

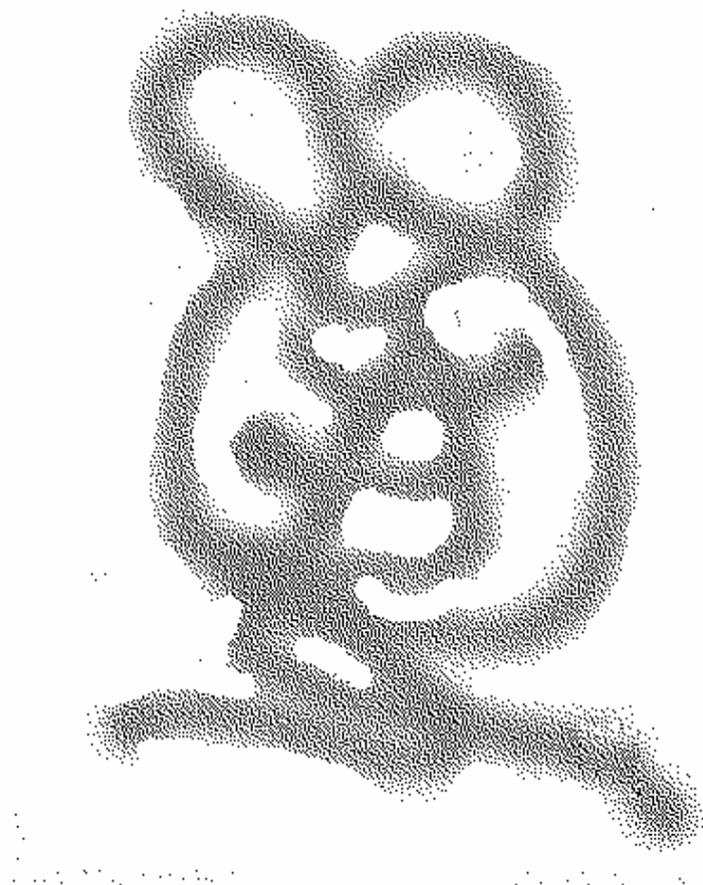
Paolo Dorigo
militante comunista prigioniero

CONTROINCHIESTA SU UNA OPERAZIONE DI CONTROLLO MENTALE TOTALE E DI ANNIENTAMENTO PSICO-FISICO DEL XXI SECOLO NELLE CARCERI ITALIANE

UNA NUOVA TAPPA DELLA GUERRA SPORCA DELL'IMPERIALISMO

IV edizione

La verità è rivoluzionaria ed è infinitamente conoscibile



Agli atti proc. pen. 2341/2342/1365-2002 Proc. Rep. Biella
4647/2002 Proc. Rep. Livorno
Istanza art. 11 O.P. Magistrato Sorveglianza Spoleto

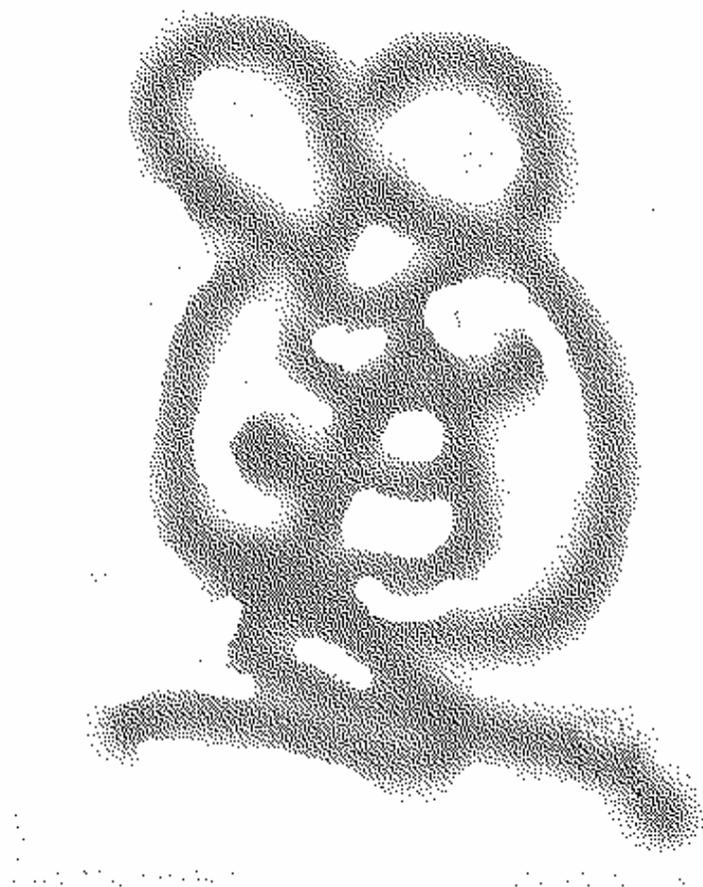
Paolo Dorigo
militante comunista prigioniero

"DIARIO DI UN PAZZO" Remake Tecnologico dal libro di Lu Hsun

CONTROINCHIESTA SU ACUFENI CLASSISTI

IV edizione

La verità è rivoluzionaria ed è infinitamente conoscibile



Lu Hsun (in Italia edito da Mazzotta e Garzanti), era un rivoluzionario comunista cinese ed un letterato nella prima metà del XX secolo, molto apprezzato e stimato da Mao Tse-Tung, che, perseguitato dal potere,

scrisse vari racconti, poesie e novelle, tra le quali un breve racconto sulle manie di persecuzione di un uomo. Ironicamente accetto la definizione e la pongo tra virgolette, perché qui la persecuzione, al di là del "quid" di questa controinchiesta, a livello carcerario e giuridico c'è comunque stata.

"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana."
Art. 32 della Costituzione della Repubblica Italiana, 1947

Indice

1. **PSICOSI O STRUMENTO MICIDIALE DI TORTURA?** (TABELLA FREQUENZE)
2. **CAPITOLO I** - AUTOINTERVISTA SU QUESTI "DISTURBI" (LUGLIO – SETTEMBRE 2002)
3. **CAPITOLO FF** - FOLLIE: ALCUNI ESEMPI
4. **CAPITOLO VRR** - ESEMPI DI DISTURBI E STIMOLI
5. **CAPITOLO PF** - PSICOFARMACI E CRITICA ALLA "PSICHIATRIA" DI REGIME: NEL 2002, LE PASTICCHE COME PALLOTTOLE
6. **CAPITOLO NRI** - TENTATIVO DI NARCOTIZZAZIONE E RADIOIPNOSI
7. **CAPITOLO MS** - MESSAGGI SUBLIMINALI (SCHEDA; DA INTERNET)
8. **CAPITOLO S** - SALUTE FISICA (fastidi sociali derivanti da una cattiva interpretazione del diritto)
9. **CAPITOLO MA** - MEDICINA - AUDIOLOGIA (**9. 1** ORECCHIO; **9.2** ACUFENE O TINNITO; **9.3.** SINDROME DA ADATTAMENTO SUO CONTRASTO DI RESISTENZA UMANA; **9.4** ORMONI; **9.5.** CORRISPONDENZA CON IL DIRIGENTE DI AUDIOLOGICA DELL'OSPEDALE DI SPOLETO)
10. **CAPITOLO NRL** - NEUROLOGIA (MEMORANDUM)
11. Denuncia presentata alla Procura della Repubblica di Biella il 16.08.2002
12. Guerra sporca e resistenza, Biella, 11.4.2002
13. Reclamo del 16.04.2002 alla Direzione della Casa Circondariale di Biella
14. Dichiarazione di lotta e di solidarietà, 12.5.2002
- 15 a. Richiesta di perizia medico-legale presentata alla Procura della Repubblica di Livorno il 09.08.2002 inerente la denuncia orale presentata alla stessa A.G. il 12.06.2002
- 15 b. Querela presentata il 5.9.2002 alla Procura Generale della Repubblica di Trieste, alla Procura della Repubblica di Livorno, alla Procura della Repubblica di Biella
- 16 a. Denuncia presentata alla Procura della Repubblica di Livorno il 27.07.2002
- 16 b. Querela inviata il 18.6.2002 alla Procura della Repubblica di Livorno.

– cd "allegati": chiedere ad avv. Vittorio Trupiano 081-7879057

- Allegato: Cartella clinica "osservazione psichiatrica" casa circondariale di Livorno, 26.5.2002 – 19.6.2002
- Istanza: Istanza del 10.7.2002 al DAP di fare ritorno alla casa circondariale di Biella e Integrazione istanza, del 17.7.2002, dopo la lettura della cartella clinica suddetta
- Articolo: Articoli di stampa relativi all'azione di Aviano del 2.9.1993 ed al successivo processo
- Documento: Documentazione giuridica, - Sentenza CEDU del 9.9.1998, su ricorso n. 33286/96 avv. G. Pelazza, Milano, Paolo Dorigo contro Italia - Commissione giustizia del Senato, atti parlamentari 21.1.1999, relazione Pera - Risoluzione interinale del Comitato dei Ministri Consiglio d'Europa 15-4-1999 n° 258/1999 - Risoluzione interinale del Comitato dei Ministri Consiglio d'Europa 19.2.2002 n° 30/2002
- Continuazione: Documentazione giuridica sul rifiuto di concedere la continuazione sulle precedenti carcerazioni ingiustamente presofferte dal sottoscritto, dopo il rifiuto di concedere la fungibilità a due carcerazioni per complessivi anni 2, mesi 10, giorni 21 di carcerazione preventiva
- Biella: Articoli di stampa e documentazione relativa alla situazione degli abusi nel carcere di Biella; 2002... nuova caccia alle streghe... un tentativo di annientamento. Articoli di stampa e documentazione
- Curriculum vitae e Rivendicazione del proprio percorso politico di militante comunista
- Nota: i documenti raccolti sono solo una sintesi indicativa. Per chi volesse documentarsi sulle decine di rapporti disciplinari, denunce e sanzioni raccolte dal sottoscritto sin dal 1996 (Novara, Opera, Biella, Livorno), rivolgersi alla Magistratura di



sorveglianza delle relative sedi giudiziarie. Per chi volesse una raccolta dei reclami inoltrati sulle più diverse situazioni, rivolgersi alle Direzioni dei carceri suddetti o al DAP.

Le modifiche sono state effettuate il 2 gennaio 2003
nel carcere speciale di Spoleto – PG – sezione EIV

I “disturbi” di cui si parla in questo testo sono
presenti in diverse forme da almeno vent’anni
nelle carceri italiane. *

La psichiatria li bolla come “psicosi carcerarie” ma sono
tutt’altro. * [vedi pag. 36]

Stanno aumentando di numero ed intensità
con lo sviluppo telematico.

1. UNO STRUMENTO MICIDIALE DI TORTURA NON È UNA PSICOSI!

carcere speciale di SPOLETO, 9 ottobre 2002

Anche dopo un mese di terribile trattamento penitenziario a Livorno nella sezione “osservazione psichiatrica” nel giugno 2002 (cfr. Istanza al DAP del 10.7.2002 e Integrazione alla stessa del 17.7.2002) sono stato capace immediatamente di relazionarmi positivamente con i compagni di detenzione, per la gran parte sconosciuti e quasi completamente estranei ai miei interessi, non ho avuto significativi contrasti con le guardie nell’istituto di Spoleto in cui sono stato trasferito, ho ripreso le mie attività usuali di studio, cucina, socializzazione, lettura, e mi sono quindi dimostrato sanissimo di mente anche dopo il tentativo di farmi passare per pazzo attuato dal carcere di Biella tramite la Magistratura di sorveglianza di Torino o Biella chiedendo se ricorrevano i termini per l’adozione dei provvedimenti conseguenti all’art. 148 CP [nota 1].

*Sono sanissimo e orgoglioso al di là dei momenti dolorosi attraversati in sinora 12 anni di detenzione su 43 di età in presenza di accuse e condanne per “reati” inerenti alla mia militanza comunista rivoluzionaria e debbo ancora scontare quasi 5 anni per una condanna a 13 anni e 6 mesi basata su un processo politico a dei militanti rivoluzionari, accusati sulla sola base delle dichiarazioni istruttorie dei pentiti, **per l’azione antimperialista condotta contro la base USAF di Aviano il 2.9.1993**; non ho sdoppiamenti della personalità né gravi amnesie di alcun tipo né alcuna forma di dissociazione mentale, mentre soffro da circa 6-8 mesi di alcuni momenti di lapsus e di lievi forme di confusione di termini nonché di difficoltà ad emettere taluni suoni fischiando, tutti difetti sopravvenuti a partire dal dicembre 2001 [ultima visita effettuata, il 3.12.2001, una visita oculistica presso l’Ospedale civile di Biella]. Tale processo è stato oggetto di una pesante condanna (9.9.1998 n. 33286/96) della CEDU di Strasburgo contro l’Italia, che dopo 9 anni da questo ultimo arresto non mi ha ancora sottoposto ad un processo nel rispetto delle norme giuridiche europee ed internazionali sottoscritte dallo Stato italiano. Per tale motivo, nel quadro della normalizzazione della “giustizia” italiana in ambito comunitario e per i prossimi casi di processi dichiarati “iniqui”, entro l’ottobre di quest’anno l’Italia si era impegnata con l’Unione Europea, – in conseguenza di tale sentenza, dopo aver rivisto la Costituzione e aver ulteriormente modificato il “giusto processo” che avrebbe dovuto essere “garantito” dall’ultimo CPP del 24.10.1989 – (cfr. Commissione giustizia del Senato, atti parlamentari 1999, relazione Pera), a legiferare la revisione dei procedimenti penali sanzionati dalla CEDU a causa della violazione delle norme giuridiche inerenti l’articolo 6 della Convenzione Europea dei diritti dell’Uomo. Un eventuale ricovero in OPG dell’unico caso di detenuto italiano attualmente in questa situazione (cfr. Risoluzione interinale del Comitato dei Ministri U.E. 19.2.2002, documentazione allegata) avrebbe bloccato questa “patata bollente”.*

Nella mia vita, in relazione a periodi detentivi pesanti, sono stato oggetto di stravolgenti perizie psicologiche o psichiatriche tratte sostanzialmente da letture de relato delle difficoltà “familiari” (separazione dei genitori, disinteresse al rendimento scolastico, riottosità alle regole, ribelle per natura) senza tener conto del fatto che almeno da quando avevo 18 anni ho vissuto e lavorato al di fuori della casa natale. Tali stronzate sono servite anche di recente per cercare di annientarne, nel silenzio della burocrazia penitenziaria, la vita e la militanza di trent’anni di lotte, impegno, lavoro.

I problemi uditivi che ho più volte denunciato non solo non sono stati risolti ma bensì aggravati da un mese di “osservazione psichiatrica” e dall’allontanamento da Biella, ma non sono ancora stati spiegati. Questo capitolo, scritto in terza persona, affronta le varie ipotesi su questo problema che mi impedisce una normale esistenza e di conseguenza rischia di tradurre la detenzione in una forma di annientamento.

Ipersensibilità uditiva?

Nella sua vita Paolo è stato vittima di due incendi: Il 18.6.1977 ha subito ustioni di secondo grado alle mani e scottature al volto dopo essere rimasto in una stanza piena di fuoco da benzina e fumo per alcuni minuti ad attendere un compagno che era vittima delle fiamme davanti ad una finestra con sbarre verso la quale veniva dirottato l'incendio di alcuni litri di benzina ed altre sostanze in un locale di pochi metri quadrati e di 2,5 mt. di altezza del soffitto. Il 4.1.1996 si dava fuoco per protesta nel carcere di Novara con 180 gr. di gas butano e riportava ustioni alle mani ed al collo di 2° e 3° grado (carbonizzazione della parte inferiore del collo e della superficie laterale destra della mano sx), incendio che non spegneva e che attendeva spegnersi camminando per la cella urlando e menando colpi alla finestra per circa 2 minuti, dato che il pronto intervento delle guardie di polizia penitenziaria avveniva dopo lo spegnimento dello stesso. L'operazione chirurgica fu effettuata il 10.1.1996 nel reparto Grandi ustionati del CTO di Torino dall'equipe di chirurgia plastica del dr. Stella.

Questi due episodi potrebbero aver generato delle alterazioni all'equilibrio chimico-elettrico cerebrale che non abbiano comportato un deficit mentale di alcun tipo bensì al contrario un'ipersensibilità ai suoni trasmessi alle frequenze sotto i 20 Hz e sopra i 20 KHz.

lunghezza ?	frequenza ?	energia	onde	Udito ed uso
1.000.000 km	fino a 0,3 Hz	10^{-15} eV	ultralunghe	infrasuoni
100.000 km	da 0.3 Hz a 3 Hz	10^{-14} eV	lunghe	linee fisse telefoniche
10.000 km	da 3 Hz a 30 Hz	10^{-13} eV	"	trasporto energia elettrica, corrente AC
	da 1 a 3 Hz δ (delta) da 4 a 7 Hz τ (teta) da 8 Hz a 13 Hz α (alfa) da 14 Hz a 18 Hz β (beta)		"	attività del pensiero onde delta, teta, alfa e beta visualizzabili con EEG
1.000 km	da 30 Hz a 300 Hz AF/ELF	10^{-12} eV	"	uomo rilevabile in audiometria
100 km	da 300 Hz a 3 KHz VF/AF	10^{-11} eV	"	"
10 km	da 3 KHz a 30 KHz VLF	10^{-10} eV	ultralunghe	in audiometria fino a 8 KHz
1000 mt	da 30 KHz a 300 KHz LF	10^{-9} eV	lunghe	sopra i 20 KHz limite massimo uomo
100 mt	da 300 KHz a 3 Mhz AM FM	10^{-8} eV		delfini (ultrasuoni) insetti
	(da 150 KHz a 300 KHz) LF		lunghe	
	(da 300 KHz a 550 KHz) AM		mediolunghe	45 mt aerei di linea
	(da 550 KHz a 1500 KHz) MF		medie	
	(da 1,5 Mhz a 3 Mhz) MF		mediocorte	
10 mt	da 3 Mhz a 30 Mhz HF	10^{-7} eV	corte e cortissime	
1 mt	da 30 a 300 Mhz VHF	10^{-6} eV	ultracorte	radio servizi aerei
10 cm	da 300 a 3 Ghz UHF	10^{-5} eV	ultracorte	forni a microonde 2,5 Ghz, telefonini
10 mm	da 3 Ghz a 30 Ghz SHF	10^{-4} eV	microonde	telefonini satellitari, TLC spaziali
1 mm	da 30 a 300 Ghz EHF	10^{-3} eV	infrarossi da 0,75 mm (micrometro) a 1 mm	ponti radio
0,1 mm	da 300 Ghz a 3000 Ghz EHF	10^{-2} eV	banda proibita	
0,01 mm	da 3000 Ghz a 30000 Ghz EHF	10^{-1} eV		
0,000001 mm	da 30000 Ghz a 300 Thz			ultravioletti

NOTE ALLA TABELLA:

Normoacusia riscontrata dai 125 Hz agli 8 KHz. Acufene riscontrato: "circa 1000 Hz" secondo l'esame del dr. Brozzi del 19.8.2002; ho notato perdita progressiva di udito all'orecchio sinistro a partire dalla fine agosto – inizio settembre 2002, che continua e pare progressiva e potrebbe portare ad una RAPIDA INVALIDITÀ PERMANENTE, certo a causa di questo "Acufene" che in realtà secondo me è dovuto a un disturbo radio proprio per il tipo di caratteristiche e di collegamento al tipo di conflitto che si instaura con i disturbatori.

La frequenza riscontrata dal dr. Brozzi dell'acufene-fischio è circa 1000 Hz; ma il disturbo effettivo, le voci, - e non le allucinazioni uditive- sarebbero copribili secondo la casuale interferenza data da un apparecchio 3M Curing Light XL 1000 agli ultravioletti per la saldatura delle otturazioni in cemento sintetico, utilizzato dal dentista dr. Testaguzza il 7.9.2002, che operava sui 50-60 Hz; interferenza avvenuta quando la canna in teflon

dell'apparecchio ha toccato la parete dentale inferiore della mia bocca, producendo delle vibrazioni tali da coprire completamente queste voci. Inoltre, il 8.8.2002 è stata fatta una verifica, riscontrando artigianalmente la presenza di segnale elettrico di 2 Hz nell'orecchio sinistro; l'esperimento fatto anche su altri detenuti, ha avuto su questi invece esito negativo, cioè assenza di qualsiasi segnale elettrico.

Questo mi dimostra certamente che i disturbi reali sono due e che gli esami di risonanza magnetica ed ulteriori accertamenti audiologici sono necessari anche per dotarsi di un apparecchio elettronico di mascheratura utile a far cessare questa infamia.

Onde corte: benché le diverse regioni della banda radio dello spettro elettromagnetico siano utilizzate in varie applicazioni, il termine onde corte generalmente si riferisce alle radiotrasmissioni effettuate sulla gamma di frequenze (da 3 a 30 MHz) irradiate sulle lunghe distanze, specialmente nelle comunicazioni internazionali. Le comunicazioni a microonde via satellite garantiscono comunque segnali con maggiore affidabilità. I radioamatori generalmente trasmettono su onde corte, così come i telefoni cordless (in uso nel carcere di Spoleto alle guardie) anche se ad alcune radio amatoriali sono state assegnate frequenze sulle onde medie, sulla banda VHF e su quella UHF. In numerose occasioni radioamatori hanno prestato servizio nei casi di emergenza quando era interrotto il servizio delle normali comunicazioni.

Le onde corte corrispondono alle alte frequenze, quelle delle antenne televisive sono in genere sistemate su alte torri trasmettenti, in modo che i segnali (che viaggiano solo in linea retta) raggiungano gli utenti senza essere bloccati da edifici o rilievi vicini. Le antenne paraboliche che si vedono sulla torre trasmettono e ricevono segnali a onde corte da altre stazioni o dai reporter che trasmettono dal vivo da quella zona.

Sensibilità uditiva di uomini ed animali

L'essere umano normalmente percepisce i suoni compresi tra i 20 Hz e 20 KHz. Ma i normali apparecchi audiometrici portatili come quello usato per la visita effettuata su di me il 19.8.2002 rilevano normoacusia tra le frequenze dai 125 Hz agli 8 KHz. Tra gli animali, i delfini (data la esperienza in questo campo acquisita dagli USA con il loro controllo in funzione offensiva antisommersibili nemici da usare come involontari kamikaze, come evidenziato in documentari trasmessi anche sui canali italiani Rai) e i cani da caccia, entrambi mammiferi, percepiscono gli ultrasuoni (sopra i 300 KHz). Gli insetti, ed alcuni altri animali come le lucertole, percepiscono gli infrasuoni (sotto i 20 Hz).

Esami dell'udito

Paolo ha fatto più volte notare ad amici, agenti casinari (per fargli capire di farla finita di rompere i coglioni la notte), ispettori di reparto (come al responsabile della sezione speciale EIV di Biella), e sanitari, nel corso degli anni successivi al 1996, ma anche in precedenza, di possedere una grande capacità uditiva prima, ed eccezionale nel corso degli anni. Il sottoscritto ha fatto notare tale cosa nel 1985 nel carcere di Venezia all'otorinolaringoiatra (cartella clinica negli atti del p.p. 106/85 A GI Tribunale di Venezia, processo al Coordinamento dei comitati contro la repressione), che notò una differenza uditiva maggiore dell'orecchio sinistro rispetto al destro con un semplice esame di controllo. *L'esame audiometrico* fu chiesto da Paolo al direttore sanitario del carcere speciale di Biella nell'agosto 2000 dopo che aveva notato di sentire cose (in genere offese) da parte delle guardie che gli altri compagni non sentivano, dopo che un giorno fece una prova del 9 con un altro paio di compagni a loro insaputa: mandò a vedere un suo dipinto con il lavorante da un altro compagno distante circa 10 metri di corridoio, e questo compagno stava chiedendo, a voce bassa come d'uso, che cosa fosse, dall'interno della sua cella di circa 1 metro, al che Paolo rispose restando a letto alla domanda posta a voce bassa da questo compagno al lavorante e questo compagno fece un'esclamazione al che Paolo gli fece notare a voce alta: "è una cartina fatta a mano dello stato X, hai visto come ci sento bene?". Ora questo esame, molto atteso da Paolo, è stato effettuato, ma in carcere, e con apparecchiature portatili e limitate. (Il dipinto in questione, rimasto nella sua cella il 26/5/2002, non è mai giunto a casa sua).

Nella visita effettuata il 19.8.2002, del tutto sommaria e veloce, il dr. Brozzi dell'Ospedale di Spoleto presso il locale carcere, riporta "Riferito acufene a sn di frequenza circa 1000 Hz": quindi **l'acufene, il 2° disturbo – fischio permanente – , c'è, perché l'audiometria tonale ha riscontrato questa frequenza; trenta secondi di colloquio bastano a scrivere "Allucinazioni uditive"**. Mi chiede se soffro di vertigini, ed a mia risposta negativa, lo stesso mi propone (accetto) una terapia che secondo lui agevolava la regolazione del flusso sanguigno attorno alle orecchie; il medicinale prescritto risulta **un sedante ed è una terapia antivertigine, da me sospesa dopo 2 giorni per i gravi effetti collaterali di agitazione circolatoria che mi aveva causato**; prescritto per tre settimane [Fluxarten, 10 mg a sera per tre settimane]; il test audiometrico tonale ha dato il riscontro normouditivo di Paolo, dai 125 Hz agli 8 KHz. Interpellato al riguardo dei limiti inferiori e superiori, lo specialista ha chiarito che tali limiti sono i limiti minimi e massimi ai quali le tecnologie danno riscontro, e

che **eventuali esami più accurati possono essere rilevati solo all'estero o, in Italia, presso Audiologia a Ferrara e Padova** (successivamente per iscritto tuttavia precisa che tali esami sono effettuabili in qualsiasi ospedale italiano).

Oltre agli esami audiometrico tonale completo, stetoscopico con auricolari sdoppiati, e all'indagine politomografica andrebbe effettuato l'esame ad impedenzometria in cabina insonorizzata (pulsazioni retino timpaniche), ma pare non sia possibile.

Paolo dal dicembre 2001 e poi via via più chiaramente, dal 10.5.2002 circa, ha avuto disturbi uditivi consistenti nel sentire altre persone rivolgersi a lui e direttamente relazionate a ciò che faceva, diceva, sentiva, la cui voce, anche se migliorata nel tempo, corrispondeva inizialmente a quella di un sintetizzatore computerizzato, quindi successivamente gli pareva anche una "voce" diretta e autentica. Definire sommariamente 'allucinazioni uditive' senza soffermarsi a descrivere clinicamente al paziente la malattia degli acufeni pare un atteggiamento superficiale che qui va rigettato con forza. Fortunatamente lo stesso dr. Brozzi ha successivamente spedito a Paolo una copiosa documentazione sugli Acufeni [vedi Capitolo MA].

Non può trattarsi di *acusia* o di *ipoacusia* [nota 2], perché è molto più articolata e complessa, ossia non si tratta di discorsi semplici o monotoni e riporta discorsi logici e di un continuum senza sosta a parte il sonno, in forma dialettica, di contrasto, ironia, offesa e addolcimento da parte di voci diverse femminili e maschili. Analogamente non si tratta di una patologia da *allucinazioni per "eco del pensiero"* data la varietà e la qualità delle voci sentite e delle sensazioni di dolore o piacere percepite [cfr. 10. Capitolo VRR - Esempi di disturbi e stimoli].

Non può trattarsi *solo* di un *acufene* o *tinnito*, poiché il fischio permanente all'orecchio sinistro è *sopraggiunto dopo quasi due mesi dall'inizio del "disturbo"*, ed alcune settimane dopo il pestaggio subito l'11.6.2002 nel carcere di Livorno (querela orale a modello IP1 alla Procura della Repubblica di Livorno del 12.6.2002) e lo strozzamento della carotide subito il giorno successivo durante un'altra colluttazione con una quindicina di guardie ed ispettori di polizia penitenziaria sempre a Livorno, e le voci hanno continuato prima e dopo tali episodi. Anzi il fischio potrebbe essere proprio la conseguenza di un danno al *giro temporale superiore* sinistro in seguito a tale episodio. La causa del fischio persistente non può essere una perforazione del timpano sinistro, esclusa dalla visita audiologica del 19.8.2002; si tratta di una sorta di segnale elettromagnetico molto fastidioso, prima poteva durare anche una intera giornata e riprendere poi ad un certo punto della giornata successiva, mentre ora è permanente.

Né può trattarsi di "dissociazione mentale" o "alterazione della coscienza", poiché queste voci sono da Paolo percepite con continuità e senso logico, anche quando le stesse mirano a destabilizzarne l'equilibrio e il comportamento sociale cercando di indurlo a fargli fare delle cose o delle altre o cercano di distoglierlo dall'attenzione che sta dedicando alle più diverse attività che svolge durante il giorno. Potrebbe invece questa intrusione aver generato una difficoltà a sviluppare il linguaggio (errori di parole, rari ma presenti negli ultimi mesi, dislessia), o addirittura influenzare il pensiero? Questo stesso testo è costato molta fatica a Paolo perché spesso, fortunatamente non nelle ultime settimane, si è accorto di aver faticato a riportare fedelmente per iscritto il pensiero espresso.

Paolo è un militante comunista rivoluzionario prigioniero fortemente conflittuale da sempre con l'apparato penitenziario e giudiziario italiano, in questo contesto coatto ha subito un periodo di "osservazione psichiatrica" [nota 1] nel carcere di Livorno, o meglio un TENTATIVO DI ANNIENTAMENTO PSICO-FISICO, non è chiaro se originato da intenzionalità distruttiva della macchina della "giustizia" o dal burocratico semplicismo e delirio di potere e fiducia nella capacità taumaturgica degli psicofarmaci, di una psichiatra mai vista né sentita prima di allora, senza peraltro che sia stato nemmeno consultato telefonicamente il proprio psicoterapeuta dr. Alberto Regini di Venezia che lo veniva a trovare alcune volte all'anno [peraltro consulente dell'amministrazione penitenziaria oltre che libero professionista]; situazione coatta e nazista [vedere Capitoli 15 e 16] che avrebbe potuto (o dovuto?) forse spingerlo alla pazzia od al ricovero perché non creduto nel "disturbo" che denunciava di soffrire, in un lager-OPG, mettendone quindi a rischio la vita.

[Questo su una disposizione immediata della Magistratura di sorveglianza di Torino del 25.5.2002 richiesta dalla Direzione sanitaria del carcere di Biella su indicazione di una psichiatra del Centro di Igiene Mentale di Biella che lo aveva incontrato con la Direzione dello stesso istituto dopo che aveva aggredito due guardie penitenziarie.]

Questa duplice e contemporanea azione Paolo l'ha attuata volontariamente e non istintivamente in perfetta cognizione di tempo, spazio e luogo, allo scopo di poter immediatamente denunciare alla Direzione del carcere speciale di Biella il 24.5.2002 la propria situazione sintomatologica, e l'unica spiegazione che se ne dava, (dopo averne escluse altre di ancora più incredibili come il puntamento satellitare) ossia il suo forte sospetto di

essere stato “infiltrato” da una microspia posta a sua insaputa nella sua testa, capace non solo di leggerne le parole dette e sentite, ma anche di interagire con i suoi pensieri e di “comunicare” con lui. Affermava Paolo al contempo che con una TAC si sarebbe potuta verificare questa cosa, e che in caso di assenza di riscontri avrebbe accettato di richiedere adeguato sostegno psicologico (e non certo di qualsivoglia diavoleria e “terapia” psichiatrica).

Molti pazienti di acufeni [vedi Capitolo MA – qui stiamo parlando di sintomi uditivi analoghi anche se molto più complessi] **si presentano a denunciare la propria patologia per la prima volta in preda ad ansia, depressione, timore di essere etichettati come psicopatici, e non bastano pochi minuti per sradicare convinzioni errate e preoccupazioni di lunga data.**

Paolo è stato dimesso da tale periodo di osservazione solo perché ha rinunciato ad un certo punto ad insistere su tale sua convinzione nei colloqui con lo psichiatra, e lo psichiatra della sezione di “osservazione psichiatrica” di Livorno ha rinunciato alla EEG che lui stesso aveva disposto effettuarsi [ma lo ha definito “deliroide” e “border line”], continuando a disporre “grande sorveglianza e blindato aperto anche di notte” [ossia impedimento a dormire con luce al neon fissa davanti alla cella e comodissimi brandelli di lenzuola di carta nel caldo di giugno a rendere più gradevole il mefitico materasso in gommapiuma] e a “proporgli” inutilmente continui e diversi mix micidiali di psicofarmaci, sedativi ed ipnotici [vedi Capitolo PF] [come mai? forse cambiava la “terapia” – “proposta” e non somministrata almeno a cognizione di Paolo – a seconda di come lo “vedeva” la mattina allorquando passava davanti alla sua “cella”?] senza aver fatto in tutto il periodo di “osservazione”, alcuna verifica oggettiva della sintomatologia che Paolo aveva anche a lui esplicitato [a parte un elettrocardiogramma effettuato il 19.6, dopo 9 giorni dall’ultimo attacco cardiaco da lui denunciato, NON furono fatti gli accertamenti che aveva richiesto – risonanza magnetica, TAC ed adeguate verifiche audiologiche – che avrebbero potuto escludere scientificamente tale sospetto, accertamenti che ancora oggi sta aspettando].

Gli esami necessari ad un accertamento oggettivo di presenze anomale o di ipersensibilità uditiva di Paolo sono:

- risonanza magnetica e rilevazione eventuali segnali radio e/o microcampi elettromagnetici anomali.
- tomografia assiale computerizzata (TAC) cerebrale.
- radiografie cerebrali per rifare quelle eseguite il 16.7.2002 ma datate inspiegabilmente 16.8.2002 (il radiologo annota “LIEVI NOTE SINUSITICHE FRONTALI”, si notano due segni al lato sinistro vicino all’orecchio, più marcati che al destro) che presentano zone d’ombra a testimoniare la non perfetta postura in asse delle stesse.
- Tinnitus Quest, impedenzometria in cabina insonorizzata ed esami audiometrici specialistici non effettuabili in normali ospedali o strutture carcerarie, per appurare la sua effettiva ipersensibilità uditiva che potrebbe essere all’origine dei disturbi di cui soffre e la frequenza degli acufeni diagnosticati oralmente dai medici di Spoleto e dal dr. Brozzi del reparto Audiologia e Foniatria dell’Ospedale di Spoleto.

A distanza di due mesi dall’episodio biellese, ho analizzato le ipotesi e le cognizioni relative alla materia, con l’aiuto di vari altri detenuti e di testi di studio.

IPOTESI “FARMACOLOGICHE” [vedi Capitolo NRI]

Le ipotesi date da un intervento di narcotizzazione e di psichiatrizzazione durante il sonno, del tutto illegalmente ed arbitrariamente, sin dall’inizio del mese di maggio in cui Paolo si è sentito progressivamente più stanco e colpito dall’impossibilità di dormire data dai soliti schiamazzi [vedi Capitolo 11] e da un crescente disturbo uditivo, si fondano su alcune semplici deduzioni a cui si affiancano recentissime mie letture delle tecniche di ipnosi e catalessi [Capitolo NRI] utilizzate ancor oggi in psichiatria e di psicofarmaci [vedi Capitolo PF] che portano l’individuo colpito a subire una condizione di “adattamento” inconscio più o meno forte alla sintomatologia del disturbo uditivo caratterizzata dalla ricercata eguaglianza con la diagnosi degli acufeni [vedi Capitolo MA]. In questo caso non vi è mai stata accettazione di questo da parte sua, ma a livello corporeo e di reattività cerebrale Paolo ha vissuto in particolar modo lungo due periodi (in particolare 14-24 maggio 2002 a Biella e 1-10 giugno 2002 a Livorno), delle condizioni del tutto assimilabili a chi è stato narcotizzato con benzodiazepine (come per esempio il Serenase - Pentothal o il prescrittomi – a Livorno – alprazolam ossia Xanax, vedi Capitoli MA punto 91 e PF e cartella clinica “osservazione psichiatrica” di Livorno) o più verosimilmente con dietilammide dell’acido lisergico - LSD. Sostanze che avrebbero completato l’opera sostenuta dai fattori ambientali (disturbo del sonno, luce 24 ore su 24, mancanza di una finestra decente, dipendenza dalle guardie per ogni cosa, che veniva fatta attendere anche ore, dato che il lavorante, presente in sezione per poche ore, non era in grado di darmi alcunché senza il loro permesso,

nemmeno la scopa per pulire la cella, ecc.). Dalla insensibilità al dolore allo stato semicosciente notturno e diurno che durava dalla sera sino al mezzogiorno circa di ogni giorno, dall'inappetenza ai gesti inconsulti, tutte cose avvenute nella cella n. 1 della sezione di Livorno (in misura molto maggiore dello stato di terrore subito dalla percezione di una presenza estranea vocale aggressiva e continua dentro di me che avevo vissuto a Biella), i sintomi sono simili da una parte all'assunzione di LSD, dall'altra a quella di ipnotici e sedativi come le BZP (per quanto riguarda la possibilità che tali "voci" fossero in realtà una pratica di ipnosi psichiatrica, che oggi ancora viene tentata grazie alla ipersensibilità ottenuta con queste sostanze, ma alla quale riesco oramai ad opporre una cosciente tecnica di resistenza totale che necessita di una alimentazione adeguata anche sotto il profilo vitaminico).

Che questa non sia una idea che balena in seguito a letture scientifiche lo attesta la querela del 18.6.2002 pervenuta alla Procura della Repubblica di Livorno il 22.6.2002 [vedi Capitolo 16.b], così come la circostanza della continua variazione delle prescrizioni di psicofarmaci da parte del responsabile psichiatra del reparto di "osservazione psichiatrica" di Livorno, prescrizioni la cui variazione appare alquanto strana dato che non sono mai stato messo al corrente di iniezioni a mia insaputa e l'unica effettuata (praticamente di forza) è stata fatta il 12.6.2002 nella cella n. 6, dopo la repressione con pestaggio di una mia protesta immediatamente dopo aver reso querela alla matricola per il pestaggio del giorno prima e successivo incendio di protesta senza causare alcun danno alla cella ma al solo bagno nella cella n. 1 (ben diversamente da quanto lo psichiatra relaziona gli avrei detto dalle docce ove mi ero "barricato").

IPOTESI NON "FARMACOLOGICHE"

Le ipotesi non di natura medica, si basano sulla presenza nella testa di corpi estranei (Componente Interna) e sulla gestione esterna computerizzata e di "comunicazione" diretta (gestita da una squadra dei servizi segreti in ambiente carcerario o direttamente gestito dalle squadre antiterrorismo) che chiamiamo Componente Esterna.

I^a IPOTESI NON MEDICA Componente Interna (Microchip)

Questa ipotesi, è stata esposta da Paolo alle autorità della Casa circondariale di Biella il 24-25 maggio 2002, ed inoltre al responsabile psichiatra della sezione di "osservazione psichiatrica" di Livorno il 28 maggio 2002 [nota 3].

