

Siamo solo all'inizio di una campagna lunga e difficile, eppure in tanti – sicuramente più di 15.000 – sono scesi in piazza a Roma il 21

febbraio per dire no al disegno di legge Fini sulle droghe. Ce lo racconta **Cecilia D'Elia**, mentre **Edo Polidori** e **Henri Margaron** analizzano alcuni punti della legge relativi al bando delle droghe leggere e al trattamento. Intanto, in tutto il mondo, si moltiplicano le occasioni per discutere di droghe. Una di queste è stata il World Social Forum in India – ne parla **Anna Pizzo** – ma di droghe si è discusso anche a Bruxelles, dove in un convegno il vice-premier ceco **Petr Mares** ha illustrato la decisione del suo governo di avviare una politica pragmatica sulle droghe. E a Berna si parlerà di marijuana durante il *Cannatrade*, come scrive **Enrico Fletzer**.

IN QUESTO NUMERO

Riduzione del danno: realizzato a Torino uno studio sulla praticabilità sociale delle "stanze del consumo". Ce ne parla **Susanna**

Ronconi. Il paginone centrale è dedicato questo mese ai consumi di cocaina. Consumi "al plurale", come spiega **Claudio Cippitelli**. Con un intervento di **Luigi Manconi** e **Andrea Boraschi**.

Negli Usa, un libro spiega come scienziati e operatori abbiano contribuito a confinare il "tossico" in una sfera di alienazione. La recensione è di **Giorgio Bignami**. Segnaliamo poi la seconda parte dell'articolo di **Rodney Skager** sulla prevenzione. Infine, **Patrizio Gonnella** illustra due proposte di legge, sull'introduzione del reato di tortura e sul difensore dei detenuti, mentre **Sergio Segio** lancia ancora una volta l'allarme sui detenuti "morti di carcere".



I FINI DI URIBE

Al recente incontro col presidente colombiano, Alvaro Uribe, Silvio Berlusconi non si è presentato, preferendo il salotto di *Porta a Porta*. Si tratta dell'irresistibile *appeal* di Bruno Vespa, o il nostro premier preferisce lasciare il lavoro sporco ad altri? Sta di fatto che l'11 febbraio Alvaro Uribe è stato ricevuto dal vice presidente del Consiglio Gianfranco Fini. Per rispolverare la memoria: Uribe è il personaggio che ha dirottato i miliardi di dollari del *Plan Colombia*, fiore all'occhiello della *war on drugs* americana, contro la guerriglia e l'opposizione interna al suo regime dittatoriale. E che da tempo invoca l'amico Bush perché gli mandi di rincarzo un po' dei suoi soldati impegnati in Iraq. Il bilancio della "sua" guerra parla da sé: 72 sindacalisti uccisi negli ultimi mesi (e non dalle Farc), più di tremila morti l'anno, due milioni di persone costrette a lasciare la propria terra, migliaia di ettari avvelenati dalle fumigazioni coi pesticidi. Pare che il leader di An, che non è ancora riuscito a depositare la sua proposta proibizionista in Parlamento, si sia eccitato nello stringere la mano di questo campione della guerra alla droga, quella vera. Come si dice, va dove ti porta il cuore...

fuoriluogo.it

Accuse onorevoli

Tale Totaro, consigliere regionale di An in Toscana, ha accusato la Regione e il Comune di Firenze di propagandare l'uso di stupefacenti attraverso i siti istituzionali. La "propaganda" consisterebbe nel diffondere informazioni sul come farsi meno male con le droghe. Il Presidente Martini e il Sindaco Domenici sono accusati in realtà di disertare la guerra alla droga, preferendo difendere la salute dei cittadini. C'è ancora un'altra accusa alla Regione, quella di ospitare sul suo sito un link a fuoriluogo.it. L'assessore Carla Guidi ha replicato che si tratta del sito di un mensile che si batte per ridurre il danno e l'area di illegalità delle droghe, da cui si arriva dalle pagine del Centro di Documentazione Cultura Legalità Democratica. Grazie!

CAMPAGNA DI SOTTOSCRIZIONE STRAORDINARIA

LA CARICA DEI 122

La campagna va, bene, ma prosegue. Non si può fermare. Le risposte che ci sono arrivate sono tante: ben 110 fino a fine dicembre, per un totale di 8.000 euro, ma solo 12 a gennaio per 460 euro. Tante, ma ancora insufficienti. Siamo riconoscenti a tutti e siamo convinti che l'obiettivo si può raggiungere. Fra i segnali più incoraggianti - e fra i contributi più sostanziosi - dobbiamo mettere in evidenza la serata del 14 febbraio, organizzata al "Bloom" di Mezzago, in provincia di Milano (www.bloomnet.org). Grazie al concerto dei Punkreas, che hanno suonato per devolvere l'incasso della serata a Fuoriluogo abbiamo ottenuto una spinta importante.

Ci sono state poi diverse serate di incontro e di dibattito con la distribuzione del giornale e la raccolta di contributi. Un modo per tenere assieme l'organizzazione della campagna politica e il sostegno all'informazione che Fuoriluogo e fuoriluogo.it garantiscono. Esattamente come è nello spirito della nostra piccola impresa editoriale e politica.

Ci sono molti amministratori locali che hanno firmato l'appello "Municipi con-Finizero". Contiamo su di loro perché nei territori si organizzino altre serate e perché ciascuno si impegni personalmente, a partire dalla propria carica istituzionale, per sostenere concretamente questo progetto di informazione e di lotta politica.

Maurizio Baruffi

UN APPUNTAMENTO FISSO

Agli Amici di Fuoriluogo

Da anni l'ultimo venerdì del mese è diventato per molti di noi un appuntamento fisso anche per chi quotidianamente non compra il manifesto. Fuoriluogo è l'unico giornale che parla di "droghe" fuori dai denti e più volte ha dato anche a noi la possibilità di divulgare senza peli sulla lingua e senza restrizioni le nostre idee. Ora purtroppo Fuoriluogo rischia di chiudere, con grande soddisfazione di chi da tempo aspettava che questa voce libera e indipendente venisse messa a tacere. Qui a Napoli c'è un piccolo - ma agguerrito - gruppo di persone che vuole farvi sapere che vi è vicino moralmente ma che, soprattutto, cercherà di sostenervi materialmente, affinché l'avventura di Fuoriluogo possa continuare. Auguri di tutto cuore.

Clara Baldassarre, Marina Siconolfi,
 Tommaso Pagano, Ludovico Verde,
 Annamaria Santonicola - Napoli

PICCOLO CONTRIBUTO

Sono una giovane comunista di 12 anni, con alcuni amici e parenti ho deciso di mandare un piccolo contributo per sostenere la pubblicazione di Fuoriluogo. Auguri!

Patrizia F. e amici

UNA BATTAGLIA CHE CI UNISCE

Si può essere d'accordo, ma non su tutto? Si può in nome di questo essere presenti, ma non su tutto? A volte facciamo più attenzione ai "distinguo" e su questo rischiamo di diventare indifferenti a ciò che unisce. Le radici ed i percorsi possono essere diversi, la battaglia è la stessa. Promuovere rispetto, tolleranza, comprensione, conoscenza. Se un giornale come Fuoriluogo chiude forse, in ognuno di noi, qualcosa si sta chiudendo. Sarà, comunque la pensiamo, una parte che mancherà. «Quello che faccio è solo una goccia

nell'oceano ma se non lo facessi all'oceano mancherebbe qualcosa, anche se solo una goccia (Madre Teresa di Calcutta)».

Edo Polidori - Faenza

PROFESSIONALITÀ DA DIFENDERE

Salve, mi chiamo Daniele e ho commesso l'errore più grosso della mia vita. Di ritorno in aereo dalla Spagna sono stato trovato in possesso di 1,1 grammi di hashish e li ho consegnati spontaneamente dopo che il cane-poliziotto aveva fiutato qualcosa. Non mi era mai capitato niente di simile prima d'ora perché, di fatto, non sono un tossico incallito, tutt'altro. Mi sono da poco iscritto all'Albo dei Farmacisti (sono laureato e abilitato all'esercizio della professione) e vorrei sapere se la sanzione amministrativa che dovrò scontare può avere qualche riperc

pressione sulla mia attività professionale.

Sono nel panico. Per una ragazzata rischio di compromettere il mio futuro. Fatemi sapere al più presto qualcosa, per favore...!

Tantissimi complimenti per il vostro sito internet,

Daniele

UN MIO PENSIERO

Stiamo tornando nell'era del proibizionismo, della mancanza di libertà, la voglia dei potenti di schiacciare i più deboli. Ci stanno togliendo, piano piano che il tempo passa, sempre di più, quell'aria che si chiama libertà e senza di quella io non riesco a sopravvivere (come tutti del resto). La proposta di legge di quel «beato» di Fini, non può essere più sbagliata, non solo perché nessuno è libero di decidere della propria vita (sempre rispettando quella degli altri si intende), ma perché non risolve il problema e non aiuta a cancellare il problema della droga.

C'è bisogno di educare le persone prima di sbatterle in galera o in qualche comunità di recupero, bisogna far capire ciò che fa bene e ciò che fa male, senza prendere posizione assurde e incomprensibili.

Chiudo con un pensiero rivolto al «beato» Fini: è ora di smetterla di dire cazzate...

Lettera firmata

MIO FIGLIO CONSUMATORE

Cari compagni

Sono proprio confuso e vorrei che qualcuno mi illuminasse. Vorrei che qualcuno mi spiegasse cosa non ho colto. Ho scoperto mio figlio quindicenne consumatore di canne. Confesso d'aver provato un gran dolore, non per la trasgressione tipica di questa età, ma per non esser stato in grado di insegnargli un senso critico ed una sensibilità etica, per po-

PARATA PERIODICA MENSILE ANTIPRO DEL GICA

SERATE ROMANE

Domenica 7 marzo, appuntamento a Roma al Faro del Gianicolo alle ore 18 per la Parata Periodica, una "parata ecocompatibile senza motori a scoppio" con mini sound alimentati a batteria e trainati da bici e il suono acustico delle bande, spettacoli itineranti di giocolieri, clown e artisti di strada nel cuore del centro storico. La parata attraverserà piazza Santa Maria in Trastevere per arrivare a Campo de' Fiori, dove la manifestazione proseguirà fino a mezzanotte. Sono previsti banchetti informativi di canapai, associazioni. Organizza il Gica (Galassia Intervento Creativo Antiproibizionista). Info e adesioni: tel. 339 3393589 oppure e-mail: gica@inventati.org.

Il Gica dà anche appuntamento per la parata di **domenica 4 aprile** (con partenza alle 19.30) e, soprattutto, per la Million Marijuana March che si terrà il **2 maggio** a Roma e, in contemporanea, in altre 200 città in tutto il mondo.

ter capire che ciò che sta facendo non è sullo stesso piano del ricorrere a una buona birra, a un bicchier di vino o a una grigliata.

Stare insieme è stare insieme, punto, con le proprie attività cerebrali e fisiche, ognuno con le proprie diversità. E basta con le banalità: fa peggio l'alcol, il fumo, l'auto, la moto, il peperoncino. Stiamo discutendo di ciò che fa meno male, vi rendete conto? Ultimamente cerco di leggere e documentarmi su questo argomento, secondo me prioritario, ma ahimè non trovo traccia del mio pensiero. Per questo mi rivolgo a voi con i quali penso e spero di aver alcune affinità. Mio figlio deve essere libero anche di fumarsi una canna, se sceglie questo. Mio figlio non è più libero nel momento in cui entra in contraddizione con ciò che crede di fare e di essere. Non ci si può riempire la bocca di concetti rivoluzionari, voler cambiare il mondo, come abbiamo fatto anche noi molto tempo fa. Non si può decidere di non ac-

quistare prodotti come una nota marca di scarpe ginniche per motivi ben noti, dichiararsi "no global" e poi fumare uno spinello che prima d'arrivare alle proprie labbra, ha alimentato grandi poteri, il narcotraffico, la mafia, lo sfruttamento dei minori, la prostituzione. Si è forse complici in quel momento?

