13)

L'etnografia, attraversando la materialità delle azioni e percorrendo i processi di realizzazione della terapia, può far emergere la variabilità delle relazioni in cui si riformulano anche le permeabilità tra cura e controllo.

L'attenzione alle traduzioni materiali e ai trasferimenti di azioni indica che è anche attraverso ascolto, dialogo e confronto che è possibile riorientare le permeabilità nei passaggi tra pazienti, operatori e sostanze. Quando «le sostanze contano» (KEANE 2008: 452), le dimensioni materiali e sociali non sono considerate disgiunte, e i modi di realizzarsi della terapia, nel varcare soglie e attraversare organi e membrane, partecipano ai tessuti relazionali che si possono creare nella condivisione permeabile di logiche della cura.

Note

⁽¹⁾ La ricerca si è svolta nell'ambito del percorso di dottorato in Scienze Umane – XXXV ciclo, curriculum antropologico-linguistico, docente tutor prof. Giovanni Pizzi – che ho realizzato presso l'Università degli studi di Perugia. Al termine di tale percorso ho discusso la tesi dal titolo *In-dipendenze, Usi, Mutamenti Corporei. Un'etnografia delle esperienze trasformatrice in una realtà urbana dell'Italia centrale*.

La ricerca sul campo era stata inizialmente progettata e avviata sul territorio umbro, per poi essere riorientata in Toscana, a causa delle difficoltà logistiche e organizzative connesse alla pandemia di Covid 19. L'etnografia, della durata di due anni, si è svolta insieme a consumatori e consumatrici di sostanze e operatori e operatrici di alcuni

Servizi territoriali di cura, tra cui Servizi di riduzione del danno, un Servizio per le dipendenze, un Servizio Alcolologico Territoriale, un Centro di Salute Mentale.

Nel corso della ricerca mi sono rivolta anche ad alcuni gruppi di Narcotici Anonimi.

Le esperienze di ricerca sono state condivise con persone che hanno attraversato e attraversano differenti Servizi di cura: pazienti, medici, infermieri, educatrici, psicologhe, assistenti sociali, personale addetto alla sicurezza e all'accoglienza nelle strutture. Le relazioni con consumatori e consumatrici hanno preso forma prevalentemente in strada e in alcuni spazi domestici e di intimità, sebbene anche la frequentazione dei Servizi abbia potuto offrire uno scorcio sulle interazioni che intercorrono nell'ambito della cura. Data la sensibilità del terreno di ricerca, oltre a scegliere di utilizzare pseudonimi inventati in luogo dei nomi effettivi, ho anche optato per alterare i riferimenti ad alcuni dei luoghi di incontro con consumatori e consumatrici.

Ringrazio coloro che hanno collaborato alla ricerca e che, con le loro disponibilità, hanno reso possibile anche (e non solo) la scrittura di questo testo. Inoltre, un ringraziamento va alla dott.ssa Fregonese per i momenti di confronto.

Grazie anche a Massimiliano Minelli per i preziosi consigli, suggerimenti e revisioni.

⁽²⁾ In Italia, essere trovati in possesso di determinate sostanze, o la rilevazione di tracce – anche “biologiche” – del loro utilizzo, può portare a un “invio” ai Servizi. È importante quindi sottolineare che il lavoro nei Servizi per le Dipendenze (Ser.D.) è strettamente connesso alla legge 309 del 1990, *Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*, un nesso che nei fatti può tornare in superficie, in maniera più o meno esplicitata, quando si è direttamente coinvolti nelle interazioni con operatrici e operatori che lavorano nei Servizi.

⁽³⁾ Sofia ha avuto un incidente poco tempo dopo il nostro primo incontro.

⁽⁴⁾ Anche al fine di includere interventi per la cura delle dipendenze definite “comportamentali” negli ultimi anni alcuni Servizi per le Tossicodipendenze hanno adottato la formula Servizi per le Dipendenze, Ser.D.

⁽⁵⁾ Come mi è stato spiegato, attualmente la specializzazione in Psichiatria e quella in Tossicologia sono entrambe richieste al personale medico per lavorare nell'ambito dei Servizi per le Dipendenze.

⁽⁶⁾ La nozione di gioco applicata alle dipendenze è parte di una letteratura piuttosto ampia e con una storia lunga. Si può ricordare sull'alcolismo: BERNE E. (1968), *A che gioco giochiamo*, Bompiani, Milano. La metafora del gioco per le letture sistemiche sociali piuttosto che individuali è presente anche in SCHEFF T.J. (1974), *Per infermità mentale, Una teoria sociale della follia*, Feltrinelli, Milano.