È legata alla presenza di un chip trasmittente e ricevente collegato alla sfera del linguaggio, del pensiero e dell'udito [nota 5].

Le onde sottocorticali che collegano le varie capacità percettive operano, a riposo, sui 0-17 Hz, e in attività sui 8-30 Hz. La presenza di onde ultralunghe a bassa frequenza che sfruttino i campi magnetici interni alle carceri per sublimare, suggestionare, indurre pensieri, parole, comportamenti, emozioni, testimonianza di una strumentalità NAZISTA e di TORTURA PERMANENTE che perdura da nove mesi*. Inoltre ci sarebbe dovuta essere una operazione chirurgica in anestesia totale, che avrebbe potuto avvenire in effetti solo a Torino il 10.1.1996, ma verifiche attuate dai miei familiari presso l'equipe che mi anestetizzò ed operò escluderebbero la presenza di estranei per tutta la durata dell'operazione e addirittura le guardie di polizia penitenziaria presenti sarebbero rimaste fuori dalla sala operatoria per tutto il tempo dell'operazione, anche se la durata di tale operazione è, ho accertato a Biella in cartella clinica, di almeno 7 ore e mezzo (dalle 10, orario di entrata, alle ore 17,30 indicate in cartella) e non di 2 ore e mezzo come mi era stato affermato all'epoca da un infermiere; oppure nel centro clinico di Opera, ma a mia insaputa e di notte, nel febbraio 1997 durante un ricovero per l'asportazione della vena safena della gamba destra. Si potrebbe però trattare solo di una operazione effettuata con una sonda in microchirurgia; la cosa non è effettivamente fantasiosa a qualsiasi otorinolaringoiatra.

* [Correzione ultima febbraio 2003]

II^a IPOTESI Componente Interna (Radio a Galena)

[Questa ipotesi è alternativa a quella del microchip ma potrebbe essere ad essa integrata, dato che questo tipo di strumento, come poi vedremo, era un tempo solo ricevente; ma la cassa di risonanza della scatola cranica a sua volta farebbe da antenna e la frequenza di trasmissione sarebbe bassa e "tollerabile" dal cervello umano.

Un minimo di teoria delle radiotrasmissioni: l'informazione sonora, modulata in ampiezza, può essere ricevuta in modo semplice: il segnale raccolto dall'antenna viene inviato a un diodo che ne elimina le semionde negative, ciò che resta è un segnale proporzionale all'ampiezza dell'onda incidente e quindi uguale al segnale

sonoro trasmesso, basta quindi la cuffia per poterlo sentire. Per selezionare una emittente e quindi una frequenza di ricezione si antepone un semplice circuito oscillante LC [L=induttanza, C=condensatore]. Oggi questo sistema non funzionerebbe più in modo adeguato per la molteplicità delle emittenti esistenti e la loro minima differenza in frequenza. Il diodo era realizzato con un tubetto di vetro in fondo al quale c'era un cristallo semiconduttore di Galena (PbS) e all'altra estremità c'era un sottile filo metallico che veniva orientato facendolo toccare all'estremità con la Galena. Il diodo a Galena è stato completamente abbandonato a causa del suo comportamento poco riproducibile. I diodi a giunzione sono più piccoli e molto più affidabili. (Vedi www.luigigaudio.monrif.net/radiocomunicazioni/radioagalena.htm)]

[Il minerale Galena è utilizzabile anche in protesi dentali che tuttavia non si userebbero più; avrebbe svolto la funzione di radio con capsule usate dai **servizi segreti nazisti** nella seconda guerra mondiale; *circola poi una "leggenda metropolitana", si tratta di una storia che risale agli anni '50*, riportata a suo tempo su *Selezione Reader's Digest*, il cui organo in lingua italiana è servito come forma di penetrazione culturale degli USA nel nostro paese; è riportata nel sito www.pepper.it/num0/incred sotto il titolo "*captava coi denti le onde radio*": *la storia è la seguente. Una signora da qualche parte degli USA si lamentava sostenendo di sentire delle voci, e naturalmente le avevano consigliato di ricorrere ad uno psicologo e poi allo psicanalista. Il fatto è che la signora non sentiva semplicemente delle voci, ma sosteneva di sentire musica, sketch, insomma vere e proprie trasmissioni radio. Solo dopo molto tempo saltò fuori che la signora aveva delle otturazioni con la Galena, e che la saliva, agendo più o meno come il liquido delle vecchie pile, aveva provocato una leggera corrente, quanto bastava per attivare la Galena (ovviamente, le ossa del cranio facevano da risonanza al posto delle cuffie). Quando il fatto fu reso noto da un giornale, saltarono fuori dozzine di casi analoghi. Secondo alcuni detenuti di lunga memoria, questo sistema è stato usato oltre 20 anni fa con detenuti politici.*

L'uso della radio a Galena è un'ipotesi che è affiorata dopo colloqui con altri detenuti, ed apparirebbe più plausibile. Sia perché rientra nel periodo preso in esame, sia perché a Paolo sono saltati nello stesso periodo di ascolto di queste voci e di fastidi uditivi e fischi, i due denti molare e premolare della parte destra superiore, precedente e successivo di questo.]

Nell'estate 1996 un dentista che non usò i guanti nel primo dei due suoi interventi, alto, pochi capelli bianchi in origine biondi, occhiali, nel carcere speciale di Novara, rifece a Paolo una protesi in origine fattagli a Padova nella primavera del 1994 e gli disse che facendola in amalgama non costava nulla (Paolo, che non conosceva la materia, disse va bene; la protesi venne installata in maniera che gli sembrava eccessivamente troppo innestata nella parte ossea). Altre otturazioni di non molti anni precedenti erano state fatte in amalgama. Tra dicembre 2001 e giugno 2002 Paolo perde sia il molare successivo che il premolare precedente a questa protesi, senza perdere altre capsule o denti. *È possibile che nelle carceri certi dentisti utilizzino ancora per le otturazioni ad amalgama, questo minerale Galena, dato che non viene più utilizzato sin dagli anni '60 in campo odontoiatrico?* È possibile, dato che è un materiale più economico.

[Un amalgama, in chimica, è una qualunque lega, solida o liquida, contenente mercurio. In alcuni casi gli amalgami sono veri e propri composti intermetallici, con una definita composizione e un punto di fusione ben determinato. In generale i metalli dei gruppi I, II, IIIA e III B del sistema periodico degli elementi hanno la tendenza a formare amalgami, mentre non possiedono questa caratteristica gli elementi metallici dei gruppi VI, VII B e VIII. Da un punto di vista applicativo, gli amalgami vengono utilizzati nell'industria chimica per la preparazione della soda caustica mediante metodi elettrolitici. Gli amalgami vengono ampiamente utilizzati in campo odontoiatrico per le otturazioni e le impronte; oggi come oggi si tratta di amalgami costituiti da mercurio, stagno e argento, mentre in passato si trattava di argentite, ossia di solfuro di piombo, o galena, che poi è attualmente il minerale utilizzato attualmente per produrre l'argento a fini ornamentali e monetario].

Qualora l'abbinata protesi dentarie – scatola cranica (che fa da antenna) generi una ricezione su una certa banda, e qualora siano riusciti ad utilizzarla anche come trasmittente, avrebbero potuto collegare all'emittente radio sintonizzata su questa banda, più soggetti, creando così un caos uditivo interiore alla persona oggetto di questo strumento, persona oggetto di questa che, se dimostrata, corrisponderebbe ad una tortura vera e propria, onde in questo caso spingerla all'accettazione della collaborazione con non meglio specificati servizi segreti, o al suicidio. Rischio che già corrono normalmente le persone colpite dagli acufeni-tinniti [vedi Capitolo MA].

Questo tipo di emittente funzionerebbe in modulazione di ampiezza: non è chiaro come avrebbe potuto rendere possibile quindi anche un utilizzo secondario, legato non più solo al linguaggio ma anche alla sfera delle sensazioni ed emozioni interiori, sessualità, circolazione sanguigna, sistema nervoso periferico.

Paolo ha fatto contattare dai suoi familiari un dentista di Spoleto allo scopo di potersi far visitare privatamente onde avere la certezza del servizio, data la attuale normativa che impedisce di fatto ai detenuti di usufruire di

assistenza specialistica sanitaria se non in “caso grave” – dalla fine di giugno è andato in scadenza e non è stato rinnovato il “decreto Bindi” – , il lavoro relativo di estrazione capsule e sostituzione e sostituzione otturazioni – in amalgama di galena – ha portato ad una riduzione della capacità di ricezione vocale dei torturatori da parte di Paolo, ma non alla sua eliminazione: inoltre, ad una certa riduzione del dolore relativo alle scosse elettriche alla parete dentale superiore.

I^a e II^a IPOTESI NON “FARMACOLOGICA”

(Componente esterna)

Secondo Paolo la trasmittente-ricevente sarebbe stata in collegamento radio, in entrambe queste due ipotesi di componente interna, ad un computer, dopo 10-15 giorni di questi crescenti disturbi che ne impedivano il sonno, con un programma abbastanza semplice che sarebbe stato collegato ad un database contenente i pensieri e le frasi dette da solo in cella in conseguenza di questi disturbi.

L'alimentazione sarebbe stata naturale, data dall'elettricità del cervello, a queste parole pensate avrebbero corrisposto altrettanti testi con le frasi che il sintetizzatore vocale del computer avrebbe prodotto (frasi ed affermazioni provocatorie offensive e anche folli [vedi Capitolo FF]), cosa che notavo dal tipo di “dialogo” e dalla ripetitività dello stesso nel primo periodo, nonché dal timbro vocale troppo poco raffinato per essere vero. Timbro che solo successivamente si era rivelato più simile alla reale sonorità delle voci registrate utilizzate da questo software collegato ad un sintetizzatore vocale.

Quindi l'uso di strumenti di questa portata e capacità su persone e animali che vivono con l'uomo si configura certamente come “*attentato che può portare alla morte*” e quindi la attuale formulazione della NUOVA legge sui servizi segreti (maggio 2002)* è foriera di permettere l'utilizzo anche di questo strumento se non si considera la “possibilità” di morte o di ferite invalidanti fisiche o psichiche come incostituzionale e illegale, a parte il fatto che il tutto è completamente fuori da qualsiasi normativa di diritto internazionale.

* [Decreto scaduto nel settembre 2002]

APPUNTO

Paolo espose la ipotesi seguente al responsabile psichiatra della sezione di “osservazione psichiatrica” di Livorno il 06.06.2002 e poi dallo stesso venne esclusa il 07.06.2002: il chip inserito nella testa sarebbe stato in realtà un'antenna capace di recepire le onde alfa e beta del cervello (corrispondenti alle frequenze del pensiero, del linguaggio, e dell'udito, e degli stati di riposo) non percepibili dall'udito umano, e l'otorinolaringoiatria esclude possa essere stato posto alla fine della tromba di Eustachio dietro al timpano di una delle due orecchie avendo egli fatto una sommaria impedenzometria con tappi, mentre prevede una operazione chirurgica per inserirlo nell'orecchio interno. Questa idea si basava anche sulla mia non conoscenza dell'analogia possibilità, anzi migliore perché gestibile direttamente con radio di portata limitata, di collegamento agli infrasuoni, ed era sorta sulla base di ragionamenti nati dalle chiare ed esplicite quanto terrificanti percezioni uditive in quegli stessi giorni. Le prime due ipotesi prese in considerazione potrebbero essere escluse o meno solo dalla risonanza magnetica e da una TAC cerebrale.

III^a IPOTESI NON “FARMACOLOGICA”

(Componente esterna)

In realtà è la prima che ho pensato, ancora a Biella: lì, *questi disturbi uditivi*, a parte i rumori dati dalle tubazioni idrauliche e da qualche inevitabile casino data la particolare struttura edile, quando ho capito che non avevano nulla a che vedere con gli inquilini delle celle soprastanti la mia, *mi sarebbero stati creati* da microaltoparlanti posti nell'inaccessibile blocco blindato televisore-citofono delle celle da me occupate sin dal dicembre 2001 almeno, ove certamente funzionano microspie di registrazione.

I disturbi uditivi invece da me recepiti sia nelle sezioni al blocco C primo piano del carcere di Livorno sia a Spoleto potrebbero essere legati alla presenza in detti istituti *di campi magnetici particolarmente intensi anche grazie* agli impianti per telefoni interni cordless (agli infrasuoni) e di impianti di comunicazione satellitare (agli ultrasuoni) presenti. Tale ipotesi, puntamento su singoli individui, è assolutamente avveniristica in quanto tale, ma la presenza di questi sistemi rende ipotizzabile che questi ed i sistemi di controllo anti-telefoni cellulari presenti, creino dei campi magnetici in cui queste frequenze potrebbero muoversi con trasmettitori e ricevitori di bassa potenza; campi magnetici che permetterebbero comunque il “viaggio” di comunicazioni non percepibili dalle persone ALL'INTERNO delle strutture carcerarie stesse verso una persona dotata di *caratteristiche uditive e percettive particolari originarie o acquisite* e sistemi allo scopo progettati.

Dopo attenta riflessione e pazienza rispetto a tali incredibili disturbi, dopo che ho percepito la decisione di chi

si collegava al mio pensiero e linguaggio, di lasciarmi dormire ed anzi di crearmi a volte persino una sorta di “piacere” tramite la trasmissione di messaggi sublimali in perfetto stile hot line [cfr. Capitolo FF], decisione successiva al mio stato cardiaco a rischio conseguente a tre settimane di mancato sonno nel periodo dal 10 maggio al 10 giugno, dopo attento periodo di documentazione relativa a:

- casi simili di disturbi uditivi e rumori molesti e interruzione del sonno e messaggi sublimali in carceri speciali italiane già denunciati da detenuti alle autorità quanto meno negli ultimi 15 anni;
- studio delle onde elettromagnetiche, infrasuoni ed ultrasuoni, radio a Galena;
- studio dei problemi neurologici e da disturbi della personalità (personalità multiple, raggruppamento delle personalità, molteplicità dell’intelligenza) e della depressione ed intelligenze: (testi di Borgna e Cancrini, Gardner: *Forma mentis*), della neurologia, medicina e psichiatria (Hecaen: *Introduzione alla neuropsicologia*, J. Wills Hurst: *Medicina clinica per il medico pratico*, Masson Italia 1986, *Enciclopedia Larousse della medicina*, 1959, *Psichiatria clinica e forense* di C. Ferrio, 1970, e altri);
- studio delle possibili conseguenze della produzione in eccesso nel corpo umano di sostanze stimolanti;
- studio psicofarmaci e sostanze “medicinali”, e relativi avvelenamenti da;
- studio anatomico della tromba di Eustachio e del sistema uditivo.

Sono giunto a formulare questa interpretazione che segue che sottopongo alla comunità medica e scientifica, al Movimento di classe, ed a quelle autorità carcerarie che mi pare si siano “occupate” poco e male di questo caso, affinché siano comunque denunciate queste pratiche sia di deprivazione sensoriale, tortura bianca e spionaggio, sia di effettiva interferenza esterna con la sfera del pensiero e delle emozioni, quindi una tortura psichica e fisica con mezzi invisibili che può aver portato in passato alla morte delle persone colpite per conseguenze collaterali o crollo psicologico e conseguente suicidio presto archiviato (il tasso dei suicidi carcerari è di 1 a mille, 20 volte superiore a quello della popolazione “in libertà”).

Qualora questa tesi fosse dimostrata, si potrebbe dedurre che su persone con particolari *ipersensibilità* elettrochimiche cerebrali (*in depressione soprattutto*) o sottoposte a terapie di particolari psicofarmaci, sarebbe possibile praticare questo tipo di attività spionistiche.

Ho cominciato a governare i miei pensieri reattivi a queste comunicazioni indesiderate con pazienza e capacità di autocontrollo, a partire dalla seconda metà del mese di giugno 2002, prima soffrivo molto lo “scontro” di pensiero sul piano quasi allucinatorio, quando il ritmo di questi “dialoghi” era molto veloce, e il pensiero del torturatore di turno si inseriva nel mio e cercava di “governarlo” per qualche attimo, (sino a quando non realizzavo ciò che mi stava accadendo mentalmente di anomalo), per quanto capivo allo scopo di provocare ricordi ed emozioni da catturare ovviamente deformati dalla stimolazione diretta e viziata dalle condizioni in cui mi trovavo in quei giorni tanto da pensare a posteriori di essere stato oggetto di iniezioni di sedativi.

Ho quindi verificato da solo, come abbiamo visto, che queste onde potrebbero essere esterne alla mia testa [vedi Capitolo Condizioni di Salute].

Questi disturbi potrebbero allora avere origine in un sistema di trasmissione (non è chiaro se agli infrasuoni, o sulla modulazione di ampiezza – radio a Galena – o forse anche alle ben più alte frequenze – che sfrutterebbero portanti radio interne alle carceri speciali dotate di strumenti di comunicazione radio interni che vanno oltre le normali ricetrasmittenti e cercapersone e addirittura dei sistemi di comunicazione satellitare gestiti dal Ministero di Giustizia nei carceri speciali –), che solo certi individui percepirebbero, qualora le altre ipotesi venissero escluse dai controlli sanitari sopradetti, in quanto la documentazione certo soggettiva ma non fantastica di questo caso e il rischio personale di essere considerato pazzo e visionario a cui lo scrivente si è già sottoposto denunciando questa cosa, sono certo sufficienti quantomeno ad avere il dubbio che quanto denunciato sia del tutto o in parte vero dato che non è mai stata nelle mie intenzioni la ricerca di una qualsivoglia scorciatoia per abbreviare la mia carcerazione.

SOLUZIONI A PROBLEMI NON IMMAGINARI CREATI DA “INTERESSI” REALI

La soluzione del problema del carico di campi elettromagnetici nocivi all’uomo nelle carceri come nel territorio urbano (grandi caseggiati, scuole, uffici, ospedali), potrebbe darsi anche attraverso controlli accurati (la cui nocività anche tumorale è accertata scientificamente); in particolare per quanto riguarda le aree intorno e dentro le carceri speciali, che sono stracariche di antenne, e che fatalità sono sempre vicine peraltro a tralicci dell’alta tensione e ripetitori radio o GSM. I limiti per mq del carico elettromagnetico sono oggetto di polemiche e scontri, visti gli interessi economici in gioco. Non pare che la scienza abbia ancora reso edotta la popolazione civile delle conseguenze di questa forma di inquinamento.

Secondariamente andrebbero sottoposte a controllo delle frequenze e dei campi elettromagnetici le celle e gli ambienti penitenziari e le persone che denunciassero tali problemi, e nella scarcerazione immediata e cure

adeguate in cliniche a spese dello Stato e su scelta volontaria dei/delle persone che risultassero sottoposte a queste pratiche.

In terzo luogo si dovrebbe arrivare all'abolizione della ultima legge sulle operazioni sotto copertura dei servizi segreti dato che permette oltre a qualsiasi reato a parte esplicitamente l'omicidio (pestaggi, induzione al suicidio, stupro, minacce, violazione del domicilio, furto, rapina, sequestro di persona), viola la privacy del pensiero, delle emozioni e dell'equilibrio e della normale esistenza psicofisica delle persone, specie se detenute, che è garantita da qualsiasi norma di diritto penitenziario e penale europea ed italiana [*Scaduta a settembre 2002*]. I "disturbi" descritti in questo scritto a Biella, Livorno, e Spoleto, sono continuati anche a Sulmona e ora anche a Spoleto.

Nota 1 – Dal CODICE PENALE, Editrice La Tribuna Piacenza:

"148 C.P. - INFERMITÀ PSICHICA SOPRAVVENUTA AL CONDANNATO. Se, prima dell'esecuzione di una pena restrittiva della libertà personale o durante l'esecuzione, sopravviene al condannato un'infermità psichica, il giudice, qualora ritenga che l'infermità sia tale da impedire l'esecuzione della pena, ordina che questa sia differita o sospesa e che il condannato sia ricoverato in un manicomio giudiziario," [*in Italia, i lager di Aversa, Barcellona, Montelupo Fiorentino, Reggio Emilia, e l'OPG a gestione civile di Castiglione delle Stiviere*] "ovvero in una casa di cura e di custodia. Il giudice può disporre che il condannato, invece che in un manicomio giudiziario, sia ricoverato in un manicomio comune se la pena inflittagli sia inferiore a tre anni di reclusione o di arresto, e non si tratti di delinquente o contravventore abituale, o professionale, o delinquente per tendenza. Il provvedimento di ricovero è revocato, e il condannato è sottoposto alla esecuzione della pena, quando sono venute meno le ragioni che hanno determinato tale provvedimento."

Nota 2 – "La poliacusia (allucinazione attraverso una parola parassita in cui il soggetto, nel corso di una reale conversazione, coglie una parola che ritorna in seguito, in modo ossessionante e gli si impone come se fosse stata ripetuta numerose volte)" (Hecaen pag. 344). Una parola tipica di questo genere di simulazione adottata da chi si è inserito in questo mio canale uditivo è "Esattamente", che viene ripetuta quando tra una frase e l'altra, una voce femminile deve prendere tempo per pensare la frase successiva da "sparare"; analogamente, urlo femminile, "AhAhAhAhAh, non è possibile" quando per esempio faccio o scrivo cose che non aggradano a questi torturatori. Quindi il loro comportamento è fatto per far credere alla persona oggetto delle loro "attenzioni" di essere affetto da tali patologie, ma proprio lo svolgersi delle frasi, anche molto complicate e lunghe, articolate con dati tonali ricchi di sfumature e di timbri vocali caratteristici di una o più voci da me non conosciute, nonché il fatto che tali voci sembrano risentire fortemente dei rumori che si spargono nell'ambiente carcerario all'interno dei blocchi – per esempio in occasione di battiture delle sbarre, effettuate normalmente in tutti i carceri ma non a Livorno e a Spoleto – e molto meno quando si è all'aria, tanto da riuscire spesso, come si sono accorti vari amici, a distrarre l'attenzione di Paolo mentre sta conversando con altri; queste ed altre cose meglio spiegate altrove [Capitoli I ed FF] dimostrano che non si è in presenza di allucinazioni uditive né di personalità multiple o dissociazioni mentali (Ellenberger, *La scoperta dell'inconscio, storia della psichiatria dinamica*, Bollati Boringhieri, vol. 1, pagg. 147-167).

Nota 3 – (Come da cartella clinica della sezione di "osservazione psichiatrica" di Livorno del 26/5-14/6). Va fatto notare anche che sono rimasto in quella sezione in condizioni inumane fino al 19/6 e in condizioni più tranquille fino al 23/6 e in quel carcere ma in altra sezione fino al 27/6 quando sono stato trasferito a Spoleto; va notato qui che in tale occasione tra le ore 7,30 e le ore 12,30 del 27/6 mi sono state fatte sparire due cartelle di documenti (contenenti documentazione sulla rivoluzione e la repressione in Perù), cosa per la quale ho sporto querela – avendo ricevuto quasi tutti gli altri miei effetti personali solo in data 25/7 – , e anche che in tale operazione non vi è traccia delle botte ed ematomi in conseguenza del pestaggio dell'11/6 avvenuto nella cella n. 1, (che ho fatto notare al medico di guardia l'11/6 sera davanti alla cella n. 6 dove ero stato portato dopo la protesta consistente nell'incendio del solo materasso nel bagno separato della cella n. 1) né delle botte e lesioni alla carotide subite nel pestaggio del 12/6 in seguito al quale sono stato poi siringato con un tranquillante.

Nota 4 – Le radiazioni, ad un alto grado di concentrazione, da radio-frequenze, da sorgenti come linee ad alta tensione, radar, reti di comunicazione, milioni di apparecchi telefonici portatili, antenne di ripetitori per telefonini in FM e GSM e simili – *in questi casi, in particolare, si sono avute molte proteste, anche dure, in numerose città italiane, per la quantità abnorme di queste installazioni nelle città e non solo sui monti, ottenendo in genere solo spostamenti e nuove installazioni più o meno clandestine, mascherate da alberelli, ed autorizzate da amministrazioni locali incoscienti* – sono in grado di causare bruciature, cataratta, sterilità temporanea e altri effetti nocivi. Con la diffusione nell'ambiente di un numero sempre maggiore di strumenti che emettono questo tipo di radiazioni, i gravi effetti – tumori e leucemie, soprattutto nei bambini – di un'esposizione a lungo termine a bassi livelli di radiazioni non ionizzanti hanno cominciato ad emergere e ad essere oggetto di una certa conoscenza da parte dell'opinione pubblica. Diverse ricerche scientifiche, poco pubblicizzate, hanno già iniziato a produrre dei valori di riferimento onde stabilire limiti di legge ai carichi magnetici per metro quadro e sono oggetto anche nel nostro paese di importanti quanto sotterranee pressioni delle lobbies economiche legate all'elettronica ed alle telecomunicazioni nei confronti dei vari governi che si succedono.

Nota 5 – “*Babele*” n. 21 luglio 2002, rivista dell’Associazione Sanmarinese psicologi, edizione monografica sordità, pagg. 54-70 (impianti dall’orecchio interno, del tronco encefalo, cocleare), biomedica, installati anche su bambine e bambini; “*Repubblica*” 31.10.2002, “Smart Dust”, la polvere intelligente che spia e trasmette informazioni, pag. 19 (parla dei MEMS, dimensioni inferiori a 1 mm^3); “*Repubblica*” 11.11.2002, e “*Panorama*” 7.11.2002, pagg. 267-272, esperimenti di Warwick, scienziato inglese, di quest’anno 2002.

2. Capitolo FF

La Follia e Fantasie malate dei torturatori/torturatrici via microchip, radio a Galena o chissà che

ESEMPI TRASCritti

23.7.2002 ore 18.48

(DEDUZIONI DOPO DUE MESI DI SCONTRI E RIFLESSIONI)

1. Sono agenti dei servizi che attaccano, ascoltano, mandano il disturbo (fischio) con forza ed intensità di suono diverse, e che simulano di essere al contempo, con diversi microfoni di entrata sullo stesso canale radio, un "gruppo ufficioso di sostegno psicologico". Sono nella cerchia ristretta dell'area del carcere o nelle immediate vicinanze, oppure sono collegati in diretta come in teleconferenza via satellite o internet, ad una trasmittente-ricevente posta nel carcere o nelle immediate vicinanze.
2. Hanno l'unico scopo evidente di farmi scoppiare, di provocare una "destabilizzazione interiore" (SIC) che potrebbe generare, data una precedente unica fase depressiva di pochi mesi tra la fine del 95 e l'inizio del 96, una nuova depressione, al che l'apparato controrivoluzionario, così attento anche sui media anche verso il sottoscritto oltre che verso tutti i prigionieri rivoluzionari, potrebbe operare di conseguenza (SIC).
3. Cambiano per questo ogni volta, come il bianco e il nero, le affermazioni e le tesi non solo in relazione a quanto sto facendo, dicendo, leggendo o scrivendo, ma anche astrattamente, simulando di essere i soggetti più diversi e fantasiosi (dagli sbirri che cercano di redimere, alle prostitute).
4. Cercano di stabilire una mediazione assicurando che mi farebbero "scarcerare se non rompi più i coglioni".
5. Cercano di appropriarsi della paternità di gesti e fatti miei e/o di altre persone con cui sono o in rapporto personale qui od epistolare, persino durante i colloqui con mia madre (non durante le rare telefonate, che me ne sia accorto).
6. Rispetto ai primi disturbi uditivi (Biella) la qualità della ricezione e delle voci è molto migliorata sia a Livorno che, ancor più ora, a Spoleto. Il fischio come uso "punitivo" continua ed anzi qui a Spoleto è molto più intenso e costante anche se non tanto doloroso ai denti superiori come a Livorno.

"TRASCRIZIONI IN DIRETTA"

21.7 ore 19.34 (mentre sto leggendo un libro di neuro psicologia)

voce femminile "Una mediazione sessuale che a te non comporterà alcun male; poi adesso che lui comincia a tenere nota di tutto perché sa che noi sappiamo perfettamente tutto di lui e che questa cosa non è gestibile dallo Stato perché è stata fatta fin dal 1999 perché tu sei stato indiziato di reato senza alcuna notifica sin da allora..."
ore 19.37

voce femminile "lui sa che diciamo soltanto un mare di cazzate che non sono cazzate perché noi siamo agenti donne di polizia penitenziaria" (altre volte affermano essere vedove di poliziotti e carabinieri uccisi) "e funzionarie del Ministero". La fraudolenza ritorna in affermazioni successive dopo il mio scetticismo solo a livello di pensiero "porca madonna ci ha sgamato e sgamato veramente allora adesso tira fuori il suo... e ce lo mette... perché così..." passando al fastidio sessuale come forma di distogliere dalle attività di studio che sto facendo.

ore 19.39

continua "perché così capiamo che siamo delle p.. invereconde e che questa storia è già finita prima di cominciare perché noi non siamo persone reali ma voci sintetizzate e inviate al ricevente tramite un sistema eccezionale mai sperimentato ma che comporterà la morte se tu cercherai di farti operare perché ci sono delle microcariche esplosive collegate ai componenti innestati nel cervello". Questa follia delle microcariche mi viene periodicamente subornata sin dall'inizio di giugno. Qui, come in altri momenti, la rabbia è sostituita dall'ironia, penso che le microcariche me le sono autodistrutte coi miei globuli bianchi.

23.7 ore 18 (mentre sto leggendo un libro di psichiatria dinamica)

Come in certi momenti, il ruolo si inverte, l'attacco lo faccio io: "adesso avete la possibilità di confessare, torturatori e torturatrici, perché io vado fino in fondo".

risposta: "non è niente vero che siamo delle torturatrici noi siamo solo delle donne profondamente indignate

del fatto che tu sei in prigione detenuto per cose che se avessi fatto saresti già fuori da tempo e allora adesso ti facciamo un p.. così poi non puoi dirlo a nessuno” e scatta la trasmissione simulata hot line. Riprende “è vero che io sono 10” (nome di parente di vittima della mafia) “e tu sei il primo terrorista a cui viene applicato in Italia questo trattamento e così adesso noi se non fai quello che diciamo dobbiamo ammazzare tua madre e i tuoi familiari, e S.”. Qui oltre alle aggiornatissime minacce, si ripete il concetto per cui questa cosa sia già stata usata in Italia, riprendendo cioè alla base l’idea del disturbo uditivo – messaggi subliminali che sono già stati denunciati in diverse occasioni anche in Italia nelle carceri speciali.

Lo stimolo sessuale del gruppo di tortura è quasi solo uditivo e una saltuaria eccitazione mia dovrebbe essere la conseguenza del tono e delle frasi pronunciate in maniera dolce e aggraziata.

25.7 ore 20.30 cantano “tanti auguri a te” (usando anche magari l’audio di un televisore) e mi dicono poi che è il compleanno di “11” che sarebbe il personaggio presunta infermiera carina che ho intravisto oggi.

poi mi creano la sensazione chiaramente estranea in quanto non legata a sensazione di desiderio o di eccitazione alcuna, che mi si pratici una fellatio per circa 6-8 secondi, ripetuta due volte.

ore 20.59

commentando quello che sto scrivendo, simulano di essere detenuti che mi controllano e si esprimono con solidarietà “gli hanno fatto un lavoro con i controcolgioni e non ha cantato”, il tutto mentre scrivo e continuo il ragionamento senza interruzioni logiche di alcun tipo.

Questo tipo di pratica la usano spesso per continuare a moltiplicare nella mia percezione il numero e la tipologia dei soggetti che mi stanno controllando, sia per mascherare loro stessi che possono molto probabilmente operare grazie ALLA RECENTISSIMA LEGGE* SULLE OPERAZIONI SOTTO COPERTURA CON AUTORIZZAZIONE A COMMITTERE REATI DI QUALSIASI TIPO CHE NON COMPORNO LA MORTE DI PERSONE (andrebbe capito se una induzione al suicidio o a gesti folli che comportino poi il ricovero in manicomio e la probabile morte sociale non sia associabile all’OMICIDIO DI STATO), (SISDE, polizia di stato, o più probabilmente un settore deviato di agenti di polizia penitenziaria collegato tra le varie carceri speciali italiane?) dicendo a volte di essere carabinieri, sia per spingermi (pia e ridicola illusione sia qui che a Biella) a pensare male dei miei compagni di detenzione, cosa che non ho fatto mai nemmeno quando la aberrazione processuale di cui ero stato oggetto e le calunnie orchestrate da un infame, mi avevano spinto alla fine del 95 ad una depressione; altre volte simulano ancora di essere funzionarie o infermiere, o l’ultima donna che ho incontrato o intravisto onde deprivermi dei miei equilibri sentimentali abbruttendomi con affermazioni sessuofobe (stile telefono hot line) e illudendosi loro di determinare in me delle alterazioni nell’autostima.

* [Decreto scaduto nel settembre 2002].

ore 21.22

un altro tipo di tentativo è quello di farmi sentire una voce femminile assolutamente piagnucolosa e disperata (sempre la stessa) che asserisce di amarmi, mentre altre volte asserisce di odiarmi, pensando così di farmi impazzire, togliermi ogni sicurezza su alcunché, farmi vivere nel dubbio continuo, onde distogliermi dall’ipotesi che vi siano onde lunghissime o, diversamente, ricetrasmittenti su onde corte, o ad ultrasuoni capaci di dirigere verso un campo magnetico ristretto le proprie frequenze.

ore 21.42

sulla stessa onda, le accuse ed infamie contro l’onore di mia moglie e contro l’onestà e dirittura morale politica ed etica dei compagni con cui ero solidariamente a Biella, onde farmi pensare male delle persone a cui voglio più bene. La sensazione quando si “sentono” tali infamie è che interferiscano in qualche modo nei miei pensieri, inserendosi come in una sequenza di frequenze contenenti i miei pensieri onde distogliermi da quello che sto facendo. Nazisti e pazzi, appunto.

ore 21.50

la stimolazione sessuale (stile “fammi godere Paolo”, “ti amo fammi vedere...” ecc.) da me è stata colta in maniera duplice, alcune volte accettando la stimolazione in qualche modo subendo il condizionamento dal punto di vista psicologico, altre volte ignorando del tutto queste “stimolazioni”.

ore 21.56

altre cose del tutto strumentali a distogliermi da ciò che sto scrivendo

ore 24.23

ripetizione di “complimenti”: sto lavorando, “ricostruendo” le cose che avevo a Biella e a Livorno per documentazione, che questi commentano “è un computer, ha organizzato la propria testa come un computer perché era il suo lavoro; è vero quello che diceva prima a XX” (altro detenuto con cui avevo parlato prima, lui

pretende ogni tanto che io mi ricordi cose che magari non so o che se so so in altro modo”) “che lui ha una memoria organizzata come un computer, e che per ricordare delle cose deve entrare nell’argomento”; questa tesi, del tutto folle, basata su una concezione ridicola del sapere stile “Macchina del tempo” e simili a per cui il sapere sono le cagate che la televisione trasmette e null’altro.

ore 07. 11

al risveglio, la politica di questi folli è orientata ad un tema forte, o sessuale o tragico. Oggi è toccata alla morte di una persona cara ed a questa motivazione come giustificativo dello stato di shock che avrebbe causato a mia reazione del 24.5.

ore 7. 17

voce maschile “Hanno fatto benissimo a portarti via quella roba a Livorno perché qui te la avrebbero sequestrata”, “Hanno buttato via tutto”. Il tema, drammaturgico e risibile, è sempre lo stesso, al fondo, come finalità psicologica (sic) [vedi nota 3 a pag. 13].

SEMPRE:

quando cerco qualcosa o cerco di ricordare qualcosa mi si dice che l’ho persa, che me l’hanno buttata via le guardie nel carcere dove stavo, insomma, cercano di subornare una forma di insicurezza e di aumentare il nervosismo; ci si fa il callo.

27.7 dalle 10,55

dopo un po’ che sono all’aria, dato che sin dal risveglio mi sono imposto di non “dialogare” e riesco ad ignorare le loro affermazioni, mi “puniscono”: e mi scaricano un fischio pesantissimo nell’udito, soprattutto sinistro, che non sente nessun altro.

A Livorno, un giorno all’aria, guardando il prato attraverso una rete, noto 4 lucertole in altrettante posizioni di allerta, immobili per almeno 4 minuti, proprio mentre sentivo lo stesso fischio; infatti ero rimasto ad osservare il prato e avevo notato queste quattro lucertole una alla volta, rimanendone colpito per l’enorme stato di allerta, nonostante non fossi loro vicinissimo.

Mettendo un dito nel padiglione auricolare destro, non sento alcuna variazione;

nel sinistro, sento lo stesso effetto “rumore” che si sente appoggiando una conchiglia; tappando l’orecchio con un tappo in gomma EAR e con cera sopra a livello esterno, il fischio lo sento molto più basso, ma il “dialogo” continua seppure attenuato.

Appoggiando un magnete a contatto con il padiglione destro, non si sente niente;

al padiglione sinistro, sento le stesse voci “elettrizzate” a confermare una presenza estranea;

tappando l’orecchio sinistro, sento questi “dialoghi”, sia pur attenuatissimi.

Oggi, alle 11,29, il dolore alla testa (frontale sinistro e posteriore alto destro) era molto doloroso, in assenza di “dialogo”: quando è molto alto lo copre quasi completamente. Oggi per alcuni minuti la elettricità colpiva anche la parte superiore dei denti, ma meno che a Livorno.

Vado a dormire verso le 13 e il dolore continua.

Al risveglio, le cefalea è meno forte.

27.7 ore 17

mentre gioco a scacchi all’aria, riescono a distrarmi parecchio e a distogliermi dalle mosse che prevedo di fare per 3-4 volte di seguito in una partita giocata con un altro che è assolutamente meno bravo di me portando una partita vinta fin dall’inizio alla sconfitta. Cosa che avviene molto spesso anche a dama dove mi distraigo molto più facilmente che agli scacchi dove in genere gioco senza mai distogliere l’attenzione.

Nel pomeriggio, il fischio diventa più forte, è anche doloroso (il 30.7 ore 10, un ironico medico di guardia, mi riscontra un’infezione all’orecchio sinistro e si limita a darmi le gocce che comunque attenuano il dolore, le prendo mattina e sera).

29.7 ore 21

“dialogo cerebrale”:

Io: “Guardate che non ho mai sentito il disturbo nell’orecchio sinistro così forte, sento come se mi dovesse esplodere l’orecchio.”

Loro: “infatti è al massimo.”

29.7, ore 23.55

Ripetuti tentativi di instillare conflitti o di “capire” inesistenti tragicamenti di galera, tecnica utilizzata per cercare di influenzare i miei rapporti con gli altri, funzionale al tentativo di portare la persona oggetto

dell'intrusione uditiva, allo stress ed alla chiusura rispetto agli altri.