Non è una questione di illegalità, mio caro Fini. Va solo spiegato ai nostri figli che lo stare bene non va cercato a tutti i costi e con qualsiasi mezzo, poiché limitiamo la libertà degli altri. Ognuno deve fare le proprie scelte liberamente. Ma educiamo questi ragazzi alla capacità di scelta. Si può anche in libertà pagare una prostituta schiava albanese per star bene dieci minuti, ma è una scelta intellettualmente onesta?

A mio figlio non proibirò mai di fumarsi uno spinello. Mi addolora soltanto che non abbia capito quanto è stupido farlo.

Lettera firmata

Servono soldi! Davvero. Non vogliamo chiudere



I versamenti possono essere fatti negli uffici postali o attraverso bonifico bancario sul conto corrente postale n. **25917022**

intestato a **Forum Droghe**. Per il bonifico è necessario indicare

le coordinate bancarie: **CAB 7601-8 ABI 03200-3**

DISTRIBUZIONE MILITANTE

Chi desidera sostenere Fuoriluogo può farlo incaricandosi della distribuzione militante nella propria città. Le rese vanno ritirate presso il distributore nei giorni immediatamente successivi alla pubblicazione in edicola (ultimo venerdì del mese), previo accordo con il distributore stesso. Vi invitiamo perciò a scriverci per avere l'indirizzo del distributore di zona e la procedura da seguire per il ritiro: mimpallomeni@fuoriluogo.it. Questo vale per le tutte le città eccetto Roma, Firenze, Udine e Milano dove le rese vengono già raccolte.

Per chi abita a Roma:
mimpallomeni@fuoriluogo.it
 Per chi abita a Firenze o
 Udine: gzuffa@fuoriluogo.it
 Per chi abita a Milano:
mbaruffi@fuoriluogo.it

Un buon inizio

CECILIA D'ELIA

Tanti. Sicuramente più di 15.000. Il 21 febbraio ha debuttato sulla scena politica di questo paese un nuovo movimento, contro la proposta di legge Fini, contro la cultura della proibizione. «Giusto o sbagliato non può essere reato» era lo slogan di quella che dal palco è stata definita la più grande manifestazione italiana sulle politiche in materia di droghe. C'erano tanti vecchi amici, operatori del pubblico e del privato, ma soprattutto tantissimi giovani.

Dopo lo striscione di apertura, seguiva il pezzo degli operatori dei servizi, da qualcuno simpaticamente definito il *sert pride*. C'era la Cgil, il Cnca del Lazio, la comunità di Don Gallo, il Parsec, Antigone, s'intravedevano bandiere dei giovani socialisti, della sinistra giovanile, dei giovani comunisti. Riconoscevi un po' di parlamentari delle forze politiche che hanno aderito alla manifestazione e alcuni degli amministratori promotori di un proprio appello contro la legge. Ma soprattutto c'erano le reti antiproibizioniste Mdma e Gica, tanti, tanti centri sociali, a cominciare dal Forte Prenestino. Man mano che ci si allontanava dalla testa del corteo, fin troppo seria e silenziosa, la manifestazione assumeva sempre più i caratteri di festa. Come folletti riconoscevi dall'arancione della maglietta gli operatori del pronto intervento che saltavano da un lato all'altro, a controllare che nessuno si facesse troppo male.

È un buon inizio. Abbiamo visto insieme un mondo variegato, una parte della società che questo disegno di legge vuole colpire. Giovani consumatori "in erba" insieme agli operatori che portano avanti, nonostante le difficoltà economiche quotidiane, i servizi a bassa soglia, le unità di strada, la tante buone pratiche che conosciamo.

C'è un grande potenziale che va raccolto. Come è stato detto dal palco, il 21 è iniziato un percorso. Il testo della legge non lo abbiamo ancora visto depositato, ma noi siamo già in marcia. Va riconosciuto ai centri sociali, alle reti antiproibizioniste di aver lavorato per questo, di aver scelto i contenuti di una piattaforma comune, di aver cercato il rapporto con il mondo degli operatori e con le forze politiche della sinistra italiana. Altri cartelli stanno nascendo, più interni al mondo delle comunità e dei servizi. È giusto che ognuno si schieri a partire dalla propria soggettività, è importante però che tutto questo stia in rete. Abbiamo bisogno di una grande controffensiva politica e culturale. Ancor prima di cambiare la legge questo governo ha già prodotto disastri. Ha tagliato fondi, ha fatto morire servizi, ma soprattutto ha seminato intolleranza e autoritarismo, criminalizzando chi consuma, ma anche chi opera nei servizi guardando prima di tutto ai bisogni reali delle persone. Basti pensare alla campagna scatenata contro il metadone.

Dunque noi siamo in marcia. Andando al corteo con i *Fuoriluogo* da distribuire sul tram ho incontrato i Malamurga, pronti a ballare e far musica con i loro tamburi. Si sono spontaneamente offerti per la distribuzione e per raccogliere fondi per la nostra sopravvivenza. Ma noi il 21 il giornale lo abbiamo regalato, forse è stata una follia, ma è quel popolo in marcia la nostra garanzia di sopravvivenza.

FL Il sito della manifestazione
www.confinozero.it

Il mite vento dell'est

PETR MARES*

Nella Repubblica ceca, la politica delle droghe si è sviluppata a partire dal 1993, basata però più sulle opinioni e le stime di esperti che su dati complessi, poiché il sistema di monitoraggio, raccolta di dati e analisi era insufficiente. Questa mancanza di dati validi, affidabili e complessi ha lasciato spazio a molte paure moralistiche, particolarmente nei media e in una certa parte dei politici. Nel 1998, sulla base di informazioni allarmanti su un aumento drammatico del consumo di droghe illecite (poggiate più su "stime presunte" che su dati validi) si ebbe una svolta nella legislazione sulle droghe. Così, nel gennaio 1999 entrava in vigore una nuova legge che, dopo molti anni, introduceva sanzioni penali per il possesso di tutti i tipi di droghe illecite, senza tenere conto dei loro diversi rischi potenziali, sanitari e sociali, per gli individui e per la società. Per i fautori dell'inasprimento delle misure repressive, queste avrebbero portato a una minore disponibilità delle sostanze, ad una riduzione della domanda e del consumo di droghe.

Una ricerca effettuata dopo il cambiamento legislativo ha però dimostrato che non uno degli obiettivi che esso si prefissava è stato raggiunto. Al contrario, l'inasprimento legislativo ha portato al mercato nero della canapa, che prima del varo della nuova legge non esisteva, e ad un intreccio dei due mercati, quello della cannabis e quello delle droghe più rischiose.

Infine, lo studio indicava che i giovani – già prima del cambiamento legislativo – avevano cominciato a distinguere tra droghe con diversi rischi sanitari e sociali potenziali, molto probabilmente grazie ad una prevenzione valida e obbiettiva sulle droghe, e alle loro stesse esperienze e conoscenze. Di conseguenza, i trend di consumo delle droghe più rischiose si sono stabilizzati o sono leggermente diminuiti, mentre aumentano la prevalenza "life-time" e i modelli d'uso ricreativo di cannabis ed ecstasy.

In base alle conclusioni di questa ricerca, il governo ha deciso di distinguere ufficialmente tra droghe con diversi rischi potenziali, sanitari e sociali: dal 2001 abbiamo proposto di rivedere l'approccio punitivo per il possesso di cannabis per uso personale. Questa proposta è solo una piccola parte dell'intera, complessa innovazione del codice penale ceco. La ragione è che siamo convinti che la politica delle droghe debba essere realistica, e il suo scopo generale debba consistere nella prevenzione e/o nella minimizzazione dei rischi potenziali, sanitari e sociali, per gli individui e la società.

L'approccio di salute pubblica sarà il principio fondamentale della nostra futura politica sulle droghe. In preparazione del piano nazionale sulle droghe per il periodo 2005-2009, abbiamo inoltre stabilito quali dovranno essere le nostre principali priorità: da una parte, la riduzione dei rischi potenziali e delle conseguenze negative del consumo di sostanze; dall'altra, la lotta al crimine organizzato coinvolto nel narcotraffico. Come potete vedere, non desideriamo punire i consumatori.

Inoltre, gli obiettivi della futura politica delle droghe ceca, devono essere realistici – cioè raggiungibili e misurabili. Alla preparazione del piano nazionale contribuiranno direttamente 80 esperti appartenenti ai ministeri interessati, alle amministrazioni locali e ad organizzazioni riconosciute o non riconosciute, nonché rappresentanti dei gruppi di auto aiuto. La prima bozza sarà discussa dalla commissione nazionale sulle droghe e, prima di essere sottoposta al governo, sarà aperta al dibattito pubblico per un paio di mesi.

*Vice Primo Ministro della Repubblica Ceca e presidente della commissione nazionale sulle droghe. (Dall'intervento nell'ambito della giornata di studi "European Drug Policy on the Brink of Change", organizzata dal Senlis Council il 5 febbraio a Bruxelles)

PERCHÉ SONO ANTIPROIBIZIONISTA

Dedicato a Giancarlo Arnao

TRENI NO SMOKING

Informazione, libertà, responsabilità: queste sono le tre parole magiche che dovrebbero guidare le campagne contro l'abuso di qualunque droga. La proibizione crea il frutto proibito, e l'imposizione fa passare la voglia di obbedire. Viceversa, l'informazione fa ragionare e la libertà insegna ad assumere responsabilità.

Il ministro Sirchia mi dà l'occasione di spiegarmi con un esempio concreto. La pur meritoria campagna contro il fumo è arrivata infatti a una decisione drastica: dal 1° marzo, sarà vietato fumare sui treni Eurostar.

Conosco benissimo i danni del tabacco. Se fumato per anni, è una delle droghe più dannose (nelle parole di V. P. Dole: «incontestabilmente più dannoso per l'organismo dell'eroina»), e ogni campagna di informazione, ogni incoraggiamento a smettere mi trovano favorevole. Ma detto questo, sono contrario a questa proibizione, come a tutte le altre di questo tipo. Per i fumatori, oggi esistono nei treni spazi separati e forse l'unico intervento ancora da fare è far rispettare meglio l'obbligo di non fumare negli spazi comuni. Punto. Ogni passo in più è una violazione della libertà, e porta più danni che benefici.

Una persona adulta, che magari fuma da vent'anni, oggi è più che consapevole dei rischi e dei danni del fumo. Ha quindi il diritto di esser lasciata libera di decidere. Solo lei sa se il piacere che trae dal fumo è maggiore del dispiacere di avere una più alta probabilità di ammalarsi e morire prematuramente. Informiamola, continuiamo a informarla: ma fatto questo lasciamola in pace. Essere costretti a fare o non fare qualcosa non è mai piaciuto a nessuno, e non ha mai portato a niente di buono. Io non fumo: ma penso che chiedere a un fumatore di farsi Milano-Bari in Eurostar senza nemmeno una sigaretta sia solo una tortura inutile, che non lo convincerà a smettere.