Bibliografia

AKRICH M. (1992), *The De-scription of Technical Objects*, pp. 205-224, in W.E. BIJKER, J. LAW (eds.), *Shaping Technology/Building Society: Studies in Sociotechnical Change*, MIT Press, Cambridge, MA.

- ANDERSON E.N. (1992), *A Healing Place: Ethnographic Notes on a Treatment Center*, "Alcoholism Treatment Quarterly", Vol. IX(3-4): 1-21.
- BACHTIN M.M. (1982), *The Dialogic Imagination: Four Essays*, University of Texas Press, Austin.
- BARRY A. (2005), *Pharmaceutical Matters: The Invention of Informed Materials*, "Theory Culture Society", Vol. 22(1): 51-69.
- BERNE E. (1968), *A che gioco giochiamo*, Bompiani, Milano.
- BERG M., MOL A. (1998), *Differences in Medicine, Unraveling Practices, Techniques, and Bodies*, Duke University Press, Durham-London.
- BOURGOIS P. (2000), *Disciplining Addictions: The Bio-Politics Of Methadone and Heroin in the United States*, "Culture Medicine and Psychiatry", Vol. 24(2): 165-195.
- BOURGOIS P., SCHONBERG J. (2009), *Righteous Dopefiend*, University of California Press, Berkeley.
- CORTI M., RIGLIETTA M., CALZOLARI U., DONADONI P., IBBADU G.F. (2020), *Come si vive la dipendenza al tempo del Covid-19 in un ambito territoriale ad elevata incidenza. L'impatto sui consumatori e sui Servizi "Mission - Periodico trimestrale della Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze"*, 54: 22-23.
- CUTOLO A. (2012), *Dell'obbedienza Forme e pratiche del soggetto*, FrancoAngeli, Milano.
- FRASER M. (2003), *Material Theory: Duration and the Serotonin Hypothesis of Depression*, "Theory Culture Society", Vol. XX(5): 1-26.
- FRASER S. VALENTINE K. (2008), *Substance and Substitution Methadone Subjects in Liberal Societies*, Palgrave Macmillan, London.
- FRASER S. (2010), *Repetition and Rupture the Gender of Agency in Methadone Maintenance Treatment*, pp. 69-98, in C. PATTON (ed.) *Rebirth of the Clinic: Places and Agents in Contemporary Health Care*, University of Minnesota Press, Minneapolis.
- FRIEDMAN J., ALICEA M. (2001), *Surviving Heroin: Interviews with Women in Methadone Clinics*, University Press of Florida, Gainesville, FL.
- GARCIA A. (2010), *The Pastoral Clinic: Addiction and Dispossession along the Rio Grande*, University of California Press, Berkeley.
- GOMART E. (2002a), *Towards Generous Constraint: Freedom and Coercion in a French Addiction Treatment*, "Sociology of Health & Illness", Vol. XXIV(5): 517-549.
- GOMART E. (2002b), *Methadone: Six Effects in Search of a Substance*, "Social Studies of Science", Vol. 32(1): 93-135.
- GOMART E. (2004), *Surprised by Methadone: In Praise of Drug Substitution Treatment in a French Clinic*, "Body & Society", Vol. 10(2-3): 85-110.
- GOSLING H.J. (2015), *An Invitation to Change? An Ethnographic Study of a Residential Therapeutic Community for Substance Use*, dissertazione di dottorato, John Moores University, Liverpool.
- HARDON A. SANABRIA E. (2017), *Fluid Drugs: Revisiting the Anthropology of Pharmaceuticals*, "Annual Review of Anthropology", Vol. XLVI: 117-132.
- HYDE S.T. (2017), *Spending My Own Money, Harming My Own Body: Addiction and Care in Southwest China*, "Medical Anthropology", Vol. 36(1): 61-76.
- HUNT G., BARKER J.C. (1999), *Drug Treatment in Contemporary Anthropology and Sociology*, "European Addiction Research", Vol. 5(3): 126-132.