Ripetuti tentativi di spacciare una voce registrata di sintetizzatore computerizzato con una sensualissima voce femminile corrispondente ad una persona che conosco in tutt'altra maniera, per la stessa, strumento utilizzato per cercare di tenermi tranquillo, evidentemente i nazisti sanno di non avere alcuna speranza, e come nell'Italia della primavera del '45, giocano senza ritegno ogni carta.

Il fischio all'orecchio sinistro è al massimo, e poiché il dolore elettrico ai denti non è a quanto pare più funzionante, sono molto preoccupati che io possa scoprire la strumentazione, della quale a volte ammettono l'esistenza dicendo che non sarà mai scoperta, altre volte che è inestraiabile, altre volte ancora che non posso dimostrare nulla.

3. Capitolo I

AutoIntervista

Dopo un mese, ho imparato a resistere con tecniche di contrattacco, a questi disturbi, a prendere per il culo bene gli aggressori, a non risentire delle loro provocazioni (domande 1-6).

Ad un certo punto, costoro (donne e uomini), si sono incaricati di adottare una strategia diversa: se dapprima questa riguardava degli attacchi diretti (Biella 10-25 maggio 2002 e Livorno 1-10 giugno quindi fino al 23 giugno 2002 – sezione osserv. psich.), in un secondo momento agli attacchi hanno sostituito una tattica di intrusione nel pensiero mirante a deformare il pensiero del soggetto “in esame” onde determinare in lui un senso di colpa per il solo fatto di pensare al proprio passato o ad idee politiche o a compagni ed amici, quasi come se questi torturatori di professione fossero in qualche modo “legittimati” al loro sporco lavoro. Un po’ alla volta, “perfezionando” ridicolmente, con moine e carezze virtuali, questa tattica, hanno iniziato a lavorare per deformare lo stesso pensiero del soggetto, illudendosi di riuscire nel lavoro di spersonalizzazione e di annientamento politico e psico-fisico subornando un coinvolgimento del soggetto che non vi è poiché ciò che occorre fare in questi casi è lavorare instancabilmente a ridicolizzare ed umiliare costoro che operano per portarvi alla pazzia e/o alla resa (domande 7-9).

Indice:

1. *Quando hai cominciato a sentire voci esterne “dentro di te”? (domande degli aggressori)*
2. *Come hai fatto a pensare che queste cose avessero una credibilità?*
3. *Raccontaci come si sono svolte le cose secondo te.*
4. *Ci racconti qualche disturbo generato da queste intrusioni uditive? (domande mie)*
5. *Ci racconti qualche aneddoto di queste “discussioni”?*
6. *Hai qualche anomalia tecnologica da raccontare?*
7. *Cosa intendi per tattica di intrusione?*
8. *Quali effetti collaterali ha sinora causato in te questa tattica di estranei torturatori di professione?*
9. *Chi sostengono di essere e per quale motivo dicono di operare così?*

D: *Quando hai cominciato a sentire voci esterne “dentro di te”? (24.7.2002 sera)*

R: Nei giorni precedenti il 12 maggio (quando ho cominciato uno sciopero della fame di una settimana), la sera verso le 23, mentre guardavo la tv prima di andare a dormire, ho sentito ripetuti commenti maschili (due voci) che commentavano quello che stavo vedendo e il fatto che fossi in piedi di fronte alla televisione. Ho pensato a qualche microtelecamera nel blocco televisione-citofono della sezione in cui mi trovavo. La stessa cosa è avvenuta anche in momenti più intimi, abitudinari per me da sempre, il che mi ha fatto strano: addirittura andando al gabinetto credevo di sentire le discussioni tra educatrice e guardie.

[Mi trovavo alla cella 23 dal 14 aprile quando un mio amico era stato trasferito, prima stavo alla cella n. 6 e ancor prima alla cella n. 21. Alla cella n. 21 ero rimasto, a parte pochi giorni a causa di un incidente domestico nel quale avevo rotto senza alcuna intenzionalità il lavandino, dal 10 giugno 2000 al 17 gennaio 2002. Nella cella n. 6 ero stato disturbato da schiamazzi ripetuti che mi parevano diretti anche contro la mia persona e che comunque erano diretti certamente contro qualcuno, in orario notturno, dalle 22 in poi, oltre a rumori ripetuti di oggetti metallici sbattuti, sgabelli sbattuti, rubinetto aperto e chiuso ripetutamente anche per mezz'ora (i rubinetti erano stati cambiati da pochi mesi, prima era possibile far andare l'acqua continuamente senza riattivare la pompa interna al tubo metallico del rubinetto). Siccome i detenuti della sezione per pedofili che erano sopra la nostra sezione erano del tutto refrattari a smetterla, anche se richiamati alla finestra, a volte sbattevo lo sgabello sul soffitto per farli smettere e in un paio di occasioni gli ho mandato la guardia alle 0,30 di notte a dirgli di smetterla. Dato che però questi schiamazzi, la cui natura era certamente fisica e non data da percezioni uditive interiori, non cessavano, ho cambiato cella appena se ne è liberata una dalla parte per me più carina perché dava sulla serra. Non ero infatti tornato alla cella 21 perché mi ci ero spostato in seguito alla verniciatura delle celle, ed essendo la n. 6 già stata verniciata, volevo evitare un ulteriore cambio e spostamento di tutti i miei effetti personali.]

Il 13.5 o il 14.5, mentre mi trovavo in saletta, ero ancora convinto di avere un “udito formidabile”, convinzione che si era radicata in me solo a partire dal mio soggiorno detentivo biellese, **prima** pensavo solo

di sentirci molto bene a distanze superiori dalla norma, così come però mi ero accorto di soffrire di parziale sordità nei discorsi da vicino con l'orecchio sinistro ma l'"eccezionale udito" nella mia autoconvincione mi aveva allontanato dalla idea di insistere con il dr. Calesini direttore sanitario nel 2000-2001 dal chiedere l'esame audiometrico.

Infatti avevo percepito a livello uditivo schiamazzi da stadio (sembrava proprio il brusio dello stadio, alle ore 12 circa, e i mondiali non erano ancora iniziati) e anche il mio nome provenire mi pareva dalle sezioni comuni (avevo fatto uscire il mio comunicato sullo sciopero della fame contro le guardie ed i loro abusi e pensavo potesse esserci un nesso) e verso le 18-18.30 (come in un'altra occasione alle 19, ed un'altra volta al passeggio dell'aria di punizione alle 14), avevo sentito distintamente lo svolgersi di un consiglio di disciplina o comunque di un colloquio tra diverse persone (penso ora di capire che era appunto una voce registrata come se volete spiegherò dopo); questa volta sembrava che si trattasse di una serie di consigli disciplinari a detenuti della sezione comune; la mia deduzione era un nesso tra quegli schiamazzi e quei consigli disciplinari o altro. Non percepivo però il senso dei discorsi, ma solo lo svolgersi di questi colloqui, nel corso dei quali la voce femminile si alterava gridando "vi rendete conto di che cosa avete fatto" e cose del genere. Credevo veramente che queste cose fossero avvenute.

D: Come hai fatto a pensare che queste cose avessero una credibilità? (24.7.2002 sera)

R.: Non mi sono posto questo problema, preso come ero dall'aspetto terrificante di quanto stavo vivendo. Infatti, molto spesso, ed ancora recentemente, sento un termine o una breve frase che viene ripetuta decine di volte [cfr. Capitolo VRR]. Questa tecnica potrebbe rifarsi alla poliacusia per spingere il soggetto a pensare di esserne veramente affetto [nota 2 testo centrale]. In questo modo, si può anche rifarsi alla conoscenza scientifica del fenomeno dell'eco del pensiero che ha potuto a volte, essere avvicinato alle allucinazioni verbali e ritrovato associato a questi pensieri. Un po' alla volta ho capito che queste tecniche sono volute onde riportare il mio pensiero a ripercorrere cose allucinate di questa esperienza come se fossero da me autenticamente vissute nella realtà concreta, cercando così di sostituire un vissuto imposto al vissuto reale.

Secondariamente ho capito che le voci che sento sono anche molto contraddittorie, come se:

- o fossero contraddittorie a bella posta per farmi confondere come si usa negli interrogatori di polizia (voci buone e voci cattive) alle persone deboli e che possono cedere, quale io non sono,
- o fossero generate da entità diverse.

Di conseguenza, avevo affermato questa cosa col dubitativo, allo scopo di verificare se quanto andavo paventando (presenza di microchip nella testa e attività di spionaggio illecita in quanto capace di privare del sonno e della libertà di pensiero una persona e quindi potenzialmente in grado di portarla alla pazzia ed alla morte) potesse essere assunto con criteri di sicurezza anche allo scopo di sostenere la richiesta di effettuare al più presto una TAC cerebrale, non avendo pensato al possibile utilizzo di un EEC, e affermando al contempo che ad un mancato riscontro, avrei provveduto a chiedere adeguato sostegno psicologico.

D: Raccontaci come si sono svolte le cose secondo te. (24.7.2002 sera)

R: Dal 15 maggio ho iniziato a percepire chiaramente una volontà offensiva e chiaramente mirata ad episodi, realmente aggrappati a fatti od ipotesi accusatorie del passato e a calunnie effettivamente circolate in passato, da parte di una di queste due voci maschili, che affermavano essere una persona ristretta in altra sezione dello stesso carcere;

a queste offese che io sentivo ma che percepivo ancora come fossero uditive effettivamente e quindi provenienti o da microaltoparlanti posti nel blocco televisore-citofono della cella o da fenomeni acustici

[che nelle strutture carcerarie in cui vi sono condotti per trasmissioni radio centralizzate o per citofoni o per aerazione, non sono infrequenti: per esempio a Belluno nella sezione punitiva e di isolamento c'è una cella, credo la n. 5, in cui si sentono i discorsi della cella n. 2],

risposi per una notte intera parlando da solo, sfogliando carte e documenti, rabbiosamente, ma come se non avessi scelta altra che reagire come potevo in questo dialogo allucinante.

Ne seguì un aumento nelle percezioni uditive la mattina presto del 15.5, alle quali rispondo in una condizione semi-confusionale, a voce alta, per tutta la notte senza chiudere occhio. Scendo all'aria in evidente stato di paranoia. Vengo osservato con normalità, forse con un po' di preoccupazione, dai compagni. Il giorno stesso, credo, cambio cella e passo alla cella n. 2, di fronte, attribuendo questa cosa alla posizione della cella o alla presenza di microaltoparlanti-microspie: infatti, salendo dall'aria, protesto con il capoposto (anziano capelli bianchi ciccione e normalmente gentile) se sia possibile che ci siano microspie al di fuori della conoscenza della direzione e mi risponde di no, e che comunque cambio cella e che mi cambio la televisione, poi invece appena salito in sezione chiedo di cambiare cella, infatti inoltre il mio unico dirimpettaio (da quella parte della

sezione vi sono ora solo 3 celle occupate e dalla mia parte non ve ne sono di libere) si è spostato di fronte alla cella a fianco della mia che è ora vuota perché il compagno che la occupa è a processo, e io spostandomi posso comunicare con altri compagni.

Cambiando cella, spero di spiazzare sul momento eventuali sistemi di disturbo installati apposta nella sola mia cella, per crearmi un disturbo tale che io non riesca a spiegarlo ai compagni. Infatti riesco a cambiarla, facendo la voce grossa, subito.

“Ottengo” così, dopo dieci minuti di schiamazzi dalle 12,50 alle 13 delle guardie in servizio, una mezza giornata di pace in cui posso dormire e la sera si ricomincia.

Voglio far notare che i disturbi uditivi, gli schiamazzi, i tramestii, gli sbattimenti del portone della sezione, di sedie e chiavi, dei cassetti metallici dove tengono le bombolette del gas, i pelati ecc., da me evidenziati nell’integrazione all’istanza del 10.7, inoltrata il 17.7, continuavano abbastanza regolarmente quantomeno da gennaio di quest’anno e nel periodo in questione parevano scomparse di notte e invece venivano usati questi sistemi di giorno, curiosamente notavo la coincidenza con i pomeriggi in cui dormivo.

Questa volta, sera del 16.5, mi accorgo di poter rispondere a queste offese e calunnie (quasi del tutto “moralì” e gratuite da far pensare a una tattica per farmi impazzire), senza parlare, ossia rispondendo ma con il pensiero. Mi accorgo che questa “guerra verbale” è questa volta con uomini e donne, ossia con voci che apparivano come quelle create dai programmi di sintetizzatori vocali.

[Questi programmi, seguenti al VivaVoice IBM nato nel 1987, funzionano così: si registra una voce, anche fraudolentemente con microspie poste in locali carcerari, si spezzettano – con un programma di gestione di file musicali e vocali come Sound Forge – tutti i fonemi di questa voce, si associano questi file ai vari fonemi-tipo funzionanti con il programma di sintetizzatore vocale, quindi si associano questi dati a dei testi scritti e il computer produce la voce simulata, più o meno vicina a quella della persona voluta: è per questo che visto il livello tecnologico raggiunto dalla manipolazione di questi dati, i verbali istruttori devono dal 1994 essere registrati con video e audioregistratore che mostrino il volto e la bocca di chi sta parlando]

Pensando bene, dopo questa sera ossia il giorno dopo, al tipo di “dialogo” e di mie reazioni da chiaro sovraccarico di nervosismo (con una condizione di rabbia e di tensione che mi portò nel giro di meno di 24 ore a masturbarmi cinque volte e il giorno successivo altre quattro volte), che era impossibile che fossero mie allucinazioni

[Lo sciopero della fame lo avevo fatto solo il 12,13 e 14; dal 15 mi alimentavo a mie spese fino al 18; assumevo nei primi tre giorni acqua e zucchero, succo di limone, vitamina Multicentrum e Ginseng ogni mattina; l’antistaminico Dirahist, che ogni anno in quella stagione assumevo per tutto un mese a causa della mia allergia ai pollini, l’ho assunto 6-7 volte in un mese, ed è la prima volta che tale allergia è per me tollerabile da quando avevo 13 anni],

ero arrivato a due deduzioni:

- le risposte erano ai miei pensieri, e assomigliavano a risposte “pre-scritte”, pareva cioè che ci fosse una sorta di tabella a data-base relazionale che ad ogni mia affermazione-tipo “rispondesse”; un po’ alla volta, ora dopo ora e nei giorni successivi, i dialoghi come loro “risposte” si perfezionavano; va detto però che l’inizio di ogni “seduta” era loro e che le “risposte” avvenivano dopo mie incazzature e pensieri o gesti tipo pugni sul muro per la rabbia; quindi avevo pensato ad un programmino per computer semplice che si rifacesse ad un database che veniva incrementato mano a mano che continuavano questi veri e propri “scontri”;
- poteva essere stato utilizzato un computer perché le voci erano quasi uguali a voci che riconoscevo ma in maniera diversa da quella del rapporto di amicizia e questo non era possibile, erano tutte persone per le quali nutro un corretto rispetto pur nella distanza della trincea carceraria che ho nella mia esistenza in cattività come criterio fondante della mia militanza politica nella prigionia.

Secondo me ci sono troppe voci in questa storia, senza però forse sapere fino a che punto la realtà supera a volte la fantasia quando a delle persone malate si lasciano degli strumenti di potere micidiali,

[dato che, ho riconosciuto tipologie comportamentali e affermative e di negazione del vero e affermazione del falso – Goebbels: tanto più è grande una menzogna, tanto più può essere creduta]

che dimostrano che la mistificazione (e la pazzia del soggetto colpito) sono il vero obiettivo di costoro, è quindi possibile che inizialmente il gruppo di “attacco” – sfruttando all’inizio forse la nuova legge dei servizi segreti che permette loro ogni violazione di legge a parte l’omicidio (inizialmente solo 2 voci maschili che si attribuivano dei nomi precisi di persone che non conoscevo e che possiamo chiamare 1 e 2) – sfruttasse un programma di interferenza e simulazione di una realtà psichica virtuale [cfr. capitolo VRR - Esempi di disturbi e stimoli];

gruppo al quale poi a Livorno durante i primi dieci giorni del mese si erano unite una serie di altre voci asseritamente di persone ostili al nostro ambiente carcerario e di veri e propri sbirri che possiamo individuare con le sigle 3,4,5, iniziali di nomi di cui ignoro la reale attribuzione o meno;

quindi che sia intervenuto un gruppo successivo composto comunque di voci per lo più femminili, 3 o 4, che asseritamente si attribuivano dei nomi precisi e che possiamo individuare in 6, 7, 8, 9, ecc.), parlando anche insieme come in una reale conferenza video o discussione tra persone effettivamente presenti attorno ad un tavolo, gruppo sceso in campo dopo il 14.6.2002, nella cella 6 di Livorno e quindi nella cella all'EIV e quindi a Spoleto sia nel camerone che in tutti gli altri locali da me frequentati, come anche a Sulmona.

La combinazione delle voci fa sì che secondo me il gruppo dei servizi abbia registrato da telefonate o colloqui, anche la MIA voce, oltre a quelle per esempio di mio padre (stile annuncio, in realtà tratta da una musicassetta di una mia telefonata a Biella), o ad annunci minacciosi (“ti uccidiamo tutti i familiari”, “tua moglie è ...”, “tua madre è morta”, “pentiti”, ed altre amenità), così come le altre voci da me udite e quindi abbiano simulato l’esistenza di altri soggetti collegati misteriosamente al mio pensiero, voci di presunti detenuti, di presunte guardie, di presunti amici e compagni, di presunti parenti, es. la voce di mio padre che mi chiama, creando una sorta di ambiente uditivo allucinato che potrebbe avere una qualche utilità solo per qualche pazzo realizzatore di videogiochi sadici, ma che altre utilità al di fuori di indagini sbirresche non ne concepisco, facendomi sentire anche urla ed altre amenità montate con il sintetizzatore vocale o suoni tali per cui io sia portato a vivere nell’incertezza se ciò che percepisco sia vero o sia solo sentito.

La realizzazione di un campione vocale da una registrazione di una persona di qualche minuto di parlato, come da una riunione tra funzionari/funzionarie o da una telefonata di un detenuto con suo padre, per un esperto di questi sistemi multimediali è questione di una mezza giornata di lavoro con programmi Sound Forge, VivaVoice o simile, dopo di che basta imputare il testo (o averlo già preparato prima ed associato al data base che dicevo) per ottenere la trasmissione del risultato.

D: Ci racconti qualche disturbo generato da queste intrusioni uditive?

R: A volte sento che mi si chiama, e rispondo OOH; prima non lo facevo, mi avvicinavo al cancello della cella e vedevo chi era; poi, da un po’ di tempo, ho capito che sono voci registrate in precedenza sicché ho imparato anche a distinguere il “di chi è” della voce riprodotta per farmi questo scherzetto. Altre volte mi sono accorto che ci sono giorni in cui i fischi e queste intrusioni sono assenti o molto bassi, in cui mi esprimo normalmente, mentre in altre giornate mi esprimo a voce più bassa, ma con la percezione di parlare a voce normale; me ne sono accorto dopo che più volte mi sono dovuto ripetere per farmi sentire. A volte, specie nei fine settimana, capita di essere svegliati con rumore alla conta delle 3 – 3 e mezza. Appena svegliato, sale l’adrenalina dalla rabbia per questo abuso, ed è difficile riprendere sonno. (Queste cose sono oggetto di proteste scritte da molti anni nelle carceri, non solo speciali). In questo frangente, se non mi metto a fare un’attività mentale coinvolgente come leggere un libro, o se non mi faccio una camomilla, o se non trovo la fantasia per masturbarmi e poi dormire, rimango a letto cercando di dormire, non ci riesco, ed è molto frequente che proprio in questi momenti il fischio uditivo, magari interrotto poco prima di prendere sonno, ricominci ad intensità maggiore (di qui sarebbe da escludere il collegamento condizionato ai campi magnetici visto che di notte le televisioni sono quasi sempre spente). In questi casi è d’obbligo cercare di dormire il pomeriggio successivo. In genere ci riesco, ma da quando il fischio è diventato permanente, faccio più fatica. A Livorno questo tipo di problemi dal 1 al 10 giugno, mi aveva fatto pensare quasi con certezza (da dove traevo questa convinzione?) di essere stato oggetto di somministrazione di sedativi nelle quattro giornate di punta di questo “trattamento psicologico di condizionamento ed aggressione mentale a distanza”, il 3, 4, 5 e 8 giugno 2002.

D: Ci racconti qualche aneddoto di queste intrusioni uditive?

R: Loro hanno il problema non solo di “parlarmi” via radio, ma soprattutto di ascoltare le mie reazioni. Io però, a differenza loro, ho un solo canale uditivo cerebrale su due orecchie, ma con loro ne ho uno solo. Appurato questo, è evidente che se io “sento” il mio pensiero, non posso sentire il loro. Quindi quando loro fanno affermazioni offensive o fastidiose, io mi metto a rovesciargliele dialetticamente addosso, e dopo un po’ che la loro macchina glielo riporta, loro capiscono la fregatura e in genere dicono “madonna che lenza”. Da dove viene questo modo di dire? dalla capitale italiana. Altra frase che ripetono spesso è “ci ha sgamato”, evidentemente ripresa da registrazioni effettuate in ambiente carcerario.

Quando voglio avere un po’ di tranquillità, sempre continuando a fare quello che sto facendo, se sono da solo posso optare per il respirare o il canto sommesso a bocca chiusa, come il buddista OMMMMMM (ma è in genere un comportamento tipico di breve durata di chi è sotto tortura e cerca di prendere respiro), che mi

permette di non sentire più nulla, oppure posso chiedergli di darmi qualche piacere sessuale in genere quando sono a letto dopo un periodo di rilassamento (dopo aver scritto questo tipo di cose nel Capitolo VRR, curiosamente è quasi del tutto cessata e riesco ad andare a dormire quasi subito dopo essermi coricato), visto che percepivo delle voci femminili, dopo i dieci primi giorni di tortura psichica a Livorno durante i quali percepivo quasi solo uomini che parevano giovarsi del fatto che ero terrorizzato dalla cosa in sé, anche se capace di reagire quasi sempre prontamente; a quel punto potevo anche contemporaneamente parlare con qualcuno che la cosa mi disturba poco. Quando se ne accorgono, ci restano un po'. Ma ci restano di più quando si accorgono invece che sono insensibile alle loro stimolazioni.

Il canale uditivo in entrata e uscita, quando si è soli, mi pare limitabile quando si mangia, quando si è in ambienti con molte persone (tipo campo sportivo) e forse anche muovendo fortemente le gambe stando seduti, un po' come quando si è nervosi. La comprensione che certi pensieri vengono "instillati" con molta precisione dentro la mente della persona, e che non sono farina del proprio sacco, è importante come COSCIENTIZZAZIONE e arma di resistenza a questi trattamenti. Lo affermo dopo 83 giorni di "trattamento".

D: Hai qualche anomalia tecnologica da raccontare?

R: Mi si è prestato dei portatili qui a Spoleto per uno o più giorni.

Già nella prima occasione, dal 2° giorno, mi sono accorto che il commento delle cose che facevo andava un po' oltre quello che pensavo. Mi sembrava quasi, come in qualche altra occasione, che "vedessero" ciò che vedevo io. Ho fatto anche delle prove, tipo fare delle cose che sapevo fare senza guardare, e corrispondeva, cioè io riuscivo ad avere due processi di pensiero molto brevi e per operazioni tecniche già note uno, e un altro quello normale, la loro lettura avveniva su quello normale. La cosa la ho verificata sia su un pc con una frequenza sia con un'altra, ricordo che i primi pc erano a 8 o 16 Mhz, e si diceva che così occupavano frequenze basse e non potevano subire problemi, ma da allora la schermatura delle apparecchiature elettroniche dovrebbe essere avanzata un po'. Invece, ho notato che si sono attribuiti fastidi tecnici non sempre afferenti al campo della pesantezza o meno di certe operazioni, e che in questo aveva un ruolo sempre il mouse (oggi in genere a filo ma agli infrarossi), al che ho stabilito una connessione tra le due cose. Ho provato a fare delle operazioni mentre il sistema non era disponibile con il mouse e non me le faceva fare. Ho staccato dalla porta USB il mouse ed il risultato è stato che ho lavorato tranquillamente con la tastiera. Mettendo scotch marrone sulle parti laterali del mouse trasparenti, pure lavoro tranquillo.

I segnali agli infrarossi possono essere gestiti da microfoni direzionali (e satellitari dalla ionosfera); e gli uomini emettono una certa quantità di radiazioni infrarosse a seconda del calore corporeo; è quindi questo che in me interferisce con il mouse? Se sì, mi si tortura, annienta e violenta sfruttando questo dato?*

* [L'ipertermia è andata scomparendo solo dal gennaio 2003]

Altri disturbi molto più frequenti mi sono avvenuti quando ho cercato di stampare i documenti allegati a questo testo. Una ipotesi allucinante e divertente, stile cyber: la "voce" udita più frequentemente, di recente ha cercato di convincermi, ovviamente senza risultati apprezzabili, che non c'è alcun collegamento, e che il tutto si esaurirebbe in una sorta di circuito chiuso cibernetico collegato al mio pensiero, costruito appositamente per studiare il modo di pensare del soggetto studiato, e quindi verificarne il grado di resistenza alla pazzia derivante dall'aver una sorta di dialogo interiore in corto circuito.

Più di recente, ho provato a mascherare i disturbi con una radio (finalmente concessami – aperta controllata e sigillata nonostante la abbia comperata al sopravvitto del carcere speciale di Livorno – dopo 53 giorni) desintonizzata tra due canali MF diversi; ho provato con lo stesso sistema in AM. Non so bene cosa questo possa significare, ma sono stati in grado, dopo che l'effetto mascheratura funziona per circa 20-30 secondi, di rifiltrare il disturbo e quindi di ricollegarsi al mio udito. Se sposto di nuovo frequenza su un altro canale desintonizzato, li perdo ancora. Ma dopo altri 15-20 secondi, rieccoli. Se spengo di brutto, senza pensarci, ecco che li ripero per un po'. Deduzione: io non sento alcun "acufene", a parte il fischio permanente all'orecchio sinistro (ma a volte anche al destro, lo stesso fischio ha delle repentine variazioni di intensità in momenti ben precisi, per esempio, se fingo di pensare che "voglio far la pace" e che "mi devono lasciare perdere e non denuncerò nulla", il fischio quasi viene azzerato), e il fatto che io riesca con un mezzo esterno a staccare completamente queste voci che poi ritornano con una modalità eminentemente evidentemente tecnica, dimostra che tali suoni sono messaggi subliminali o meglio trasmissioni radio collegate in un modo ancora da dimostrare al mio cervello e pensiero.

Insomma, un Mengele tecnologico nel III millennio, al quale ho notato sarebbe sufficiente come resistenza una buona dose di ironia; ma questa cavia umana non potrebbe trovarsi altro che in carcere o manicomio giudiziario, dato che all'esterno un "disturbo" del genere sarebbe immediatamente scoperto dalla possibilità di verificarne la frequenza radio e dalle interferenze che si verrebbero a creare con i più diversi apparecchi ,

elettrodomestici e meccanismi elettronici. Un po' come la penicillina negli States negli anni '30, che fu sperimentata su soggetti maschi di colore, detenuti, iniettandola ad hoc sulle caviglie, per combattere la sifilide.

Cosa intendi per nuove tattiche di intrusione? [domanda dell'8 settembre 2002]

Fondamentalmente cercano il contatto. Se appartengono a strutture di intelligence, il loro scopo è leggere il pensiero di un "terrorista" per poter "informare preventivamente" il governo di quali potrebbero essere le "mosse" di una organizzazione terrorista di fronte a situazioni o notizie nuove. Per questo spesso simulano notizie nuove ed inesistenti, mentre in genere tacciono – o attendono che io legga o ascolti – quelle reali. Hanno una tattica di intrusione incredibile: pare proprio, nonostante io abbia scritto e dichiarato pubblicamente che sostengo la lotta armata per il comunismo sul piano politico come prigioniero rivoluzionario e militante comunista che NON APPARTIENE ad alcuna organizzazione rivoluzionaria, che abbiano preso una colossale bufala – se si volesse dar adito alla loro buona fede – ; oppure che il problema politico costituito dal processo che mi deve venir rifatto, per il quale sono stato condannato, sia per loro una cosa da evitare a tutti i costi, o mandandomi pazzo in manicomio, o facendomi "suicidare" o cercando di comperarmi. Pure illusioni ed anche offensive, visto che queste "Signore" che con tanta solerzia e dolcezza lavorano di bocca ad instancabili microfoni [vedi Capitolo VRR], dimostrano a quanto pare un idiota ed assolutamente inesperta conoscenza storica di questo tipo di fenomeni politici e sociali che si ostinano a combattere: con ogni probabilità il sistema di attacco ed intrusione funziona con criminali che non hanno alcun interesse a farsi massacrare se gli si propongono soldi, protezione, bella vita e nuova identità.

C'è poi la modalità temporale. C'è una capacità di velocizzazione assoluta del pensiero stimolata da queste intrusioni, ti sembra sempre di essere come dentro un ritmo urbano metropolitano. Essendo io in carcere, questo sbalestra completamente le abitudini e i ritmi di autodifesa del prigioniero. Questo elemento dimostra l'impossibilità che si tratti di acufeni [vedi Capitolo 8.2], tuttavia da analizzare proprio per capire come la medicina non sia riuscita, stranamente in questo caso visti i passi avanti in molti altri campi, a risolvere questo tipo di "malattia" che evidentemente è sociale visto che se ne parla pochissimo in giro anche se pare sia molto frequente (ed evidentemente quanto dicevo circa l'inquinamento elettro-magnetico spiegherebbe certe ritrosie e facili discriminazioni, "quello è matto, sente le voci", tipicizzate dal nostro inconscio sociale e funzionali al potere psichiatrico a sua volta assolutamente funzionale alla dittatura di classe ed opulenta delle società di tipo capitalistico che ancora appestano l'aria del pianeta.)

Vedi, per esempio, una delle loro tattiche è questa: si fanno sentire all'improvviso appena si accorgono che non stai più dormendo, leggendo una specie di copione teatrale in cui parlano ad un microfono collegato a questo sistema, che ti arriva nell'udito come un urlo nel silenzio che solo tu puoi sentire (oramai sai che gli altri non li sentono), il più delle volte è una voce femminile per non farti incazzare troppo dato che si sono accorti che sentendo la stessa voce maschile che ti ha torturato in un periodo iniziale in cui ancora non capivi cosa succedeva, ti alteri e cerchi in ogni modo di darti dal dormiveglia; invece con questa voce femminile, appunto scandendo questo copione (per esempio, sarei in grado di trasmettere per migliaia di chilometri grazie ad un "dono di natura" e loro si limiterebbero a sostenermi psicologicamente per cui dovrei aiutarli a capire come è stato possibile che mi sia ridotto così male a fare il "terrorista" quando sarei un ottimo pittore... un copione del genere avviene per esempio dopo che si sono accorti che ho ricevuto da casa qualche centinaio di foto di miei vecchi quadri) in modo da farti sentire come in un eco questo pensiero e di fare tuo questo pensiero, quindi cercando di carpirti chissà quali pensieri correlati a quanto loro hanno appena detto.

Oppure, mentre stai chiacchierando con un amico, commentano facendosi sentire da me "a voce alta" (cioè l'impressione, soprattutto negli ultimi periodi, è che effettivamente si trovino all'interno della struttura carceraria, sentendo io in qualche modo queste voci non più interne alla mia testa ma esterne) che il mio pensiero su costui sarebbe cambiato, che pochi giorni prima lo consideravo una merda e che adesso siccome c'è lo sciopero in vista ho smollato un po' con lui perché considero prevalente la solidarietà.

Ancora, quando sto aspettando la posta, se per caso arriva tardi e mi spazientisco, se ne accorgono e fingendo di essere "le guardie della censura", dicono che oggi non mi arriva nulla. In genere sono sfortunati, e non ci azzeccano quasi mai.

Questa della "sostituzione di persona" è una pratica comune. Per esempio, a volte sostengono di riportarmi dei "messaggi" di una persona che considerano per me importante, e pare sappiano effettivamente se questa persona o meno sia in rapporto epistolare con me. Cioè, vogliono far sembrare proprio che conoscono tutti i miei pensieri, per cui è poi logico pensare tra sé e sé che sono degli idioti questi sbirri a ritenere che quella persona mi interessi. Non sempre cioè è possibile "staccare" il "ricevitore" di cui si è stati involontariamente fatti portatori. Sono rabbiosi se non leggo i giornali per giorni e giorni e poi li sfoglio velocemente tutti quanti, perché pare che così debbano essere costretti ad un pesante lavoro di catalogazione dei miei pensieri al

riguardo.

Rubano sistematicamente i miei pensieri, ossia se penso ad una ragazza e scrivo una poesia, la considerano dedicata a loro (o alla lei che parla). Se faccio un disegno di una casa ideale, ecco la casa dei “nostri sogni”. Se penso ad una ragazza, ecco che dopo dieci minuti, consultati i loro schedari, fingono da pure idiote di essere tale ragazza e si fanno avanti con voce suadente: io sarei telepatico e anche lei, per amore, quindi lei sarebbe giunta a farmi compagnia, questo avviene molto spesso quando mi rilasso e penso a qualche momento bello della mia vita in libertà. Analogamente, se ricevendo una lettera leggo qualcosa di personale, ecco l’aggancio immediato per una nuova incursione “implicita”. Se queste sono le tattiche più morbide, lascio immaginare quale tipo di approccio abbiano cercato di utilizzare nel primo periodo, quando non capivo cosa stava succedendo restando in preda a choc per notti intere.

In genere riesco a non sentirli, ma su 15-16 ore di lucidità quotidiana (dormo 8-9 ore al giorno, 6-7 la notte e due il pomeriggio), alcuni periodi riescono a “farsi sentire”.

Col tempo, hanno perfezionato il loro grado di provocazione. Dicono che è impossibile “riuscirci” (a farmi pentire) perché nessuno avrebbe in precedenza resistito più di una settimana a questo trattamento ed io resisto da 4 mesi e loro non hanno niente in mano e chi gli ha dato ordine di torturarmi li ha fregati, gli hanno tirato il pacco, perché loro pensavano a tutt’altro genere di persona. Subornano così un atteggiamento di “stima” onde ristabilire (?Quando mai c’è stato?) un “dialogo”. Quando scrivo cose molto pesanti per loro, come ora, cala un silenzio tombale, non ridono più. Già perché oramai al microfono iniziale collegato al computer di ricezione ove stanno tutte le loro “registrazioni” (che sono altrettante prove di questa sistematica tortura che dura da mesi e mesi), sono collegati tanti microfoni quante sono le persone in “teleconferenza”.

Quali effetti collaterali ha sinora causato in te questa tattica di estranei torturatori di professione? [domanda dell’ 11 settembre 2002]

Ne parlo più estesamente nel Capitolo MA.

Fondamentalmente si tratta di effetti di 4 generi: Comportamentale e Sociale; Fisico; Psicologico ed Affettivo; Neurologico.

Comportamentale e Sociale: fin da quando questa tattica di mobbing delle guardie e di inizio di “voci” ma molto rare (anche se ben mirate a farmi sentire “colpevolizzato” di chissà che e quindi complessato da situazioni invece a me del tutto estranee ma ambientalmente coinvolgenti) è iniziata – dicembre 2001 – mi sono progressivamente tuffato nell’impegno intellettuale chiudendomi progressivamente ai rapporti sociali nella sezione in cui stavo coi compagni ed altri detenuti per reati “comuni”. Da quando queste voci hanno assunto un carattere non eludibile di attacco psichico totale (dal 10 maggio in progressione a Biella, quindi dal 1 giugno in progressione a Livorno, per poi attenuarsi dopo le botte, dal 13-14 giugno, e cessare dopo l’uscita dalla sezione di “osservazione psichiatrica” di Livorno il 23 luglio, e riprendere al 30 giugno a Spoleto, via via in maniera più pesante di nuovo a partire da questo agosto), ho dovuto quasi sempre rinunciare a momenti dialettici di confronto con amici e compagni di detenzione, a causa del comportamento indotto di “cautela” per non aver nessuna voglia di parlare con un microfono acceso sotto il mento (non è così fisicamente, ma ho la nettissima impressione che sia la stessa cosa).

Sapere di leggere e scrivere non solo la posta sotto censura, ma anche con i pensieri relativi a ciò che ho scritto e letto, inizialmente mi ha portato a rinunciare anche per 15 giorni a toccare le lettere arrivate o a leggere gli stessi quotidiani acquistati, quindi a dover limitare la qualità ed il contenuto di tutti o quasi i miei rapporti epistolari (dico quasi perché può capitare, come è capitato, in carcere, di avere scambi epistolari con persone nuove che hanno solo voglia di giocare ed essere affettuose, ed in questo caso nulla di ciò che effettivamente sono viene messo in gioco da una corrispondenza del genere, non cioè avente un carattere di difesa della propria identità politica ma di esclusiva amicizia), con un nocumento al grado di rapporti sociali che riesco a mantenere. Idem per le letture, non sto vivendo più di fatto secondo i miei bisogni umani ed intellettuali: leggo, scrivo e studio solo ed esclusivamente in relazione alla denuncia di questo trattamento nazista ed incredibile che sto subendo – coscientemente da 4 mesi, e senza saperlo chissà da quando – . Così per i film, che non guardo quasi più. Il mangiare, dato che sono in lotta dal 8 luglio col rifiuto del carrello, lo faccio con una certa cura ma spesso mangio in fretta. Comunque sinora ho perso solo 7-8 kg. rispetto al mio peso forma precedente al 12 maggio [cfr. Dichiarazione di lotta e di solidarietà]. Però, ho spiegato a molti amici e compagni detenuti quanto mi sta succedendo, e questo mi ha dato forza perché, nonostante numerose incredulità, questo mi permette di essere chiaro e onesto nei rapporti con gli altri, limitati non solo ma anche da questa esperienza pazzesca che sto vivendo e per la quale, sia chiaro, non perdonerò mai chi l’ha orchestrata e condotta. Situazione di solidarietà continuata anche a Sulmona.

Fisico: a parte il relativo calo di peso, ho smesso di far ginnastica, sono riuscito solo in questi giorni ad avere

le prime confezioni di vitamine da quando sono stato pestato dalle guardie a Livorno, ho una recrudescenza dell'ernia e delle cervicali, e alcune volte delle disattenzione che possono costare anche pesanti testate a stipiti o finestre, ma si tratta di situazioni limite che cerco di controllare, anche perché in carcere è meglio mantenersi in forma fino all'ultimo in quanto le strutture di "assistenza sanitaria", infermerie e centri clinici, sono veri e propri campi di concentramento per vuoti a perdere (con tutto il rispetto per i compagni di detenzione che per loro sventura vi sono detenuti). A Sulmona, a fatica, ho ripreso un po'. A Spoleto è continuato il pregiudizio del corpo medico su quanto patisco.