I politici non possono pensare di proteggere i più sciocchi o i più incoscienti, quelli che non sanno badare a se stessi, limitando la libertà di tutti. Né si può pensare di poter mettere sotto controllo tutto ciò che può far male o è pericoloso. E non è nemmeno una questione di "messaggi positivi" lanciati ai giovani: per questo, lo ripeto, ci vuole solo informazione. Chiara, onesta, corretta, completa e convincente. Il contrario di quella che finora, quasi sempre, si è fatta sulla "droga".

a cura di **claudio cappuccino**
ccappuccino@fuoriluogo.it

Il Forum sociale mondiale di Mumbai, una città affacciata sulla modernità

UN MONDO DI ESTREMI

Anna Pizzo

Una delle prime raccomandazioni che ti fanno, appena arrivi a Mumbai (Bombay), è di stare attenta a non farti "beccare" con l'erba perché avresti grossi problemi. Durante il quarto Forum sociale mondiale, però, nelle strade e nei prati della Fiera di Goregaon, sede del Forum, di "profumi" se ne sono sentiti parecchi e si sono viste grandi nuvole levarsi dall'enorme prato durante i concerti conclusivi.

Ma una nuvola, si sa, non fa un temporale. È vero che ogni anno a Manali, nello stato dell'Himachal Pradesh, 35.000 turisti stranieri visitano la "Kullu Valley", con un boom negli ultimi anni. così che l'ottima cannabis che si coltiva (un chilo viene venduto a 22.000 dollari nel mercato internazionale), ha fatto schizzare verso l'alto il numero dei sequestri e degli arresti.

Ma c'è un'altra immagine di Mumbai, che non smette di tormentarmi: è quella dei tanti mucchietti di stracci lungo i marciapiedi della città con sotto qualcuno né giovane né vecchio che, coprendosi malamente con una sorta di asciugamano, scalda un pezzetto di carta di alluminio con dentro quel che resta del confine sottilissimo tra l'esserci e l'andar via. Non so come è l'India, Mumbai mi pare così.

È questa la città delle antinomie, è tutto il bello e il brutto del mondo. Sono gli estremi che si toccano e che producono corto circuito. Per questo il Forum mondiale è stato una esplosione "eretica" e irriverente difficile da cancellare. Ma Mumbai, 25 milioni di abitanti, è anche la città che si vuole affacciare alla modernità e perciò va a sbattere con quel che la modernità somministra: tensioni, necessità di concorrere, paura. Per questo la diffusione di sostanze "anti depressione" è in continuo aumento e gli antidepressivi sono venduti in ogni drogheria a costi bassissimi, tanto che anche "gli intoccabili" li possono acquistare.

Di questo, e di altro, si è parlato in questo quarto Forum mondiale che ha dedicato molti seminari in particolare al traffico, ma anche alla diffusione delle sostanze. Sul fronte del traffico, è stato detto

che l'India sta diventando una zona di passaggio importante nelle rotte che conducono la droga dall'Afghanistan all'Europa e al nord America. E se sono i porti del sud i maggiori centri per le spedizioni, gli affari si concludono a Mumbai, dove arriva, passando per Pakistan, Nepal e Bangladesh, l'oppio afgano. C'è anche però l'oppio coltivato nel Rajasthan e nelle province vicine, trasportato clandestinamente a Mumbai. Di recente il governo indiano ha annunciato di voler aprire alle imprese private la raffinazione dell'oppio per scopi medici, visto che buona parte dell'oppio prodotto non viene raffinato, ma sparisce mentre lo stesso governo è costretto a importarne dall'estero per venire incontro alle richieste del settore farmaceutico. L'India produce, infatti, ogni anno 700 tonnellate di oppio "legale", ma solo 122 riescono ad essere raffinate dai due centri autorizzati.

E, a proposito di imprese farmaceutiche, è stato molto istruttivo l'incontro tra il *joint manager director* della Cipla, Hamied M. K. e Vittorio Agnoletto. La Cipla è una grande industria farmaceutica indiana, che conta ben venticinque stabilimenti in tutto il paese. Venne creata dal padre di M. K. Hamied nel '56 e ora ci lavorano quattromila persone. Fin qui nulla di eccezionale. L'eccezionalità consiste in alcune notizie, fornite dallo stesso Hamied. La prima: l'India è il solo paese al mondo, con la Cipla, a produrre i farmaci antiretrovirali per l'Aids fuori dai brevetti delle multinazionali. Si chiama Triomune il farmaco o meglio in cocktail di farmaci che la casa farmaceutica indiana produce a un costo ridicolmente inferiore a quello delle multinazionali, che si aggira sui 15 mila dollari l'anno a malato. Ebbene, la Cipla lo fa pagare 140 dollari. Seconda notizia clamorosa: il Triomune non viene distribuito in nessuna altra parte del mondo, nemmeno negli Usa o in Italia perché i brevetti dei tre diversi farmaci, che assieme danno luogo al cocktail, sono di tre diverse case produttrici: la Glaxo, la Bristol e la Boering che non si mettono d'accordo sulla cessione dei loro brevetti. Terzo: probabilmente, in base agli accordi della Wto, nel 2005 neppure l'India potrà più produrlo e quindi in nessun posto del mondo sarà possibile curare l'Aids se non a prezzi proibitivi. In India i sieropositivi, attualmente cinque milioni, si infettano o per uso di eroina (soprattutto nel nord est) o per sesso non protetto.

Come in Occidente tensioni, concorrenza e paure fanno aumentare il consumo di stimolanti. Gli antidepressivi sono venduti in drogheria a prezzi bassi, accessibili anche agli intoccabili

buito in nessuna altra parte del mondo, nemmeno negli Usa o in Italia perché i brevetti dei tre diversi farmaci, che assieme danno luogo al cocktail, sono di tre diverse case produttrici: la Glaxo, la Bristol e la Boering che non si mettono d'accordo sulla cessione dei loro brevetti. Terzo: probabilmente, in base agli accordi della Wto, nel 2005 neppure l'India potrà più produrlo e quindi in nessun posto del mondo sarà possibile curare l'Aids se non a prezzi proibitivi. In India i sieropositivi, attualmente cinque milioni, si infettano o per uso di eroina (soprattutto nel nord est) o per sesso non protetto.

FL In archivio lo speciale droghe e globalizzazione: www.fuoriluogo.it

SVIZZERA

PROGETTO DI RIFORMA, RIPRENDE LA DISCUSSIONE

La prossima discussione parlamentare del progetto di riforma della legge svizzera sulle droghe avverrà in marzo al Consiglio degli Stati, che ha già approvato la proposta governativa nel dicembre 2001. La causa è il voto di non-entrata in materia dell'altra camera, il Consiglio nazionale, avvenuto nel settembre 2003. A marzo il Consiglio degli Stati dovrà dire se intende modificare il progetto di legge (per avvicinarlo all'umore del Nazionale) o se lo manterrà.

Il 26 gennaio di quest'anno la commissione del Consiglio degli Stati ha proposto di mantenere immutata la proposta di legge (depenalizzare del consumo di canapa, regolamentazione della coltivazione e del commercio). Se gli Stati seguiranno la sua proposta, la palla tornerà al Nazionale che dovrà votare per decidere ancora una volta se entrare o meno in materia sul progetto.

Se il Consiglio nazionale accetterà di entrare in materia, dovrà confrontarsi con la proposta governativa e le (lievi) modifiche fatte al Consiglio degli Stati. Se rifiuterà, il progetto cadrà formalmente e bisognerà aspettare una nuova proposta governativa. Comunque gli oppositori della riforma non hanno soluzioni alternative (nessun richiamo alla linea dura), se non uno stallone dannoso per tutti. La sessione parlamentare è prevista tra il 1° e il 19 marzo.

(matteo ferrari)

CANNATRADE 2004, LA SVIZZERA RADDOPPIA

Enrico Fletzer

In Svizzera, un paese in cui i paesaggi alpini sono divenuti ancora più verdi grazie alle coltivazioni della cannabis, il consumo di prodotti psicoattivi derivati da questa pianta è stimato in 100 tonnellate annue. Sulle Alpi la pianta ha ritrovato un clima simile a quello dell'Himalaya, e grazie agli agricoltori che con notevole entusiasmo hanno maturato una grande esperienza con l'utilizzo contemporaneo di tecniche indoor/outdoor per la produzione di *sensimilia* che ha permesso a zone di agricoltura marginale di mantenere un reddito altissimi impensabile a queste altitudini.

Oggi in Svizzera la situazione è molto cambiata da quando i primi canapisti si accorsero che la coltivazione della pianta della *cannabis sativa* non era di per sé illegale; una fattispecie giuridica prevista anche nei trattati internazionali che escludono

espressamente i semi dai divieti e che parimenti prevedono l'uso ornamentale, industriale e medico di questa pianta.

La repressione da un lato e la lenta prospettiva di una riforma fanno sì che la situazione legale della canapa sia ancora sospesa in un limbo. Ultimamente la spinta riformatrice sembra essersi rallentata, in coincidenza con le elezioni politiche che hanno premiato la destra sciovinista di Christopher Blocher, mentre in Ticino alcuni giudici tosaerba si sono avventati con forza contro i canapai rinverdendo la politica aggressiva degli Unni di Attila. "Lascia o raddoppia" sembra essere a questo punto il programma di Marco Kuhn, l'italo-svizzero direttore di Cannatrade che parte si terrà dal 19 al 21 marzo presso la Fiera di Berna.

All'ingresso del Cannatrade sono ben visibili cartelli che indicano come il consumo e il passaggio di una canna al Cannatrade sia tuttora vietato dalla legge, nono-

stante che proprio all'interno si tenga una gara di "rolling" con succedanei dell'erba. Ipocrisia ma anche realtà giuridica, dato che è vietato il consumo ma non la coltivazione: sui sacchetti profumati da 5 grammi c'è scritto qualcosa di paragonabile a «non aprire, non fumare». Ma per apprezzare la cannabis grazie ai moderni inalatori vaporizzatori non è più necessario impastarsi i polmoni: la cannabis così inalata è divenuta praticamente innocua.

La manifestazione promette un'atmosfera completamente serena e rilassata con la presenza anche di molti bambini accompagnati, accanto alle associazioni tedesche e svizzere della canapa, ma anche dell'Internazionale terapeutica Iacm, il Circo francese, la rete europea Encod, Norml dagli Usa e anche alcuni osservatori italiani di Mdma in mezzo a sfilate di moda, trombe, mostre fotografiche e di fumetti e con i grandi del settore presenti nella scorsa edizione

come Gilbert Sheldon autore dei Freak Brothers e Gerhard Seyfried fumettista e romanziere tedesco.

Quest'anno l'Italia sarà rappresentata da alcuni interventi di esponenti del mondo scientifico come il dottor Salvatore Grasso dell'Associazione canapa terapeutica e dalle prime imprese internazionali del settore che sono spuntate in Italia e in particolare a Bologna, una città in cui in pochi mesi sono sorti numerosi negozi specializzati in un contesto veramente europeo. Nella categoria espositori e grossisti, oltre alle lampade e ai sistemi di aerazione, saranno presenti anche le banche semi più importanti del mondo che curano e riproducono le differenti varietà, fornendo la base per buoni raccolti e che hanno generalmente sede in Olanda dopo che gli inventori statunitensi della *skunk* furono definiti «un popolo di analfabeti» secondo il sarcastico commento della concorrenza olandese.