- KEANE H. (2008), *Foucault on Methadone: Beyond Biopower*, "International Journal of Drug Policy", Vol. XX(5): 450-452.
- LATOUR B. (1992), *Where Are the Missing Masses? The Sociology of a Few Mundane Artifacts*, pp. 225-58, in W.E. BIJKER, J. LAW (eds.), *Shaping Technology/Building Society: Studies in Sociotechnical Change*, MIT Press, Cambridge, MA.
- LATOUR B. (2021), *Dove sono? Lezioni di filosofia per un pianeta che cambia*, Einaudi, Torino.
- LAW J., MOL A. (1995), *Notes on Materiality and Sociality*, "The Sociological Review", 43: 274-294.
- LOVELL M.A. (2006), *Addiction Markets. The Case of High-Dose Buprenorphine in France*, pp. 136-170, in A. PETRYNA, A. LAKOFF, A. KLEINMAN (eds.), *Global Pharmaceuticals Ethics, Markets, Practices*, Duke University Press, Durham.
- MARTIN E. (2006), *The Pharmaceutical Person*, "Biosocieties", Vol. I: 273-287.
- MAHER L. (1997), *Sexed Work: Gender Race and Resistance in a Brooklyn Drug Market*, Clarendon Press, Oxford-New York.
- MAHER L. (2002), *Don't Leave Us This Way: Ethnography and Injecting Drug Use in The Age of Aids*, "International Journal of Drug Policy", Vol. 13(4): 311-325.
- MOL A. (2002), *The Body Multiple. Ontology in Medical Practice*, Duke University Press, Durham-London.
- MOL A. (2008), *The Logic of Care. Health and the Problem of Patient Choice*, Routledge, New York.
- MOL A. (2010), *Actor Network Theory: Sensitive Term and Enduring Tensions*, "Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Sonderheft", 50: 253-269.
- MOL A. (2021), *Eating in Theory (Experimental Futures)*, Duke University Press, Durham.
- NAVA F. (2008) *Realtà e prospettive farmacologiche nell'affido di terapie specifiche per il trattamento della tossicodipendenza da oppiacei*, "FeDerserD Informa", supplemento a "Mission – Periodico trimestrale della Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze", 9: 3-13.
- O'REILLY F., SARIS A.J. (2010), *A Dizzying Array of Substances: An Ethnographic Study of Drug Use in the Canal Communities*, The Canal Communities Local Drugs Task Force, Dublin.
- PROUT A. (1996), *Actor-Network Theory, Technology and Medical Sociology: An Illustrative Analysis of the Metered Dose Inhaler*, "Sociology of Health & Illness", Vol. XVIII(2): 198-219.
- QUARANTA I., MINELLI M., FORTIN S. (2018), *Assemblages, Transformations, and the Politics of Care*, Bononia University Press, Bologna.
- ROSENBAUM M. (1985), *A Matter of Style: Variation among Methadone Clinics in the Control of Clients*, "Contemporary Drug Problems", 13: 375-397.
- SANABRIA E. (2016), *Plastic Bodies: Sex Hormones and Menstrual Suppression in Brazil*: Duke University Press, Durham.
- SARIS A.J. (2022), *The Dialectics of Heroin and Methadone in Ireland*, "Irish Journal of Psychological Medicine", 39: 131-137.
- SCHIEFF T.J. (1974), *Per infermità mentale. Una teoria sociale della follia*, Feltrinelli, Milano.
- SEVERI I. (2017), *Incollocabili. Antropologia applicata in contesti di droga e Cronicità*, tesi di dottorato, Università degli Studi di Milano, Milano.
- SKOLL G. (1992) *Walk the Walk and Talk the Talk: An Ethnography of a Drug Abuse Treatment Facility*, Temple University Press, Philadelphia.

SUGARMAN B. (1974), *Daytop Village: A Therapeutic Community*, Holt, Rinehart & Winston, New York.

TRELOAR, C., FRASER, S. M., & VALENTINE, K. (2007), *Valuing Methadone Takeaway Doses: The Contribution of Service-User Perspectives to Policy and Practice*, "Drugs: Education, Prevention and Policy", Vol. XIV(1): 61-74.

URBANO L. (2023), *Scegliere la malattia. Responsabilità e riflessività nella riabilitazione della tossicodipendenza*, Argo, Lecce.

VAN DER GEEST S., REYNOLDS WHYTE S., HARDON A. (1996), *The Anthropology of Pharmaceuticals: A Biographical Approach*, "Annual Review of Anthropology", Vol. XXV: 153-178.

WEPPNER R. (1983), *The Untherapeutic Community*, University of Nebraska Press, Lincoln.

ZIGON J. (2011), *HIV Is God's Will. Rehabilitating Morality in Neoliberal Russia*, University of California Press, Berkeley.