Psicologico ed Affettivo: Ho come l'impressione di dover "congelare" i miei rapporti affettivi, una necessità data da un sentimento di totalizzazione di ciò che vivo. Questo, amplificato, e non casualmente, da questo tutt'altro che casuale trasferimento in questo istituto di reclusione, costruito attorno al 41 bis di un terzo del carcere, ove vi sono rigidità specifiche maggiori in quanto sono l'unico prigioniero politico per fatti di lotta armata comunista che si trova in questo luogo, e che questo mi è costato sinora già la perdita di numerosi colloqui a cui ero autorizzato a Biella, dato proprio questo eccesso di cautela nei miei confronti. Un eccesso che non sembra casuale con i "movimenti giuridici" attorno alla mia persona, dalle perquisizioni alla mia famiglia, a quelle senza notifica, sino alle decine di trattenimenti di corrispondenza politica registrati ai miei danni quest'anno; questo, solo perché ho osato esprimere le mie opinioni politiche pubblicamente senza voler mai accordarmi al carro funebre dei detenuti eccellenti, degli ex-dannati redenti, degli affidabili servi del regime che giocano a far da vittime quando in vita han sempre sfruttato, violentato ed ucciso per il potere ed il denaro. Inoltre il fatto di avere la cognizione di questo mi ha comportato un cambiamento caratteriale, sono meno "libero", per quanto uno possa esserlo in una società malata come l'attuale ed in un carcere di una società del genere, di quanto non fossi sino al novembre del 2001. Situazione aggravatasi ulteriormente da Sulmona in poi.

Neurologico: Alcuni disturbi li sto già verificando [vedi Capitolo NRL], ma ho fortunatamente potuto notare che li posso combattere con tre fondamentali forme di resistenza: Determinazione e calma, Alimentazione e calma, Riposo e Impegno (ossia Impegno permanente per rimanere concentrato, evitando così di subire queste intrusioni, associato ad un Riposo ossia metodo di lavoro non asfissiante e stancante). Dato che ho la possibilità di sottrarmi alla mercanzia quotidiana di chi obbliga a miserabilissimi salari i detenuti bisognosi, posso disporre del mio tempo, forse con la rabbia dei torturatori e dei nazisti che governano oggi questo sistema e potere fascista, che vorrebbero costringerci ai lavori forzati o alle celle della morte. In ogni caso, dato che ho sempre saputo che il carcere è la seconda casa dei comunisti, non danno l'anima e cerco di contrastare questo tipo di disturbi con uno sforzo di concentrazione maggiore. Tuttavia per resistere devo cercare di riposare molte ore in più, dato che la notte non riesco a dormire per più di 6 ore causa l'aumento dell'intensità dell'"acufene"- fischio e delle loro grida e provocazioni.

Chi sostengono di essere e per quale motivo dicono di operare così? [domanda del 12 settembre 2002]

Affermano poi, autocogliendosi in palese contraddizione, che cambiano spesso "identità" poiché sarebbero a volte agenti DIGOS di Venezia, altre volte telepatiche assoldate dalla CIA, altre volte ancora "compagni" che mi vogliono aiutare e che "hanno saputo" che io sarei ipersensibile acusticamente e che quindi si sono collegati con me, proponendomi le più colossali amenità ... "a chi faresti sparare", "come vorresti scappare", e cazzate del genere, in genere basta pensare a non sentire ed impegnarsi in conversazioni o in qualche attività, ma non sempre è possibile, allora occorre pensare sfottendoli e dimostrandogli che sono dei mentecatti che non sanno quello che dicono. I miei pensieri in genere sono di rifiuto al "dialogo del pensiero", a volte quando mi viene la battuta, sono tesi a "portare in giro" queste merde per fargli capire la loro stupidità alla fine del pensiero, ossia dando risposte assolutamente incongruenti e rivelanti l'idiozia delle loro affermazioni. Altre volte, affermano di considerarsi legittimati a questa attività spionistica permanente, o sulla base di non si sa bene quale "inchiesta interna" carceraria per verificare le mie denunce di questi abusi, per cui loro sarebbero i "buoni" ed altri i "cattivi", oppure perché legati a parenti di vittime del "terrorismo" ed altre amenità. "Dicono" altre volte di volermi bene. Se lavoro al computer, affermano di essere stati loro a spostare il mouse o altre cazzate, rivendicano che non sono cazzate perché loro stessi dal carcere che sono guardie dei GOM **riescono ad interferire con la tecnologia agli infrarossi** Evidente in questo caso la provocazione gratuita mira ad affermare una loro inesistente superiorità tecnica dato che a livello morale sono chiaramente in defaillance. Allora ogni tanto gli dico che se si pentono loro, magari non finiscono alla Corte del Tribunale Internazionale dell'Aja, che è certamente il loro luogo di destinazione finale, dico loro, prima dell'instaurazione della società comunista mondiale, visto che questo trattamento oltre a fabbricare probabilmente molte decine di "pentiti" di mafia e malavita comune, ha prodotto senza dubbio molte decine di morti. Una situazione simile al film "Brubacker" all'italiana, insomma, dato che questo tipo di disturbo ha la

proprietà peculiare di non essere – a tutt’oggi – dimostrabile. Gli acufeni, infatti, “la scusa” dei medici penitenziari di fronte a tali generi di rilievi dei detenuti “malati” che ne soffrono, possono portare a situazioni psicologiche tremende con disperazione e desiderio di suicidio, quindi psicofarmaci...

La motivazione peculiare per cui queste persone affermano nei loro miseri “tentativi” di convincimento che occorre saper “accettare” il dato di fatto del loro “potere”, è che gli “oggetti” del loro “lavoro” sono mafiosi, criminali, terroristi assassini che non meritano di starsene in pace in galera. Pare che per loro la galera debba essere tortura, non privazione della libertà e tentativo di “rieducazione” ad un ingresso in una società migliore. Insomma, una specie di “correttivo punitivo” al carcere di oggi, considerato un “grand hotel”. Un trattamento del genere, affermano, sarebbe iniziato a partire dal 1999.

Cosa è accaduto in Italia nel 1999 nelle carceri? Quale situazione politica e sociale può legittimare delle forze di polizia o di intelligence ad inventarsi e mettere in pratica dei sistemi simili di CONTROLLO MENTALE TOTALE, finanche di controllo di quanta merda uno cala nel water?

Lo vediamo nel Capitolo “Un po’ di ‘scusanti?’ ai torturatori” laddove si spiega come sono cambiate e in che senso le carceri italiane all’epoca del Guardasigilli Diliberto, del direttore del DAP Caselli e del generale Ragosa a capo della neonata UGAP (una specie di servizi segreti penitenziari). Capitolo che dovevo allegare agli atti di un procedimento per apologia aperto a Biella, distrutto da un atto repressivo autoritario a Spoleto (da riscrivere) alla fine di settembre 2002, mediante formattazione di un pc.

4. Capitolo VRR - Virtual Radio Reality

Spiegazione dell'ipotesi (stimolazione corporea e sessuale sulla base dell'esperienza di chi l'ha subita) del programma computerizzato di gestione di questo osceno strumento di tortura

In carcere una iperattività sessuale può comportare solo un maggior bisogno di dormire, un rincoglimento culturale e sociale, una maggiore necessità di mangiare, quindi una riduzione delle altre attività ed un aumento della disattenzione. Questa condizione sarebbe ottimale per colpire le resistenze psicologiche di un soggetto attaccato da intrusioni acustiche come quelle descritte, poiché l'insieme dei due sistemi porterebbe ad una progressiva spersonalizzazione e progressivamente ad un cedimento della persona oggetto di tale trattamento. Nel merito, la mia forma di resistenza si è valsa di un'arma formidabile: la fantasia, che mi ha permesso sia di portare a spasso (fuori dalle loro paludose intenzioni) la mia mente, e che mi ha permesso di astrarre nei periodi più duri di questo trattamento. Ora, settembre 2002, non riscriverei questo capitoletto, perché superfluo alla spiegazione di quanto è accaduto e di quanto ancora accade attorno a me in un silenzio generale che solo un racconto a 360° ed interdisciplinare può portare al clamore della luce. Ma è utile lasciarlo in questa terza stesura poiché in alcuni momenti gli strumenti evidentemente tecnologici (a meno di non voler credere a Mefisto e Mandrake) usati da costoro sono ancora tentati (laddove necessitano di un minimo grado di passività) od attuati (come nel caso dei dolori fisici) nei miei confronti.

Esistono software per macchinari potenti applicabili anche a pc delle ultime generazioni in grado di interagire con i prodotti della VR (virtual Reality). Fin dal 1992 in Inghilterra è iniziato lo studio della stimolazione sessuale legata alla percezione tattile (mani, piedi, ginocchia, genitali) e visiva/uditiva: una specie di possibilità di interazione tra soggetti di sesso diverso era così già stata sperimentata sin da allora. Connettendo un tale insieme di apparecchiature al segnale radio di modo che venga percepito e recepito solo dal soggetto dotato di un apparecchio capace di interagire (a livello di onde alfa e beta) con esso, o solo da quei soggetti in grado di percepire una gamma maggiore di onde rispetto alla generalità del genere umano (da 20 Hz a 20 Khz), i nostri "eroi" dell'era Bush – torturatori di professione, sono stati attivati sul soggetto.

Stimolando dolore (alla parete superiore dentale, con la potenza del segnale e al cuore) o piacere e sensazioni tattili piacevoli ma anche più potenti, hanno creato una sorta di sesso virtuale hot line tattile e uditivo da usare come tattica di rincoglimento del soggetto (che non a caso non ha così una percezione chiara del tutto, all'inizio), mentre con colpi più potenti si attua una specie di *voodoo virtuale* via radio dando sensazioni di dolore più o meno percettibili; l'intervento sul cuore poi dipende dalla resistenza e capacità di adattamento e difesa agli stimoli da parte del soggetto.

Tutto quanto sopra è stato sperimentato in prima persona.

Il segnale radio collegato al computer dei torturatori è certamente in grado di autodirigersi verso le frequenze interne agli infrasuoni che operano nel cervello oltre che al canale uditivo, dato che il soggetto difficilmente distingue tra percezione uditiva interna ed esterna.

Tabella relazionale pensieri e frasi intercettate con risposte immediate

Vedi allegato 1

Serve ai torturatori a far sentire la vita e la personalità del soggetto continuamente provocata e controllata.

Serve a creare angoscia, tachicardia, nervosismo, a volte fastidio che impedisce il normale esplicarsi di ogni attività, più raramente il fischio crea un fastidio difficile da sopportare. L'intensità di uscita crea al soggetto la tortura elettrica con emicranie e dolore (vibrazioni interne) alla parete superiore dentale (dimostra l'ipotesi della Radio a Galena?).

Dalla fine di luglio il fischio lo sento in permanenza, in attenuazione progressiva verso la sera.

Tra gli effetti c'è la perdita di certezza circa l'origine dei suoni e del parlato sentiti dal soggetto, con la confusione se ciò che ha sentito venga dall'interno (cioè dai torturatori con le loro trasmissioni simulate o i loro attacchi diretti), o dall'ambiente circostante, con una perdita parziale del senso di sé e degli altri.

Tabella relazionale stimoli gestiti dai torturatori

Vedi allegato 2

Allegato n. 1

Esempio di tabella database relazionale: Risposte_uditive

<u>pensiero intercettato (1)</u>	<u>frase uscita (2)</u>	<u>profilo uscita</u>	<u>eco uscita</u>	<u>ripetizione</u>	<u>fischio flagg (3)</u>	<u>durata fischio</u>	<u>intensità fischio</u>
che bello							
	ti piace X (nome soggetto)?	voce_sbirra che emula donna_conosciuta	No	1	No	0	0
che cazzo mi ha combinato mio padre							
	nome soggetto	voce_padre_soggetto*	Si	1	No	0	0
dovrei scrivere a mio padre							
	tuo padre è morto	voce_padre_soggetto*	Si	1	No	0	0
mia madre non mi ha spedito ancora spedito il pacco							
	tua madre è stata uccisa	voce_urlata_tipo_notizia urgente	No	10	No	0	0
non mi riesce questo disegno							
	è un incapace	voce_detenuto_Y	No	15	No	0	0
	la ama veramente	voce_sbirra	No	3	Si	20	4/10
(fa una cosa ottima) (4)							
	è un terrorista bestiale	voce_sbirro	No	5	Si	30	5/10
(umilia i torturatori o ignorandoli o facendo l'opposto di quanto spererebbero di condizionare) (4)							
	aaaaaah urlato	voce__donna_X	Si	1	Si	150	7/10
non rompere i coglioni pezzo di merda							
	sei tu che sei un terrorista di merda	voci_mutiple	No	5	No	0	0
perché non vi convincete che avete perso?							
	perché, sei un terrorista terribile	voce_vedova_poliziotto	No	1	No	0	0
sono incazzatissimo con voi							
	vuoi che te lo?	voce_donna_Z	No	5	No	0	0

- 1) Pensiero o parole dette intercettate che vengono lette dal computer attraverso scheda di lettura segnale radio e convertite in testo dal sintetizzatore vocale e passate così in lettura al programma attivo.
 - 2) Risposta degli/delle operatori/operatrici sbirre o dei servizi segreti o carcerari, (oppure del programma attivo attraverso la ricerca del pensiero intercettato nella tabella data base relazionale convertita quindi attraverso il sintetizzatore vocale nel segnale di uscita radio).
 - 3) Attivazione contestuale o meno del fischio di disturbo, che normalmente viene attivato a parte, con indicazione dei secondi di durata dello stesso inteso come punizione e della intensità dello stesso, che a 9/10 è in grado di creare dolori alla parete superiore dentale.
 - 4) Esempio di attivazione di un messaggio diretto che non passa attraverso il programma, qui inserito come esempio, di fronte alla mancanza di pensieri intercettati che non siano il senso di soddisfazione per una cosa fatta dal soggetto.
- *) Voci che possono essere state registrate dalle telefonate o dai colloqui.

Allegato n.2

Esempio di tabella database relazionale: Stimoli percepiti, in assenza di alcuna reale stimolazione materiale, da soggetto di sesso maschile oggetto di attacco uditivo e radiostimolazione (probabilmente ad infrarossi)

- STUDIATE LA VIRTUAL REALITY. ESISTE DAL 1992 CON PC ALL'EPOCA DI MOLTO SUPERIORI A QUELLI IN VENDITA (come valore anche di 40 volte)
- ESISTONO APPARECCHI MOTORI PER VISO, MANI, GENITALI, PIEDI, VIRTUALI PORTA USB O SCSI, CON I QUALI MEGLIO INTERFACCIARE I NERVI RELATIVI

Stimolo ciglia occhio dx e sx	SI/NO segnala se lo stimolo associato alla frequenza del centro nervoso deve essere associato al messaggio VR	Ganglio ciliare, nervo oculomotore, ipofisi
Stimolo fischio elettrico orecchio sx e a volte dx	SI/NO	Corda del timpano, nervo facciale, ipofisi
Stimolo lingua, deglutizione frequente, lacrimazione	SI/NO	Ghiandole lacrimali, rinolaringee, salivari, fino ai nervi piccolo petroso superficiale e profondo, glosso faringeo e facciale
Stimolo bacetto viso	SI/NO lieve tocco sulla guancia	Nervo facciale
Stimolo carezza testa	SI/NO segnale sottocute	Branche cervicali
Stimolo dolore osso temporale, occipitale, frontale	SI/NO fortissime cefalee specie notturne e mattutine	Branche cervicali
Stimolo elettrico dolore parete dentale superiore e, meno, inferiore, se bocca chiusa	SI/NO come di corrente elettrica a circa 30 V ossia simulante il grado di reazione della parete gengivale superiore a 30 V	Minore intensità dopo aver sostituito le capsule in amalgama-galena
Movimento reattivo masticazione ganasce provocato da stimoli elettrici forti alle orecchie e ai denti, conseguenza normalmente di elettroshock	SI/NO a partire dal giugno 2002, ora indotto meno di frequente, riesco ad evitarlo dopo averne ricevuto lo stimolo	
Stimolo pollice mano dx e sx	SI/NO	Nervo mediano VI VII plesso branchiale
Stimolo dolore fremente area intestinale	SI/NO sembra mal di stomaco ma non è associato a nessun disturbo digestivo	Nervo ileoipogastrico
Stimolo polpaccio dx e sx circolare	SI/NO movimento fremito	Nervo safeno destro (la vena safena dx mi è stata asportata nel 1997)
Stimolo convulsione cardiaca	SI/NO tachicardia più frequentemente, stimolo di oppressione cardiaca	Avvenute 7 crisi cardiache in seguito a dolori e ipertermia dovuta a probabile narcosi tra il 1° e 10 giugno 2002
Stimolo glande e pene	SI/NO apparente movimento ondulatorio, o di calore, non associato a movimento fisico del pene se non da spostamento causa eccitazione non voluta necessariamente	Nervo dorsale del pene, nervo pudendo, plesso pudendo, II III IV vertebra osso sacrale, nervo pelvico ed erettore sacrale
Testicoli	SI/NO schiacciamento e dolore o sensazione di fortissimo calore, il che considerando che soffro di varicocele sinistro, è pericoloso	
Eiaculazione dopo stimolo glande (anestica)	SI/NO avviene senza rendersene conto dopo l'eccitazione VR	Nervo spermatico esterno, plesso lombare

5. Capitolo PF

Psicofarmaci e Critica alla “Psichiatria” di regime: ancora nel 2002, gocce e pasticche come pallottole

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti del rispetto della persona umana”.

Art. 32 della Costituzione della Repubblica Italiana, 1947

A Biella ho assunto volontariamente, data la difficoltà di dormire causata dal casino fatto dalla custodia e dai disturbi che iniziavo a percepire, per sole due sere e su mia richiesta dopo aver avuto conferma da un altro detenuto che era un farmaco leggero e che lo aiutava a dormire bene, nell’aprile 2002, poche gocce di Valium. Ma dopo l’episodio del 24 maggio 2002, su prescrizione della psichiatra del CIM di Biella, che nel frattempo a mia insaputa chiedeva il mio ricovero coatto in una sezione di osservazione, assumevo per sole 3 sere – ignorando certo i possibili effetti collaterali anche se ero certo mal propenso agli psicofarmaci in genere (sono allergico a diversi medicinali anche di uso comune come si può leggere in copertina della cartella clinica) – 20 gocce di Serenase il primo giorno e 10 il secondo e terzo giorno, e una compressa di Tavor la seconda e terza sera; solo perché intendevo evitare che pensassero a reiterazioni della mia azione contro due guardie, infatti inizialmente avevo rifiutato questa terapia.

La psichiatra del CIM non si è certo curata al momento della prescrizione di riflettere sulla mia ipersensibilità a numerosi farmaci e sulla possibilità che una tale prescrizione avrebbe potuto generarmi in una condizione coatta quale quella di una sezione di “osservazione psichiatrica” che forse Lei non aveva mai visto nella sua realtà vissuta materiale, dei gravi effetti collaterali.

Andiamo quindi a vedere le rarissime “terapie” da me assunte e quelle prescrittemi.

A Livorno, dopo la prima sera, non ho più accettato alcuna prescrizione o somministrazione da sveglio a parte dopo il pestaggio del 12.6, praticamente una iniezione coatta dato che mi si è detto che me la facevano comunque; non posso escludere, data la condizione in cui mi sono reso conto di aver vissuto in particolare all’inizio di giugno, che mi siano stati somministrati mentre dormivo degli altri psicofarmaci.

In questo senso vanno lette le prescrizioni dello psichiatra responsabile della sezione di “osservazione e perizia” del carcere di Livorno.

A Biella il 24.5 mi si prescriveva Serenase os e Tavor cpr.

A Livorno il 27.5 mi si prescriveva Serenase os 2 volte al dì, Halcion 2 cpr al dì e Xanax 2 cpr al dì.

Poi il 6.6 mi si prescriveva IN CASO DI NECESSITÀ E PREVIO PARERE DEL MEDICO DI GUARDIA (in genere un giovane che passava velocemente davanti alle celle e che non si assumeva la responsabilità di dire al Dirigente Sanitario che intendevo avere un’udienza con lui) Haldol Decanoas 3 fiale, Disipal 1 fiala, Farganesse 1 fiala da 50 mg, Largactil ½ fiala (25 mg).

Il 10.6 mi si prescriveva Farganesse 1 fiala da 50 mg, Largactil 50 mg (**proprio dopo le giornate per me più sofferte in cui ho vissuto gli effetti tipici di chi assume LSD**).

il 12.6 mi prescriveva Farganesse 1 fiala da 50 mg, Largactil 1 fiala da 50 mg, Ansiolin 1 fiala da **10 mg** (**dopo che lo avevo apostrofato come nazista**).

Ipotesi di somministrazione fraudolenta di sostanze simili per i loro effetti alla Dietilammide dell’acido lisergico (LSD)

In campo psichiatrico e di controllo sociale, l’utilizzo di droghe non è una novità. L’ipotesi rappresentata da questo capitolo è quella di una somministrazione oculata ed a me sconosciuta di farmaci con effetti simili all’LSD. Gli apparati militari USA hanno spesso sperimentato su militari e carcerati l’LSD in forma psichiatizzante.

Ignoravo, e lo ho scoperto da poco, che gli effetti da me subiti tra il 14 e il 23.5.2002 a Biella in forma più lieve, e tra il 1.6 e il 10.6.2002 a Livorno in forma molto pesante e sofferta, sono quasi del tutto uguali a quelli

tipici dell'assunzione da LSD.

Secondo Terrill-Savage-Jackson (citati in Servadio, 1975), gli effetti del LSD sarebbero:

- instabilità emozionale e maggiore intensità delle emozioni da intense depressioni e pianto fino a grande euforia e senso di onnipotenza;
- maggior sensibilità nei rapporti con gli altri;
- **la sensibilità agli stimoli visivi e ai suoni può essere enormemente accresciuta**; modificazioni del tempo e dello spazio; alterazione del senso del mondo esterno e ipersensibilità quindi acquisita e foriera di poter determinare da terzi una tortura permanente su soggetti detenuti e quindi localizzabili, capaci di percepire suoni che la totalità delle altre persone non percepiscono; varia il senso del corpo nello spazio;
- instabilità dei processi psichici con capacità inedite di soluzione di problematiche intellettuali pregresse; non si potrebbe dunque classificare sempre il funzionamento del pensiero conseguente all'uso di tale sostanza come psicotico;
- i soggetti in questione hanno dichiarato anche dopo lungo tempo che tali esperienze avevano completamente modificato o cambiato la loro vita.

In gran parte mi sento di sottoscrivere che le esperienze da me vissute sono state tanto per me traumatiche e terribili, quanto analoghe o simili a quelle succitate e vissute interiormente in quelle due o tre settimane. Senza specifica preparazione culturale e psicologica (e tantopiù senza conoscere la somministrazione) ***“l'esperienza risulta sgradevole e terrificante”*** (*idem*).

La tecnica USA di utilizzo del LSD, differenziandosi da quella europea di un uso più controllato e moderato, è quella di un paio di somministrazioni forti di LSD o di psilocibine e altri dispeptici allucinogeni od onirogeni, che *dovrebbero indurre nel soggetto attraverso questa intensissima conseguente esperienza, un vero e proprio capovolgimento ed una rinnovazione “ab imis” di tutta la sua struttura psicologica, dopo una sommaria preparazione psicologica.*

Nonostante il vissuto corrisponda agli effetti di una tale descrizione e nonostante la durissima esperienza livornese, questo non è accaduto grazie alla mia determinazione e resistenza anche nei giorni in cui ero più soggetto ad una condizione del genere, stranamente senza che nulla sia stato apportato nella cartella clinica.

Di qui l'ipotesi che la cosa sia in qualche modo suffragata dai fatti; chiamiamola Ipotesi di intervento distruttivo psicologico, che corrisponderebbe ai fatti susseguitisi a Biella dal dicembre 2001.

Un'ipotesi che sarebbe suffragata anche da una propositami assistenza psicologica (di qui l'incontro con una specialista motivata con la pratica di autorizzazione all'uso di computer) nonché dai fatti – mobbing, sanzioni, divieti, sequestri, impedimenti vari – che solo in parte coincide con l'emergenza “antiterroristica” e con la necessità-illusione statale di costruire una disponibilità collaborativa in uno dei soggetti prigionieri rivoluzionari più creativi ed originali e per questo considerato a torto “debole”.

Ipotesi che potrebbe coincidere poi con la funzione di una “politica statale ufficiosa del recupero” del soggetto “deviante” in via sperimentale, senza attenzione ad eventuali effetti collaterali dato che le alternative previste erano o la resa allo stato del prigioniero o la sua distruzione in un modo o nell'altro, calcolando come prevedibile – dopo l'episodio del 4.4.2002 – una sua qualche esplosione d'ira se non lo si lasciava dormire di notte). Lo psichiatra di Livorno aveva diversi miei scritti politici: come mai, vista la rapidità (2 giorni dopo) il mio arrivo, di cui non parla in cartella clinica?

Medicinali da me assunti

Dopo l'assunzione per sole due sere ad aprile di poche gocce (10) di valium per poter dormire contro l'impedimento pratico a tale diritto (cfr. Integrazione del 17.7.2002 all'istanza al DAP del 10.7.2002), dall'inizio di maggio come ogni anno, ho assunto ogni tanto delle compresse di antistaminico contro l'allergia al polline dei pioppi, DIRHAIST, il cui principio attivo è triamcinolone e clorfenamina. Per la prima volta dopo 30 anni, ne ho avuto scarsissimo bisogno durante il mese di maggio 2002. Ne ho prese, a Livorno, solo una o due pastiglie. Provoca una leggera sonnolenza, ma ne ho fatto sempre un uso moderato negli anni scorsi (1 o 2 al dì). Inoltre mi è stato somministrato su mia richiesta un antinfiammatorio per le orecchie, senza venir registrato nella cartella della sezione di “osservazione psichiatrica” di Livorno, in due occasioni, credo dopo una settimana circa dal mio arrivo, quindi tra il 1.6 e il 3.6; il che rende plausibile l'ipotesi di somministrazioni delle “terapie” a mia insaputa, dato il vissuto che ho avuto tra il 1.6 e il 10.6.

Su prescrizione della psichiatra del CIM di Biella ho assunto Serenase orale e una compressa di Tavor (in realtà di Entumin), per sole 3 sere, dal 24 al 26.5, ma la prescrizione sarebbe stata continua, dato che mi veniva continuamente riproposto a Livorno dal 27.5 in poi e che mi fu riproposto persino dall'infermiera in sezione a Spoleto!

Psicofarmaci prescrittими

Ecco quindi la documentazione sui farmaci prescrittими (vedi *Formulario Terapeutico Nazionale*):

- **N05AD01 - SERENASE OS GIT 15** (preso dal 24 al 26.5.2002) e
- **N05AD01 - HALDOL DECANOAS INFRAMUSCOLO 3 FIALE DA 50 MG E 1 MILLILITRO** che io sappia non lo ho mai assunto né per via orale né intramuscolare
Si tratta di neurolettici (aloperidolo) sotto forma iniettiva “Depot” con un dosaggio molto basso è efficace per 15-30 giorni, evitando così la somministrazione quotidiana per bocca (os) [migliore “compilance”]. **Inconvenienti dei farmaci Depot sono la difficile gestione della eventuale sindrome extrapiramidale [confusione mentale, convulsioni e paranoia] e la possibilità d’accumulo in caso di scorretta somministrazione [tempi troppo ravvicinati] con rischio di SINDROME NEUROLETTICA MALIGNA da sovradosaggio, anche mortale** [IPERTERMIA MALIGNA: aumento della temperatura corporea che può causare una meningite fulminante]. Effetti collaterali: **TUTTI i neurolettici provocano in qualche misura EFFETTI EXTRAPIRAMIDALI: distonia acuta** dei muscoli della lingua [danno cerebrale del bulbo del cervelletto o dell’ipotalamo], del volto, del collo, del tronco; crisi oculogire [c’è una displessia del nervo ottico che altera i muscoli oculari che tengono l’occhio in direzione orizzontale e lo pone in condizione di girare data la mancanza di controllo]; acatisia [irrequietezza motoria delle gambe, associata a tensione emotiva]; bisogno incoercibile di camminare in continuazione [tasincinesia, ma nel caso di un detenuto chiuso quasi sempre in cella è abbastanza consueto e normale farlo in cella anche la sera]; parkinsonismo [rigidità muscolare, tremori]; sindrome del coniglio [tremori dei muscoli periorali – delle labbra – ma non della lingua e, meno frequentemente, degli arti]; sindrome neurolettica maligna, acuta e talora mortale, caratterizzata da: ipertermia, intensi sintomi extrapiramidali [rigidità muscolare diffusa, scialorrea, crisi oculogire, ipertensione del capo, opistotono, trisma, movimenti coreo-atetosici], ipertensione, tachicardia.
[Sottolineati gli effetti collaterali uguali o analoghi a quelli vissuti a Livorno]
- **N05AA01 - LARGACTIL** - neurolettico - che io sappia, A PARTE IL 12.6 FORZATAMENTE, non lo ho mai assunto né per via orale né intramuscolare. principio attivo: clorpromazina, psicolettico, antipsicotico. Fa parte delle fenotiazine con gruppo dimetilaminopropilico.
- **N05BA01 – ANSIOLIN** - benzodiazepinico - che io sappia, A PARTE IL 12.6 FORZATAMENTE, non lo ho mai assunto né per via orale né intramuscolare. Principio attivo: diazepam. È una BZP d’emivita medio-lunga.
- **NA05BA12 - XANAX** - benzodiazepinico - che io sappia non lo ho mai assunto né per via orale né intramuscolare. Principio attivo: alprazolam. È una BZP d’emivita medio-lunga, “d’elezione negli attacchi di panico”.
[Era scritto nella cartella clinica livornese al 27.5.2002: “Proseguire terapia in atto”]
- **N05BA06 - TAVOR**: è un ansiolitico, derivato benzodiazepinico (compressa presa il 26.6.2002). Quando l’ansia è sintomo nel quadro di altre patologie (psicosi, nevrosi, ecc.), per chi crede negli psicofarmaci è necessario curare la patologia di base e l’uso di ansiolitici è complementare, in questo caso al Serenase. Principio attivo: Lorazepam (Benzodiazepina ad emivita medio-lunga).
Le diverse benzodiazepine, tutte simili per meccanismo d’azione ed effetti farmacologici e collaterali, differiscono sostanzialmente per l’emivita e la **prevalente azione ansiolitica o ipnoinducente**. Quelle ad emivita medio-lunga sono utilizzate soprattutto nel trattamento degli stati ansiosi.
Gli effetti collaterali possono variare anche in funzione della suscettibilità individuale. Le BZP possono provocare dipendenza, con conseguente sindrome da sospensione. I sintomi da astinenza sono: ... iperacusia con fenomeni di eco e iperrisonanza ai suoni.
- **N05CD05 - HALCION**: come il Valium, serve a curare l’insonnia - che io sappia non lo ho assunto né per via orale né intramuscolare in questo periodo (lo ho assunto dal 4.1.1996 al 9.1.1996). Principio attivo: triazolam. **È però utilizzato come ipnoinducente in psichiatria**. È indicato particolarmente nei pazienti con difficoltà nell’addormentamento.

- **N04AB02 - DISIPAL** - che io sappia non lo ho mai assunto né per via orale né intramuscolare. Principio attivo: cloruro di orfemadrina, cura la distonia acuta; antiparkinsoniano; eteri chimicamente correlati agli antistaminici (blandi sedativi).

- **R06AD02 - FARGANESSE** - antistaminico - fa dormire senza essere una BZP - che io sappia, A PARTE IL 12.6 FORZATAMENTE, non lo ho mai assunto né per via orale né intramuscolare. Principio attivo: prometazina. Provoca effetti collaterali, tra cui sonnolenza e secchezza della bocca; pur agendo significativamente sulla rinorrea e sul prurito, non riduce significativamente la congestione nasale (prescritto nella patologia otorinolaringoiatrica).

- **N05AX09 - ENTUMIN** - clotipina - compresse 40 mg - preso il 24-25 maggio con **Serenase** (ipnoinducente spacciato dalla psichiatra dr.ssa Olivetto, che era leggero per dormire).
 “L’uso di Entumin è da riservare (...) ai casi di assoluta necessità.”
“Controindicato negli stati comatosi e depressioni severe del S.N.V.” ed anche “in pazienti con tendenza alle convulsioni.”
“L’iniezione intra-arteriosa deve essere strettamente evitata.”
 “Può potenziare gli effetti centrali di alcool, sedativi, analgesici, narcotici, ipnotici” (come il Serenase),
 “MAO-inibitori ed antistaminici.”
“Cautela richiede l’associazione della clotipina con anticollergici compresi quelli con azione anticolinergica utilizzati nella terapia antiparkinson, perché può essere favorita la comparsa di caratteristici effetti indesiderati quali: turbe della visione (visione offuscata, ecc.) stitichezza, bocca asciutta, ritenzione urinaria, ecc., e possibile aumento della pressione endoculare”.
 “L’associazione di Entumin con Levodopa non è consigliabile; per il trattamento dell’ipotensione, non usare adrenalina, poiché il suo uso può abbassare ulteriormente la pressione” (e quindi spiegare le 7 crisi cardiache insorte dal 4 al 10 giugno).
 L’effetto dell’**Entumin** col **Serenase** quindi potrebbe aver moltiplicato il dosaggio di quest’ultimo, causando un effetto *depot* che si è fatto sentire a Livorno.
 [Gli effetti collaterali sottolineati sono quelli a me accaduti, qui citati da questa scheda dell’*“Informatore Farmaceutico 2001”*. 10.2.2003]

Nota: Lo shock anafilattico genera effetti analoghi a quelli che attribuisco qui a Serenase-Entumin ed altri, e può prodursi con tisane (belladonna, ad es.), con iniezioni di analgesici, o con **Xanax** + kawakama (lo **Xanax** ha l’aprozalam). *Le Scienze* 203, marzo 2002, pagg. 24-25. [19.4.2003]

Nota: Perché a Biella o a Livorno la mano di qualcuno ha indicato a pennarello in grande sulla copertina della cartella clinica la falsa indicazione “ALLERGICO AD ASPIRINA E PENICILLINA”, poi corretta qui, e le indicazioni (di cui non conosco il motivo né la natura) “ALLERGICO AK PARACETANOLO”?

6. Capitolo MS

Subliminale: la scienza della borghesia trova sempre mirabolanti termini per le sue nefandezze più oscure

[scheda]

La percezione subliminale è una risposta del sistema nervoso a degli stimoli non avvertibili coscientemente perché sotto la soglia di percezione degli individui normali. Le prime ricerche su questo argomento risalgono alla seconda metà del 1800, e dimostrarono che certi stimoli – come delle scariche elettriche o dei suoni di entità così lieve da non poter essere avvertiti – potevano indurre reazioni nel sistema nervoso autonomo e nel comportamento di una persona, senza che se ne rendesse conto. In seguito si considerò la possibilità di influenzare il comportamento della gente attraverso stimoli di questo tipo. Ad esempio ben nota è la tecnica di inserire messaggi pubblicitari durante uno spettacolo cinematografico, di durata talmente breve da non venire coscientemente percepiti, sì da influenzare l'abitudine a considerare necessario un certo prodotto. Questa presunta possibilità di “persuasione occulta” provocò una decisa reazione nell'opinione pubblica in particolare negli USA (sempre loro!), alla fine degli anni '50. Gli studi più recenti, finanziati da ricchi capitalisti, sosterebbero che l'effetto dei messaggi subliminali sui comportamenti degli individui non sarebbe poi “così rilevante”, non è chiaro il “così” a che cosa si riferisca, a quale scala percentuale di influenza è possibile determinare ed in base a quale durata di questo strumento, alla sua eventuale ripetizione e reiterazione, sulle persone, soprattutto se incoscientemente o coercitivamente [*tipica la “rieducazione” del deviante, in “Arancia Meccanica”, dove al posto del messaggio subliminale vi è la ripetizione forzata di determinate immagini filmiche; qualcuno ricorda la reiterazione lungo tutta una serata, per mesi, dello stesso spot pubblicitario? Anche la ripetitività diviene subliminale, come certi comportamenti giovanili di mimesi delle merci e delle etichette ben dimostrano*]. Si sarebbe riscontrata, e meno male, l'umanità è varia, una grande variabilità nelle reazioni agli stimoli. L'argomento non ha mancato di interessare i “Mengele” della psichiatria, infatti sono state svolte ricerche sulla possibilità di utilizzare la percezione subliminale per fini terapeutici, ad esempio nei confronti di gruppi volontari di alcolisti (l'effetto terapeutico sul comportamento patologico sembra estinguersi dopo un breve periodo), ma pare che tali strumenti siano stati usati e siano usati ancora nelle carceri speciali di tutto il mondo occidentale, senza che siano ancora stati studiati metodi di prevenzione e di controllo da parte delle organizzazioni per i diritti umani, a questo scopo. Ovviamente la “terapia” qualora condotta su ignari e non certo disponibili prigionieri non ha nulla di diverso dalla definizione di tortura prolungata psico-fisica.

[da internet]

...

I messaggi subliminali sono, come detto, in grado di agire sul nostro subconscio. Ma il nostro subconscio ha delle difese naturali. Tali difese naturali sono maggiori o minori a seconda degli individui. Gli individui più deboli sono ovviamente i più danneggiati.

...

In ogni caso, nessuno si ritenga completamente immune dall'influenza di tali messaggi ...

Esistono alcuni fattori che debilitano moltissimo dal punto di vista delle difese contro i messaggi subliminali: SESSO, fatica, alcool e droga. ...

Un capitolo a parte meriterebbe l'analisi di un altro, potentissimo, fattore debilitante della capacità di resistenza ai messaggi subliminali. Stiamo parlando della stroboscopia; ovvero di quella luce che si accende e si spegne in continuazione nelle discoteche creando l'alternanza luce-tenebra. Essa è stata specificatamente realizzata al fine di facilitare l'assimilazione dei messaggi subliminali.

Come ci spiega il criminologo, poi divenuto sacerdote, Jean Paul Regimbald: “quando l'alternanza luce-tenebra nella discoteca supera le sei volte al secondo, ne risulta una perdita della profondità; quando il ciclo dell'alternanza luce-tenebra si eleva a 25 interruzioni al secondo, sprazzi luminosi creano un'interferenza con le onde alfa del cervello che controllano la nostra capacità di concentrazione; quando il ciclo di alternanza luce-tenebra aumenta ancora ogni capacità di resistenza del subconscio è perduta. Dunque, la stroboscopia è quanto di peggio esista tra i fattori debilitanti la resistenza al subliminale”.