Torino, una ricerca sulla praticabilità sociale delle stanze del consumo

EPPURE SI POTREBBE

Susanna Ronconi

Nel 2002, nel Coordinamento degli operatori dei servizi a bassa soglia del Piemonte, è emersa la volontà di verificare se e come sarebbe stato possibile promuovere anche a Torino l'avvio sperimentale di una injecting room. L'interrogativo nasceva dal persistere di un numero significativo di morti per overdose in città (mediamente una ogni due settimane): un numero che decresceva nel tempo, è vero, ma che rimaneva ancora troppo alto. In secondo luogo, rimaneva aperta la contraddizione tra distribuzione di materiale iniettivo sterile e la tragica realtà dei luoghi abituali di consumo, segnati da condizioni igienico-ambientali pessime: come svuotare il mare con un cucchiaino. In terza battuta, la Commissione di studio proposta dal sindaco Chiamparino nell'ipotesi di una sperimentazione si stava avviando a una soluzione "pilatesca", in sostanza chiudendo la riflessione che il picco dei morti dell'estate del 2002 aveva aperto. Torino non sarebbe stata - come avevamo sperato - la prima città ad aprire una injecting room.

Un gruppo di operatori del Coordinamento si è messo al lavoro (volontariamente) e dopo aver identificato una zona della città maggiormente toccata dal fenomeno, ha ideato un percorso di ricerca attraverso interviste strutturate. Si è voluto verificare conoscenze e atteggiamento di alcuni attori sociali potenzialmente interessati verso le politiche di riduzione del danno, la loro percezione dei rischi correlati, l'atteggiamento verso le injecting rooms, una valutazione sulla fattibilità. Sono stati intervistati 8 testimoni privilegiati e 11 consumatori. I testimoni sono: infermiere Sert; due educatori Sert; educatore di territorio; medico di base; medico del pronto soccorso; farmacista di zona; presidente di Circostrizione; magistrato della Procura; mediatore culturale di lingua araba. I consumatori sono utenti del drop in della Asl 3, e provengono da tutto il territorio cittadino.

Per quanto riguarda la riduzione del danno, è una strategia conosciuta e giudicata dagli intervistati condivisibile nei suoi obiettivi di salute e tutela della vita. L'atteggiamento degli intervistati è realistico e pragmatico, sia tra coloro che svolgono una professione sanitaria, sia tra quanti operano sul territorio.

Due sono le ragioni portate a sostegno di un approccio di riduzione del danno: la centralità della tutela della salute e la riduzione dell'impatto sociale di un consumo attuato spesso "a scena aperta". La caratteristica di "mediazione" propria della riduzione del danno viene riconosciuta dagli intervistati come possibile alternativa alle logiche securitarie.

La percezione dei danni e dei rischi correlati al consumo in particolare di eroina e cocaina per via iniettiva riguarda: contesti di assunzione (condizioni igieniche e esposizione alla visibilità); malattie trasmissibili; overdose; rischi legali; prostituzione; mix pericolosi di sostanze; danni di tipo psichico e psichiatrico; danni sociali (emarginazione). Sul piano del "danno sociale" è stato notato come l'eccesso di visibilità della pratica iniettiva ha un effetto di moltiplicazione dell'allarme sociale che a sua volta si porta dietro domande di repressione.

Gli intervistati equiparano le injecting rooms ad altri servizi di riduzione del danno e le correlano a obiettivi di salute individuale/salute pubblica e di diminuzione di impatto sociale. Gli obiettivi indicati sono: limitazione di danni sanitari, promozione di una corretta pratica iniettiva; contatto con il "sommerso", offerta di informazione sanitaria, prevenzione overdose e intervento d'urgenza, educazione tra pari; protezione dalla violenza della strada. Per quanto ri-

guarda l'impatto sociale, invece: minor visibilità della pratica iniettiva, meno pressione e relativi conflitti, minore dispersione di siringhe usate sul territorio.

Tutti gli intervistati hanno segnalato nella Asl l'ente principale di riferimento, e i Sert sono stati individuati come i servizi preposti, mentre la municipalità dovrebbe essere motore di una strategia di consenso verso la cittadinanza.

Le figure professionali necessarie sono medici e infermieri professionali, con educatori con competenze di operatori di strada e operatori pari, accreditati per il loro "sapere dell'esperienza".

I potenziali utenti sono tutti i consumatori per via iniettiva che non abbiano a disposizione un luogo privato e protetto, e dunque prima di tutto quelli in condizioni sociali disagiate. Persone senza dimora e immigrati sono stati indicati come utenti privilegiati del servizio. Unanime la necessità di collocare il servizio vicino o all'interno della scena della droga e, con qualche eccezione, per lo più appare preferibile l'ubicazione all'interno di un servizio a bassa soglia quale un drop in.

È stato chiesto agli intervistati quali potrebbero essere le maggiori difficoltà nell'aprire una injecting room sul territorio torinese. La prima riguarda gli amministratori e i politici locali, ben prima della pubblica opinione. Allarme sociale e domanda di sicurezza urbana sono il secondo fattore di difficoltà.

La legislazione vigente è un vincolo posto solo dal magistrato intervistato. Al contrario i migliori alleati sono stati indicati nel personale sanitario Asl, in alcuni opinion leaders del territorio, nel privato sociale più aperto. Le injecting rooms, dunque, sembrano agli intervistati utili, praticabili e basate su "buone ragioni". Sono però stati segnalati anche alcuni rischi: l'eccesso di medicalizzazione, il rischio di etichettare e "nascondere"; enfatizzare troppo la "buona ragione" del controllo sociale, a scapito di una politica dei diritti dei consumatori.

Infine, interrogati su una eventuale disponibilità in prima persona, fatta eccezione per un educatore di Sert, gli operatori sanitari e sociali interpellati non vedono alcuna contraddizione di tipo etico o deontologico. Tutti sono disponibili a lavorare per il consenso, anche se a volte con pessimismo, per esempio riguardo medici di base o farmacisti, che vengono descritti come non interessati.

Per quanto riguarda i consumatori, tutti sanno cos'è una injecting room, sono informati. Alla domanda «useresti in prima persona una injecting room?» la quasi totalità risponde di sì: solo uno risponde in modo negativo, senza fornire motivazione, e un secondo afferma che è utile ma non la userebbe perché ha una casa sua, agibile. Gli obiettivi riguardano soprattutto l'overdose, evitare di essere troppo visibili e rispettare la società («è giusto che le persone che non usano non vedano certi spettacoli»), nonché un aiuto pratico a chi «ha difficoltà a farsi» per le vene troppo provate. Il gruppo pone con forza il rischio del controllo da parte delle forze di polizia: è questo l'unico vero elemento di diffidenza. I più vedono la giusta ubicazione all'interno di un drop in o in strutture mobili affiancate all'unità di strada. È essenziale che siano vicini ai luoghi di spaccio, per poter essere davvero utilizzate, e in questo senso sarebbe necessario pensare a una rete cittadina di injecting rooms più che a una sola.

Personale medico, consumatori esperti e operatori pari dovrebbero, per i più, gestire una injecting room: viene descritta una sorta di "alleanza" tra medici e consumatori. Per la gestione, bastano le regole base dei drop in: no violenza, no spaccio. Alcuni enfatizzano il bisogno di pulizia: ognuno pulisca dove ha usato. Sono richieste due stanze, almeno, per il rispetto della privacy e di esigenze diverse.

La commissione di studio del Comune non ha dato il via alla sperimentazione sperata. Ma consumatori e operatori si dimostrano pragmatici e sono a favore di un servizio che tutela la salute e riduce i danni

CANAPA, I DANNI DELL'ILLEGALITÀ

Riccardo Bordoni

Sono ormai tre anni che Riccardo non è più con noi. Nell'anniversario, riproponiamo il suo intervento ad un convegno del dicembre 1995, sul tema della legalizzazione della cannabis, promosso dall'allora gruppo Progressisti Federativo della Camera. Un'analisi acuta ed equilibrata, com'era suo costume, ancora attuale nel particolare momento di scontro politico.

Nell'uso dei cannabinoidi, il problema del rischio di morte e dell'uscita dalla tossicodipendenza non si pone. Non ci sono morti per l'uso di cannabinoidi, e non si può parlare di tossicodipendenza. Ma per i consumatori, è valido l'obiettivo di "uscire dalla piazza", nel senso di uscire dall'illegalità: su questo credo che si possa parlare di riduzione del danno.

L'illegalità è un problema importante, per la cannabis. Vi offro dei dati, pubblicati il 29 novembre 1995 dalla Direzione centrale dei servizi antidroga: su 27 tonnellate di sostanze sequestrate, la parte del leone la fanno i cannabinoidi, con 18,9 tonnellate. I minori denunciati sono stati 987 e gli arrestati 536. La droga coinvolge anche persone che per la loro età dovrebbero essere oggetto di azioni di prevenzione piuttosto che di repressione.

Esaminando più da vicino la legge sulla droga, la 309/90, si colgono meglio i rischi. Il comma 5 dell'articolo 73 (che regola traffico, spaccio, cessione e coltivazione) riguarda l'ipotesi di "lieve entità". La logica della norma è chiara: prima del referendum, quando ancora era in vigore la "dose media giornaliera", se non ci fosse stato questo comma il ragazzino che deteneva un certo numero di dosi sarebbe stato condannato alle stesse pene di un mafioso trafficante. Ma il comma successivo stabilisce che se il fatto è commesso da tre o più persone in concorso tra loro, la pena è aumentata. Ciò significa che se in una macchina ci sono quattro ragazzi che si offrono delle belle canne, siamo già all'associazione a delinquere. L'85% dei denunciati lo è in virtù dei commi 5 e 6. Di questi, la quota maggiore è per eroina, ma subito dopo viene la cannabis. Perciò, se vogliamo dare delle regole che siano diverse da quelle che attualmente lo spacciatore impone, bisogna parlare di legalizzazione.

Perché oggi è lo spacciatore che pensa a come e dove la sostanza va consumata, a come e dove va coltivata. Guardiamo ai dati del consumo: nelle scuole medie, più della metà degli studenti provano la cannabis. Si deve dunque dedurre che il consumo di cannabinoidi è un problema di tipo generazionale.

Forse, la legalizzazione della cannabis si realizzerà quando la mia, la vostra generazione non ci sarà più.

Roma, 5 dicembre 1995

FL

La lista di pratiche in rete
su: www.fuoriluogo.it

Il “drogato” che è tra noi

ANDREA BORASCHI e LUIGI MANCONI

La parola “drogato”, per molti, ha un suono prossimo all’oscenità. La sua fonìa esprime qualcosa di torbido, e di torvo; quella faticosa successione di consonanti occlusive, sorde e sonore: quel ritmo – con la sua precisa e inevitabile scansione di ogni lettera – evoca ben più di quanto il termine, semplicemente, designi. “Drogato” è colui che si trova sotto l’effetto di droghe (e, *va da sé*, la definizione di “droga” è una mera convenzione culturale); ma “drogato” è anche un insulto (un vero e proprio insulto, per chi l’ha sentita – questa parola – indirizzata con spregio anche nei confronti di chi, tossicomane o meno, appaia deviante); ed è anche una condizione sociale. Di essa, il termine dialettale “tossico” rappresenta una ulteriore degenerazione semantica, tutta incardinata sulla patologia dell’assuefazione e della dipendenza, tutta concentrata su uno stile di vita *borderline*. Ecco: il drogato è colui che, a causa dell’abuso di sostanze stupefacenti, è divenuto estraneo al tessuto sociale borghese, colui che ha perso la sua *respectability*, poiché incapace di rappresentare se stesso al di fuori, o nonostante, il suo “male”. Quello stesso slittamento semantico – che ha sovrapposto, all’immagine di una persona alterata nelle sue funzioni neurali dall’uso di sostanze psicotrope, quella di un emarginato schiavo del suo abuso – impedisce oggi di classificare come “drogati” molte persone che fanno uso, e talvolta abuso, di droghe. Perché queste persone, a ben vedere, non scontano alcuna forma di emarginazione: sono perfettamente inserite nel tessuto sociale, lavorano – e talvolta svolgono professioni di rilievo e responsabilità – guadagnano, consumano e vivono in un sistema di relazioni sociali perfettamente ammissibile da quella stessa morale che marchia come “drogati” altri, e più sfortunati, assuntori di stupefacenti. Costoro sono “drogati” nel senso letterale del termine; non lo sono, se si intende invece utilizzare questa definizione gravandola di tutto il suo sovraccarico culturale.