Scheda sull'Autrice

Giulia Nistri è dottore di ricerca in Scienze Umane e assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e della Formazione dell'Università degli studi di Perugia. I suoi interessi di ricerca sono rivolti ai temi connessi alla salute e alle relazioni di cura nell'ambito dei servizi di assistenza sanitaria, accoglienza e prossimità. Si è occupata di migrazioni, di dipendenze, di gioco d'azzardo, di usi di sostanze e riduzione del danno, con una particolare attenzione alle condizioni di accesso, attraversamento e condivisione degli spazi e dei significati di cura. Lavorando in dialogo con differenti gruppi di attori sociali – associazioni di auto-mutuo aiuto, volontari, personale sanitario, funzionari pubblici, equipe di operatrici sociali – ha sviluppato l'interesse per la sperimentazione di collaborazioni transdisciplinari, orientate in un'ottica critica e trasformativa delle pratiche e delle politiche di salute. Ha esperienza di ricerca in Italia e in Brasile.

Riassunto

Permeabilità terapeutiche. Seguire il metadone nei percorsi di cura per le dipendenze

L'articolo si concentra sulle pratiche terapeutiche per la cura delle dipendenze a partire da una ricerca etnografica condotta in una regione urbana dell'Italia centrale coinvolgendo persone che fanno uso di sostanze e operatori e operatrici che lavorano in un Servizio per le dipendenze SER.D.

La ricerca, incrociando pratiche e rappresentazioni che possono emergere nella quotidianità dei programmi di cura delle dipendenze, attraversa e percorre i modi in cui attori umani e non umani contribuiscono alla definizione delle terapie, restituendo le forme emergenti di "realizzarsi" del metadone, che, in chiave non essenzialista, cessa di essere solo un farmaco o una "sostanza". Grazie ad un approccio prasseologico, nel tentativo di attraversare confini corporei e soglie di Servizi, l'articolo esplora le molteplicità materiali e le potenzialità relazionali che possono, di volta in volta, attualizzare

le reti eterogenee della terapia, facendo luce sulle diverse forme della cura.

9Parole chiave: metadone, dipendenze, etnografia, sostanze, reti di relazioni

Resumen

Permeabilidades terapéuticas. Seguimiento de la metadona en los programas de tratamiento de las adicciones

El artículo se centra en las prácticas terapéuticas para el tratamiento de las adicciones a partir de una investigación etnográfica realizada en una región urbana del centro de Italia, involucrando a personas que usan sustancias y a trabajadores y trabajadoras que trabajan en un Servicio para las adicciones (SER.D.). La investigación, cruzando prácticas y narrativas que pueden surgir en la cotidianidad de los programas de tratamiento de las adicciones, atraviesa y recorre los modos en que actores humanos y no humanos contribuyen a la definición de las terapias, restableciendo las formas emergentes de la realización del metadona, que, en clave no esencialista, deja de ser solo un fármaco o una “sustancia”. Gracias a un enfoque praxeológico, en el intento de atravesar fronteras corporales y los umbrales de los servicios, el artículo explora las multiplicidades materiales y las potencialidades relacionales que pueden, en cada ocasión, actualizar las redes heterogéneas de la terapia, arrojando luz sobre las diversas formas de curación.

Palabras clave: metadonas, adicciones, etnografía, sustancias, redes de relaciones

Résumé

Perméabilités thérapeutiques. Suivre la “méthadone” dans les parcours de traitement de l’addiction

L’article se concentre sur les pratiques thérapeutiques dans le traitement des addictions à partir d’une recherche ethnographique menée dans une région urbaine du centre de l’Italie auprès de consommateurs de substances et d’opérateurs travaillant dans un service de traitement des addictions.

En croisant les pratiques et les récits qui peuvent émerger dans la vie quotidienne des programmes de traitement des addictions, la recherche traverse les façons dont les acteurs humains et non-humains contribuent à la définition des thérapies, en restituant les formes émergentes de se «réaliser» de la méthadone, qui, dans une clé non essentialiste, cesse d’être seulement une drogue ou une « substance ». En utilisant une approche praxéologique, dans une tentative de franchir les frontières corporelles et les seuils des services, l’article explore les multiplicités matérielles et les potentialités relationnelles qui peuvent, de temps en temps, actualiser les réseaux hétérogènes de la thérapie, en mettant en lumière les différentes formes de guérison.

Mots-clés: methadone, addictions, ethnographie, substances, réseau de relations