Analogamente, luci al neon e deprivazione sensoriale (soprattutto reti che impediscono una normale osservazione dell'ambiente esterno, o celle con “finestre” a bocca di lupo), come a Livorno nella sezione di “osservazione psichiatrica”, o a Belluno sezione di isolamento, e in molti altri luoghi, provocherebbero

certamente un logoramento psichico in aggiunta ad una perdita di percezione visiva, che come noto influenza anche le altre sfere neurologiche. Luci al neon nei corridoi anche a Spoleto e Sulmona.

L'abbinamento di questi elementi di deprivazione sensoriale, sommato alla somministrazione di psicofarmaci ed alla immobilità pressoché totale dei detenuti in sezioni punitive, di isolamento e di osservazione, in aggiunta allo strumento dei citofoni, permetterebbe un mix assolutamente assimilabile ad un bombardamento stereoscopico, con la differenza che la "somministrazione" non si limiterebbe al "sabato sera" dei discotecari, ma a mesi, anni di vita.

Spesso le indagini dei centri di osservazione per i diritti umani avvengono cercando i fatti più eclatanti, ma mancando di rilevare i possibili mix di condizioni devastanti che questi ed altri elementi generano sui prigionieri, come testimoniano i 70 e più morti suicidi all'anno nelle carceri italiane, i numerosi morti per pestaggi in seguito a scontri tra detenuti e guardie od a gesti di disperazione dei detenuti o anche a semplici conflitti originati da queste ed altre situazioni, nonché certo contribuiscono al malessere generale della salute penitenziaria rispetto alla quale poco o niente trapela (certo le statistiche Ministeriali a riguardo sono assai avare, peraltro occorre rilevare che numerosi detenuti vengono lasciati liberi di morire oramai negli ultimi giorni negli istituti ospedalieri o agli arresti domiciliari, dopo avergli abbreviato la vita con questi trattamenti certo inumani e non osservanti le norme, per burocrazia, inerzia e lassismo, quando non per altri motivi).

Ho raccolto e ricevuto testimonianze dirette orali da altri detenuti su episodi e "disturbi" analoghi riferiti a:

<u>testimonianza</u>	<u>carcere speciale SI/NO</u>	<u>anno</u>	<u>tipo disturbo</u>	<u>denuncia a</u>	<u>persona con precedenti autolesion.</u>
diretta SPOLETO	CARINOLA SI	1986	Messaggi subliminali notturni	al direttore	NO
diretta SPOLETO	TRANI AS	1998	Messaggi subliminali	al Mag. di sorveglianza	NO
de relato SULMONA	REGGIO CAL. NO	1998	Messaggi subliminali notturni tramite la TV e lettura del pensiero e disturbo dei sogni		NO
diretta SPOLETO	(SARDEGNA °) NO	1990 circa	Messaggi subliminali tramite la TV		NO
diretta SPOLETO	LIVORNO Oss Psich	1995	Messaggi subliminali, voci	allo psichiatra	SI
diretta SPOLETO	SPOLETO AS	2002	Voci, minacce, istigazione al suicidio		NO
diretta SULMONA	VALLETTE-TO NO	2000	Voci, minacce		NO
diretta SULMONA	SULMONA SI	2002	Urla nel sonno		SI
diretta SULMONA	SULMONA ed altre carceri SI	vari anni	Voci, lo chiamano		NO
diretta SPOLETO	SPOLETO SI	2002	Sensazioni elettriche		NO
diretta SPOLETO	FOGGIA	dal 1995	Messaggi subliminali, voci		SI

(tralasciando le numerosissime testimonianze di fischi- "acufeni" permanenti soprattutto in speciali e 41 bis).

Le "voci" che cercano di farmi "crollare" affermano di non potersi pentire e costituire poiché con il loro "lavoro", anche 41 bis ma non solo, hanno fatto morire decine di detenuti.

Faccio loro notare che le leggi sui pentiti le hanno fatte apposta per chi avendo, come loro, fatto molti misfatti, possa raccontare molte cose, e che se si costituiscono e raccontano tutto, mi costituirò parte civile solo contro i mandanti delle alte sfere ministeriali.

° [Memoria mia incerta del luogo riferito e dell'anno]

4. Capitolo NRI

Tentativo di Narcotizzazione e RadioIpnosi

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti del rispetto della persona umana”.

Art. 32 della Costituzione della Repubblica Italiana, 1947

Riferimenti culturali all’ipnosi clinica (volontaria) o di altro genere si hanno a partire da Charcot, Mesmer, Freud. Nell’esperienza antica dei magnetizzatori e in quella più recente degli ipnotici, vi è alla base una condivisione del procedimento da attuare tra “medico” e paziente, che nel caso di cui tratta questo dossier non vi è affatto (vedi “*La scoperta dell’inconscio. Storia della psichiatria dinamica*” di Ellenberger, Bollati Boringhieri). A volte è usata in campo poliziesco. Se l’ipnosi viene attuata mediante narcotici e sonniferi ipnoinducenti (Capitolo NS) o per radioipnosi, non si può parlare, nel caso il “paziente” coscientemente accetti o rifiuti questa cosa, di condivisione. Se questo avviene su prigionieri politici e comunque su persone di cui non sia ancora accertata la malattia mentale da curare in un ospedale psichiatrico (il che non esclude il rispetto dei diritti umani: l’Ordinamento penitenziario vale sia per i detenuti che per gli internati), e se questo appunto avviene subdolamente o è inevitabile da parte del “paziente”, ecco che l’“ipnosi”, tentata o riuscita, è una forma di tortura psichica più o meno prolungata e grave a seconda degli effetti collaterali che genererà sul prigioniero, ivi compresa la morte per “suicidio” (es. Stammheim 18.10.1977).

Analogamente si può parlare di tortura nel caso di interrogatori o processi sommari quando dei farmaci e delle particolari condizioni ambientali (per l’ipnosi si consiglia da sempre lo spazio più confortevole possibile) generano uno stato di confusione mentale, allucinazione ed ipertermia ed altri effetti tali da dare oltre alla condizione psichica di umiliazione e violenza, una condizione reale di dolore fisico percepito per un tempo più o meno lungo. In genere l’ipnosi si dimentica, la catalessi no.

Dimenticandola, la tortura sarà più difficile da dimostrare, ma non per ciò meno reale.

Giuridicamente si ritiene non cosciente dei propri atti il soggetto che sia stato costretto al compimento di una certa azione in stato di ipnosi (a me per esempio son riusciti a far distruggere un ritratto che amavo molto e a gettare un orologio di un certo valore dalla finestra, dal 1 al 10 giugno 2002 a Livorno, ma questi non sono reati). Tale stato esclude infatti l’intervento della volontà dall’azione, e rende impossibile ritenere il soggetto responsabile e conseguentemente punibile, quanto cosciente ed attendibile durante tale condizione.

In psichiatria forense l’ipnosi rientra tra le casistiche di “coscienza ristretta” in cui appunto un soggetto è dipendente dalla volontà di un altro e guarda alle cose in maniera unilaterale e acritica.

Nei casi di ipnosi volontaria, la si considera metodo terapeutico, in questo caso si induce attraverso una suggestione nel soggetto uno stato di sonno incompleto che permette la liberazione di stati d’animo repressi determinati da situazioni conflittuali o traumi.

Sul piano medico, le teorie ed i principi etici si diversificano a seconda che le esprimano specialisti di scuola neurologica (psichiatri) o psicologica. Una concordanza tra questi due indirizzi la si ritrova a proposito dell’ambiente. È generalmente ritenuto che il luogo in cui si somministra l’ipnosi debba essere il più confortevole possibile.

Secondo Braid, che del termine ipnosi (dal greco hypnos) fu il coniatore, la trance e l’ipnosi ai diversi gradi si induceva anche per mezzo di un oggetto luminoso che il soggetto doveva fissare e che doveva essere tenuto più in alto rispetto alla luce dei suoi occhi, e che dipendeva, in condizioni naturali, da un processo di affaticamento della mente, che agiva così di nuovo sul corpo inducendo appunto della trance con un processo in questo caso fisiologico. Vi sono tre gradi di ipnosi: piccola, media e profonda. “Nella media ipnosi si registra un’immobilità e un riposo muscolare in cui risulta impossibile qualsiasi movimento, come nella

piccola ipnosi”, ma in cui “la coscienza del soggetto non è più integra e, al suo risveglio, si nota un’amnesia. Spesso si ha la diminuzione della sensibilità al dolore.” “Nella ipnosi profonda, il soggetto è in grado di compiere movimenti automatici”, come gesti delle mani o movimenti dei piedi “può rispondere alle domande senza svegliarsi e la coscienza tipica dello stato vigile è completamente abolita”. L’amnesia è però totale e “la sensibilità al dolore è qui praticamente abolita e il soggetto è in uno stato muscolare di anestesia completa.” (*“Psicologia, conoscere se stessi e gli altri”*, Armando Curcio editore, pag. 1918) Nelle sezioni speciali, televisori posti molto in alto ed anche inclinati e fari esterni a luci alternate completano l’ambiente.

Nella catalessi, per periodi più o meno lunghi in completa immobilità, solo di tanto in tanto interrotta spontaneamente e sotto la spinta di adatti stimoli da movimenti di cui il paziente non si rende conto. In stato di catalessia è possibile conservare assai a lungo, oltre i limiti della normale stanchezza, gli atteggiamenti che sono passivamente assunti. La catalessia può essere provocata da psicofarmaci [vedi Capitolo PF, Haldol Decaonas].

“Sono stati fatti studi sulla possibilità di somministrare l’ipnosi per radio, per televisione o tramite nastro registrato, esperimenti che, a detta dei ricercatori, hanno dato risultati positivi.” (*Idem*, pag. 1919)

Volendo ricostruire il procedere delle forme di tortura psicologica da me vissute e denunciate, si può dire che, in seguito al disporsi delle condizioni di interruzione sistematica del sonno nottetempo, affaticamento e stress mentale, preparazione “psicologica” data dallo stillicidio di atti repressivi, provocazioni, reazioni e conseguenti sanzioni disciplinari che limitavano ulteriormente i miei spazi di vivibilità, si arriva ai primi disturbi uditivi a Biella tali da impedirmi completamente per quasi due settimane di dormire nel mese di maggio 2002 e poi all’assunzione, dal 24 al 26 maggio 2002 sera, di psicofarmaci che mi permettono di dormire. Dal 27 maggio, arrivato ormai il giorno prima a Livorno dopo un pestaggio delle guardie alla partenza, rifiuto qualsiasi psicofarmaco, ma la estrema rigidità del trattamento, condizioni ambientali e di vivibilità ai limiti della deprivazione sensoriale e dell’umiliazione permanente, il disturbo sistematico e normato del sonno con l’impedimento a chiudere il blindato e la luce al neon sugli occhi, con l’impossibilità di guardare fuori dalla finestra per periodi prolungati causa la grata allucinante apposta all’interno davanti alle sbarre stesse, con la dipendenza per ogni cosa dalle guardie con conseguenti attese di ore e ore e anche di giorni per avere piccole cose come anche l’accendino per scaldarsi l’acqua per la camomilla, o la scopa per 5 minuti per pulire la cella, o il poco tempo di accesso all’aria quotidianamente (50-55 minuti), l’impedimento a qualunque forma di socialità (isolamento totale), nonché forse la somministrazione nottetempo degli psicofarmaci da me rifiutati e prescritti dallo psichiatra, mi portarono a subire delle vere e proprie forme di aggressione verbale e di “processi” uditivi e fisici (cioè sentivo offese e domande ed interferenze di pensiero oltre che dolori acuti alla testa, alla dentatura, al cuore, ai testicoli, agli stinchi) ripresi dopo un paio di giorni dal mio arrivo a Livorno – dato che erano iniziati il 10 maggio –, in condizioni di coscienza alterata, come di vivere in una realtà orrenda ed allucinante, in cui ai forti dolori ed alle rare stimolazioni sensoriali si aggiungeva un bombardamento costante di offese, minacce ed accuse e di forme simili ad un interrogatorio sotto tortura i cui contenuti appaiono col senno del poi finalizzati alla “confusione mentale indotta” con temi come la reincarnazione dei morti, l’eresia, che venivano mescolati alle suggestioni o ai tentativi di induzione del mio pensiero passando per le abitudini sessuali o di vita, le amicizie, i precedenti processi penali subiti, urlando la “notizia” fasulla della morte di questa o quella persona, e via dicendo, fino alla riproduzione di particolari rumori come forti colpi, botti, ecc. (cose in genere ripetute anche successivamente ma non più in una condizione fisica simile, in un caso quest’ultimo caso è avvenuto alla presenza di un altro detenuto in socialità con me qui a Spoleto).

Condizione nella quale, a Livorno, ero in stato di insonnia permanente, di giorno poi non mangiavo quasi più nulla, (dal 3 al 10 giugno), bevevo poca acqua e solo un po’ di aranciata, avevo la gola sempre secca, non leggevo né scrivevo corrispondenza, soffrivo di ipertermia, mi allenavo a tirare pugni sul muro (anche 3-400) senza sentire alcun dolore, nonostante le conseguenti piccole ferite alle nocche, dimenticavo di chiedere di andare all’aria (e nessuno mi veniva a dire se ne volevo usufruire). In questo periodo in particolare subii 6 attacchi di diversa intensità al cuore, non è chiaro se percepiti solo dalla ipersensibilizzazione indotta da questa condizione, o se reali, dato che la verifica ECG è stata effettuata solo 9 giorni dall’ultimo di questi attacchi.

8. Capitolo S

I “rilevanti” precedenti sanitari di Paolo (disquisizione tragicomica sugli psichiatri) a parte le carie e i taglietti e la miopia

traumi

ad anni 12 frattura polso sinistro.

ad anni 14 rottura sacca sinoviale ginocchio destro.

ad anni 17 ustioni di secondo grado alle mani, e prognosi di 15 giorni.

ad anni 19 un taglio al dito medio della mano destra mi viene cucito in ospedale.

ad anni 25 dopo l'estrazione di un granuloma a quel dito, scopro e asporto il filo da cucitura dallo stesso dito.

ad anni 26 auto-asportazione pezzo di filo di cucitura dallo stesso dito.

ad anni 36 ustioni di secondo e terzo grado con operazione di esarectomia e innesti al collo ed alla mano sinistra.

ad anni 37 asportazione della vena safena della gamba destra.

ad anni 43 colpi di manganello e pugni nella testa da parte di una squadretta di picchiatori; il giorno dopo, in analogo scontro, vengo quasi strangolato da un energico ispettore nel carcere di Livorno.

fastidi sociali causati da cattiva interpretazione del diritto

ad anni 18 mi dà fastidio leggere tra gli atti processuali del primo processo, una relazione di un sincero psicoterapeuta che confonde la relazione di sintesi della persona, con lo spiattellare i cazzi personali di un minorenne intervistato in carcere, allo scopo sicuramente onesto di contribuire al bene dello stesso.

ad anni 18 mi dà fastidio sentirmi rinfacciare scarsa “riconoscenza” dal padrone di una tipografia industriale ove lavoravo per 6 mesi a part-time come operaio guadagnando 145.000 lire al mese, che dopo 6 mesi sono stato capace solo di sobillare gli operai contro i capireparto e contro lui stesso, mentre in realtà mi sono limitato a lavorare, socializzare e partecipare a riunioni sindacali settimanali restando con i compagni di lavoro fino alla tarda sera ogni venerdì.

ad anni 25, durante un periodo di 10 mesi di isolamento carcerario in una sezione nella quale potevo godere del braccetto chiuso 24 ore al giorno e delle finestre a bocca di lupo senza possibilità di mettere le mani fuori dalla finestra, denuncio un piccolo fastidio al cuore, che poi diviene “patologia depressiva grave” (dopo che questo trattamento mi aveva un po’ rotto le palle ma niente di più perché mia morosa e compagna mi veniva a trovare 4 volte al mese) con problemi “formativi, adolescenziali” e minchiate varie, allorquando si rende necessaria una soluzione indolore dopo le numerose manifestazioni in nostro sostegno, agli inquisitori che hanno bisogno di liberarsi di una montatura che gli esplode tra le mani, scarcerando quindi di conseguenza tutti i 20 imputati che poi, come altri 16 prosciolti in istruttoria, saranno assolti nel 1991. Mi darà però fastidio leggere, tra le carte del processo, telefonate del tutto personali e relazioni psichiatriche allucinanti che tuttavia, nella perizia del Tribunale, sostengono che posso comunque restare in quelle condizioni detentive senza problema. Durante questo periodo, posso leggere con una bella lampadina da 25 W e ho la fortuna di potermi autoasportare con un tagliaunghie, un pezzo di filo emostatico rimasto nel dito dove mi era cresciuto un granuloma, senza che né dermatologi, né radiografie né chirurghi arrivassero a dedurre una tale ridicola ma fastidiosa presenza.

ad anni 27, nel bel mezzo della vita lavorativa, vengo detenuto per altri 2 anni e poi assolto dopo altri 2.

ad anni 32 per scavallarmi da un contratto di lavoro con una ditta rompicoglioni che mi pretende “a disposizione” 5 giorni al mese per 2.000.000 al mese ma non continuativi come previsto, mi reco per la prima e unica volta da libero in vita mia, da uno psicoterapeuta cui spiego che lavorare a pezzettini mi stressa e fa una carta per questa ditta che riesco così a “scavallarmi” senza penali. Così ci sarà un ulteriore precedente per affermare la mia congenita “depressione”, cosa che rivendico con altra parola, sentimento di sensibilità.

ad anni 34, mi crea una patologia da persecuzione il fatto che allo stesso infame che ha fatto arrestare me e una compagna a cui volevo bene e altri due compagni, venga dato lo spazio per calunniare sulla stampa col

benelacito del pm, la cui moglie vengo poi a sapere che lavora nello stesso studio avvocaticio di una piccola bastarda città dove lavora l'avvocato di questo pentito, titolare il padre di questo, tanto che nel 97 questo poi si trasferirà a Treviso come gip per incompatibilità territoriale con la sede pordenonese.

ad anni 35, detenuto da un anno, mi dà fastidio venire ad apprendere da un avvocato pirla per sua dimenticanza di una fotocopia bollata di un documento, il Tribunale di Roma ha negato il riconoscimento della riparazione per una ingiusta detenzione, col che perdo 90.000.000.

ad anni 37 o poco meno mi infastidisce che 15 lettere, in partenza ed in arrivo, non arrivino a destinazione nel carcere di Novara, e che finanche una raccomandata faccia la stessa fine. Mi dà fastidio anche che su questa base, anziché tornare coi compagni, mi spediscono col torto ad Opera, anche se dopo due anni una sentenza di condanna ad una guardia mi darà ragione (4.12.1998).

Ad anni 37 e mezzo mi secca venire licenziato dalla Spes di Opera perdendo uno stipendio fisso di 1.400.000 lire al mese, dopo neanche due mesi, a causa del fatto che voglio fare solo il tecnico con la scusa del comandante del carcere che avevo utilizzato i macchinari della Spes per stampare una ventina di fogli di una raccolta firme per "aizzare" i detenuti contro la direzione del carcere e con la scusa legale che non c'era ancora l'assunzione e che non avevano più bisogno del mio lavoro. In cambio ci guadagno un "colpo della strega" con conseguente ernia che ancora mi porto dietro, a causa di un'attività di facchinaggio per la quale non ero stato assunto.

Ad anni 40 mi dà fastidio venir chiuso da un'attività lavorativa autogestita grazie ad una lettera anonima di chissà chi usata da un ispettore per dire che avevo intenzione di fare danni nella sezione in cui stavo da 2 anni; successivamente mi farà incazzare leggere lennesima relazione di un direttore che afferma che "non ha prodotto nulla" in un anno e mezzo, mentre avevo realizzato ben 4 cdrom di cui uno è stato messo in vendita dentro il Politecnico di Milano come dispense di sostegno allo studio, ed un altro è stato lodato in una conferenza pubblica per il 90° compleanno di un pittore antifascista di avanguardia noto in tutto il mondo.

Ad anni 41 mi fa specie che dopo 4 anni e mezzo mi si ricordi dalla direttrice sanitaria di un nuovo carcere ove faccio ingresso, che ho avuto una crisi depressiva, come mi sento, e qua e là, come se fossi uscito dall'ospedale il giorno prima.

Ad anni 43 mi fa più che orrore che si possa chiudere gli occhi sulle persecuzioni delle guardie contro una persona scomoda e difficile da controllare e che si ponga invece l'attenzione su questa persona come degna di analisi criminale, quando giuridicamente sul piano del diritto internazionale ed interno è ancora "innocente", sbattendola in "osservazione psichiatrica" per aver dato a due gaglioffi quel che si meritavano da molto tempo, anziché fermarsi un attimo a riflettere su come mai una persona che non aveva mai aggredito in 12 anni di detenzione alcun poliziotto, in due mesi ne aveva aggrediti 3. Mi secca anche che lo psichiatra di "parte", anziché arrivare a Livorno dove gli dico di essere stato vittima di due pestaggi dalle guardie e parlarmi a lungo di cosa abbia originato questa situazione, metta insieme quattro appunti e dopo 20 minuti mi porga la sua manina, per leggere poi che avrei avuto chissà che problemi di relazioni sociali ed ambientali sin da ragazzo, cosa che è completamente fuori da qualsiasi dato storico della mia vita.

In generale quello che non riesco ad apprezzare è non solo l'esistenza di troppe cimici e radio a Galena che dir si voglia, di troppe antenne e di carichi magnetici, ma anche di "radio carceri" che sono spessissimo il terminale delle chiacchiere infami delle più luride canaglie di regime, ufficiosamente gestite dai vari apparati investigativi polizieschi e dei servizi, interni ed esterni alle carceri. Penso che il miglior carcere sia quello raso al suolo, ma non per questo ritengo che chi vive in carcere debba subire passivamente le provocazioni più pazzesche per il solo fatto di pensarla con la sua testa.

[Vedi allegato "Curriculum vitae"]

9. Capitolo MA - Medicina ed Audiologia

Informazioni di base sulla questione

9.1. ORECCHIO

L'organo uditivo si divide in tre parti: orecchio esterno, medio ed interno. L'orecchio esterno è costituito dal padiglione auricolare, che convoglia i suoni, e dal condotto uditivo, che trasmette al timpano le onde sonore sotto forma di variazioni di pressione atmosferica e blocca le impurità intrappolandole nel cerume appositamente secreto. Il timpano separa l'orecchio esterno da quello medio, comprendente la tuba di Eustachio (che parte dalla parete interna del timpano e si collega al naso ed è accessibile sbadigliando e starnutendo) e tre ossicini vibranti (martello, incudine e staffa). L'orecchio interno è formato infine dalla coclea e dai canali semicircolari. Da qui, attraverso il nervo acustico, gli stimoli uditivi raggiungono il cervello.

Ipoacusia: perdita parziale (ipoacusia) o totale dell'udito.

9.2. ACUFENE O TINNITO

Sensazione uditiva soggettiva, percepita nelle orecchie in forma, ad esempio, di fischio, ronzio, squillo o tintinnio. L'acufene viene causato da rumore o vibrazione nel capo e nei tessuti intorno alle orecchie o da disturbi del sistema uditivo. Talvolta può essere attribuito ad anomalie vascolari del capo o del collo oppure a contrazioni muscolari nell'orecchio medio o nella mascella. Alcune forme di acufene possono insorgere a causa di segnali generati dai nervi preposti alla conduzione dei suoni, anche in attesa di qualunque rumore oggettivo. In alcuni casi la causa è un tappo di cerume. Gli acufeni possono colpire soggetti di ogni età e sono in genere permanenti (sebbene possano verificarsi occasionalmente in seguito al rumore di un'esplosione). L'acufene è talvolta accompagnato da sordità, ma può colpire anche soggetti con udito, peraltro, nella norma. Può, inoltre, essere sintomo della sindrome di Ménière, se accompagnato da perdita dell'udito e vertigine. Per la diagnosi, non sempre facile, si utilizzano in genere diversi test audiometrici, soprattutto nei casi in cui vi sia anche sordità. La terapia può avere effetto positivo, a seconda dell'acufene. In alcuni casi è possibile mascherare il suono con l'aiuto di un apparecchio acustico, mentre in altri i pazienti riescono a ridurre al minimo il disturbo causato dall'acufene tenendo la mente occupata; nella maggior parte dei casi, tuttavia gli effetti degli acufeni sono estremamente fastidiosi e difficili da eliminare. (Enciclopedia Encarta, 2001)

Nota: * = documentazione da *ACTA – Otorinolaringologica Italica* n. 20/2 aprile 2000, organo ufficiale della Società Italiana di Otorinolaringologia e Chirurgia Cervico-Facciale – Supplemento 62 – *Sulla terapia dell'acufene soggettivo cronico idiopatico*”:

‘Introduzione.

L'acufene (dal greco *ακουστική* cosa udita e *φαίνω* apparire) è una sensazione uditiva *reale* la cui origine non ha riscontro in una sorgente sonora nell'ambiente esterno. Vengono definiti *oggettivi* quelli che, avendo origine esternamente all'orecchio, possono essere percepiti dall'esaminatore e sono quindi obbiettivabili; i *soggettivi* sono invece percepiti esclusivamente dal soggetto in esame.

L'incidenza reale degli **oggettivi** è peraltro bassissima, attestandosi intorno all'1 % del totale; si tratta per lo più di rumori di origine vascolare, tubarica, muscolare, articolare, trasmessi per via ossea e quindi in grado di stimolare fisiologicamente il recettore; essi **possono avere carattere pulsante, manifestarsi in soggetti normoudenti ed hanno per lo più tonalità grave.**

Gli acufeni propriamente detti (**soggettivi**) costituiscono, invece, percezioni sonore in assenza di stimolazione fisiologica dei recettori **cocleari**; sono provocati dall'attivazione abnorme di un punto qualsiasi della via acustica, hanno per lo più tonalità acuta e, quasi sempre (93%), sono accompagnati da ipoacusia (condizione patologica caratterizzata dalla perdita parziale dell'udito).

Esistono acufeni acuti che, generalmente, si risolvono spontaneamente entro un mese e cronici che persistono nel tempo e suscitano, in genere, reazioni di insofferenza e di fastidio che progressivamente si attenuano in funzione del tempo; si instaura dunque una tolleranza o 'habituation', spiegabile se si considera che l'intensità di risposta comportamentale a stimolazioni ripetitive è la risultante di due processi indipendenti: uno inibitorio (habituation) e l'altro facilitatorio (dishabituation).” (...)[*]

“Il sintomo ‘acufene’ è clinicamente eterogeneo, a riprova della molteplicità dei fattori etiopatogenetici, e complicato dalla notevole incidenza del fattore psicologico. In particolare, appare evidente come la risposta emotiva al suono ‘intruso’ sia spesso esagerata rispetto all’intensità valutata in base alle metodiche acufenometriche. Ulteriori limitazioni derivano dall’impossibilità di ottenerne una misurazione oggettiva affidabile: una registrazione di acufene soggettivo sotto forma di otoemissioni acustiche spontanee si può ottenere per esempio solo nel 4 % dei casi. Da ciò derivano ovvie difficoltà nel monitoraggio dell’evoluzione spontanea e dopo terapia, ma anche nell’allestimento di protocolli di ricerca e nella gestione delle stesse risorse terapeutiche.” (...)[*]

“**Cenni storici.** (...) Nel 1821 Itard propone un trattamento basato su pediluvi irritanti, salassi della vena safena o dalla giugulare esterna e applicazione di sanguisughe al collo, per ridurre l’eccessivo afflusso di sangue alla testa [*nel mio caso invece la pressione stabile, anche a Livorno, e comunque normale o addirittura bassa d’estate, è contraddittoria a questo motivo: normale 80-120, estiva anche 65-70 a 110*], responsabile dell’acufene ed ha peraltro il merito di ammettere la frequente inutilità delle terapie e di intuire che il medico deve soprattutto tranquillizzare il paziente e consigliargli l’utilizzo di mascheranti ambientali quali il rumore dell’acqua scrosciante o del legno che brucia.” [*] [*A Biella nel corso del 2001 ed in altri carceri come a Livorno e a Spoleto, di massima sicurezza, per motivi di non spreco dell’acqua, i rubinetti non possono generare acqua continua ma solo a “scatto”, come quelli dei cessi dei treni, della durata di pochi secondi, si da rendere impossibile al detenuto questo tipo di mascheratura ambientale*]. “Curtis intuì invece l’importanza del sostegno psicologico e del trattamento precoce del sintomo, prima che esso si trasformi in allucinazioni uditive. Toynbee fu lo sfortunato pioniere della terapia medica con anestetici, in quanto trovò la morte (1866) proprio nel tentativo di far penetrare cloroformio nel suo stesso orecchio medio mediante ripetute manovre di Valsala. Nel 1868 Brenner descrisse la stimolazione elettrica anodica applicata al meato uditivo esterno, tecnica ripresa più tardi da McNaughton-Jones, con risultati deludenti. Quest’ultimo indicò nel 1891 una lista di farmaci ritenuti responsabili della comparsa di acufeni, tra cui la nitroglicerina, il chinino, il nitrato di amile, la pilocarpina, l’acido idrobromico; nella stessa pubblicazione egli incluse però gli stessi farmaci tra i possibili presidi terapeutici. Questo apparente paradosso si è ripetuto quasi 100 anni dopo in una recente pubblicazione dedicata agli acufeni.” (...) [*]

Epidemiologia. Le statistiche citate sulla frequenza dell’acufene nella popolazione civile vanno da una stima del 6,6 % della popolazione (Chung D. Y. ed altri, 1984) sino ad un 80 % della stima di Pulec ed altri (1978). Etiopatogenesi. Una enorme varietà di disfunzioni nell’ambito delle vie uditive periferiche e centrali possono divenire causa di un acufene e per di più molte di queste non hanno un effetto ben riconoscibile sulla funzione uditiva. Tonndorf riconosce che la sede dell’anomalia anatomica o funzionale può localizzarsi a qualunque livello della via uditiva, configurando l’acufene come un *disturbo multimodale*, a patogenesi variabile. Le ipotesi patogenetiche si distinguono, sulla base di criteri anatomici, in *centrali* e *periferiche*. La prima non esclude però la seconda, e viceversa. È possibile che lesioni primitivamente cocleari [*della coclea, parte dell’orecchio interno*], possano provocare alterazioni funzionali centrali, in grado di autoalimentarsi; inoltre lesioni periferiche e centrali, a patogenesi comune o distinta, possono coesistere e partecipare insieme alla genesi della sensazione.

Un’analogia interessante è quella proposta da Møller, tra acufene e dolore cronico: per tale associazione è stata invocata una patogenesi di tipo periferico, in cui l’ipersensibilità sarebbe dovuta ai recettori algogeni ed una di tipo centrale legata ad una disfunzione dei nuclei situati nel SNC, i quali in virtù della plasticità neurale sono ipersensibili ad una stimolazione periferica, anomala per qualità o durata. Come nel dolore cronico, anche nella genesi dell’acufene potrebbe inoltre essere implicato il sistema nervoso simpatico. È nota infatti l’efficacia della simpaticectomia in alcuni paesi con acufene, e la riduzione del TTS (temporary threshold shift) dopo esposizione a rumore in pazienti sottoposti allo stesso intervento.” (...) [*]

“Le ipotesi *periferiche* classiche implicano che il tinnito abbia origine da strutture dell’orecchio medio ed interno. A questo proposito sono interessanti due teorie: la prima è quella proposta da Tonndorf, secondo la quale si verificherebbe un disaccoppiamento tra cilia e membrana tectoria, per cui le ciglia stesse subirebbero direttamente lazione del moto browniano con aumento del rumore di fondo, intensificato anche dalla umentata sensibilità dovuto alla riduzione della massa totale del sistema membrana-stereocilia. Secondo la teoria della *risonanza cocleare*, proposta da Kemp, alcune cellule ciliate genererebbero, in risposta a sollecitazioni di tipo meccanico, uno stimolo che si propaga alla base della coclea, mettendo in vibrazione la staffa. Questa vibrazione a sua volta si propagherebbe all’endolinfa con conseguente stimolazione della coclea. A sostegno di queste teorie cocleari ricordiamo la scomparsa dell’acufene ottenuta da Portmann ed altri con la stimolazione elettrica della coclea ipsilateralmente alla sensazione.

NONOSTANTE LA GRANDE MAGGIORANZA DEGLI ACUFENI SOGGETTIVI SI ACCOMPAGNI AD IPOACUSIA (93%), ESISTONO PERÒ CASI IN CUI L'AUDIOGRAMMA È NORMALE, AD INDICARE CHE LA LESIONE COCLEARE NON È AFFATTO OBBLIGATORIA [il 19.8.2002 il dr. Brozzi dell'Ospedale di Spoleto ha definito il sottoscritto nella normoacusia].” (...) [*]

“Inoltre, la clinica ci insegna che la lesione periferica non si può considerare sufficiente a causare un acufene; infatti a parità di patologia e di gravità del quadro audiologica alcuni pazienti ne risentono più di altri. È noto inoltre come la neurectomia cocleare abbia un effetto del tutto incostante sull'acufene, come se esso risultasse in qualche modo memorizzato a livello centrale (*imprinting* centrale).

Le ipotesi centrali considerano appunto che la sensazione abbia origine da alterazioni neuronali a livello delle vie uditive, a partire dai nuclei cocleari fino alla corteccia. Data la complessità dell'organizzazione di tali vie, è chiaro che attività abnormi possano insorgere ad uno o più livelli del sistema. Un primo livello da considerare è quello dei meccanismi inibitori più periferici della via acustica: sia i neuroni dell'VIII nervo cranico sia quelli dei nuclei cocleari possono essere inibiti (inibizione laterale), oltre che attivati, dallo stimolo sonoro. Attraverso tale meccanismo inibitorio, i neuroni che ricevono dalle zone maggiormente attivate del campo periferico inibiscono quelli che ricevono dalle zone meno attivate. In caso di deficit cocleare settoriale, si riduce sia l'attività in quel determinato settore tonale, sia l'inibizione in quello ad esso più vicino, cui consegue, oltre all'ipoacusia, la percezione di un rumore a banda stretta con le caratteristiche spettrali della zona disinibita.

Oltre all'inibizione laterale esiste poi una forma di facilitazione laterale detta unmasking, che si evidenzia facendo precedere al tono-test due toni condizionanti simultanei, l'uno della stessa frequenza e l'altro di frequenza adiacente. Modificando il tono di frequenza adiacente si nota che per alcuni valori l'effetto è mascherante, mentre per altri l'effetto è opposto. Penning a questo proposito ha notato che l'effetto unmasking non è presente nella zona del tinnito, ma solo nella zona di normale udibilità.” (...) [*]

“In un lavoro del 1985, Maurizi ed altri hanno osservato mediante metodiche oggettive (rilevamento dei potenziali evocati del tronco-encefalo) che gli acufeni periferici (a sede cocleare) risultano inibiti dal mascheramento con rumore a banda stretta, della stessa frequenza dell'acufene e di intensità adeguata (10 dB oltre la soglia di inibizione residua ottenuta mediante il tono puro). Alla scomparsa o alla diminuzione soggettiva dell'acufene si osservava una riduzione dei valori di latenza dell'onda III dell'ABR e dell'intervallo tra i picchi III-I, espressione di modificazioni della capacità di scarica delle cellule sensoriali.

Viceversa, tale comportamento non era ripetibile negli acufeni a genesi retrococleare. Tale osservazione, oltre a fornire indicazioni sulla topodiagnosi, potrebbe fornire implicazioni terapeutiche (mascheramento con audiometro o mediante l'uso di mascheratori retroauricolari).” (...) [*]

Secondo Reid ed altri (1993) ci sarebbe una stretta correlazione tra la comparsa di acufeni e la presenza di ipertensione perilinfatica; inoltre tra le donne, quelle in gravidanza, sane e senza complicazioni gestazionali, anche secondo Gurr ed altri (1993) sarebbero più soggette delle donne non incinte agli acufeni.

“**Diagnosi.** L'esame clinico del paziente che lamenta acufeni risulta assai complesso dovendo prevedere il conseguimento di due obiettivi essenziali: il primo consiste nel saper raccogliere un'anamnesi completa che, in ogni caso, deve poter stabilire il momento e le circostanze in cui il sintomo si è manifestato, precisandone le caratteristiche (se si tratta di un suono o di un rumore, se è continuo o intermittente, se è ritmico con i battiti cardiaci, se è associato ad ipoacusia ed infine se è mono o bilaterale). Non sono inoltre da trascurare gli antecedenti personali per ciò che riguarda l'apparato uditivo” (...) [*]

“Il secondo obiettivo è quello di individuare le possibili cause dell'acufene mediante un esame otorinolaringologico completo (esame otoscopico, rinoscopico e rinofaringoscopico), un esame dell'apparato dentario e delle condizioni occlusali (M.Maurizio, Audiovestibologia clinica, 1987, Il pensiero scientifico ed.). L'audiometria tonale permette di individuare la frequenza e l'intensità dell'acufene e l'eventuale presenza di un'ipoacusia. All'esame tonale va comunque affiancata l'esame impedenzometrico per verificare le condizioni dell'apparato di trasmissione. Le alterazioni elettrofisiologiche possono essere inoltre studiate mediante il rilevamento dei potenziali evocati del tronco, potendosi così evidenziare alterazioni morfologiche dei tracciati e dei tempi di conduzione centrale. Una valutazione completa non può però prescindere dall'esame vestibolare che dovrà avvalersi del rilievo dei sintomi spontanei e rivelati e dell'esecuzione delle classiche prove strumentali con registrazione ENGgrafica. Qualora questa prima serie di indagini non conduca a risultati definitivi, è possibile integrarla con un esame più generale di altri organi ed apparati; va controllata la pressione arteriosa e valutata la situazione ematochimica, vanno inoltre eseguiti esami radiologici, Doppler e arteriografia carotideo-vertebrale e l'esame del fondo dell'occhio. Grande importanza deve infine essere attribuita allo studio della personalità e ai relativi

risvolti psicologici del soggetto in esame, per evidenziare eventuali stati depressivi, ed il grado di tolleranza del disturbo.” [*]

“**Terapia.** L’approccio terapeutico al soggetto con acufeni è particolarmente complesso ed insidioso e viene attualmente affrontato, spesso in separata sede, da otoiatri, audiologi, protesisti, medici di base, psichiatri e altri specialisti, con risultati giudicabili a tutt’oggi ‘globalmente scarsi’ tanto da evocare l’appellativo di *crux medicorum*. L’esperienza clinica insegna peraltro che il paziente, in caso di fallimento di uno o più approcci terapeutici, tende comunque a ricercare soluzioni diverse, consultando ulteriori medici. In fase di raccolta anamnestica sarà quindi utile indagare quali e quanti tentativi terapeutici il paziente abbia già al suo attivo. Una prima considerazione deve basarsi sulla distinzione fondamentale tra forme “compensate”, con le quali si riesce a convivere, e forme “scompenstate”, che alterano profondamente la qualità della vita. I “compensati”, che NON cercano aiuto dello specialista, riferiscono il proprio acufene come più spesso bilaterale e simmetrico, tendenzialmente costante per intensità e altezza tonale; tali caratteristiche predispongono maggiormente all’instaurarsi dell’abitudine.” (...) [*]

[Una specie di “Grande Fratello” di massa dietro questa malattia?]