Il caso più recente, ed eclatante, viene dall’ammissione di consumo fatta dal senatore a vita Emilio Colombo; un uomo che tanto per la sua vicenda politica, quanto per i suoi 83 anni, sta alla sociologia delle tossicodipendenze (almeno a quella meno aggiornata) come l’ornitorinco stava alle tassonomie biologiche del ‘700: un *unicum* inspiegabile e non classificabile, deviante rispetto a qualsiasi sistema classificatorio in uso. La sua vicenda rappresenta perfettamente, anche se in maniera decisamente estrema, quel che intendiamo quando scriviamo che molti consumatori di stupefacenti non possono essere definiti “drogati”: certo, non nel senso comune del termine.

Una recente ricerca dell’Istituto superiore di sanità sul profilo dei consumatori di “droghe ricreative”, ci informa che il 50,7% dei soggetti che fanno uso di questi stupefacenti ha un lavoro stabile, svolge continuamente un’attività professionale (è appena lo 0,3 la percentuale di quanti dichiarano di essere incorsi in eventi traumatici, causati dal consumo di droga, sul luogo di lavoro); che solo il 22,9% del campione d’indagine risulta disoccupato. Ci informa, altresì, che molti hanno un titolo di studio avanzato, che solo il 41,8% soffre di una condizione di dipendenza; ci dice che per lo più il consumo avviene in spazi domestici e che sono molti quelli che assumono queste sostanze da soli (al contrario di quanto si è sempre ritenuto per queste droghe, definite appunto “ricreative” e tradizionalmente consumate in ambiti di socialità diffusa). Sopra ogni altra cosa, a commento di questi dati, si deve sottolineare il loro essere frutto di un’indagine svolta attraverso i Sert; il che ci consente di affermare, senza tema di smentite, che la percentuale di assuntori di droghe ricreative perfettamente inseriti nel loro contesto sociale, la percentuale dei “non drogati”, è (molto) più ampia di quanto questi numeri dicano.

Tra i consumatori di queste sostanze, per restare ancora all’indagine svolta dall’Iss, circa il 70% fa uso di cocaina come sostanza primaria. La “droga dei ricchi” è oggi ampiamente diffusa, e il suo consumo è in costante crescita. Sono pochi, pochissimi, rispetto al totale, i “tossici” che la usano affiancandola ad altre sostanze, per attenuarne o equilibrarne gli effetti. La maggior parte dei consumatori sono “invisibili”: non sono “drogati”, non portano alcun marchio palese e riconoscibile di questo loro “vizio privato”. Non smarriscono la loro rispettabilità, non vengono emarginati. Consumano liberamente, per scelta consapevole, non costretti dalla dipendenza; e riescono, nella maggior parte dei casi, ad armonizzare questo comportamento con il resto della loro vita, senza incorrere in conflitti irrimediabili con il loro ambiente sociale, senza accusare patologie gravi o, più in generale, limitative delle loro possibilità “esistenziali”, derivate dal consumo di cocaina.

C’è, in effetti, un solo fattore che minaccia la loro integrazione sociale: la criminalizzazione di questo loro comportamento privato e la penalizzazione del consumo di droga. È quanto potrebbe accadere, se venisse approvata la “legge Fini”: una norma criminologica che rischia di creare molti più “drogati” di quanti non ve ne siano mai stati in questo paese. ■



coca & cocaina

La pianta

Ci sono due specie di coca, l’arbusto dalle cui foglie si estrae l’alcaloide cocaina: l’*Erythroxylum coca*, coltivata nelle valli amazzoniche umide di Ecuador, Perù e Bolivia, fra i 500 e i 1800 metri di altezza, e l’*E. novogranatense*, coltivata nelle montagne aride di Perù settentrionale e Colombia. L’*E. novogranatense* var. *truxillense* (detta “coca Trujillo”) del Perù era la varietà esportata in passato per la preparazione di medicinali ed è quella che ancora oggi, decocainizzata, serve alla preparazione della Coca-Cola.

La cocaina

La cocaina è il principale alcaloide della coca, contenuto nelle foglie secche in percentuale dello 0,5%-1%. Isolata da Niemann nel 1859, ha tre fondamentali azioni farmacologiche: è un anestetico locale, un vasocostrittore e – cosa che la rende desiderabile come “dro-

ga” – un potente stimolante del sistema nervoso centrale.

Il cloridrato di cocaina, che è una polvere bianca solubile in acqua, si “sniffa” o si inietta. La cocaina-base, non solubile in acqua, nella forma impura di “pasta di coca” (*basuco*) o in quella raffinata di *freebase* o *crack*, si “fuma”. Fumare ha la stessa intensità e rapidità di effetti dell’iniezione endovenosa.

Gli effetti

Una dose media di cloridrato di cocaina (sniffata) è di circa 20-40 mg. Dosi elevate possono essere pericolose. Gli effetti di una dose durano non più di 40-60 minuti per chi “sniffa”, e molto meno (10’-20’) per chi “si buca” o fuma.

Segue una più o meno veloce ricaduta verso la “normalità”, che può essere vissuta come sgradevole e

deprimente, per cui spesso si tende a ripetere l’assunzione fino a esaurire la droga disponibile.

Gli effetti sono molto variabili da persona a persona. A seconda della dose, della modalità di assunzione, delle caratteristiche soggettive e delle circostanze, vanno da una delicata euforia, spesso appena percepibile (secondo Freud, “la normale euforia della persona sana”), con senso di lucidità e di efficienza mentale e fisica, a sensazioni molto più intense. Una dose troppo alta può provocare ansia, irritabilità, tremore, fino a estrema agitazione, vomito, convulsioni, febbre alta e (per fortuna raramente) coma e morte. Specie se iniettata o fumata, la cocaina può pro-

vocare emergenze cardiovascolari, anche rapidamente mortali: arit-

FL

Le schede sulle sostanze
su: www.fuoriluogo.it

Gli stili di assunzione sono molto diversificati e spaziano dal consumo occasionale ricreativo fino alla compulsività

CONSUMI AL PLURALE

Claudio Cippitelli*

Prima scena. Un liceo classico della Capitale. Assemblea di autogestione sul tema delle droghe e sul disegno di legge governativa. Invitati due operatori, di un Sert e di un ente ausiliario della Regione Lazio. Si dibatte in merito alla giustezza o meno della riduzione a un'unica tabella contenente tutte le sostanze psicotrope illegali. Qualcuno sostiene che le droghe sono tutte uguali, gli effetti pericolosi e che fanno tutte ugualmente male. Dal fondo della sala, in un gruppetto di ragazzi e ragazze sedute per terra, una voce afferma: "Come mai dopo che mi sono fatto una canna sto bene così, mentre se ho tirato coca poco dopo ho di nuovo voglia di tirare? Non mi sembrano davvero la stessa cosa".

Seconda scena. Un centro diurno a bassa soglia al centro di Roma. È appena uscito un utente, ex tossicodipendente da eroina ed ora assuntore di cocaina come sostanza primaria. Primo operatore: "Oggi è la sesta volta che viene Mario: se continua così, con una media di 70, 100 siringhe a settimana ci fa alzare tutte le medie di distribuzione delle *insuline*". Secondo operatore: "Se continua così, altre tre settimane e scompare: non mangia, non beve, neanche l'alcool, è costantemente alla ricerca di soldi e si fa male in continuazione. Lo vedo male".

Terza scena. Ora di pranzo. Bar tavola calda vicino a un ministero. Un quarantenne con un tramezzino rucola e bresaola in mano dice alla sua accompagnatrice: "ci facciamo un regalino stasera? Un quartino?". "D'accor-

do" risponde lei, "ma non facciamo troppo tardi, domani siamo a pranzo dai tuoi".

Cocaina e policonsumi

Cocaine. Cocaina al plurale. La stessa sostanza sembra accompagnare tante vite comuni, scandendone l'esistenza tra un pranzo con i genitori e una settimana in ufficio, ma anche vite già segnate da altri abusi, da altre dipendenze. Conosciuta e apprezzata da molti giovanissimi come mai era successo nel nostro paese, si può cercare, e trovare, praticamente ovunque. Da anni le équipe impegnate in attività di prevenzione e riduzione dei rischi nei contesti del *loisir* notturno andavano affermando che lei, la cocaina, era diventata la vera regina del week-end, navigando trasversalmente attraverso le età, le condizioni socioeconomiche, il genere. Gli stili di assunzione che appaiono a questi operatori sono molti diversificati, coprendo tutto lo spettro delle possibilità, dal consumo sporadico e/o

occasionale di carattere ricreazionale sino alla compulsività, nella ricerca della sostanza e nell'uso, di coloro che manifestano forti problematiche e dipendenza. Dalla metà degli anni '90, accanto alla diversificazione dei contesti notturni, non più centrati sulla discoteca e estesa sino alle micro aggregazioni dei festini in case private, si è assistito alla assunzione di centralità della cocaina nei policonsumi, senza che questo fenomeno imponesse un adeguamento dei Sert per affrontare i nuovi bisogni di assistenza, né un potenziamento di quelle attività di prevenzione, contatto e riduzione del danno che possono garantire adeguatezza e tempestività di risposta proprio laddove i consumi di cocaina avvengono. Accanto alla cocaina del *loisir*, dei giovanissimi, degli ultraquarantenni ancora in famiglia o con famiglia, esiste la cocaina *in vena*, nuova sostanza primaria di molti tossicodipendenti *già da eroina*. Centro diurno Parsec di San Lorenzo, a Roma: su circa 110 utenti tossicodipendenti, una ventina ha virato verso la coca; nel centro diurno di Val Melaina, sempre a Roma e della medesima cooperativa, su circa 550 utenti, una cinquantina prendono siringhe per assumere cocaina. "I ragazzi ci dicono che è più buona, meno tagliata, più facile da trovare, ovunque e a qualsiasi ora - afferma un'operatrice -, dicono di vivere un effetto elettrico nel cervello assai gratificante, ma per noi rimane un mistero questo passaggio tra sostanze, l'eroina e la cocaina, così diverse. Di certo molti tossicodipendenti che trovavano nell'eroina forme di compensazione, con la coca *scompensano*, hanno atteggiamenti aggressivi e a volte deliranti, hanno una percezione del rischio pari a zero, con una bassissima cura di se. Inoltre non sappiamo bene cosa fare quando stanno male: non abbiamo un omologo del naloxone, che risolve molti casi da overdose da eroina. Sono persone difficilmente inviabili in comunità, perché rifiutano di passare per il Sert e perché non ci sono molte realtà residenziali che offrono un contenimento farmacologico.

(claudio cappuccino)

Inoltre non esiste un farmaco sostitutivo, come il metadone. In alcuni casi si è rivelato utile un ciclo di Acudetox, agopuntura abbastanza diffusa in Europa, insieme a un trattamento di psicoterapia. In realtà non abbiamo molti strumenti".

Una ricerca dell'Istituto superiore di sanità

Ora, una ricerca prodotta dall'Istituto superiore di sanità, affronta un aspetto particolarmente interessante del fenomeno, il rapporto tra le sostanze ricreative e la rete dei servizi, sia pubblici che del privato sociale, coinvolti in attività di accoglienza e cura. I ricercatori dell'Iss, Teodora Macchia, Celeste Giannotti e Franco Taggi, hanno individuato il focus del lavoro negli utenti che sono stati presi in carico, nel corso del 2000, dai 220 servizi coinvolti nella ricerca (206 pubblici pari al 40% del totale, 14 centri del privato sociale) per sostanze primarie diverse da eroina, alcool e cannabis. L'analisi si basa su 1911 schede, di cui il 72,7% risultano essere nuovi utenti, mentre il rimanente 27,3% sono persone già prese in carico; il 71,2% ha come sostanza primaria la cocaina, il 19,9% l'ecstasy, il 4,5% psicofarmaci, l'1,9% anfetamine, l'1,3% Lsd, lo 0,4% ketamina, 0,3% inalanti e lo 0,5% hanno indicato altro.

Dall'analisi delle motivazioni che hanno spinto i soggetti a rivolgersi ai servizi, i ricercatori avanzano una prima considerazione che modificherebbe "la credenza che il ricorso ai servizi per gli assuntori di ricreazionali sia dettato quasi esclusivamente da problemi legali, e dall'altro, sottolinea in maniera inequivocabile l'esistenza di un bisogno sanitario e sociale". (Macchia, Giannotti e Taggi, *I servizi e le sostanze ricreative. Una rilevazione clinica in Italia*, Franco Angeli, Milano, 2004, p. 32)

Secondo le schede di rilevazione, il 37% dei 1911

utenti si è rivolto ai servizi indirizzato da "se stesso", il 19,1% da familiari o amici, l'8,9% su impulso di problematiche sanitarie (secondo un accorpamento proposto dai ricercatori tra l'1,9% indirizzato dall'Ospedale, lo 0,5% dal Pronto Soc-

corso, l'1,9% dai Servizi di salute mentale, l'1,9% dal medico di base e alcune voci riportate in "altro"). Comunque, oltre il 30% delle persone afferiscono ai servizi per motivi legali (Prefettura 18,5%, Commissione patenti 0,7%, Polizia 0,4%, alternativa al carcere 11,4%): questo dato, vale la pena di ricordarlo, pone queste strutture in posizione eccentrica rispetto al complesso del Sistema sanitario nazionale, avendo un utente assuntore di ricreazionali su tre assistito coattivamente. Percentuale che salirebbe di molto se considerassimo anche coloro inviati ai Sert per uso di cannabinoidi.

Molto interessanti i dati relativi alla richiesta avanzata dai soggetti al momento dell'ingresso. Il 38,7% chiede di essere aiutato a smettere nell'assunzione, il 3,8% denuncia problemi di salute, il 10,6% ha necessità di sedare l'ansia. Quest'ultimo dato è particolarmente presente agli operatori delle unità di strada che quotidianamente incontrano consumatori di sostanze ricreative nei contesti di consumo. In una ricerca promossa dal Coordinamento nazionale nuove droghe e ancora in corso di realizzazione, diversi ragazzi e ragazze interpellate denunciano di soffrire di stati d'ansia anche dopo settimane dalle ultime assunzioni. In incontri approfonditi proprio questi stati d'ansia, e per alcuni il senso di persecuzione, sono causa di grande sofferenza psichica, rispetto alla quale questi giovani non dispongono di risorse adeguate da attivare, né i servizi sembrano offrirne di idonee. A tale proposito i ricercatori Iss rilevano come sarebbe importante differenziare le sedi per la prima accoglienza da quelle normalmente impiegate per la popolazione tossicodipendente, cosa che attualmente avviene solo per il 10% dei casi, perché: "Tutte le ricerche dimostrano che ciò che i giovani maggiormente rifiutano è proprio l'identificazione con il tossicodipendente". ■

*Presidente Associazione Parsec e Coord. nazionale nuove droghe

mie, infarto miocardico, emorragie cerebrali.

Il sovradosaggio acuto, inesistente per chi usa le foglie, raro per chi sniffa o "fuma", è un pericolo reale per chi usa la cocaina per endovena e soprattutto per chi la trasporta ingerendone dei contenitori (ovuli, preservativi). Non ci sono antagonisti specifici per l'overdose da cocaina, e le sole terapie possibili sono quelle di supporto.

I problemi

L'uso occasionale di dosi moderate di cocaina non ha serie conseguenze (salvo controindicazioni come ipertensione o altre malattie cardiovascolari), e su questo ben testimoniano gli scritti di Freud. Invece, l'uso continuativo a dosi elevate (si veda ad esempio il libro *Polvere* di G.C. Flesca e V. Riva) può creare seri problemi, e diventare non solo pericoloso, ma addirittura distruttivo e incapacitante. Una piccola

ma significativa minoranza di persone non riesce a consumare cocaina con moderazione, ma alterna periodi di consumo frenetico - e quindi di iperattività, veglia forzata, stimolazione ben al di là delle proprie forze - a periodi di vero e proprio crollo psico-fisico. L'uso cronico può creare (o aggravare) problemi psichiatrici: si può diventare inquieti, ansiosi, sospettosi, fino a sviluppare veri e propri deliri paranoidi in cui ci si sente controllati, seguiti e perseguitati. Sono frequenti le allucinazioni visive (scintille, luci) e tattili ("insetti" sotto la pelle); possono comparire "tic" e altri sintomi psichiatrici, fino a un quadro conclamato di psicosi tossica acuta. Soprattutto in queste situazioni, che non si possono non definire "abuso", la cocaina come le amfetamine e l'alcool può allentare i freni inibitori e facilitare comportamenti aggressivi e anche violenti.

Il bando alle droghe leggere e l'imposizione di un modello unico per la cura: questi i punti d'attacco del governo

UN'IDEA REVANSCISTA

Henri Margaron*

Qualche settimana fa, il vicepresidente del consiglio Gianfranco Fini ha finalmente presentato, con molta enfasi, la sua proposta di modifica nei confronti del Dpr 309 del 1990. Elementi qualificanti, o per lo meno così li ritengono coloro che la sostengono, sono l'inasprimento della repressione nei confronti dei consumatori di tutte e in le droghe particolare dei derivati della canapa, nonché una revisione dell'organizzazione del sistema dei servizi per la cura e la riabilitazione della dipendenza da sostanze!

Il primo aspetto della proposta si basa sulla convinzione da parte dei suoi ideatori che se il numero di giovani che fuma spinelli aumenta, lo si deve ad una politica giudicata troppo permissiva nei confronti delle cosiddette droghe leggere. Poiché non esistono differenze tra dipendenza fisica e dipendenza psichica, differenze sulle quali si fonda la distinzione tra droghe leggere e droghe pesanti, non si giustificano scientificamente atteggiamenti diversi nei confronti delle sostanze! Tale era il leitmotiv che tutti gli esponenti del governo hanno ripetuto in modo stereotipato! In ogni modo si tratta di un richiamo alla scienza a dire poco superficiale ed all'evidenza strumentale. La distinzione tra dipendenza fisica e psichica ritenuta riduttiva è stata denunciata da tempo dagli operatori stessi per non sottovalutare i danni prodotti dalle sostanze illegali ma anche legali che non provocano sintomi fisici dolorosi al momento del-

l'astinenza. Tale distinzione fu denunciata anche, e soprattutto, poiché coloro i quali stanno a contatto con chi ne soffre sanno che la dipendenza non può essere ridotta alla sua sola dimensione fisica o psicologica, ma deriva sempre da sintomie pericolose tra le persone con la loro storia personale ed il loro contesto e le sostanze con i loro effetti specifici.

Poiché le sofferenze (più o meno latenti) di un individuo non possono essere separate dalle condizioni in cui egli vive, la società deve prima di tutto interrogarsi sulle cause che portano alcuni dei suoi membri a soffrire o per lo meno ad avere più difficoltà di inserimento e quindi a ricercare

Dalla canna all'eroina è lo slogan sbagliato di San Patrignano: un messaggio centrato solo sulla sostanza

l'aiuto di alcune sostanze. Purtroppo dalla vetrina di San Patrignano dove sfilano dinanzi alle telecamere di stato, i ragazzi che recitano tutti lo stesso copione di come hanno cominciato a fumare spinelli per continuare con l'eroina fino a quando non sono entrati in comunità, inviano messaggi che traducono una visione del fenomeno unicamente centrata sulla sostanza. La dipendenza, prima di tutto, è un problema di personalità e questi ragazzi avrebbero molto più da raccontare della loro vita!

L'altro aspetto, logica conseguenza della posizione riduttiva assunta nei confronti del problema tossicodipendenza, è la minaccia più volte sbandierata nei confronti di chi somministra metadone, di

imporre un altro modello organizzativo per la cura e la riabilitazione. Premetto che il modello della stragrande maggioranza dei servizi pubblici è quello dell'integrazione e della collaborazione anche con le comunità! Comunque se la proposta mira ad offrire maggiore spazio ai servizi privati in fase di programmazione ed a concedere loro la possibilità di accogliere direttamente chi ne fa richiesta, può solo essere ben accolta, purché questo avvenga presso strutture regolarmente accreditate e con delle regole chiare. Il confronto delle idee e delle esperienze può solo giovare quando si tratta di affrontare un problema così complesso ed articolato come quello della dipendenza. Purtroppo tentare di mettere artificialmente in opposizione dei modelli che collaborano felicemente ed il tono "revanchard" con il quale viene annunciata la riforma, fa temere che non si voglia cercare di facilitare l'integrazione e la collaborazione, ma piuttosto imporre un modello per altro facilmente intuibile. Ma che potremmo proporre a tutti quelli che oggi non superano i test psicometrici imposti da San Patrignano prima di accoglierli nelle sue strutture?

Un metodo spesso utilizzato dai politici di tutto il mondo per risolvere un problema difficile è quello di renderlo invisibile. Uno dei motivi per i quali lo scenario delle persone che si presentano ai servizi pubblici e alle comunità, è cambiato in questi ultimi anni, è senz'altro legato alla costituzione dei Sert dopo il 1990. In effetti, i Sert hanno permesso e devono esserne orgogliosi, di avvicinare ai servizi emarginati, asociali, casi difficili di cui nessuno voleva farsi carico. L'accoglienza che i nostri servizi (così come molte comunità o associazioni) ha concesso loro ha consentito a molti di sentirsi un po' più cittadini, di riacquistare una certa dignità e per perfino di reinserirsi decorosamente nella società. ■

* Direttore del Dipartimento delle dipendenze dell'Asl 6 di Livorno

FL La proposta Fini e quella alternativa online su: www.fuoriluogo.it

LA PARTE «TERAPEUTICA» DEL DISEGNO DI LEGGE CONTRASTA CON QUINTALI DI LETTERATURA SCIENTIFICA SULL'USO DEL METADONE

NORME BASATE SULLA NON EVIDENZA

Edo Polidori*

Quale sarà il ruolo del servizio pubblico qualora dovesse essere approvata la proposta di legge Fini? Altri, anche in queste pagine, hanno criticato vari aspetti della legge; io mi vorrei soffermare sulla parte terapeutica (e bene sì, c'è anche una parte terapeutica nella legge). Scelgo questa parte perché la descrizione che viene data dei trattamenti a base di medicinali oppioidi (Art. 122) passa con una facilità estrema dall'ovvio al bizzarro, per non dire di peggio, nel giro di poche righe.