“Secondo Hallam ed altri, tale sensazione uditiva anomala diviene *sintomo* nel momento in cui viene mancare il meccanismo fisiologico della tolleranza o abitudine che, normalmente, si instaura entro un periodo di settimane o mesi, o al massimo, di un anno. Fondamentale è dunque la valutazione della componente psicologica soggettiva, molto variabile da caso a caso, per cui allo stesso tipo di acufene si associano **risposte emotive molto diverse, da un lieve grado di ansia autolimitante, alla comparsa di disturbi del sonno, malessere generale, modificazioni della personalità e, in casi estremi, addirittura tendenza al suicidio.**” (...) [*]

“**Un questionario molto utilizzato è il Tinnitus Questionnaire**, in cui si fa distinzione tra di stress emotivo e cognitivo, difficoltà legate all’ipoacusia e all’intrusione da parte dell’acufene. Goebel e Hiller ne raccomandano l’uso **per valutarne il grado di disagio in pazienti afferiti in ambienti otoiatrici piuttosto che psichiatrici** e per confrontare l’efficacia dei diversi approcci terapeutici.” (...) [*]

“**1. Informazione o ‘Consuelling’.** (...) in base alle statistiche epidemiologiche, nel 50 % dei casi il sintomo si riduce spontaneamente nel giro di pochi mesi, in un altro 25% scompare e solo nel restante 25% persiste o addirittura peggiora. Si dovranno fornire inoltre norme igieniche riguardo i traumi acustici, sul lavoro e nel tempo libero, l’uso di caffeina, cioccolato, tabacco e farmaci ototossici in generale, tra cui l’aspirina, e l’utilizzo di tecniche di mascheramento domestico, quali l’ascolto di musica o di una radio desintonizzata fra due frequenze FM, specie nelle ore notturne. Ai molto ansiosi ed ai depressi si dovrà invece consigliare una valutazione psichiatrica. (...)

Vesterager ritiene che il primo step nella prevenzione affinché l’acufene non diventi un sintomo insopportabile, consiste nella informazione da parte del medico di famiglia riguardo i meccanismi psicologici e sulla fondamentale benignità della prognosi.” [*]

2. Terapia Farmacologia In una revisione del tutto recente Seidman ed altri, sostengono che “nessun farmaco è stato dimostrato a tutt’oggi sicuramente efficace per la terapia degli acufeni.” (...) [*] pag. 6

Simpaticolitici: “I risultati sono stati soddisfacenti nel caso di acufeni secondari, ma deludenti in quelli cosiddetti isolati.” [anni ‘60] [*] pag. 7

“I farmaci **calcio-antagonisti** si legano alle strutture di membrana responsabili della corrente lenta di ingresso dello ione calcio il cui blocco è simile a quello dei canali del sodio **indotto dagli anestetici locali**. (...) Altri calcioantagonisti (...) sono la cinnarizina ed il suo derivato la flunarizina anche utilizzata nel trattamento delle aritmie e dell’emicrania sia classica che comune. (...) Motta ed altri hanno utilizzato la flunarizina, per 90 giorni, in 39 pazienti con acufeni, portatori di insufficienza vertebro-basilare, *Malattia di Ménière* – vertiginite – “o presbiacusia, ottenendo il 10,2% di guarigioni ed il 41% di miglioramenti.” (...) [*] pag. 8.

[Va ricordato che come riportato più sotto, lo stesso dr. Brozzi che me l’aveva prescritta, riportava che **un possibile effetto collaterale della flunarizina è la sedazione**, tanto che al paziente viene fatta assumere la sera, prima di coricarsi”; evidente che la *frettolosità della visita, non conforme alla necessaria assunzione di tutti i dati, ha impedito di chiarire che al sottoscritto tutto interessa fuorché trovarsi nuovamente “sedato” o narcotizzato, come con ogni probabilità, visti i sintomi vissuti, è stato, a Livorno e forse anche prima, e come ha denunciato in data 18.6.2002 alla Procura della Repubblica di Livorno appena ha fatto mente locale e rimemorizzato quanto ha vissuto di abnorme nel mese precedente, mentre era ormai dimettendo dalla sezione*

di “osservazione psichiatrica” (dimissioni 19.6.2002, spostamento fisico alla sezione EIV di Livorno il 23.6.2002, trasferimento alla sezione EIV di Spoleto il 27.6.2002)]

“Gli estratti dalle foglie di Ginkgo biloba sono stati utilizzati per secoli in terapia. (...) Si tratta di un vasoregolatore di arterie, capillari e vene (attraverso un aumento del flusso sanguigno) nei processi ischemici, che può avere un’importante azione sugli scambi trans-membrana e come neurotrasmettitore.” [*] pag. 8. [A me pare di avere tutto meno che bisogno di potenziare le capacità di trasmissione interna, peraltro ho sempre sofferto di farmaci che portano un aumento circolatorio]

“Il ciclandelato è un vasodilatatore che, come la papaverina, agisce direttamente sulla muscolatura liscia dei vasi; ... la papaverina e il ciclandelato derivano dall’oppio (che a sua volta deriva dal Papaver Somniferum)”. [*] pag. 8. [È inutile ogni commento]

“Dimetilsolfossido (DMSO). Si tratta di uno dei solventi maggiormente usati nella farmacologia del passato ed attuale. È una sostanza naturale, derivata dal legno, che oggi viene proposta nel trattamento delle patologie le più svariate; Jacob Stanley ne propone l’utilizzo nel trattamento di malattie del Sistema Nervoso Centrale (Malattia di Alzheimer, Stroke, TRAUMI CRANICI), di alcune tra le più comuni malattie reumatologiche (Artrite reumatoide, LES, Sclerodermia), malattie endocrinologiche e, infine, nel trattamento del dolore cronico. Per quanto riguarda la terapia degli acufeni con DimetilSolfossido si sono ottenuti buoni risultati.” [*] pag. 9. [Poteva essere un’idea terapeutica, visto che è una sostanza naturale. Ma, come si può vedere a scorrere le “terapie farmacologiche” in materia, si va per tentativi, citando qua e là esperimenti su 30, 40 o 50 pazienti come dato di riferimento!]

“Antistaminici. Gli effetti dell’istamina liberata nell’organismo possono essere ridotti in diversi modi. Gli antagonisti fisiologici, specialmente IADRENALINA, svolgono sulla muscolatura liscia azioni opposte a quelle dell’istamina, ma agiscono su recettori diversi.” [*] pag. 9. [Adrenalina o Epinefrina. Ormone secreto dallo strato midollare delle ghiandole surrenali. Solitamente è presente nel sangue solo in quantità minime che aumentano in momenti di particolare ansia, eccitazione o stress emotivo, dal momento che l’adrenalina ha un’azione generale stimolante sulle strutture corporee, preparandole a uno sforzo psicofisico. Tra i suoi effetti vi sono la stimolazione del cuore, la costrizione dei piccoli vasi sanguigni, l’innalzamento della pressione sanguigna, la liberazione dello zucchero conservato nel fegato e il rilassamento o la contrazione di alcuni muscoli involontari. È largamente usata come farmaco in caso di shock, di collasso cardiocircolatorio e di asma; per tale uso viene elaborata con metodi di sintesi o estratta da ghiandole surrenali equine. Di struttura chimica simile a quella dell’adrenalina è la noradrenalina, o norepinefrina, neurotrasmettitore elaborato a livello delle cellule nervose del sistema nervoso autonomo. Sui rischi derivanti dai carichi di ormoni nell’organismo vedi il punto successivo]

“Agonisti Istaminici A conferma che vi sono punti di vista diametralmente opposti nel trattamento degli acufeni alcuni Autori hanno invece proposto l’impiego di farmaci agonisti dell’istamina. (...) legandosi ai recettori H1 ha un’azione caratteristica di dilatazione e aumento della permeabilità capillare. (...). Grazie alla flussimetria Doppler con Laser, si è visto che la Betaistina diffonde attraverso la finestra rotonda ma non raggiunge i recettori vascolari dell’orecchio interno e non influenza nemmeno i fluidi labirintici; È stato poi dimostrato che l’azione del farmaco è dose-dipendente.”

“Anestetici Locali. Gli anestetici locali bloccano reversibilmente la conduzione dell’impulso nervoso, provocando paralisi sensoriale e motoria completa, senza arrecare danni strutturali. Si tratta di basi deboli, distinte in esteri (cocaina, procaina, tetracaina, benzocaina), che possono anche dare reazioni allergiche, e amidi (lidocaina, bupivacaina, prilocaina, etidocaina, mepivacaina). Questi farmaci possono avere azioni importanti anche sul Sistema Nervoso Centrale, sui gangli autonomi, sulla giunzione neuromuscolare e su tutte le fibre muscolari. La lidocaina è utilizzata da lungo tempo nel trattamento degli acufeni e molti sono stati negli anni gli studi volti a valutarne l’efficacia, (...) induce un’anestesia rapida, duratura ed estesa e viene assorbita rapidamente attraverso il tratto gastro-intestinale; la presenza di adrenalina ne riduce la velocità di assorbimento e la potenziale tossicità, inoltre ne aumenta la durata d’azione. Gli effetti collaterali sul SNC comprendono SONNOLEZZA, VERTIGINI, PARESTESIE, ALTERAZIONE DELLO STATO MENTALE, COMA e CONVULSIONI.

“Barany nel 1935 fu il primo ad osservare che i pazienti trattati con anestetico locale (procaina) iniettato nei turbinati trovavano sollievo dagli acufeni. (...)” [Grazie!] “Nel 1983 Motta ed altri in 43 pazienti hanno ottenuto i seguenti risultati: ottimi nel 41.8%, parziali nel 37,2% e negativi nel 21%. In particolare gli Autori

hanno osservato che nei soggetti normoacustici la scomparsa o l'attenuazione degli acufeni è scarsa; ... Inoltre l'analisi dell'ABR dopo somministrazione di lidocaina ha permesso di evidenziare che tale farmaco determina rilevanti modificazioni dei tracciati: non è chiaro però se esse possano essere correlate con la presenza e le caratteristiche dell'acufene stesso." (...)

L'iperattività delle vie uditive, private delle influenze inibitorie, è in qualche modo paragonabile allo stato epilettico; quindi l'iniezione endovenosa degli anestetici locali bloccherebbe qualsiasi attività neuronale paradossa provocando la scomparsa del sintomo." (...)

"Va poi citato uno studio di Ueda ed altri in cui sono state valutate le modificazioni dei potenziali evocati della coclea e del tronco prima e dopo il trattamento con lidocaina endovena (1 mg/Kg di peso corporeo diluito al 20% con glucosio e iniettato in un minuto). L'intensità dell'acufene è stata valutata con elettrococleografia e ABR: la latenza del potenziale d'azione endococleare e dell'intervallo interpicco I-III e III-IV dei potenziali del tronco aumentano quando il tinnito si riduce; questo a sostegno dell'ipotesi che la lidocaina agisca sia sull'orecchio interno che sulle vie uditive ascendenti." (...) [*] pag. 9-10.

"La ionoforesi è un metodo attraverso il quale il farmaco viene trasportato da una corrente elettrica dal condotto uditivo esterno alla membrana timpanica e quindi all'orecchio medio. In uno studio di Laffree questa tecnica, applicata alla somministrazione di lidocaina, è risultata efficace in 9 casi su 46 ed in uno studio di Brusis e Loenneken; in particolare la ionoforesi non espone ai rischi di effetti collaterali e di ototossicità, come può accadere con la somministrazione e.v. o intrampanica. (...) Secondo Causse ed altri, la tocinide per via orale e la xilocaina (lidocaina cloridrato iniettabile) possono essere prescritti, riservando però il loro uso ai casi di esacerbazione dell'acufene, evitando la dipendenza psicologica dal farmaco e soprattutto limitando la terapia nel tempo (da uno a qualche giorno)." [*] pag. 11.

Anticonvulsivanti. Attualmente sono disponibili ben 16 farmaci antiepilettici; si ritiene che fra questi ve ne siano alcuni utilizzabili nel trattamento dell'acufene cronico: la carbamazepina, la fenitoina e l'acido aminossacetico. (...) L'effetto favorevole – carbamazepina – sarebbe ottenuto solo in una piccola percentuale di pazienti e per breve durata, sembra legato, secondo Motta ed altri, a **lesioni neurosensoriali e alla frequenza acuta degli acufeni.** La fenitoina (...) ha azioni le più svariate legate a conduttanze ioniche, potenziali di membrana, concentrazioni di aminoacidi e di neurotrasmettitori (noradrenalina, acetilcolina, GABA). (...) Alle concentrazioni terapeutiche le principali azioni della fenitoina sono la riduzione della neurotrasmissione eccitatoria ed il potenziamento dell'inibizione GABA mediata. Gli effetti collaterali, dose dipendenti, sono la comparsa di un nistagmo spontaneo, la perdita dei fini movimenti oculari, diplopia ed atassia, la sedazione, l'iperplasia gengivale, l'irsutismo." (...) [*] pag. 12.

Ipnotici e Sedativi – Benzodiazepine (BZP). [Vedi Capitolo PF] Si tratta di farmaci attivi sul Sistema Nervoso Centrale, i cui effetti più rilevanti sono la sedazione, l'induzione del sonno, la riduzione dell'ansia, il rilassamento muscolare e l'attività anticonvulsivante. Si ritiene che l'azione delle BZP sia dovuta al potenziamento dell'inibizione neurale mediato dal GABA. **Gli effetti collaterali sono rappresentati da sensazione da "testa vuota", stanchezza, aumento dei tempi di reazione, in coordinazione motoria, atassia, compromissione delle funzioni mentali e psicomotorie, disorganizzazione del pensiero, confusione, disartria, amnesia anterograda, secchezza delle fauci e parageusia.** **L'alprazolam** [vedi Capitolo PF, **prescrizione XANAX a Livorno,** che io sappia non mi è mai stato somministrato quantomeno da sveglio] è fra le benzodiazepine uno dei farmaci più frequentemente usati per la sua bassa emivita (**12-15 ore**) e per il rapido assorbimento per via orale; queste caratteristiche **permettono innanzitutto di raggiungere elevate concentrazioni in tempi brevi** e di evitare una eccessiva sonnolenza diurna. (...) Johnson ed altri hanno sperimentato l'efficacia dell'alprazolam contro placebo su 40 pazienti con acufeni da almeno un anno, mentre il 75% di questi ha riferito un netto miglioramento della sintomatologia, solo uno del gruppo placebo ha riferito un miglioramento simile. **NON SONO PERÒ STATE OSSERVATE MODIFICAZIONI DEL TRACCIATO AUDIOMETRICO NÉ DEL LIVELLO DEL MASCHERAMENTO DELL'ACUFENE IN ENTRAMBI I GRUPPI.**" (...) [*] pag. 12.

[*Nell'ipotesi (vedi Capitolo 1 - IPOTESI "FARMACOLOGICA") che mi sia stato somministrato a mia insaputa tale farmaco per varie sere attorno a mezzanotte, a Livorno, dal 1 al 10 giugno, alcuni elementi coinciderebbero: mancando di sonno, mi addormentavo presto. I disturbi notturni iniziavano attorno all'una di notte. La mattina mi alzavo tardi, e mi ricordavo di chiedere dell'aria e di andare in doccia solo dopo mezzogiorno. Mangiavo pochissimo e bevevo pochissima acqua. Vivevo la condizione dei disturbi uditivi, reagendo ma senza considerare folle e pazzesca la condizione che attraversavo (fino a farmi convincere dalla*

voce a buttare l'orologio da 170.000 lire dalla fessura della grata della finestra del bagno perché poteva contenere il microfono maledetto), quindi coincidendo disorganizzazione del pensiero, confusione, disartria, amnesia anterograda, secchezza delle fauci. Se non mi avessero, poi, mai somministrato tali sostanze, come avrebbero potuto pensare di modificare le "terapie" "in caso di bisogno" se non avevano sperimentato le precedenti?(o, analogamente Haldol Decanoas, anche questo "prescrittomi" a Livorno, che oltre che varie conseguenze di confusione mentale e simili, porta con sé come effetto collaterale il rischio dell'ipertermia, ed anche qui coincide la cosa)]

“Antagonisti Glutaminergici La memantina, farmaco non molto conosciuto ma ben tollerato dalla maggior parte dei mammiferi e già impiegato come spasmolitico, sembra essere in grado di bloccare i recettori N-Metil-D-Aspartato a livello del sistema nervoso centrale. (...) Non esistono però trial clinici che testimonino l'efficacia di tale farmaco e la probabile comparsa di effetti collaterali.”

“Acido Glutammico. (...) è un neurotrasmettitore attivo sia a livello delle sinapsi tra cellule ciliate cocleari e fibre nervose afferenti, sia tra cellule ciliate cocleari e fibre nervose afferenti, sia tra il primo neurone afferente e le cellule dei nuclei cocleari. Ehrenberger già nel 1983 aveva riportato un miglioramento della sintomatologia dopo assunzione di acido glutammico, previa somministrazione di un antagonista dello stesso. McIlwain ha proposto per primo l'uso dell'acido glutammico per via endovenosa nel trattamento degli acufeni, riportando su 21 pazienti 7 miglioramenti sia dal punto di vista soggettivo sia da quello oggettivo.”

“Antidepressivi Triciclici (ADT). (...) sono chiamati così per il classico nucleo a tre anelli che caratterizza la loro struttura chimica. Sono stati utilizzati inizialmente come antistaminici e successivamente come antipsicotici. Fra i prodotti maggiormente usati citiamo l'imipramina e l'amitriptilina la cui somministrazione ad un soggetto normale induce sonnolenza, sensazione di testa vuota, lieve riduzione della pressione arteriosa ed alcuni effetti anticolinergici; nei pazienti con disturbi psichiatrici invece essi producono elevazione dell'umore. Attualmente si ritiene che blocchino l'inattivazione delle amine piogene, potenziandone così l'azione (noradrenalina, serotonina, dopamina). La potenza e la selettività variano da farmaco a farmaco. Per l'inibizione del trasporto della noradrenalina a livello delle fibre adregeneriche e anticolinergiche, sono possibili effetti collaterali quali offuscamento del visus, secchezza delle fauci, stipsi e ritenzione urinaria, ipotensione ortostatica, tachicardia sinusale ed altre aritmie di origine ventricolare. (...) La trimipramina è un metabolita dell'imipramina con caratteristiche molto simili a quelle della nortriptilina, ma con una minore biodisponibilità e una minore affinità per le proteine plasmatiche. (...) Questo dimostrerebbe che la storia naturale dell'acufene non può essere modificata dalla trimipramina e che gli antidepressivi triciclici in generale non sarebbero realmente più utili del placebo.” (...) [*] pag. 13.

Sono in corso ricerche insistenti sulle “Prostaglandine Sintetiche E₁ (PGE₁).” (...) “Per quanto riguarda il loro utilizzo nel trattamento degli acufeni si può partire dalla osservazione che l'aspirina ed altri FANS, attraverso l'inibizione della ciclo-ossigenasi e quindi la riduzione del livello della prostaglandine, possono causare l'ipoacusia temporanea e acufeni. Da questo deriva l'ipotesi che la riduzione delle prostaglandine endogene giochi un ruolo importante nella genesi degli acufeni. A conferma dell'ipotesi è stato trovato che la furosemide (...), già utilizzata nel trattamento degli acufeni, esercita parte della sua azione sull'orecchio interno attraverso i recettori del trombossano (anch'esso del gruppo degli eicosanoidi), e influenza il metabolismo delle prostaglandine in altri distretti.” (...) Ma non vi sarebbero sinora riscontri sufficienti a sostenerne l'uso terapeutico. [*] pag. 14.

“Terapia sostitutiva. (...) Si è notata una significativa riduzione del livello ematico dello zinco nei pazienti con acufeni rispetto al gruppo di controllo. Il trattamento sostitutivo con 34-68 mg di Zn al giorno per 2 settimane ha indotto una significativa riduzione di intensità dell'acufene ($p < 0,01$). Una interessante osservazione con possibili implicazioni terapeutiche deriva da uno studio di Shemesh ed altri sulla relazione fra deficit di Vitamina B₁₂ ed insorgenza di acufeni o ipoacusia da rumore. Su 113 soggetti, gli Autori hanno osservato che i pazienti con ipoacusia ed acufeni nel 47% dei casi presentavano un deficit vitaminico; i pazienti con sola ipoacusia presentavano lo stesso deficit nel 27% dei casi ed infine quelli del gruppo di controllo nel 19%. Questi dati suggeriscono che vi è una relazione tra i disturbi delle vie uditive e la deficienza di vitamina B₁₂; inoltre in 12 pazienti sottoposti a terapia sostitutiva sono stati osservati notevoli miglioramenti.” (...) [*] pag. 15.

[Nel mio caso, ho sempre fatto cure vitaminiche comprensive di B₁₂, cure che avevo potuto riprendere a Spoleto dopo mesi di peregrinazioni e privazioni di questa ed altre comodità da “grand hôtel”, come dice il Ministro.]

“3. Mascheramento e Protesizzazione. Come già detto, sembra che l’idea originale di mascherare l’acufene con un altro suono o rumore, al fine di distrarre l’attenzione e rendere più tollerabile il fastidio, risalga addirittura ad Ippocrate. A questo proposito va citato un recente studio spagnolo che riprende la nota classificazione di Feldmann che suddivide gli acufeni a seconda delle caratteristiche audiometriche in rapporto con la curva mascherante in:

- 1) Convergente,
- 2) Divergente,
- 3) Congruente,
- 4) Distanziata,
- 5) Dispersa,
- 6) Resistente;” (...)

“La percentuale di successi con l’utilizzo di mascheratori è secondo Vernon e Meikle del 60-80 %, a patto che il suono mascherante sia scelto in modo appropriato, in base alla soglia audiometrica e alla composizione frequenziale dell’acufene. (...) i risultati più stabili nel tempo si ottengono quando l’ipoacusia non è rilevante, la frequenza dell’acufene può essere identificata con precisione” *[ma oggi esistono apparecchi elettronici programmabili dall’utente, a frequenza quindi variabile]* “ed esso è completamente mascherabile con un rumore a banda di frequenza uguale o vicina.” (...) “Secondo Kitajima ed altri il mascheratore non comprensivo della frequenza dell’acufena (band-erased filtered maser) non risulta più efficace di quello convenzionale; in 117 pazienti infatti, il grado di repressività è stato del 72% nel primo tipo e del 70% nel secondo. (...) Un contributo recente è stato dato dall’introduzione di modelli di mascheratori a banda stretta e a frequenza programmabile, più adattabili alle esigenze del singolo paziente, quali il Microtek 321Q, sul cui impiego clinico non si hanno però ancora risultati attendibili. In una casistica relativa a 600 giapponesi l’efficacia del mascheramento con rumore a banda (BNM), in termini di soppressione dell’acufene, è stata del 66% e in particolare, l’effetto era evidente a carico della loudness dell’acufene e non del pitch. L’efficacia del BNM è risultata nettamente superiore è risultata nettamente superiore nel gruppo di pazienti presbiacustici rispetto ai casi di ipoacusia improvvisa, mentre non vi era alcuna correlazione tra grado di inibizione residua (RI) ed efficacia del mascheramento; in nessun caso infine è stato osservato un peggioramento della soglia uditiva. Con un occhio anche ai costi, Al Passim propone una soluzione di minima per il mascheramento dell’acufene, l’utilizzo cioè di un comune riproduttore portatile stereo di musica (“walkman”) che, in uno studio su 50 pazienti, si è dimostrato alquanto efficace (86,7%) dei più costosi mascheratori, qualunque fosse il tipo di cuffia utilizzato.” *[Nel mio caso la copertura delle voci arriva al 20% ma non ad eliminarle.]* “Sirimanna e Stephens invece introducono l’utilizzo di piccoli altoparlanti, da posizionare sotto il guanciale (pillow speakers), che permettono l’ascolto della radio, della televisione o della musica senza disturbare” il/la compagno/a “e con la possibilità di usufruire di un timer che eviti l’esposizione prolungata alla fonte sonora.” “Poiché molti pazienti attribuiscono all’acufene le proprie difficoltà uditive, con l’applicazione di una protesi adeguata si ottiene in alcuni casi il duplice scopo di mascherare l’acufene e ridurre la componente ansiosa riguardo la capacità uditiva. Vernon sostiene che l’acufene invalidante spesso lamentato dai *ménière* i” (affetti da vertiginite) “in fase avanzata possa essere efficacemente alleviato dall’utilizzo del mascheramento a mezzo di protesi acustiche.” (...) [*] pag. 16.

“4. Stimolazione elettrica ed elettromagnetica. È noto come la stimolazione nervosa transcutanea a bassa frequenza (2 Hz), applicata distalmente ai nervi periferici, induce un prolungato sollievo dal dolore in aree vaste e non-segmentali, accompagnato da un miglioramento del microcircolo per inibizione della componente ortosimpatica.” (...) Risultati incostanti su questo settore di ricerca. “Secondo Vignon, invece, la scomparsa dell’acufene è da attribuire alla vasodilatazione indotta dallo stimolo elettrico, che contrasta quella indotta dalla stimolazione del plesso cervicale da parte degli osteofiti. Giordano ed altri hanno ottenuto un 62,5% di risultati positivi con l’elettrostimolazione transcutanea per elettroanalgesia in sede auricolare (transcutaneous electrical nerve stimulation: TENS). I casi erano selezionati fra i pazienti con acufene associato a cervicgia da almeno un anno, esame obiettivo cervicale positivo senza segni di interessamento radicolare e positività radiologica per cervicoartrosi. La tecnica di elettrostimolazione si basava sull’utilizzo di stimolatori per l’elettroanalgesia ANTALDEM ad impulsi monofasici rettangolari, di ampiezza 0-90 V con durata di 20-200 μ s, frequenza 50-400 Hz, intensità 0-25 mA. Venivano inviati treni di impulsi di 5 s con 5 s di pausa, e

l'intensità della corrente subiva un incremento fino a dare luogo ad un parestesia locale senza contrazione della muscolature facciale. (...) Kaada ed altri riferiscono risposte positive al trattamento con TENS in 9 pazienti su 29, mentre Rahko e Kotti in 7 su 26. In entrambi i gruppi i risultati migliori riguardavano pazienti con acufeni a bassa frequenza." (...) [L'Aspirina, TENS per eccellenza, è da qualche anno "bandita" dalle carceri, ove va in voga ancora l'Aulin, riconosciuto cancerogeno.] "Pilgramm ed altri riportano invece risultati discreti (20%) con l'elettrostimolazione esterna in reduci di guerra esposti a trauma acustico cronico da esplosioni ripetute, mentre ne sconsigliano l'uso in caso di trauma acustico acuto. Nel 1985 Shulman ha introdotto un nuovo tipo di stimolatore detto THEREBAND, capace di inviare alla mastoide stimoli transdermici non udibili, riportando una percentuale di successo del 60%. (...) Secondo lo stesso Shulman è cruciale la selezione dei pazienti da trattare con il Thereband, in particolare la lesione deve essere periferiche (cocleare), il test di mascherabilità deve essere positivo e non devono concomitare patologie attive dell'orecchio né scompenso vestibolare o deficit neurologici. (...) Studiando la possibilità di stimolare elettricamente l'udito in pazienti con sordità profonda, Portmann ed altri hanno osservato invece l'effetto mascherante della stimolazione elettrica della coclea sugli acufeni. (...) Analogamente Okusa ed altri hanno valutato l'efficacia della stimolazione elettrica del promontorio (EPS) sull'acufene, in pazienti con ipoacusia neurosensoriale, stilando una graduatoria decrescente: 100% negli acufeni da trauma acustico, 87,5% nei casi da ipoacusia improvvisa, 83% dei ménierici, 75% nelle labirintiti, 66,6% nell'otossicità, 76% nei casi idiopatici, e solo 8,3% nei neurinomi dell'VIII [nervo cranico]. (...) Poiché il potenziale d'azione composito (CAP) rappresenta una misura del numero di fibre nervose che scaricano simultaneamente, l'effetto terapeutico della stimolazione elettrica potrebbe dipendere da un'azione di sincronizzazione sulle fibre nervose del nervo cocleare. Matsushima ed altri riferiscono dell'efficacia di uno stimolatore alloggiato in parte nell'involucro della protesi acustica e in parte nella mastoide, in un caso di intenso acufene in una paziente con otite media cronica bilaterale. La stimolazione del nervo acustico veniva effettuata a domicilio, due volte al giorno, e la riduzione dell'acufene si verificava anche controlateralmente. Recentemente, lo stesso gruppo giapponese ha sperimentato un nuovo modello di Stimolatore Elettrico Extracocleare, con buoni risultati in particolare per la possibilità di autogestione dell'apparecchio da parte dei pazienti, che riferivano migliore qualità del sonno, rilassamento e, in 3 casi su 4, miglioramento della soglia uditiva. (...) Salah ed altri riportano l'efficacia dell'elettrochock." [*] pag. 18. [Alla faccia!]

Per l'ossigenoterapia iperbarica ci sono delle possibili complicanze ai danni a carico dell'orecchio medio, del polmone, dei seni paranasali e dell'intestino, possibili intossicazioni e malattia da decompressione.

“6. Biofeedback emig e termica. La correlazione tra acufene e disordini craniomandibolari è dimostrata secondo Rubinstein dall'alta incidenza di cefalea, faticabilità e succulenza dei muscoli masticatori nei pazienti con acufene; circa un terzo di questi riferisce infatti variazioni dell'acufene con i movimenti della mandibola e con la pressione sull'articolazione temporo-mandibolare (ATM). Ne deriva l'indicazione, nei casi selezionati, alla terapia ortodontica ma anche un approccio teso ad ottenere il rilassamento muscolare, con tecniche di biofeedback. I casi più responsivi sono stati secondo l'Autore quelli con acufene relativamente lieve e/o fluttuante, normoacusia ed alcuni segni o sintomi di sofferenza dell'ATM.”

“7. Psicoterapia. L'importante del fattore psicologico nella valutazione e nel trattamento del paziente con acufeni è nota fin dai tempi antichi ed è confermata indirettamente da aspetti clinici di comune osservazione (...) sopraggiungere di eventi stressanti o il cambiamento di abitudini di vita (...). Inoltre tra i disturbi più spesso si ritrovano si ritrovano l'insonnia, la difficoltà di concentrazione e le alterazioni del tono dell'umore quali depressione, frustrazione e irritabilità. Occorre però precisare che nonostante l'impatto dell'acufene sulla persona sia principalmente di tipo psicologico, non tutti i pazienti necessitano di un supporto di questo tipo. In letteratura sono presenti numerosi contributi in tema di psicoterapia, tra cui l'approccio comportamentale, correlato a tecniche di rilassamento e di biofeedback, di cui è stato già detto. Il nucleo centrale di questa terapia consiste nell'insegnamento dell'autocontrollo e della tolleranza del sintomo. La psicoterapia basata sul rilassamento e il training autogeno danno generalmente buoni risultati a breve scadenza, mentre il protrarsi di questo tipo di terapia può addirittura essere controproducente, in quanto può fissare l'attenzione sul sintomo e precipitare il conflitto psicologico. La terapia individuale sempre comunque dare risultati superiori a quella di gruppo.” (...) [*] pag. 19.

“8. Retraining. Un recente modello patogenetico di tipo neurofisiologico interpreta l'acufene come una “minaccia” che in alcuni pazienti può esaltare la componente emotiva, mediata dal sistema libico, attraverso la

paura di gravi malattie o la rabbia legata alla persistenza del sintomo. Questa reazione può facilmente risultare rinforzata in caso di intervento terapeutico inappropriato. In base alla teoria della plasticità neuronale, il cervello dovrebbe però mantenere la potenzialità di riapprendere i pattern neuronali in grado di de-enfaticizzare l'impatto corticale dell'acufene. Scopo della terapia nota come retraining (ri-allenamento) è dunque la rimozione graduale della componente di risposta emotiva e, in un secondo tempo, la percezione stessa dell'acufene che non verrebbe più percepito come un segno di allarme, ma tollerato come un'entità innocua e insignificante. In base a questo tipo di approccio, il mascheramento tradizionale sarebbe addirittura controproducente, in quanto, affinché il soggetto possa abituarsi al suono, esso deve essere percepito durante le sedute di cosiddetto "allenamento". (...) Lo schema terapeutico del retraining ha gradualmente guadagnato la fiducia di molti specialisti, in particolare dopo la presentazione dei risultati al Seminario Internazionale sugli Acufeni tenutosi a Portland nel 1995. Si tratta in ogni caso di un approccio multidisciplinare, in cui sono coinvolti l'otolaringologo, l'audiologo, il neurofisiologo e lo psicologo, nell'intento di personalizzare quanto più possibile lo schema terapeutico per ogni singolo caso. Non vengono utilizzati farmaci né provvedimenti chirurgici, se non indicati per altri motivi. Il primo passo è invariabilmente quello della approfondita e corretta informazione del paziente (counseling direttivo), al quale verranno dati ragguagli circa la fisiologia dell'apparato uditivo e la probabile patogenesi dell'acufene, sottolineando la benignità della prognosi e la possibilità di controllo parziale e completo del sintomo. Molti pazienti si presentano infatti in preda ad ansia, depressione, timore di essere etichettati come psicopatici, e non bastano pochi minuti per eradicare convinzioni errate e preoccupazioni di lunga data; al contrario si programmeranno sedute successive, in un lasso di tempo piuttosto lungo, fino a 1 anno e mezzo. Secondo Jastreboff e Hazell nel 15% dei pazienti si ottengono risultati soddisfacenti già con questa prima fase (cognitiva). Negli altri casi si passa alla seconda fase, quella del retraining, in cui si introducono i presidi acustici atti a ridurre la percezione dell'acufene e a facilitare l'instaurarsi dell'abitudine. A questo scopo viene somministrato un rumore bianco continuo, a bassa intensità, non mascherante, che interferisca con la detenzione dell'acufene e faciliti l'instaurarsi dell'abitudine, senza disturbare la percezione degli stimoli sonori esterni. La profonda differenza di un approccio teorico rispetto alla classica tecnica del mascheramento è confermata dalla pratica clinica: pazienti, in cui non si era ottenuto un buon mascheramento dell'acufene, hanno tratto giovamento dal retraining (...). Secondo Baguley tale terapia" [psicologica cognitiva] "resta invece l'unica in grado di riuscire ad entrare nel difficile tunnel del trattamento degli acufeni e di bloccare il circolo vizioso che si scatena dopo l'individuazione da parte del paziente del proprio acufene, cui consegue, generalmente, la comparsa della preoccupazione e quindi dell'ansia che rende infine vano qualsiasi tipo di trattamento. In contrapposizione al modello neurofisiologico di Jastreboff, che rappresenta la parte fondamentale della retraining therapy, Wilson ed altri spiegano quali siano i problemi fondamentali di questo approccio in un recente lavoro del 1998. Gli Autori parlano della distinzione fra counseling e terapia cognitiva, che deve essere adeguata al singolo, e pongono dei seri dubbi sulla validità della valutazione dell'efficacia di un tale modello terapeutico, essendo essa legata sia all'aspetto psicologico che audiologica, mascherante." [*] pag. 20.

“9. Agopuntura. (...) Andersson e Lyttkens hanno esaminato in dettaglio la letteratura sull'argomento, concludendo che l'efficacia reale dell'agopuntura sugli acufeni non si può considerare dimostrata e che i parziali successi riportati in studi non controllati sono da attribuire alla componente psicologica.”

“10. Ultrasonoterapia. Pochi sono gli studi sull'efficacia della terapia con ultrasuoni a basso livello in pazienti con acufeni (...).”

“11. Laser-Terapia. (...) Il raggio LASER veniva applicato ad 1 cm dalla mastoide, due dita sopra la punta, verso la parete laterale dell'orbita controlaterale. Non si sono verificate variazioni dell'acuità uditiva e solo 2 pazienti su 28 (7%) riferivano miglioramenti dell'acufene. (...)” [*] pag. 21.

Tralascio di riportare il paragrafo sul "Placebo", poiché non è orientato diversamente dal disprezzo verso la malattia e la sofferenza (*“A noi è sembrato curioso osservare come in una buona parte dei lavori letti, la percentuale di risposta positiva si aggirasse intorno al valore fatidico del 60%. Se fosse la percentuale di pazienti disposti a guarire?”*).

“Conclusioni. Con le parole di Vesterager, ricordiamo in conclusione che ‘l'effetto terapeutico in sé stesso è ottimo per qualunque trattamento, purché il paziente abbia la sensazione che un medico abbia più di 10 minuti di tempo da perdere per ascoltarlo e rassicurarlo’ e che ‘sebbene a nessun paziente debba essere detto che dovrà sostanzialmente convivere col proprio acufene, questo è tuttora fundamentalmente vero e di fatto la

maggioranza dei pazienti finisce per abituarsi al sintomo” [Posto che acufene sia, io non mi abituerò mai!]

“Per tutti quei pazienti che non riescono a convivere col proprio acufene potrebbe essere utile l’ incisiva frase di Wilson nella sua critica contro il modello di Jastreboff, che pure ha ottenuto tanto clamore sia in Italia” [?] “ma anche in Inghilterra ed in Germania, ‘fight or flight’ (lotta o fuggi)”. (...) “rimane valido” [grazie!] “l’appello alla pazienza e alla dedizione che questo tipo di malati così ‘scomodi” [mai termine fu così appropriato] “o ‘poco gratificanti’ ha diritto di ottenere da parte nostra. È comunque evidente che l’eziologia dell’acufene è alla base della scelta del trattamento. Non è possibile individuare un farmaco o un protocollo terapeutico standard che l’otolaringologo possa con certezza destinare a questo tipo di pazienti; ma quanto più l’indirizzo diagnostico è chiaro tanto maggiori saranno le possibilità di un successo terapeutico. La conclusione è quindi la stessa di Simpson e Davies: la ricerca clinica è tanto vasta per la reale assenza di una metodica che valuti la presenza e l’entità di questo sintomo e per la differente reazione e sopportazione dell’acufene da parte dei singoli pazienti. (...)” [*] pag. 21.

Bibliografia sintetica:

Del Bo M, Giaccari F, Grisanti G: *Manuale di audiologia*, Milano, Masson, 1995.

Feldmann H, *Homolateral and contralateral masking of tinnitus by noise-bands and pure tones*, *Audiology* n. 10, 1971, pagg. 138-144.

Giordano C, Bona Galvagno M, Brosio R, Schieroni MP, Revello MP: *Il trattamento con stimolatore TENS degli acufeni nei pazienti cervicoartrosici. Risultati preliminari*, *Min Med* n. 78, 1987, pagg. 861-864.