Primo punto: il tossicodipendente deve fare trattamenti «a dosaggi decrescenti in ogni occasione possibile». Ovvio, si potrebbe dire, se non fosse che tutta la letteratura scientifica internazionale, come noto, si basa sul fatto che i trattamenti con oppioidi dimostrano la loro efficacia se usati come terapia protratta (il termine inglese "maintenance", mantenimento, chiarisce meglio il concetto di durata). Trovo strano che il mito della Medicina Basata sull'Evidenza, vero caposaldo della pratica clinica di questi anni, venga tranquillamente buttato alle ortiche. Evidentemente non c'è evidenza scien-

tifica che tenga di fronte all'uso politico della scienza. Un paio di ricerche svedesi, contestate a livello internazionale, fanno operare delle scelte precise sui cannabinoidi mentre quintali di letteratura scientifica sui trattamenti farmacologici con oppioidi non hanno peso in ambito clinico.

Secondo punto: «I programmi devono promuovere la stabile astensione dalle sostanze illegali e permettere l'evoluzione... verso terapie a minor rischio iatrogeno e di cronicizzazione». Ovvio, si potrebbe dire, se non fosse che tutto il mondo scientifico sostiene, parallelamente al risultato terapeutico dell'astensione, il fine del miglioramento delle condizioni di salute (in tutto il mondo si chiamano programmi di Riduzione del Danno). Il compito del medico, inoltre, dovrebbe essere quello di curare una patologia che si chiama dipendenza, non quello di sanzionare comportamenti illegali. Una cosa è sostenere che il fine dell'intervento, rispetto alle dipendenze, è astenersi dall'assumere sostanze; altro è sostenere che non si devono assumere sostanze illegali. Oppure si vuole affermare che l'assunzione di sostanze illegali è "in sé" una patologia; anzi, forse è proprio questa la vera pa-

tologia, tant'è vero che di dipendenze da sostanze legali e del loro trattamento non mi risulta che si parli nella legge Fini. Cosa vuol dire, inoltre, evitare la cronicizzazione? È il trattamento che cronicizza la patologia? Penso che a volte questo possa succedere ma penso ai tanti autori qualificati e alle tante istituzioni (l'Oms, per esempio) che sostengono l'idea bizzarra che le dipendenze "sono" patologie croniche e forse interrompere le cure, ridurle e limitarle più che un atteggiamento scientifico è un comportamento delinquenziale. Vi sono persone che non riescono a stare senza il farmaco che ha permesso loro di trovare un equilibrio come vi sono persone che non riescono a vivere lontano dalla comunità dove hanno sperimentato una nuova possibilità di vita. Dobbiamo dimmetterli tutti per legge? Oppure stare a vita in una comunità va bene mentre prendere a vita un farmaco è sbagliato? È il criterio dominante della medicina questo?

Terzo punto: il sistema pubblico-privato che viene prefigurato dalla legge è un sistema che integra i propri interventi o si pone in termini di concorrenzialità? Penso sia evidente che siamo nell'ambito della se-

conda ipotesi e che invece di differenziare ed integrare si sia scelta la strada della competizione. Trovo ancora più strano che chi dovrebbe istituzionalmente sostenere il ruolo dell'intervento pubblico non perda occasione per attaccarlo. Sarebbe come se il Ministro della Salute, in ogni suo intervento, attaccasse gli ospedali e invitasse le persone a rivolgersi alle cliniche private. Come si intuisce, basta prendere un articolo qualsiasi della legge in questione (come ho fatto io) e risulta evidente come non ci troviamo di fronte ad una descrizione di un oggetto (la tossicodipendenza) ma assistiamo alla sua costruzione, per legge. La tossicodipendenza sarà quella che questa legge costruirà: un comportamento illegale, dove i farmaci devono essere usati per poco tempo, che coincide con l'esclusione sociale, e così via. Non siamo di fronte alla costruzione di un sistema di cura, ma alla costruzione di un sistema.

Quarto punto: una Legge per domarli tutti. Forse dobbiamo cominciare a mettere insieme una Compagnia dell'Anello e seguirne la strada di Frodo Baggins. ■

* Responsabile Sert Faenza

LAZIO, PROVE D'ORCHESTRA PER UNA LEGGE ANNUNCIATA

Come spiegano in questa pagina gli operatori della Funzione pubblica Cgil, il governo di centrodestra della Regione Lazio ha operato scelte che inficiano il corretto e sereno funzionamento dei Sert. Gli interventi che riportiamo di seguito sono vivide testimonianze di come venga sconvolta, in maniera insensata e crudele, la vita quotidiana delle persone in trattamento (oltre che mortificata l'autonomia professionale dei lavoratori).

METADONE IN AFFIDO UNA PRATICA STRATEGICA

Negli anni '90 uno studio condotto negli Usa dal National Institute of Medicine sosteneva che «i pazienti in trattamento con metadone a mantenimento mostrano un netto miglioramento delle condizioni di vita (...). Cala il consumo di droga illegale, diminuisce anche la criminalità e un numero minore di persone si infetta con il virus Hiv». Il metadone è un oppiaceo agonista; somministrato in dosi adeguate, oltre a eliminare i sintomi astinenziali, permette di controllare il «craving» (la «fame di eroina») ed è questo bisogno incoercibile che costituisce il sintomo indispensabile per porre la diagnosi di «dipendenza da...».

La maggior parte dei programmi con metadone a mantenimento comprende, oltre all'assunzione giornaliera del farmaco per via orale, interventi di medicina generale e il ricorso a tecniche di counseling e di riabilitazione. L'obiettivo principale di questa terapia è aiutare il paziente dipendente, una volta interrotto l'uso illegale della droga, a riorganizzare la propria esistenza lavorativa ed affettiva. In una prima fase, i programmi di metadone a mantenimento imponevano la presenza quotidiana del paziente al servizio per consentirgli l'assunzione del farmaco, ma nel corso degli anni si è andata affermando la pratica dell'affidamento domiciliare per un massimo di sei giorni.

La pratica dell'affidamento domiciliare è di importanza strategica in quanto permette di conciliare le esigenze della cura con quelle lavorative, familiari e sociali. E questo vale in modo particolare per i pazienti «stabilizzati», coloro che pur assumendo il metadone hanno comportamenti sociali del tutto indistinguibili dai «nostri». D'altronde consentire al paziente, liberandolo dalla schiavitù di una presenza giornaliera presso il servizio, di poter essere pienamente partecipe dell'universo del lavoro, della famiglia, della società, è tappa fon-

A

lcuni dei devastanti effetti causati dall'eventuale approvazione della legge Fini sulle droghe sono già ampiamente osservabili nei Sert della Regione Lazio, regione in cui sono stati di fatto limitati i diritti fondamentali degli utenti e degli operatori. Nei Sert di Roma e del Lazio, infatti, da circa un anno gli operatori e gli utenti stanno sperimentando l'applicazione operativa della «tolleranza zero» contro la cura e la riabilitazione della dipendenza da eroina. Brevemente i fatti. Circa un anno fa, si sono verificate in alcuni Sert di Roma delle ispezioni effettuate dal comando dei carabinieri per la sanità che contestavano gli affidi di metadone ai pazienti citando quanto espresso da una desueta circolare del ministero della Sanità (n. 20/94) che consentiva l'affido solo a un familiare e per non più di due giorni, ingerendo quindi pesantemente sia sulle relazioni terapeutiche che sulla privacy

dei pazienti e sull'autonomia terapeutica degli operatori. Venivano inoltre di fatto esautorate tutte le normative successive ivi comprese le linee guida del ministro Veronesi in materia di riduzione del danno e la legge sulla privacy. A questi gravissimi episodi seguivano due comunicazioni ufficiali: una del Dipartimento sociale della Regione Lazio, inviata ai direttori generali delle AA. SS. LL.; l'altra del ministero della Salute, conseguente ad una interrogazione in merito effettuata anche dall'Ordine dei medici di Roma e Provincia. Entrambe di fatto ribadivano la validità della circolare 20/94 per il solo metadone. Una richiesta di revoca della comunicazione effettuata alla Regione Lazio dalla Funzione pubblica Cgil di Roma e Lazio è ancora in attesa di risposta.

Senza voler entrare più di tanto nel merito di considerazioni scientifiche vogliamo porre l'accento su quanto c'è in realtà dietro a tutto questo: la sempre più frequente presenza dei carabinieri fuori e dentro i Sert, i continui «controlli» sui pazienti e le continue richieste di informazioni agli operatori, la negazione di fatto del Sert come luogo di cura, la discriminazione di questi servizi rispetto agli altri, ancora e sempre, di fatto, l'identificazione del tossicodipendente con un criminale e la negazione della dignità professionale degli operatori dei Sert, del diritto di cura dei cittadini tossicodipendenti.

Alla storica situazione di «abbandono» dei Sert da parte della Regione in termini di investimenti strutturali e di risorse umane (personale fortemente al di sotto di quanto previsto dalle leggi, orari di apertura fortemente ridotti) si associa ora la totale assenza in termini di tutela professionale per cui, con situazioni estremamente diffusi da azienda sanitaria ad azienda sanitaria la circolare viene applicata del tutto, in parte o affatto e la prosecuzione del progetto terapeutico dei pazienti diventa di fatto spesso legata all'assunzione individuale, da parte degli operatori, di responsabilità non dovute, con risvolti penali pesanti ed affrontati in completa solitudine rispetto alla tutela delle istituzioni.

damentale del percorso terapeutico. Tale pratica risulta quindi terapeutica, soprattutto perché aumenta la «compliance» (adesione) al trattamento, elemento indispensabile per la sua efficacia. Forte, quindi, è stato lo sgomento dei medici dei Sert, quando un provvedimento della Regione Lazio, anticipando il disegno di legge Fini sulle droghe, consigliava di attenersi, in materia di affidamento, alle linee guida di una circolare del '94 che permettevano l'affidamento del metadone esclusivamente a un parente, per un massimo di due giorni. Una circolare ampiamente disattesa nella prassi che, tuttavia, non era stata modificata neppure dal precedente governo di centro-sinistra.

Norme così restrittive appaiono del tutto incongrue. Infatti esse violano la legge sulla privacy penalizzando i pazienti che non possono contare su parenti affidabili, ma soprattutto privano i medici di uno strumento terapeutico fondamentale e della libertà di esercizio in scienza e coscienza. Inoltre il disegno di legge Fini prevede anche restrizioni del dosaggio del farmaco e detta norme sui modi della

sua somministrazione, consentendo solo quella a «scalare». Ciò lascia trasparire la chiara volontà di impedire il trattamento terapeutico con metadone a mantenimento. Tali provvedimenti, le linee guida del '94, quindi, vanno in un'unica direzione: un radicale attacco ai Sert in favore di progetti residenziali delle comunità terapeutiche private. Ecco come interessi di natura politica, pregiudizio, coscienza disprezzo per la scienza calpestano il diritto alla salute e alla vita.