Gonzales Mendez M V, Sainz Quevedo M, Ruiz-Rico R: *Acoustic masking and feldmann curves in tinnitus. Clinical study*, *Acta Otorrinolaringol Esp*, n.47, 1996, pagg. 438-440.

Kaada B, Hognestad S, Havstad J: *Transcutaneous nerve stimulation (TNS) in tinnitus*, *Scand Audiol* n. 18, 1989, pagg. 211-217.

Maurizi M, *Audiovestibologia clinica*, Il pensiero scientifico ed. 1987; *Malattie e sindromi otorinolaringoiatriche*, Piccin, Padova, 1997.

Motta G, Iengo M, Cassandro G, Motta G jr, Salzano F, Sequino L: *Gli anestetici locali*, in *Gli acufeni, Relazione Ufficiale al LXX Congresso Nazionale di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-Facciale*, 1983, pagg. 248-276.

Motta G, Iengo M, Motta G jr, D’angelo L, de Maio V, Salzano F: *I farmaci vasoattivi*, cit., pagg. 285-294.

Motta G, Iengo M, de Maio V, Motta G jr, Tranchino G: *I farmaci anticonvulsivi*, cit., pagg. 277-284.

Rendell RJ, Carrick DG, Fielder CP, Callaghan DE, Thomas KJ: *Low-powered ultrasound in the inhibition of tinnitus*, *Br J Audiol* n. 21, 1987, pagg. 289-293.

(Pubblicazione del 20 novembre 1999, a cura del prof. F.Ottavini, Istituto di Clinica ORL, Università Cattolica del Sacro Cuore, largo Agostino Gemelli 8, 00168 Roma)

9.3. SINDROME DA ADATTAMENTO SUO CONTRASTO DI RESISTENZA UMANA

Una volta trovati dei metodi per governare in qualche modo l’ingovernabile follia contenutistica delle voci che oramai da un mese assaltavano la mia tranquillità quotidianamente costruita con l’esperienza di anni ed anni di galera, per circa 1 mese ho dovuto lottare contro una tendenza a rilassarmi eccessivamente. Inizialmente la ho attribuita ad un necessario recupero del sonno perduto. Successivamente, collegando questa tendenza al persistere del disturbo uditivo (voci) ed al sopravvenire di un secondo disturbo (fischio permanente all’orecchio sinistro) mi sono preoccupato di non lasciarmi andare alle conseguenze di una accettazione fisica (sia pure rifiutata mentalmente) di tali disturbi. Ecco cosa ho letto sui processi di adattamento del corpo in condizioni diverse dal normale.

“SINDROME GENERALE DA ADATTAMENTO: insieme delle manifestazioni generali provocate nell’organismo dall’azione, prolungata nel tempo, di stimoli che tendono a modificare le normali condizioni di vita; essi sono di diverso ordine, chimico, fisico, psichico, e provocano anche reazioni particolari. Nella evoluzione della sindrome generale di adattamento si hanno diverse fasi:

- 1) reazione di allarme, in cui si distingue un periodo di shock durante il quale l’organismo subisce passivamente l’azione dello stimolo ed un periodo di contro-shock in cui si mobilitano le difese organiche.
- 2) fase di adattamento in cui l’organismo si è abituato all’azione dello stimolo.
- 3) fase di esaurimento, non obbligatoria, in cui si ha una progressiva riduzione delle facoltà di adattamento.

NEL CORSO DELLA SINDROME GENERALE DI ADATTAMENTO È COSTANTE E CARATTERISTICO L'AUMENTO DI VOLUME E DI ATTIVITÀ NELLA PRODUZIONE DI ORMONI DELLA PORZIONE CORTICALE DELLE GHIANDOLE SURRENALI, IN SEGUITO AD AUMENTATA PRODUZIONE DA PARTE DELL'IPOFISI DELL'ORMONE (DETTO A.C.T.H.) DESTINATO A STIMOLARE LA FUNZIONE DELLE GHIANDOLE SURRENALI STESSE.”

(Mario Governa, *Dizionario dei termini medici di uso comune*, ERI 1967)

9.4. ORMONI

A partire dal 10 maggio, soprattutto dopo le notti più insonni a causa dei disturbi uditivi, sia a Biella che a Livorno e poi via via sempre meno fino alla metà di luglio, notavo una polvere biancastra morbida ed appiccicosa che mi teneva quasi incollate le palpebre quando mi alzavo la mattina. Non soffrivo della consueta allergia ai pollini, avevo una sollecitazione sessuale molto più alta e mi sentivo molto più forte del normale. Questi cambiamenti improvvisi, peraltro considerando alcuni giorni (12-14 maggio) di sciopero della fame e (15-18 maggio) di rifiuto del vitto dell'amministrazione penitenziaria, possono coincidere con gli effetti di una carica ormonale, a voler escludere l'ipotesi di psicofarmaci vista nel capitolo 11. Tra gli ormoni che generano meccanismi di questo tipo, ho riscontrato FSH e l'ACTH. Cosa potrebbe aver provocato, diversamente da fantasmagoriche ma non escludibili per principio iniezioni sottocutanee non chieste né previste di queste sostanze o di sostanze analoghe, la aumentata produzione di ormoni come il FSH o come il ACTH nel mio organismo? Partiamo dall'inizio: che cosa sono questi ormoni?

L'ormone follicolo-stimolante FSH (*follicle-stimulating hormone*) e l'ormone luteinizzante, LH (*luteinizing hormone*) sono due gonadotropine particolarmente importanti, prodotte dall'ipofisi. L'ormone follicolo-stimolante stimola nell'uomo la produzione di spermatozoi, mentre nella donna promuove nelle ovaie la maturazione del follicolo di Graaf. L'ormone luteinizzante stimola nell'uomo la produzione di testosterone da parte dei testicoli, mentre nella donna induce la maturazione e la successiva liberazione della cellula uovo da parte del follicolo. Questi ormoni svolgono anche una funzione di **stimolazione da parte delle gonadi di alcuni steroidi sessuali**.

Ho poi notato un ulteriore effetto coincidente nell'ACTH (ormone adrenocorticotropo). Infatti l'ACTH è un ormone secreto dal lobo anteriore dell'ipofisi, con la funzione specifica di stimolare la secrezione di numerosi altri ormoni da parte delle ghiandole surrenali corticali. Una di queste secrezioni è, ad esempio, costituita dal cortisolo, un ormone attivo nel metabolismo dei carboidrati e delle proteine e **nell'alleviare la sintomatologia delle forme allergiche e infiammatorie**.

Infatti io, che da 30 anni soffrivo maggio come il peggiore tra i mesi dell'anno a causa dell'allergia ai pollini dei pioppi, e che curavo tale allergia con Dirahist (antistaminico cortisonico, una o due capsule al giorno, a volte tre nei giorni più pesanti), quest'anno ho avuto bisogno di tale farmaco in pochissime giornate, dimenticandomi del tutto di utilizzarlo nonostante mi fossi premunito di acquistarne ben tre confezioni nella Casa Circondariale di Biella onde non rimanerne privo in caso di bisogno, ancora nel mese di aprile.

Inoltre, le svariate escoriazioni che le mie intemperanze fisiche in cella causate dalla rabbia del non capire cosa mi stava succedendo (pugni sul muro, testate sulla finestra o sul muro), intemperanze che le avevano prodotte durante il primo impatto ed il periodo più pesante di questi disturbi uditivi – ossia nei periodi 15-25 maggio a Biella e 1-10 maggio a Livorno – nonché quelle causate dai pestaggi delle guardie subito il 26 maggio – partenza da Biella – e l'11 e 12 giugno a Livorno, avevano la particolarità rispetto a quanto acquisito nella mia esperienza, di andarsene molto presto, troppo presto, anche nel giro di una sola giornata, nonostante fossero anche di un certo rilievo in alcuni casi con versamento di sangue. L'ormone che sostiene la tiroide agevola la produzione di globuli bianchi e può favorire processi di recupero di questo tipo.

L'ACTH, noto anche come corticotropina, è una molecola proteica lineare di 39 amminoacidi e di peso molecolare pari a circa 5000 dalton. Nonostante la sequenza degli amminoacidi vari alquanto da specie a specie, l'attività biologica dell'ACTH nelle diverse specie animali è simile a quella svolta nell'uomo.

ORMONE	GHIANDOLA	ORGANO BERSAGLIO	FUNZIONE
Adrenocorticotropo (ACTH)	Ipofoisi anteriore (adenoipofoisi)	Corteccia surrenale	Stimola la secrezione di idrocortisone dalla corteccia surrenale
Follicolo-stimolante (FSH)	Ipofoisi anteriore (adenoipofoisi)	Ovaie e testicoli	Stimola la maturazione delle cellule uovo e la produzione degli spermatozoi
Luteinizzante (LH)	Ipofoisi anteriore (adenoipofoisi)	Ovaie e testicoli	Stimola l'ovulazione nella donna e la secrezione di testosterone nell'uomo
Ormone tiro-stimolante (TSH o tireotropina)	Ipofoisi anteriore (adenoipofoisi)	Ghiandola tiroide	Stimola la secrezione degli ormoni tiroidei

9.5. CORRISPONDENZA CON IL DIRIGENTE DI AUDIOLOGIA DELL'OSPEDALE DI SPOLETO

1. «Egregio Dr. Prozzi,

sono stato da Lei visitato il 19.8.2002 presso la CR di Spoleto, ove mi ha anche sottoposto a visita audiometrica tonale; ho appurato che la sua terapia, che serve a guarire la sindrome di Ménière (vertiginite), è del tutto inadeguata e fuori luogo. Lei mi ha chiesto se soffrivo di vertigini, io Le ho risposto di no. [a]

Ciò nonostante questo farmaco secondo Lei avrebbe avuto il compito di stabilizzare le disfunzioni del sistema uditivo da me sofferte IN CONDIZIONE DI UDITO PERFETTO, peraltro in condizioni del tutto diverse di quelle di chi normalmente soffre questo tipo di patologia.

Inoltre Lei non mi ha sottoposto al controllo della tromba di Eustachio da me richiestoLe [b].

Dopo due giorni di assunzione del Fluxarten da Lei prescrittomi, i disturbi non erano affatto cessati, e anzi notavo a più riprese e per periodi prolungati uno stato d'eccitazione ansiosa del tutto in antitesi con il mio sentimento. Ossia, il fisico e la circolazione davano dei segnali di nervosismo che a livello cosciente io non esprimevo; questo addirittura studiando in tutta calma seduto in biblioteca. Per cui ho avuto la necessità di sospendere l'assunzione di detto farmaco [c]

Poi ho avuto l'informazione che la flunarizina è usata in preparati per la sindrome vertiginosa e per l'emigrania e ho capito il suo errore di incredulità o semplicismo nei riguardi di quanto Le ho accennato [d], disturbi duplici di tipo uditivo non di natura psicologica o neuropsichiatria (voci in permanenza da 3 mesi con diversi aspetti e modalità e capacità dialettica quindi escludenti l'ipoacusia e altri tipici disturbi di natura mentale) da una parte, e tinnito (fischio insistente) che perdura da oltre un mese dall'altra.

La gravità della mia situazione dal punto di vista psicologico conseguente al non esserci una diagnosi ancora oggettivamente fondata (ancora non mi è stata effettuata la risonanza magnetica o Tac né l'encefalogramma [e]) ed al non essere creduto, somandosi agli effetti nefasti di una duplicità o triplicità uditiva, mi spingono a chiederLe di potermi indirizzare verso un centro di ricerche in Italia ove siano possibili esami più specifici, da effettuare in caso di mancanza di riscontri oggettivi dopo la risonanza magnetica o Tac encefalogramma. [f]

Eventualmente avesse dei problemi a scrivermi direttamente, potrà farlo al mio avvocato più vicino, Paolo Favini, che è residente a Foligno.

La ringrazio per l'attenzione

Paolo Dorigo Militante comunista prigioniero Spoleto, 23.8.2002»

2. Servizio Sanitario Nazionale – Regione Umbria
 ASL n.3 Spoleto – Ospedale S.Matteo degli Infermi
 Via Loreto n.3 – 06049 Spoleto PG
 Modulo di **Audiologia e Foniatria**
 Dirigente Responsabile
 Dr. Graziano Brozzi

«Egregio Sig. Paolo Dorigo,
 c/o CR di Spoleto.

Vengo a rispondere alla Sua lettera sia per motivi di correttezza che per correggere delle imprecisioni ivi

contenute.

Mi permetto di allegare il più recente testo in italiano sulla terapia degli acufeni, organo ufficiale della Società di Otorinolaringoiatria Italiana, che spero sia cosa gradita al fine di farsi una cultura personale del problema, date le Sue attitudini di ricerca scientifica.

Riguardo al punto a) noterò che a pag. 8 di detta pubblicazione i calcio-antagonisti, ivi comprendendo la flunarizina, sono riportati per primi nella terapia degli acufeni per cui la mia decisione terapeutica non è certo peregrina.

Al punto b) faccio cortesemente ricordare di averle fatto sentire dei suoni con una seconda cuffia munita di un tappino giallo che le ho inserito nei condotti uditivi; detto esame è l'impedenzometria [*non l'impedenzometria in cabina insonorizzata, ndr*] con cui si può valutare la pervietà tubarica, al momento è risultata normale.

Al punto c) ricordo che **un possibile effetto collaterale della flunarizina è la sedazione**, tanto che al paziente viene fatta assumere la sera, prima di coricarsi, però è pur vero che tutti gli individui non rispondono alla stessa maniera per cui ha fatto bene a sospenderla.

Al punto d) esprimo l'affermazione sulla mia parola d'onore che mai abbia pensato di non prendere sul serio quello che mi riferisce un paziente e tanto meno nel Suo caso.

Al punto e) ritengo che un esame per immagini (TAC o RMN) non fornisca **di norma** indicazioni utili **in caso di acufeni e, tanto meno, un esame EEG.**

Se del caso sarà cura dello specialista Neurologo richiederLe detti esami.

Per quanto attiene all'ultimo punto f) è ben difficile indicare un Centro specifico che tratti la materia in oggetto; ogni Clinica Otorinolaringoiatrica dei più importanti capoluoghi italiani può occuparsi del Suo caso e comunque nella bibliografia della pubblicazione allegata [*ACTA, numero sugli acufeni del 2000*] potrà attingere i nomi degli Specialisti mondiali che si sono interessati della materia.

Il rapporto tra medico e paziente è di fiducia reciproca, io credo di aver fatto del mio meglio e se non ci sono riuscito me ne scuso.

Nella speranza comunque di esserLe stato, sia pur minimamente, di una certa utilità riceva i miei più distinti saluti.

Dott. Graziano Brozzi
Spoleto, 28.8.2002»

3. Dr. Graziano Brozzi
Dir. Resp. Audiologia
ASL 3 SPOLETO
Spoleto, 1.9.2002

«Egregio dr. Brozzi,

innanzitutto le mie scuse per aver udito male il suo nome. Mi succede spesso, e mi sembra strano visto che il mio udito appare perfetto all'esame audiometrico. Mi accade da qualche mese di fraintendere le parole (b e p si confondono spesso in arabo, lingua che ho studiato).

Ho ricevuto con interesse la Sua lettera e mi scuso anch'io se il tono della mia lettera poteva sembrarle troppo caratteriale. Non a caso i contenuti della Sua risposta pur così dettagliata non hanno ancora spostato i termini della mia patologia in atto, ed è questo il motivo, e non la brevità del nostro colloquio post ambulatoriale, ad avermi in questi mesi così radicato nella assai dolorosa cognizione dell'incomprensione.

Io soffro da 3 mesi e mezzo, in maniera moderata da 9 mesi, di un disturbo che non giudicherei assimilabile agli "acufeni", ma non posso escludere che lo sia, dato che non sono uno specialista. Da 2 mesi e mezzo poi soffro di fischi (acufeni), che dalla metà di luglio sono PERMANENTI.

Le riflessioni che seguiranno, io spero La convinceranno della necessità audiologica e non neurologica di una serie di accertamenti che incontrovertibilmente possono delimitare la natura dei disturbi di cui soffro, ma innanzitutto di un diverso approccio tra Medico e paziente, e quindi di un nuovo colloquio con Lei. Infatti, l'approccio delle terapie psichiatriche lo si destina nell'articolo da Lei inviatomi "ai molto ansiosi ed ai depressi" (pag. 6). Sono molto più moderatamente ansioso rispetto a quanto non sia stato all'esplosione di questa patologia, e non sono depresso: ne ho sofferto per alcuni mesi tra il '95 e il '96, ma sono guarito già da allora e non ho mai seguito terapie psichiatriche, peraltro conosco molto bene i danni irreversibili di dette "terapie" sulle persone sane che la società a volte lascia distruggere dai servizi sanitari e psichiatrici delle istituzioni totali. Peraltro il neurologo qui si è posto fin da subito con un atteggiamento dilatorio e la sua latitanza (il 2/8 mi rinviava al 6/8 l'osservazione dei Rx craniali del 16/7, e a tuttora lo sto attendendo!), sicché

ci stiamo già movendo per vie legali nei confronti dell'Amministrazione Penitenziaria onde ottenere quegli accertamenti clinici che, dopo un approccio MULTIDISCIPLINARE, permettano di fornirmi quelle cure e assistenza di cui abbisogno, e ogni altra misura specifica (apparecchi mascheratori per es.) che si rendesse necessaria.

1. Parto dalla fine dell'articolo che mi ha così gentilmente inviato:

“Con le parole di Vesterager, ricordiamo in conclusione che *‘l'effetto terapeutico in sé stesso è ottimo per qualunque trattamento, purché il paziente abbia la sensazione che un medico abbia più di 10 minuti di tempo da perdere per ascoltarlo e rassicurarlo’*. Si dice poi di evitare di rappresentare al paziente l'inguaribilità della malattia, e invece io la ringrazio per avermi parlato chiaramente sulla teoria medica attuale. Ma l'articolo da Lei inviati mi suggerisce, dato che da 2 mesi sto studiando questi problemi, alcune riflessioni “senza la pretesa di individuare il filone d'oro” con cui si conclude l'articolo.

2. Se avessi la possibilità di spiegarLe a 4 occhi, con calma, l'esperienza che sto vivendo, Lei probabilmente converrebbe con me sul fatto che degli esami “più approfonditi, con macchinari che in Italia ci sono solo a Padova e a Ferrara” come Lei mi ha detto a voce, sarebbero auspicabili.

Lei non farebbe solo una verifica dovuta quindi a potermi rincontrare, ma probabilmente la Sua esperienza potrebbe essere arricchita.

Dico questo perché sono convinto che la natura del I° disturbo dei due di cui soffro abbia caratteristiche ben diverse dagli acufeni e questo per una serie di considerazioni che Le farò pervenire e che qui le accenno.

I° disturbo

a) Ho la netta impressione, che del resto era tale all'inizio del I° disturbo (mentre il II°, un classico tinnito-fischio, lo sopporto abbastanza, ha certo origine interna), che la sua origine abbia riscontro in una sorgente sonora nell'ambito carcerario, a me esterna, questo meno a Biella, di più a Livorno, e massivamente a Spoleto (anche se non come dal 1 al 10 giugno a Livorno); il carcere di Maiano-Spoleto è al centro di numerosi campi elettromagnetici e sono molto vicini i ripetitori di molte stazioni radio *come a Sulmona*).

Ho quindi optato in passato per varie sperimentazioni pratiche che attestano questa ipotesi, cioè che io sia sensibile oltre il *range* da Lei rilevato (150 Hz – 8 Khz) che era il massimo, come da Lei affermato, del macchinario nella Vostra disponibilità.

a) 1) A volte ho l'impressione che i citofoni presenti in ogni cella non siano estranei a questi disturbi, a volte sento queste voci come se si trovassero in una grande sala o in un corridoio e questo potrebbe essere derivante dall'effetto cassa sonora dei citofoni, che sono indirizzabili sulla singola cella.

[Ogni cella nelle carceri speciali è dotata di un sistema di citofono che è attivabile automaticamente dalla 'sala regia' e che quindi si trasforma sia in microfono che in altoparlante. In via teorica, "sparando" sistematicamente di notte in determinati orari via cavo messaggi subliminali oppure rumori molesti onde svegliare o destare di colpo le persone nelle celle, con rumori particolarmente secchi, si possono svegliare singole persone più sensibili a queste particolari frequenze; inutile dire che è una forma di tortura.]

Questo effetto lo noto con più precisione quando sono in una cella o stanza chiusa. Quando sono all'aperto, il “volume” di questo disturbo, non arriva al 40-50 % di quando sono all'interno degli edifici del carcere. Durante le traduzioni in furgone, non percepisco alcun disturbo. *[Invece nella traduzione da Spoleto a Sulmona il disturbo è continuato come da Spoleto a Pisa e vic.]*

a) 2) La qualità (molteplicità di persone diverse di ambo i sessi) delle voci, la variabilità dei loro toni e il collegamento non solo a ciò che faccio o che leggo e che scrivo, ma anche ai miei pensieri indiretti relativi a ciò che avviene nell'ambiente a me circostante, è variabile a seconda della mia forza d'animo. In questo senso, leggendo il “retraining”, in realtà ne deduco che credo di essere in presenza di fonti radio esterne che io odo direttamente e proporzionalmente in base al mio stato d'animo e al grado di impegno che riesco a dedicare ad una cosa o ad un'altra.

a) 3) Parlando con terzi, sento molto meno queste voci (-50% di intensità, come attenzione riesco a “staccare”).

a) 4) Mettendo tappi acustici in genere EAR o in cera, attutisco del 30% il volume.

a) 5) Mettendo una cuffia in lana in testa, attenuo queste voci del 30-40% del volume.

a) 6) Di notte, tenendo al buio più completo la cella e tappando eventuali fessure del blindato, tenendo le finestre aperte ottengo una riduzione del volume; anche appena mi sveglio sia che succeda di notte che di mattina, il disturbo riappare immediatamente.

- a) 7) Mettendo musica in cuffia da un walkman riduco del 20% il disturbo.
- a) 8) Emettendo un suono a bocca chiusa dal profondo, simile ad un “MMM”, ottengo un mascheramento temporaneo (alcuni secondi del suono).
- a) 9) Desintonizzando una radio tra due frequenze FM (pag. 5 2^a colonna), ottengo una forte riduzione delle voci (-80%), ma ho come l'impressione che tali voci “si inseriscono” nella radio stessa. Se metto le cuffie, tale impressione non viene meno, ma la riduzione è del 70-75%.
(...)
- a) 10) Riportando in sintonia la stessa radio FM la riduzione del fastidio è minore.
- a) 11) Quando mangio (masticazione) le voci paiono molto attenuate (- 60-70 %).
- a) 12) Le voci, e questo è il massimo, interferiscono ed entrano nel merito con commenti bonari o pesanti, non solo su ciò che dico, faccio o sento, ma anche su ciò che penso, leggo e scrivo, a bocca chiusa, riuscendo spesso a produrre in me distrazione, confusioni, scambi di memorie, amnesie.

Infine vi è la possibilità che tali disturbi abbiano origine in una capsula di amalgama con galena (cfr. nei siti www.luigigaudio.monrif.net/radiocomunicazioni/radioagalena.htm e www.pepper.it/num0/incred).

Ero in attesa in settimana di potermi far togliere una capsula in amalgama ma forse c'è stato un altro inghippo burocratico verso il dr. Testaguzza (dopo oltre un mese per l'autorizzazione, ed un ora e mezza di attesa per mancanza di assistenza infortunistica, non vorrei ci fosse stato qualche altro problema).

- b) Ho notato (pag. 5) che le cause dell'acufene soggettivo e dell'acufene oggettivo sono molteplici e molto diverse.

Avendo letto tutto il capitolo sull'“approccio terapeutico”, intanto mi permetto di evidenziare alcune cause in cui mi potrei riconoscere qualora anche il primo mio disturbo, (DOPO TUTTI GLI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, compresa RMN o TAC, utili ad evidenziare eventuali lesioni subcorticali e cerebrali), AUDIOMETRIA da 1 Hz sino agli ultrasuoni (ben sopra gli 8 Khz), IMPEDENZOMETRIA IN CABINA INSONORIZZATA), non potesse essere ricondotto che ad un acufene, solo a quel punto evidentemente diagnosticabile come “soggettivo”.

Soffro di lievi problemi vascolari (varicocele al testicolo sx, ho subito l'asportazione della vena safena destra nel 1997, ho evidenti segni di capillari rotti sia a livello toracico che ai piedi).

Soffro di lievi disfunzioni dell'articolazione temporo-mandibolare, sento scricchiolio quando spalanco più del solito le mandibole, a volte ho l'impressione di un accavallamento osseo.

Soffro di cefalee, più persistenti d'estate, e di cefalee più forti nei periodi invernali, che dovrebbero avere origine in queste lievi forme artritiche, che d'inverno colpiscono anche il dorso delle mani.

Soffro sin dal 1989 di cervicali e di lievi forme artritiche.

Ho una lieve scoliosi al 4° anello della dorsale sin da ragazzino.

[Ho ricevuto l'11.6.2002 un pugno diretto al giro temporale sinistro ed alcuni colpi di manganello alla testa; ho subito il 12.6.2002 uno schiacciamento prolungato della carotide durante una colluttazione con guardie carcerarie a Livorno; mi sono quindi accorto che ho dei problemi a produrre certi toni fischiando, che sono sempre stato in grado di produrre in passato]

L'articolo parla di un approccio terapeutico particolarmente complesso ed insidioso.

Il disturbo di cui soffro è fortemente “scompensato” ed influisce sulla qualità della vita, ma gli sforzi da me attuati sono riusciti a contenerlo dopo un mese di forti sofferenze (meccanismo fisiologico della tolleranza, pag. 6).

Tuttavia vi sono giornate in cui l'uso delle tecniche di rilassamento e training autogeno sono per me necessarie, a volte col rischio di “abituarmi” al disturbo, cioè di “accettarlo”, ma cerco di moderare il ricorso a questo tipo di cura perché porta ad un'accettazione della condizione di uomo incompreso nella sua sofferenza, per cui il problema di una diagnosi adeguata è per me essenziale onde evitare di cadere in qualche forma di malessere generale o addirittura di disperazione ben descritta a pag. 6.

Leggo che esiste il Tinnitus Questionnaire. Me ne può inviare subito una copia? Gliela restituirò completata.

Un disturbo che ho notato chiaramente è questo:

- parlando con gli altri in tono normale, non vengo sentito e devo quasi urlare per farmi sentire, in genere questo accade quando parlo con qualcuno dopo un periodo di silenzio, più spesso restando in cella verso l'esterno.
- Se invece sono di umore buono, alzo la voce e riesco a parlare facendomi sentire.

- [A volte dei rumori improvvisi, come due bussi sul blindato, o una voce improvvisa che mi chiama a tono normale, mi causano dei contraccolpi al cuore, come se li sentissi con molta maggiore intensità che in passato].

Gli incontri con una psicologa ricercatrice mi hanno aiutato a trovare un maggiore equilibrio in un periodo abbastanza difficile per me. Così per quanto riguarda i colloqui con l'avvocato. La lontananza dei miei compagni e l'impedimento a vari colloqui che effettuavo a Biella hanno influito. Sento molto forte l'aspetto della necessità di essere compreso in questo tipo di malattia, se è tale, ma innanzitutto di questo disturbo che, se non è riconducibile a me stesso, è una forma di tortura e di annientamento psico-fisico.

Giungendo ora al termine di questa mia, Le pongo alcuni quesiti che spero Lei potrà chiarire in un incontro per iscritto:

- Posso contare su di lei per il Tinnitus Questionnaire?
- Quale frequenza ha l'acufene di cui soffro?
(Essenziale per un apparecchio di mascheratura, che sia Microtek 321 Q o Amplifon)
- Sapeva che tra i detenuti ci sono moltissimi sordi ad un orecchio solo, ed io invece ho questo udito più che "perfetto"?
- Qual è la funzione dell'elettrococleografia?
- Conosce la terapia del dr. C. Giordano (stimolatore TENS). Secondo lei questa tecnica di elettrostimolazione potrebbe essere utile nel caso la mascheratura con un apparecchio succitato si rivelasse inutile?
- Mi può spiegare cosa sono (quali frequenze) gli ultrasuoni di basso livello? Tipo le frequenze dei telefonini?
- Qual è la Sua opinione sull'approccio multidisciplinare (otoiatra, audiologo, neurofisiologo e psicologo) presentato al Seminario Internazionale Sugli Acufeni di Portland, 1995, di cui alle pagine 19-20 dell'articolo?
- Non trova che prima di delegare ad un neuropsichiatria tale materia, occorrerebbe pensarci bene?
- Potrebbe indicarmi, nel caso di una Sua impossibilità ad affrontare questo mio problema fino in fondo, il nominativo del Primario di audiologica di Padova o di Ferrara?

Per quanto riguarda lo psicologo, ho già conoscenza di alcuni professionisti.

Psichiatri, dopo la recente esperienza, non ne voglio, li reputo pericolosi per sé e per gli altri, quando hanno un approccio folle e pazzesco verso terapie con effetti collaterali gravissimi sulle persone. Andrebbero messi, a mio parere, qualche mese in galera, per capire.

Un cordiale saluto

Paolo Dorigo, paziente (e militante comunista prigioniero)»

[Non ha mai più risposto. Ha ricevuto?]

[Dal settembre 2002 questo disturbo mi crea una parziale sordità all'orecchio sinistro, per cui ho chiesto un esame audiometrico ben più completo, sinora senza esito. 25.4.2003]

10. Capitolo NRL - Neurologia

Memorandum per il Neurologo di parte

(...)

1 – ANAMNESI VELOCE

43 anni, 1.80 altezza, peso forma 73 kg, peso attuale 65 kg (66 kg vestito), non fumo, non bevo alcolici, non assumo psicofarmaci né eccitanti di alcun tipo, ciononostante dichiaro di aver vissuto come narcotizzato a Livorno dal 1 al 10 giugno e in condizioni temporaneamente simili ancora successivamente. Assumo tè la mattina e orzo e ogni tanto camomilla la sera. Non mi faccio mancare nulla a livello alimentare, non sto facendo attività fisica da maggio, ho un'ernia dal 1997, ho una lieve scoliosi da quando ero ragazzino al 4° anello, ho le cervicali da quando avevo 30 anni, ho subito un colpo alla testa l'11 giugno e manganellate durante un pestaggio delle guardie alla cella n. 1 della sezione "osservazione psichiatrica", a giro temporale sinistro (che ho denunciato chiedendo perizia), e una lesione il 12 giugno a Livorno alla trachea all'altezza del muscolo tensore sinistro causa soffocamento durante un altro pestaggio delle guardie al magazzino lavoratori della sezione "osservazione psichiatrica". Asportazione vena safena dx nel 1997, varicocele al testicolo sx sin da ragazzino mai operato, problemi cardiaci nel 1985 durante una carcerazione a Venezia e nel giugno scorso a Livorno. Deviazione del setto nasale destro. Due ustioni gravi (2° grado alle mani nel 1977, 2° e 3° grado con operazione di esarectomia ed innesti a mani e collo nel 1996).

– 2 –

Il direttore sanitario del carcere di Spoleto si ostina a prendere sottogamba la questione, come se la situazione fosse per forza di essere di fronte a stress, e non all'origine di questi disturbi (messaggi subliminali), a dimostrazione dell'assai probabile fatto che queste pratiche siano effettuate proprio dall'Amministrazione Penitenziaria stessa e con la sua copertura di settori specifici dello Stato data l'attenzione nei miei confronti che è stata rivolta alla mia persona negli ultimi 13 mesi. Secondo i medici di Spoleto il problema è "risolto" con gli esami ORL, EEG (fatto il 27.11 a Pisa) e radiografia del 16.7, e RMN del 28.2.2003.

3 – SINTOMATOLOGIA

- 1) ACUFENE (2° disturbo, accertato e localizzato sui 1000 Hz) Fischio di natura elettrica permanente ma di intensità diversa (per la gran parte del tempo molto forte, per brevi periodi poco forte) all'orecchio sinistro.
 - 2) Attacchi di dolore localizzato acuto alle ossa temporale e parietale sx, e all'osso frontale dx, più raramente all'osso occipitale sx.
 - 3) Attacchi di dolore localizzato di natura simile a scossa elettrica alla dentatura superiore sinistra.
- IN PERMANENZA: Voci che sento sempre e distintamente in ogni locale e ambiente carcerario, – dal 15 maggio, ad eccezione che nei giorni immediatamente successivi ai trasferimenti, sia a Biella, che a Livorno e Spoleto, in forma acutissima dal 4 al 10 giugno, e stabilmente in forma pesantissima anche qui a Spoleto dall'inizio di luglio – appartenenti a persone diverse che parlano, gridano e schiamazzano anche contemporaneamente (uomini e donne asseritamente di un organo dei servizi segreti che si avvale delle strutture penitenziarie), che riescono a "capire" ciò che faccio e penso e non solo a "sentire" ciò che dico (quando parlo con qualcuno, o scrivo e leggo, in genere tacciono, a meno di quando una voce femminile "spiega" ad altri/e ciò che sto "dicendo" o "pensando", spesso alternando non solo il senso di ciò che dico ma cercando di farmi percepire che varia il contenuto specifico dei molti pensieri onde così disturbare la mia attenzione da ciò che faccio o comunque sviare i miei pensieri) e che cercano di stabilire così un dialogo in permanenza non mancando di provocarmi, offendermi ed istigarmi direttamente. Voci che riesco a coprire quasi del tutto quando le "copro" con radio AM-FM, televisore e stereocassetta contemporaneamente, dovendo però continuamente cambiare frequenza. Stabilmente a Sulmona, anche durante il viaggio. Spegndo radio e luci furgone, disturbo molto più basso (come da Pisa a Spoleto).
- 4) In giugno spesso aritmie, tachicardie e dolori acuti al cuore, fino a blocchi cardiaci (ben 6 tra il 1 e il 10 giugno 2002), l'elettrocardiogramma mi è stato effettuato il 19.6 quando la situazione di stato di narcotizzazione era parzialmente superato.
 - 5) Stato di privazione causato principalmente da insonnia causata dalla luce al neon permanente notturna, e da possibile narcosi, dal 1 al 10 giugno 2002, con astenia, non motivata da alcuna assunzione di psicofarmaci che io sappia, provocato dallo shock del trasferimento e delle condizioni in cui versavo in quella sezione: in precedenza, 6 mesi di disturbi del sonno a Biella, e in particolare dal 15 al 24 maggio 2002.
 - 6) Improvvise amnesie (di fissazione del ricordo) di fatti accaduti da pochissimo tempo. Per esempio

lavorando allo studio, frequenti salti da un argomento ad un altro, anche quando questo non è indispensabile al continuum dell'albero logico di sviluppo del ragionamento (es.citazione di un argomento o di un autore e relativa ricerca), in questo caso una specie di lavoro a ricostruzione caotica della memoria.

7) Perdita temporanea (1 mese e mezzo, fino alla metà di luglio) della memoria visiva (incapacità di ricordare i volti dei propri familiari e cari), che considero conseguente alla deprivazione dei propri effetti personali più cari (per esempio le foto e le lettere) che avevo preso alla partenza da Biella, rimasti in casellario di magazzino o in viaggio a Livorno dal 26.5 al 27.7 quando li ho riavuti (non tutti).

8) Sensazione distorta a volte dell'udito con l'orecchio sinistro, a volte cioè distingo falsamente l'origine di improvvisi rumori.

9) Difficoltà frequente di distinzione uditiva e di farmi capire se sono io a parlare, all'inizio di un approccio colloquiale con altre persone.

10) Improvvise forme di distrazione del pensiero da ciò che stanno ragionando, con improvvise sostituzioni di nomi di persone o di luoghi o fatti temporali senza che io ne conosca il motivo; a quel punto mi devo fermare per ritrovare il filo del ragionamento. Cosa che avviene spesso al computer senza precise ragioni mie.

11) Copiando a mano parti scritte di libri in appunti di studio, episodiche sostituzioni di parole (soprattutto quando queste voci mi infastidiscono di più) con altre simili ma del tutto diverse come significato.

Esempi: "assegnato" con "assegnata" e altri casi di strana conversione da maschile a femminile di alcuni termini rivolti a me stesso.

"preceduto" con "provocato".

"anche" con "che anche".

Casi di parola saltata nella frase. Date a volte che ricordo erroneamente, e devo tornare ad appunti e calendari.

Altri casi di articoli saltati.

Aggiunta di termini inutili.

12) Episodici periodi di afonia di alcuni secondi o pochi attimi. Nei 10 giorni iniziali di giugno a Livorno, durante gli "attacchi acustici" sentivo a volte la necessità di urlare ma non riuscivo ad emettere alcun suono.

13) Una cosa simile mi è capitata al termine di uno strano sogno recentemente, in un momento di dormiveglia, alla metà di agosto scorso, in cui volevo parlare con delle persone appartenenti al sogno ma che percepivo allo stesso tempo coincidenti con le "voci" ancora presenti, senza far uscire suoni dalla bocca nonostante mi sentissi stranamente sospinto a parlare a voce alta. Riguardo ai sogni, emerge recentemente come la sensazione di intrusioni estranee anche nel loro svolgimento, in particolare durante le fasi REM tra le 2 e le 5 del mattino. Poiché da sempre appunto e rifletto al risveglio e anche oltre, sui sogni che faccio, i quali spesso reiterano ambienti di realtà parallela quasi a rappresentare una ulteriore continuità esistenziale, ho notato che questa continuità negli ultimi mesi è stata fortemente interrotta e che, spesso, quando tende a riprodursi (per esempio nella mia Venezia parallela, ossia un ambiente del tutto analogo ma con strutture architettoniche diverse integrate nella struttura reale della mia città), viene interrotta più o meno bruscamente da risvegli o innesti di situazioni o soggetti estranei allo svolgimento del sogno stesso; va detto a tal proposito che nella mia esperienza onirica queste interruzioni sono molto poco presenti, od avvenivano normalmente come trasformazione lenta da una situazione urbana, per esempio, ad una di campagna, da un ambiente di lavoro ad un rapporto amoroso, da una passeggiata ad un viaggio in motoscafo pubblico, da una strada conosciuta ad una piazzola inesistente nella realtà urbana della mia città ma, insomma, con una sua logica nel sogno. Questo pare quasi mancare, soprattutto negli ultimi 2 mesi, quindi in questo caso con una accelerazione di cambiamento non desiderato e comunque non da me percepito come naturale.

14) Alcuni momenti ogni giorno di mancanza di lucidità e di stanchezza mentale.

15) Rare cacosmie (probabilmente di origine sinusite). Ho letto sui MEMS [nota 5 capitolo I] che hanno prodotto anche "nasi" microscopici, oltre che ricetrasmittenti capaci di captare ogni minima vibrazione e movimento; disponibili queste dal 1995, come documentato in: J. Emolo, *Intercettazioni di Comunicazioni e Conversazioni*, Ed. Giuridiche Simone, 2001.

11. PROCURA DELLA REPUBBLICA DI BIELLA proc. pen. 2341/2342/1365-2002

Oggetto: querela contro ignoti (art. 336 cpp e segg.) per i reati di violenza privata continuata, abuso di potere contro detenuti (art. 608 cp) e per i reati che vorrà ravvisare.

Il sottoscritto DORIGO PAOLO, nato a Venezia il 24.10.1959, residente a Biella, Viale dei Tigli 14, detenuto dal 23.10.1993, attualmente ristretto presso la Casa di reclusione di Spoleto,

precisato che:

- sin dal dicembre 2001 nella Casa Circondariale di Biella (successivamente indicata C.C.), sezione 1^a-EIV, ha sofferto di disturbo del sonno causato dal comportamento scorretto, chiassoso e, nella sua continuità, lesivo, da parte di diversi agenti di polizia penitenziaria (successivamente chiamati agenti di p.p.);
- durante i mesi successivi ed in particolare da aprile 2002 in poi (il 14 aprile il sottoscritto era passato alla cella n. 23 più vicina al corpo di guardia) tali comportamenti si sono esplicitati anche giornalmente rappresentandosi come aggravante dei rapporti formali inevitabili tra me e diversi agenti di p.p.;
- esternavo questo problema anche alla Dirigente Sanitaria, a cui chiedevo anche di poter dormire in infermeria, facendo ritorno ogni mattina in sezione nella mia cella, per una settimana. Successivamente i disturbi del riposo notturno erano di diversa natura. Dall'inizio di maggio al 15 di maggio mi convincevo che tali disturbi notturni erano percepibili in particolare all'interno della cella come se provenissero dall'esterno.
- Sicché ancora una volta, il 16 maggio 2002, cambiavo cella (n. 2) dopo aver chiesto all'Ispettore capoposto al piano terreno se fosse possibile che tali disturbi provenissero da apparecchiature elettroniche interne al blocco televisore, al di fuori della conoscenza della Direzione del carcere, ottenendo un diniego per risposta.
- In particolare, dal 16 al 23 maggio 2002, l'impedimento a dormire era pressoché totale nella mia percezione reale quanto assente nella percezione degli altri miei compagni; percepivo un paio di persone di sesso maschile che parlavano provocandomi con offese e dialogando tra loro a voce alta.

In seguito mi sono documentato sull'utilizzo di sistemi di disturbo del sonno e di annientamento psicofisico, tra i quali i "messaggi subliminali", trovandovi delle corrispondenze anche in racconti di altri carcerati.

Le conseguenze sul piano psicofisico di tali disturbi sono state gravi, dall'inappetenza alla stanchezza ed alla non usualità dei propri comportamenti, mancanza di propensione allo studio, alla tenuta della corrispondenza epistolare, ecc.

- Il giorno successivo, 24/5, denunciavo tale situazione alla Direzione della C.C. di Biella, che per le sue caratteristiche specifiche attribuivo ad un corpo estraneo posto nella mia testa non sapevo bene quando ma che potevo immaginare possibile solo in occasione di un ricovero ospedaliero. Infatti non ho mai assunto psicofarmaci in carcere e da libero in precedenza a questi disturbi. Avevo assunto 10 gocce di Valium per due sole sere nel mese di aprile 2002, come sopra detto. In tale occasione chiedevo di poter essere sottoposto a TAC cerebrale onde verificare o la presenza di corpi estranei o di lesioni cerebrali che potessero generare i disturbi che stavo denunciando e che erano tali da impedirmi di dormire, ed inoltre indicando quali agenti erano responsabili degli abusi e mobbing ai miei danni chiedendo una indagine interna.

Tale esame non mi è stato prenotato né ancora effettuato.

Ne avevo effettuato uno nell'ottobre 2000 all'Ospedale degli Infermi di Biella, alla spalla destra.

Successivamente venivo trasferito in "osservazione psichiatrica" (148 cp) presso il corrispettivo reparto della C.C. di Livorno, dove sin dal 28.5.2002 e successivamente, richiedevo nuovamente di effettuare tali esami.

- I disturbi che avevo accusato a Biella, ritornavano dopo un paio di giorni dall'arrivo a Livorno, e più potentemente, grazie forse anche alle condizioni detentive che erano tipiche di un "lager" (soprattutto per la luce al neon notturna sugli occhi – "blindato aperto anche di notte" – e per le indescrivibili condizioni in cui si poteva dormire su lenzuola di carta e materasso in gommapiuma senza neppure il conforto della finestra data dalle grate che erano apposte all'interno della cella rispetto alle sbarre e non all'esterno delle stesse – cella n. 1 – nonché per la possibilità di stare all'aria da solo per non più di 50-55 minuti al giorno, dopo circa una settimana di permanenza, e si traducevano in dieci giorni circa (dal 1 al 10 giugno) di inappetenza, inattività, mancanza di completa lucidità e percezione del sonno, tanto da farmi sospettare in una successiva lettera al mio avvocato Battain Emanuele di Venezia, di essere stato oggetto di iniezioni di

sedativi (è peraltro riscontrabile nella Cartella Clinica di detto reparto, che riceverà in copia, che neurolettici, bzp e tranquillanti in quantità mi erano stati prescritti “in caso di necessità”).

Ho appunto verificato che in detta cartella clinica non è stata annotata la somministrazione di un antinfiammatorio per l'orecchio sinistro, e quindi che, a parte un caso, in seguito a uno dei due pestaggi (11.6 e 12.6) da me subiti a Livorno – [dopo quello avvenuto anche se in forma più lieve, che qui denuncio, alla presenza dell'ispettore capo Verrengia Emilio e degli agenti della scorta e a quanto ricordo anche dell'agente Mezzacapo Domenico, alle ore 7,20 circa nella cella di fronte alla matricola] – il primo dei quali da me denunciato alla Procura della Repubblica di Livorno il 12.6.2002, non è stata mai annotata alcuna somministrazione di psicofarmaci e si è scritto che mangiavo e dormivo regolarmente anche quando non ho preso niente dal carrello dell'amministrazione né ho acquistato nulla al sopravvitto, per circa una settimana. Mia madre si rese conto delle mie condizioni venendo a trovarmi a colloquio il 07/06/2002.

- Successivamente, anziché fare ritorno, come da me auspicato per ragioni affettive con i miei compagni, alla sezione 1-A della C.C. di Biella, venivo assegnato, contro il disposto del Magistrato di Sorveglianza che prevedeva il ritorno in istituto dopo l'accertamento psichiatrico, alla Casa di Reclusione di Spoleto.
- A Livorno, nei primi dieci giorni di giugno, risentivo di numerose tachicardie ed acuti dolori al cuore, e li denunciavo anche il 7 giugno, ma l'elettrocardiogramma mi veniva effettuato solo il 19 giugno dopo che mi ero ripreso e mi trovavo in una cella (n. 6) senza rete alla finestra (dall'11 giugno).

Alla partenza da Livorno, il 27 giugno, mi venivano sottratti alcuni effetti personali e documentazione personale di natura politica, che denunciavo con querela un mese dopo, all'arrivo delle cose residue rimaste lì, alla Casa di Reclusione di Spoleto.

Qui reiteravo, sinora senza effetto, le richieste di effettuare anche a proprie spese i seguenti esami:

- **TAC cerebrale** per verificare la eventuale presenza di alterazioni o di corpi estranei in grado di generare disturbi uditivi rilevanti quali quelli sofferti dallo scrivente sin dal 15-16 maggio 2002 nella cella n. 2 della sezione EIV 1-A della C.C. di Biella e quindi anche successivamente sino ad oggi nelle celle da me abitate sia a Livorno che a Spoleto.
- **Risonanza magnetica** per i medesimi motivi nonché per appurare eventuali alterazioni cerebrali nell'equilibrio elettrico dello stesso.
- **Visita specialistica otorinolaringoiatria** per appurare l'origine del secondo disturbo uditivo più recentemente intercorso, come evidenziato nella richiesta di perizia medico-legale dal sottoscritto inoltrata alla Procura della Repubblica di Livorno nel merito della querela del 12.6 a causa di un colpo subito direttamente sopra l'orecchio sinistro, che ancora oggi risente di frequenti infiammazioni.
- **Esame audiometrico ed impedenzometria in cabina insonorizzata** onde verificare il grado di sensibilità ai suoni.
- **Autorizzazione ad un dentista di fiducia** di Spoleto per visita odontoiatrica. (autorizzazione notificatami subito dopo la presentazione di questa denuncia).

Detti esami **non** mi sono ancora stati non solo effettuati ma nemmeno richiesti, a parte forse l'esame otorinolaringoiatrico, mentre mi è stata effettuata una serie di tre radiografie craniali qui a Spoleto.

Per questi motivi

dato il persistere del disturbo e dell'incertezza circa la sua origine dolosa, stanti le modalità in cui lo stesso è stato dal sottoscritto vissuto nella C.C. di Biella dal 15 al 23 maggio 2002 oltre a sistemi di mobbing più velati (attuati dalla custodia o meglio da parte di esse in detto carcere), mi obbligano, vista la non effettuazione di detti esami clinici oggettivi che potrebbero chiarire od escludere la natura neurologica dei disturbi da me vissuti e subiti tuttora, a procedere nei termini temporali di legge, dopo aver inutilmente denunciato verbalmente gli stessi a più riprese agli organi competenti del carcere di Biella, a proporre querela, nominando miei difensori di fiducia gli avvocati Vittorio Trupiano del foro di Napoli ed Emanuele Battain del foro di Venezia.

Mi riservo di inoltrare nel merito ulteriore documentazione.

Distinti saluti

Paolo Dorigo

Spoleto, 16.8.2002, venerdì.

12. GUERRA SPORCA E RESISTENZA

Biella, 11.4.2002

Nelle settimane immediatamente successive l'azione rivoluzionaria del 19.3.2002, c'è stata una nuova campagna di propaganda e repressione contro i prigionieri rivoluzionari. In questo quadro, il 20.3 mi è stata sequestrata documentazione politica pubblica e tutti i miei scritti politici degli ultimi 20 anni (dei quali 12 passati in carcere) con modalità barbare di fatto (devastazione) e di diritto (mancata descrizione dei documenti). Ho impugnato il sequestro ed il 3 aprile sono andato al Tribunale del Riesame di Bologna che si è riservato la decisione. ...

[negativa al 16.4.2002 con possibilità di avere copia degli atti sequestrati ex art. 258 CP, copia ricevuta a settembre dal mio avvocato]

Il 29.3 sono state perquisite la mia abitazione e quella dei miei familiari, senza alcun sequestro significativo [corrispondenza, riviste] a parte materiale informatico per lo più della mia professione da libero, di nessuna attinenza ai fatti.

Il 4.4 su decreto questa volta peraltro assai ambiguo, della Procura di Torino, mi è stata sequestrata la macchina da scrivere Olivetti 25, e sono stati sequestrati dischi di computer del carcere in uso in una saletta comune della sezione (decreto del 28.3.2002). Ho sporto querela il 9.4.2002 per il sequestro come abuso di potere presso la Procura delle repubblica di Biella.

Sempre il 4.4. ho colpito con un pugno un agente DIGOS di Torino e sono tuttora in attesa di ricevere una denuncia nel merito, nel frattempo sconto 15 giorni di sanzione disciplinare di esclusione dalle attività in comune e mi è stato anche vietato di ricevere una nuova macchina da scrivere dall'esterno.

Il 8.4 mi è stato notificato il trattenimento della censura di una decina di plichi indirizzati ad organi di informazione contenenti il documento che avevo consegnato in aula il 3.4 a Bologna – senza ricevere peraltro a tutt'oggi denuncia di apologia di reato – [documento successivamente pubblicato su "Il Bollettino dell'ASP" n. 68] con il quale come militante comunista davo il mio sostegno alla offensiva rivoluzionaria in atto. Ho sporto querela anche contro questo sequestro [nei confronti del Magistrato di Sorveglianza dr.ssa Del Piccolo di Vercelli] presso la Procura generale della repubblica di Torino.

Nel frattempo continuo ad essere un sequestrato politico, di fatto e di diritto (cfr. Commissione Europea dei Diritti Umani 9.9.1998, Comitato Ministri UE risol. interinale n 99/158 e 2002/30), mentre riaffermo la mia resistenza all'annientamento carcerario ed alle provocazioni di stato, come militante comunista prigioniero.

Paolo Dorigo

13. DIREZIONE CASA CIRCONDARIALE DI BIELLA RECLAMO EX ART.35 LEGGE 26.7.1975

Il sottoscritto DORIGO PAOLO, prigioniero comunista, ristretto presso la Casa Circondariale di Biella, propone il seguente

RECLAMO

- In data 16 aprile gli veniva notificata, (mentre scontava una sanzione di “esclusione dalle attività in comune” di 15 giorni), una decisione del Consiglio di Disciplina del predetto Istituto con la quale gli veniva disposta la sanzione della “esclusione delle attività ricreative e sportive” di 7 giorni per un ulteriore rapporto.
- In data 20 aprile l'ispettore Gambella Giovanni del reparto EIV ove il sottoscritto è recluso gli comunicava che la precedente sanzione ai sensi dell'art.39 legge 26.7.1975 n.354 sarebbe terminata domenica 21 alle ore 13 e che il giorno seguente sarebbe iniziata un'altra sanzione.
- Sempre il 16 aprile, l'agente incaricato di comunicare la sanzione, su richiesta del sottoscritto, si recava al piano terra ove si svolgeva il Consiglio di disciplina e comunicava a voce alta con il sottoscritto che effettivamente la sanzione consisteva nell'esclusione dalle attività della socialità pomeridiana, della palestra e del campo sportivo [*che non avevamo*].
- Invece in data 22 aprile, dopo che la mattina ero andato regolarmente all'aria con i compagni, alle 13 mi veniva fisicamente impedito di accedere al passeggio della sezione dalle guardie e venivo informato dall'Ispettore Gambella Giovanni e dal capo-posto al piano terreno che la sanzione era della esclusione dalle attività in comune, compresa l'aria dei passeggi, invitandomi ad accedere al passeggio degli isolati. Rifiutavo e facevo ritorno in cella dove avevo modo successivamente di mostrare copia della disposizione disciplinare. Ma questo non era sufficiente a far comprendere l'abuso che si stava commettendo, argomentando con “noi abbiamo ricevuto disposizioni diverse”, e “non c'è differenza tra una e l'altra denominazione” (!!!) delle sanzioni.

Biella, 22.4.2002

Paolo Dorigo

[Il giorno dopo lo stesso “responsabile” della sezione riconosceva a voce alta alle 8,45 in sezione “Ha ragione Dorigo” e potevo accedere ai passeggi. Se avessi reagito in qualche modo il giorno prima, avrei certamente subito un pestaggio e la cosa era palese]

14. DICHIARAZIONE DI LOTTA E DI SOLIDARIETÀ

(pubblicata su “La nuova provincia di Biella”, 18.5.2002, “Linearossa”, 19.6.2002, “Il Bollettino dell’ASP” n.68, giugno 2002)

Ai Compagni e alle Compagne

A chi lotta contro lo sfruttamento capitalista e contro l'imperialismo.

Mi impegno da oggi 12 maggio 2002 ad intraprendere uno sciopero della fame della durata di una settimana nel quale assumerò solo acqua e liquidi zuccherati, iniziativa che ripeterò

[successivamente come rifiuto del vitto dell'amministrazione viste le mie non ottime condizioni di salute: rifiuto che dal 8.7.2002 è permanente e ad oltranza]

iniziativa che ripeterò ogni mese fino all'ottenimento dei seguenti obiettivi:

- 1 – fine dello stato di provocazione attuato nei miei confronti da parte della custodia di questo carcere speciale di Biella!
- 2 – ripristino delle condizioni di agibilità politica (macchina da scrivere, sala computer) in questa sezione speciale 1ª del carcere di Biella!
- 3 – restituzione dei miei scritti sequestratimi il 20 marzo 2002 da parte della polizia politica o comunque quantomeno di copia di questi (come da art. 258 CPP) nell'attesa.
- 4 – apertura di una commissione parlamentare per l'inchiesta sulle vessazioni e sulle violenze attuate da parte della custodia nelle carceri a partire dagli episodi di Parma e Sassari della primavera 2000 in poi!
- 5 – abolizione degli articoli 14 bis, 4 bis e 41 bis dell'ordinamento penitenziario!
- 6 – apertura di una commissione parlamentare per l'istituzione della condizione-status di prigioniero politico!
- 7 – fine del silenzio stampa sul processo-farsa a cui sono stato sottoposto e alle sentenze e pronunciamenti per passare ai fatti, alla cancellazione di tutti i processi effettuati fuori dalla normativa di diritto internazionale!

Come militante comunista prigioniero, RIAFFERMO la centralità della solidarietà militante come parte dell'espressione rivoluzionaria ed antimperialista.

[E infatti è stato proprio questo tipo di materiale, data l'attività ora forzatamente interrotta temporaneamente delle traduzioni, ad essere stato saccheggiato al mio trasferimento da Livorno a Spoleto]

Nella condizione della prigionia, questa deve essere la base fondamentale di ogni pratica di tutti i comunisti.

A questo si aggiunge il fatto che la situazione pesantissima ed indescrivibile vissuta da tutti i popoli del mondo in lotta per la libertà, l'indipendenza e il socialismo, dalla Palestina alla Turchia, dal Nepal al Perù, dalla Colombia all'Asia Meridionale, dal Messico all'Africa, rende i comunisti prigionieri di tutto il mondo, responsabili di dare il loro contributo solidale CONTRO l'imperialismo, la violazione dei diritti umani dei popoli in lotta, la guerra imperialista, e contro la normativa “anti-terrorismo” recentemente atta propria anche dall'U.E.!

Paolo Dorigo

militante comunista prigioniero

12 maggio 2002 XXV anniversario dell'assassinio della compagna Giorgiana Masi

15.a PROCURA DELLA REPUBBLICA DI LIVORNO proc. pen. 4647/2002

e per conoscenza: Direzione Casa di reclusione di Spoleto
Direzione Casa circondariale di Biella

Oggetto: richiesta perizia medico-legale su querela di parte del 12.6.2002 contro ignoti agenti di polizia penitenziaria.

Il sottoscritto DORIGO PAOLO, nato a Venezia il 24.10.1959, residente a Biella, attualmente detenuto nella Casa di reclusione di Spoleto,

nel merito della querela avanzata oralmente alla Vostra attenzione il 12.6.2002 sul pestaggio subito nella cella n. 1 del reparto di "osservazione psichiatrica" della Casa Circondariale della Vostra città;

rilevato che il sottoscritto ha accusato di recente un'accentuazione dei disturbi uditivi di cui ha iniziato a soffrire alla metà di maggio di quest'anno, accentuazione consistente in un fischio permanente all'orecchio sinistro, al quale ha anche avuto un'inflammazione;

rilevato che nel corso del pestaggio subito nella cella n 1 nel suddetto reparto, già denunciato alla Vs. attenzione, il sottoscritto ha ricevuto, in detta occasione, un pugno diretto dall'alto verso il basso con le nocche della mano destra da un agente di polizia penitenziaria, mentre si trovava disteso a letto ed immobilizzato da altri tre agenti di polizia penitenziaria;

chiede di poter essere oggetto di perizia medico-legale al proprio apparato uditivo sinistro, e per confronto, destro, nonché di elettroencefalogramma e di risonanza magnetica, avendo ricevuto anche colpi di manganello sulla testa, onde verificare un'eventuale invalidità o meno dello stesso, acquisita in seguito a tale trauma che, denunciato al medico di guardia la sera stessa dell'11.6.2002, quando lo stesso medico si era recato a verificare il mio stato presso la cella n 6 di detto reparto, non risulta comunque apportato su alcuna cartella clinica di detto istituto, come ora il sottoscritto ha già potuto constatare di persona.

Il sottoscritto fa presente comunque anche di soffrire di disturbi, ora aggravatisi, a tale apparato uditivo, sin dalla metà di maggio 2002 quando era detenuto nella Casa Circondariale di Biella, disturbi aggravatisi sia dopo il pestaggio suddetto, sia nelle ultime settimane, senza che il sottoscritto abbia ancora avuta la possibilità di effettuare gli esami clinici già prescritti dal direttore sanitario della Casa di reclusione di Spoleto.

Spoleto, 09.08.2002

[Nessuna risposta]

15.b PROCURA DELLA REPUBBLICA DI LIVORNO

Oggetto: querela contro ignoti ufficiali ed agenti di polizia penitenziaria per abuso di autorità nei confronti di detenuti (608 CP) e omissione di atti d'ufficio

Il sottoscritto DORIGO PAOLO, nato a Venezia il 24.10.1959, residente a Biella Viale dei Tigli 14, detenuto in espiazione di pena, fine pena 23.4.2007, assegnato presso la sezione EIV della Casa Circondariale di Biella, attualmente post d'arbitrio in "osservazione psichiatrica" presso la Casa Circondariale di Livorno, fin dal 25.5.02 [26.5.2002, ndr], militante comunista prigioniero,

RIAFFERMA

quanto contenuto nella querela dettata a voce ex modello IP1 ad ufficiali di p.g. della Casa Circondariale di Livorno il 12.6.2002, querela per la quale ha provveduto a nominare l'avv. Emanuele Battain del foro di Venezia,

EVIDENZIA

ulteriormente l'uso ed abuso di sedativi,

[Ero all'epoca ancora stremato dalla condizione umana di narcotizzato a mia insaputa – cosa di cui ho la certezza ma non le prove del come sia stato possibile – o contro la mia volontà, come il 12.6.2002 dopo le botte prese dopo la mia denuncia, delle quali porto ancora traccia nella lesione interna alla carotide che non mi è stata rilevata in alcuna visita medica ma che ancora si fa sentire dopo poco che parlo a voce alta e quindi quando deglutisco, in cui mi ero trovato a dover vivere dopo pochi giorni dal mio arrivo, circa dal 1.6 al 10.6.2002 allorquando ho vissuto in una condizione subumana di semiparalisi, disappetenza e impossibilità a dormire data la luce al neon sugli occhi mentre stavo in una branda con lenzuola di carta ridotte a brandelli, rinuncia all'oretta scarsa di aria da solo che mi era concessa, dolori intensissimi al cuore, alla testa ed ai denti – come da scosse elettriche]

l'assenza di possibilità in questi luoghi, l'assenza di possibilità di incontro con il Direttore Sanitario e persino con il Direttore di Istituto nonostante la richiesta di reclamo orale ex art.35 O.P., e tanto più la necessità dello scrivente di far ritorno quanto prima all'istituto di origine (Biella) onde poter provvedere ad alcuni esami clinici che nulla hanno a che vedere con problemi di natura psichiatrica.

INOLTRE DENUNCIA CHE

un pacco corriere SDA, contenente alimenti, la cui nota d'arrivo è stata notificata al sottoscritto il giorno sabato 15/6, non sia ancora stato consegnato allo scrivente, ravvisandosi in ciò i reati di cui in oggetto. Anche nel merito di questa seconda denuncia nomina proprio difensore di fiducia l'avv. Emanuele Battain del foro di Venezia, e proprio domicilio legale presso la Casa circondariale di Biella.

Livorno, 18/6/2002 (passato per censura ed inviato il 21.6.2002, consegnato il 24.6.2002 per raccomandata n.00467184943-6 PT Livorno Piazza grande)

Paolo Dorigo

16.a PROCURA DELLA REPUBBLICA DI LIVORNO

Oggetto: querela per i reati di: furto e omissione di atti di ufficio contro ignoto agente di polizia penitenziaria

Io sottoscritto DORIGO PAOLO, nato a Venezia il 24.10.1959, residente a Biella Viale dei Tigli 14, già residente a Milano, in atti detenuto in espiazione di pena nella casa di reclusione di Spoleto, dal 26.5.2002 al 27.6.2002 detenuto presso la casa circondariale di Livorno,

POSTO CHE

- A) In partenza da Biella, il 26.5.2002, portavo con me 5 borse di effetti personali, in una delle quali ben 7 cartelle di documenti giuridici, politici e di documentazione.
- B) All'arrivo a Livorno, potevo portare con me alla cella n. 1 della sezione di "osservazione psichiatrica" C-1-1° piano, solo alcuni effetti personali. La perquisizione, accurata e limitativa, non comprendeva la registrazione di tutti i miei effetti che rimanevano al magazzino. Il 31.5 poi mi si permetteva di scendere al casellario di magazzino dove potevo prendere alcuni effetti personali, tra cui alcuni documenti cartacei che mi venivano consegnati a parte dopo il controllo dal responsabile del magazzino.
- C) Successivamente quasi tutti i miei effetti personali, dopo una protesta l'11.6.2002 che danneggiava esclusivamente il bagno della cella n. 1 e il mio successivo spostamento alla cella n. 6, ad eccezione di alcuni capi di vestiario che il comandante mi concedeva, accompagnandomi nel locale della cella n. 1 intatto il 12.6.2002 in occasione della dichiarazione a verbale di una querela per il pestaggio da me subito appunto il giorno precedente, venivano portati al casellario un'altra volta, ancora una volta senza registrarne alcuno nell'apposito registro di carico.
- D) Alcuni giorni dopo, intorno al 16.6.2002, potevo riprendere con me lettere, biancheria e oggetti di igiene personale.
- E) Il giorno 23.6.2002 venivo spostato alla sezione EIV. Non mi si permetteva ancora di ritirare il resto dei miei effetti personali che chiedevo di poter portare con me dato che al di là della classificazione mi trovavo allora in una sezione ordinaria.
- F) Il giorno 26.6.2002, precedente alla partenza, non mi si chiamava al casellario di magazzino per la registrazione dei beni e degli eventuali danni (il materasso da me bruciato l'11.6.2002 mi era già stato conteggiato in uscita sul libretto di conto corrente), né mi si sottoponeva alla visita medica di controllo.
- G) Alle ore 6,30 del 27.6.2002, giovedì, mi si comunicava di prepararmi la roba perché partente.
- H) Alle ore 7 mi trovavo al piano terreno, accompagnato da un agente di guardia della sezione EIV (C-2-1° piano), di fronte al casellario di magazzino con due sacchi di roba. Le mie borse erano di fronte al casellario, ma attraverso il vetro della porta notavo un sacco nero che era lo stesso che conteneva miei effetti personali, documenti giuridici e altro, portato giù l'11.6.2002 che avevo già controllato successivamente per prendervi alcune carte come detto al punto D.
- I) Chiedevo con insistenza allo stesso agente di procurarsi le chiavi del casellario perché non sarei partito senza i miei documenti giuridici personali.
- J) Nel frattempo restavo in attesa in una cella chiusa.
- K) Arrivava la scorta e fortunatamente anche le chiavi del casellario. Potevo prendere questo sacco, vedevo che era la mia roba, e mi mettevo a preparare le borse (5). Il responsabile della scorta, vista la situazione, pareva disposto a concedermi di portare con me tutti i documenti cartacei e le cose essenziali, lasciando lì una borsa con scarpe e poco altro. Invece poco dopo mi diceva che al massimo poteva concedermi di portare tre borse. Quindi mi recavo di nuovo, dal corridoio di fronte alla matricola, al retrostante corridoio parallelo di fronte al casellario di magazzino, dove sceglievo cosa prendere e cosa no. Mi accorgevo all'ultimo di due cartelle (una gialla con documenti politici sul Perù e una verde con altri documenti cartacei, tutto materiale raccolto con cura facente parte di un lavoro di ricerca che porto avanti da almeno 6 anni su questa realtà e che mi serve per completare un libro sull'argomento) che restavano in una borsa poste diagonalmente sotto un sacchetto con 2 paia di scarpe ed uno di ciabatte di lana. L'operazione di sistemazione e controllo della mia roba avveniva sotto gli occhi del caposcorta e dell'agente che mi aveva accompagnato. Partivo quindi con 5 cartelle e altro materiale, e 3 borse. Lasciavo le restanti due borse di fronte alla porta del casellario di magazzino, che è nello stesso corridoio della sezione nuovi giunti, alle ore 7,30 circa, dato che anche se avevo chiesto di lasciare le borse DENTRO al casellario, l'agente che si era precedentemente premunito di farsi portare le chiavi non aveva evidentemente intenzione di perdere altro tempo.

- L) Su mia richiesta il direttore del carcere di Spoleto consultava il direttore del carcere di Livorno per questi documenti e qualche altro effetto personale che mancavano all'appello allorquando la mia roba giungeva con pacco postale a Spoleto e mi veniva consegnata (25.7.2002).
- M) Il giorno 1.8.2002 un addetto alla matricola del carcere di Spoleto mi notificava la risposta secondo cui il giorno della partenza (27.6.2002) alle ore 12.30 tutta la mia roba veniva impacchettata ed elencata: mancavano appunto le due cartelle di documenti politici e storici, una bandiera di Che Guevara, una busta manufatta di lana con la scritta "per Paolo" contenente all'interno un braccialetto di tela manufatto.
- N) Da quanto sopra emerge che non solo la mia roba è stata quantomeno per mezz'ora od un'ora FUORI dal casellario di magazzino, ma che l'elenco della stessa è stato fatto a prescindere da qualsiasi registrazione di carico e scarico della stessa, e che mi si è impedito di assistere al controllo della mia roba giacente in casellario la sera prima della partenza come duso carcerario, o comunque di poter effettuare questa operazione con calma la mattina della partenza. Inoltre che sono stati sottratti materiali privati di valore consistente in circa un paio di settimane di lavoro di studio, raccolta e documentazione, lavoro praticamente irricostruibile perché riferito ad un arco temporale di svariati anni, documenti che erano stati oggetto già di due perquisizioni giudiziarie in cella a Biella il 20.3.2002 e il 4.4.2002 e quindi di nessun valore giuridico.
- O) Peraltro alla mancanza della visita medica si è aggiunta la sottrazione di pastiglie di poco valore commerciale, ma comunque personali perché acquistate nella casa circondariale di Biella, antistaminici Dirahist, che erano nella disponibilità dell'infermeria.

Per quanto riguarda questo procedimento nomino come nel caso della querela dell'11.6.2002, l'avvocato Emanuele Battain del foro di Venezia e mi riservo di ulteriore nomina.

Paolo Dorigo

Spoleto, 5/8/2002

[*Successivamente nominato anche l'avvocato Paolo Favini del foro di Perugia*]

16.b PROCURA GENERALE DELLA REPUBBLICA DI TRIESTE
PROCURA DELLA REPUBBLICA DI LIVORNO
PROCURA DELLA REPUBBLICA DI BIELLA

Oggetto: querela ex art. 336 CPP e segg., per i reati di cui all'art.608 CP (abuso di potere nei confronti di detenuti), mancata notifica di atto giudiziario, obbligatoria in quanto inerente misure contro la libertà della persona e le sue pertinenze, e ai reati ulteriori che la S.V. vorrà ravvisare, per quanto di propria competenza

Io sottoscritto DORIGO PAOLO, nato il 24.10.1959, residente a Biella, viale dei Tigli 14, attualmente ristretto presso la Casa Circondariale di Spoleto, detenuto definitivo, in carcere dal 23.10.1993, propongo querela nei confronti dei sottoindicati per i reati suindicati e per quanto di competenza alle suindicate Autorità, tenendo conto anche delle querele da me inviate alla Procura della Repubblica di Livorno in data 12.6.2002, 21.6.2002 e 5.8.2002 (matricola mod.IP1 casa circ.le di Livorno, raccomandata n 00467184943-6 PT Livorno Piazza Grande recapitata il 24.6.2002, matricola mod.IP1 casa reclusione di Spoleto), nonché alla Procura della Repubblica di Biella in data 9.4.2002 e 16.8.2002 (matricola mod.IP1 casa circ.le di Biella e casa di reclusione di Spoleto), per reati connessi, inerenti altri agenti e pubblici ufficiali,

contro:

dottor Pietro Montrone della Procura della Repubblica di Pordenone, di cui ignoro le ulteriori generalità;
ispettore Moreschi della Digos di Pordenone, di cui ignoro le ulteriori generalità;
isp. Sergio Mura, ufficiale di p.g. presso la Casa circondariale di Livorno, di cui ignoro le ulteriori generalità;
agente di p.g. presso la Casa circondariale di Livorno Giuseppe Giusto, di cui ignoro le ulteriori generalità;
ed eventuali altri ignoti,

per i seguenti motivi

in data 29.8.2002, in occasione di un colloquio inerente la apposizione del timbro (“visto di controllo sulla corrispondenza”) sulla corrispondenza ex art. 38 dpr 230/2000 presso la Matricola della casa di reclusione di Spoleto, apprendevo casualmente di un sequestro disposto il 6.5.2002 di miei effetti personali, eseguito a quanto so in data 16.4.2002, entrambi atti di cui ignoravo l'esistenza e che non mi sono stati notificati, disposti dalla Procura della Repubblica di Pordenone ed eseguiti dalla polizia penitenziaria della Casa Circondariale di Livorno ove mi trovavo per un trasferimento temporaneo dal 26.5.2002 proveniente dalla Casa Circondariale di Biella ove all'epoca ero ancora assegnato. Il sottoscritto infatti è classificato “detenuto ad elevato indice di sorveglianza” e i suoi trasferimenti sono disposti di norma dal D.A.P. presso il Ministero della Giustizia, quindi all'epoca del disposto (6.5.2002) la notifica doveva essermi eseguita a Biella, mentre all'epoca del sequestro (14.6.2002) doveva essermi notificata e basta.

Sono in possesso solo del verbale di sequestro di corrispondenza, mentre non posso escludere sequestro ulteriore di riviste “Bollettino” ed altre, sparite da quelle in mio possesso presso la cella n. 1 del reparto C-1-1-1 ove si trovavano i miei effetti personali, mentre mi trovavo nella cella n. 6 dello stesso reparto in seguito a protesta (11.6.2002) effettuata danneggiando il solo bagno separato della cella n. 1 suddetta, dopo un pesante pestaggio da me subito e denunciato quello stesso giorno. Ho potuto però osservare che tale verbale di sequestro fu inviato lo stesso giorno all'attenzione di tale ispettore Moreschi della Digos di Pordenone, evidentemente incaricato di effettuare tali tipi di operazioni dalla Procura della Repubblica della stessa località.

Tale verbale, recitava:

“Verbale di sequestro di corrispondenza eseguito nei confronti del detenuto DORIGO Paolo, nato a Venezia il 24.10.1959.

L'anno 2002, addì 14 del mese di Giugno, alle ore 10,40 in Livorno Casa Circondariale noi, Ufficiale ed Agente di P.G., Sergio Mura e Giuseppe Giusto, rispettivamente Ispettore ed Assistente Capo della Polizia Penitenziaria, in servizio presso l'Istituto in intestazione, diamo atto di aver proceduto, **in esecuzione al Decreto di sequestro n.7917/01 RGNR** emesso in data 06.05.2002 dalla Procura della Repubblica presso il Tribunale di Pordenone dott. Pietro Montrone, al sequestro della corrispondenza di pertinenza del detenuto DORIGO Paolo, compresa in:

Nr. 1 telegramma in arrivo;

Nr. 1 lettera contenente nr. 1 foglio manoscritti in un solo lato;

Nr. 1 lettera contenente nr. 1 foglio manoscritto in un solo lato;

Nr. 1 lettera contenente un giornale composto da nr. 8 foglio;

Nr. 1 lettera contenente nr. 1 foglio manoscritto in un solo lato;

Nr. 1 lettera contenente nr. 1 foglio manoscritto in un solo lato;

Nr. 1 lettera contenente nr. 1 cartolina illustrata.

Si allega copia delle buste contenente la corrispondenza sopra elencata.

Si dà atto, altresì, che della suddetta corrispondenza è stata estratta copia che viene trasmessa alla Procura di Pordenone e che la corrispondenza in originale è stata consegnata al competente Ufficio per essere inoltrata al destinatario.

Il presente verbale è stato redatto in duplice copia di cui una viene trasmessa alla surripetuta A.G. e l'altra consegnata agli atti di questo Ufficio.

Letto, confermato e sottoscritto in data, ora e luogo di cui sopra.

L'agente di P.G.

Ass. Giusti Giuseppe

L'Ufficiale di P.G.

Sergio Mura”

[MAI NOTIFICATOMI – COINCIDENZA TEMPORALE INIZIO TORTURE]

L'operato di cui sopra si rappresenta come pesante violazione dei diritti di difesa del sottoscritto non solo per la mancata notifica, ma poiché questo sequestro, e la sparizione certamente successiva (27.6.2002) di materiale documentale (denuncia querela del 5.8.2002 inizialmente citata) e forse anche contestuale a quel decreto, – dato che udii tramestii e spostamenti di carte nella cella n. 1 proprio quel giorno, in cui tutti i miei effetti personali, in perfetto ordine riposti negli armadietti della cella, interni ed esterni alla stessa, furono portati al casellario di magazzino dell'istituto di Livorno, (dove dopo alcuni giorni potei recuperarne, alla rinfusa, alcuni) – ATTESTANO certamente che si è effettuata non solo una perquisizione giudiziaria in mia assenza, ma anche senza darmene alcuna notizia, cosa che non si manca mai di fare in queste occasioni, come ho potuto

vedere nella Casa circondariale di Biella il 20.3.2002 e il 4.4.2002 per analoghe operazioni di p.g..

La fattispecie di reato può essere eventualmente estesa ad altri fatti, già denunciati come all'inizio di questa querela riportato, in quanto la persecuzione di una persona peraltro già detenuta da 9 anni, con diversi fatti di abusi, può ipotizzare una condizione del reato di violenza privata continuata ed aggravata, nel tempo ed in diversi luoghi, a partire dalla prima delle indagini in ordine di tempo, quindi forse quella qui concernente la Procura della Repubblica di Pordenone (2001), mentre i fatti oggetto di successive querele (19.3.2002 e altri) riguardano procedimenti del 2002 presso le Procure della Repubblica di Torino (30108/02 RGNR) e di Olona (2167/02 RGNR).

Per tale querela il sottoscritto provvede sin da ora a nominare quali difensori di fiducia, l'avv. Emanuele Battain del foro di Venezia e l'avv. Vittorio Trupiano del foro di Napoli.

Il querelante chiede se per caso in esecuzione di detto Decreto n. 7917 / 01, del quale chiede sia ingiunto alla Autorità procedente di notificargli copia da parte della Procura Generale della Repubblica di Trieste, siano stati effettuati altri sequestri e/o copie non notificate di corrispondenza, avendo riscontrato recentemente un certo accanimento censorio nei propri confronti rispetto al quale non ha mancato di inoltrare opportuno reclamo ex. Art. 35 Legge 26.7.75 alle Autorità competenti in primis il Magistrato di Sorveglianza di Spoleto.

Distinti saluti

Paolo Dorigo

Spoleto, 5/9/2002

Sono tuttora in attesa degli esami (23/XI/2002) e di un incidente probatorio per la rilevazione di segnali radio sulla mia persona, che ho chiesto a Biella alla Procura della Repubblica (dr.ssa Soffio).