Ornella Paolantonio, medico Sert, Roma

LA CONQUISTA INSIDIATA DI UNA VITA «NORMALE»

Mia figlia aveva completato brillantemente il suo ciclo di studi presso un liceo scientifico statale, era iscritta alla facoltà di Lingue Straniere e aveva soggiornato a lungo in Inghilterra, lavorando per mantenersi e imparare la lingua. Tornata in Italia trova subito lavoro, ma in seguito a un lutto, per lei devastante, comincia ad assumere eroina. Ce ne accorgiamo e lei va via da casa. Non abitavamo a Roma. Dopo qualche anno riprende i contatti. Passa altro tempo, non sta bene. Risulterà positiva all'Hiv, ma

è già in Aids conclamato. «11 CD4, non le rimane molto da vivere» mi dicono in ospedale. Encefalopatia, paresi agli arti inferiori, sarcoma di Kaposi; il calvario dei ricoveri, della sedia a rotelle, la nostra disperazione.

Le nuove terapie cambiano la situazione. Il Sert ci aiuta, valuta il piano metadonico superando le pesanti interazioni con la terapia antiretrovirale. È grande l'aiuto degli operatori, della struttura pubblica, mia figlia riprende a vivere. Ora lavora da due anni, è apprezzata, è motivata. Purtroppo questo durissimo percorso sta per essere vanificato. La pratica dell'affido metadonico all'utente che lavora è stata sospesa dalla Regione Lazio, devo essere io a ritirarlo. Trasferisco la mia residenza a Roma con enorme sacrificio economico. Non c'è altro da fare, non può perdere il lavoro. Come farà se mi ammalò, come farà quando io non ci sarò più? Non le sarà più possibile seguire la terapia che l'ha tenuta lontana dalla droga se non rinunciando al suo lavoro e allo spazio che si è ritagliata dopo tante sofferenze.

Chi con l'aiuto del Sert e della fa-

miglia e malgrado l'Aids è tornata a vivere e a inserirsi nel mondo lavorativo, non merita di dover scegliere tra lavoro e terapia metadonica, quando le due cose insieme possono permettere una vita di nuovo «normale».

R. M.,

una delle tante madri senza più armi

UN BARATRO IN CUI NON VOGLIO ESSERE RICACCIATA

Sono stata a lungo schiava dell'eroina e da alcuni anni in cura presso il Sert dove ho faticosamente iniziato un percorso verso una situazione accettabile grazie anche all'aiuto dello psicologo e di una dottoressa. Il quantitativo giornaliero di metadone opportunamente mi è stato aumentato vi-

Sempre più frequenti, nel corso dell'ultimo anno, le incursioni dei carabinieri nei Sert. Preso di mira l'affido di metadone che è stato limitato in modo pesante rispolverando una circolare del 1994

sto che la terapia antiretrovirale interagiva con questo accelerando il metabolismo e diminuendo l'efficacia. È superfluo dire che la sieropositività è un'altra eredità dell'eroina. Con la terapia metadonica e i consigli della dottoressa che mi segue avevo trovato un equilibrio maggiore e la volontà di impegnarmi nel lavoro. Sono stata fortunata. Grazie a un diploma di scuola superiore e alla perfetta conoscenza dell'inglese, da tre anni ho sempre la-

vorato 8-9 ore al giorno grazie alla pratica dell'affido con gli esami di controllo settimanali richiesti dal mio Sert. In seguito a una circolare regionale, l'affido mi è stato tolto in quanto viene concesso solo a un parente e per non più di due giorni; e qui le prime enormi difficoltà. Ora con il nuovo disegno di legge sulla droga si vuole fissare un tetto massimo di quantità metadonica... Se questa legge dovesse passare, io e tanti altri come me ci ritroveremmo disoccupati, non essendo gli orari di lavoro conciliabili con quelli dei Sert. Chi non ha parenti in grado di sobbarcarsi giornalmente quest'onere o chi è solo al mondo, piomberebbe in una situazione assolutamente tragica. Temo che dopo tante sofferenze e ostacoli, per i meno fortunati sarebbe altissimo il rischio di essere ricacciati indietro nel baratro dell'eroina. È questo che vuole chi ci governa? In realtà la sensazione è quella d'essere considerati cittadini scomodi di serie B ai quali non serve dar voce né riconoscere diritti.

Insomma, esseri umani da dimenticare e non da aiutare.

S.C., Roma

ALLA CAMERA DUE PROPOSTE, PER INTRODURRE IL REATO DI TORTURA E LA FIGURA DEL DIFENSORE DEI DETENUTI

TORTURE DA PRIMO MONDO

Patrizio Gonnella

«**A**bbiamo le carceri più vivibili del mondo anche se non tutte le nostre carceri sono belle allo stesso modo. Ottanta carceri in tutto idonee agli scopi istituzionali, altre meno belle. Un fatto è certo: il nostro sistema penitenziario è sicuramente tra i migliori del mondo, sia sotto il profilo della gestione della sicurezza che, e soprattutto, di quella del trattamento. Potrei stare ore a descriverlo, ma voglio tenere conto solo dei fatti: siamo continuamente bersagliati da richieste che ci vengono da tutte le parti del mondo di contribuire alla formazione degli operatori penitenziari. Sto parlando dell'Afghanistan, come dei cinesi che desiderano insegnare ai loro formatori, dell'Albania dove stanno insistendo perché vogliamo che continuiamo ad addestrare i loro formatori, del Kosovo e così via, per non parlare delle innumerevoli missioni di studio che fanno da noi canadesi, svedesi, francesi. Tutto questo non è senza significato». (Giovanni Tenebra, capo del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria).

«Tutti siamo contro la tortura e infatti nel nostro ordinamento già ci sono tutti i mezzi per contrastarla. Ma un conto è la tortura, un conto è prevedere il carcere fino a dieci anni per chi cerca di investigare. Una norma come questa non serve a nulla se non a mettere a punto uno strumento, da mettere nelle mani degli avvocati, per contrastare l'attività investigativa. È un provvedimento che ha insomma un potere ricattatorio e come tale da respingere». (Antonio Di Pietro, leader dell'omonima lista Di Pietro-Occhetto).

Fortunatamente non tutti la pensano così. Nei giorni scorsi i provvedimenti di legge sulla introduzione del crimine di tortura e sulla istituzione del difensore civico delle persone private della libertà hanno fatto significativi

passi in avanti. A Montecitorio in Commissione giustizia è stato definitivamente licenziato il testo che modifica il codice penale prevedendo il reato di tortura. In Commissione affari costituzionali è stato definito un testo unificato sul difensore dei diritti dei detenuti. Ora si è aperta la fase della presentazione degli emendamenti.

Nulla va dato per scontato. C'è chi sostiene che del reato di tortura nel codice Rocco non ve ne sia proprio bisogno, chi che la tortura riguarda il terzo mondo, chi che non si può frenare l'attività di pm e poliziotti. In Germania, l'anno scorso, il capo della polizia è stato costretto a dimettersi perché aveva autorizzato l'uso della tortura per estorcere, a un sequestratore, la confessione di dove aveva nascosto il bambino sequestrato. In Francia, di recente, il Comitato europeo per la prevenzione della tortura ha denunciato il rischio di trattamenti disumani e degradanti nelle carceri transalpine. In Israele la Knesset ha dibattuto se legalizzare la tortura. A Guantanamo viene quotidianamente praticata da circa 2 anni: tale è infatti la "incommunicado detention". Nessun paese è indenne dal rischio di praticare violenze sulle persone custodite contro la loro volontà. Negli ultimi 4 anni vi sono stati gli episodi eclatanti di Napoli, Genova, Sassari. Inchieste che hanno coinvolto centinaia di poliziotti, appartenenti a tutte le forze dell'ordine.

L'Italia è sempre buona prima nel ratificare le convenzioni internazionali sui diritti umani. È, però, fra le ultime ad adeguare ad esse la legislazione interna. La Corte penale internazionale è già in vigore e il nostro codice di procedura penale non è stato adattato allo statuto della Corte. La Convenzione Onu contro la tortura risale al 1984 e, nonostante i solleciti degli organismi internazionali, il crimine di tortura non è mai stato codificato. Non è in questo modo che la cultura dell'universalismo dei diritti umani, retoricamente richiamata ogniqualvolta si parla di islam, veli e infibulazioni, viene promossa e sostenuta.

L'Italia è tra i 23 paesi che hanno firmato il protocollo alla Convenzione Onu contro la tortura che prevede un meccanismo planetario di ispezioni dei luoghi detentivi. Il protocollo impone agli Stati di prevedere organismi nazionali indipendenti di controllo di prigionie e stazioni di polizia. Proprio ciò che dovrebbe fare il difensore civico.

MORTI SENZA MEMORIA

Sergio Segio

Il primo del 2004 si chiamava P.G., 41 anni. Si è ucciso proprio il 1° gennaio in una cella di Rebibbia, forse perché era stato licenziato: non fuori, ma in carcere, dove l'unico articolo 18 che l'amministrazione penitenziaria riconosce è quello dell'Ordinamento penitenziario, che disciplina i colloqui e la corrispondenza. Ne ha scritto qualche giorno dopo Luigi Manconi, in un articolo che si concludeva con una banale, ancorché rimossa e amara, verità: in galera non ci si ammazza tanto perché si è disperati, in galera ci si ammazza perché si è in galera.

Forse è dunque per vergogna che le autorità competenti non forniscono più da tempo i dati dei suicidi, dell'autolesionismo, delle morti di carcere.

Nella corposa relazione del ministero sull'amministrazione della giustizia per l'inaugurazione dell'anno giudiziario, al riguardo non c'è il minimo accenno. Somiglia un po' al "tutto va bene, madama la marchesa" del

Berlusconi di *Porta a porta*. Stessa omissione nell'intervento fatto nella medesima occasione dal ministro Castelli, che ha invece trovato spazio per parlare, come fosse novità, del solito piano per l'edilizia di 23 nuovi penitenziari (piano demeritoriamente voluto e varato dal passato governo di centrosinistra con Piero Fassino), dell'attivazione di 361 corsi di formazione con il coinvolgimento di 3.879 detenuti (vale a dire appena il 7% della popo-

lazione detenuta), nonché dell'istituzione nella polizia penitenziaria di un reparto a cavallo (sic!).

L'unica traccia di un'attenzione alle morti dietro le sbarre si trova nella relazione di apertura dell'anno giudiziario tenuta il 12 gennaio dal procuratore generale della Corte di cassazione, Francesco Favara. Il quale, lamentando che «molti procuratori generali non hanno fornito dati precisi» e definendo «allarmante» il numero dei suicidi e tentati suicidi dei detenuti, ha fornito la seguente cifra: dal 1° gennaio 2002 al 30 settembre 2003 i casi sono stati 108, di cui 83 suicidi. Una cifra che il procuratore generale dichiara provenire da un'imprescindibile «altra fonte» rispetto a quella che sarebbe titolata e fors'anche tenuta a fornirli, ovvero il Dap. E viene quasi da pensare che la fonte utilizzata sia quel dossier "Morire di carcere", realizzato da *Ristretti orizzonti* (www.ristretti.it), il giornale dei detenuti e detenute di Padova e Venezia, di cui abbiamo parlato in *Fuoriluogo* del novembre scorso. Così fosse, sarebbe certo paradossale, ma allo stesso tempo renderebbe più affidabili le cifre indicate. Basti vedere i numeri sull'applicazione del cosiddetto "indultino" (detto anche "insultino") forniti il mese scorso dalle autorità preposte: circa 2000 (secondo la relazione del ministero per l'inaugurazione dell'anno giudiziario); 2.700 (per Giovanni Tenebra, capo del Dap); 3.941 (seguito l'intervento del ministro della Giustizia Roberto Castelli all'inaugurazione dell'anno giudiziario).

L'unica cosa certa è che molti di coloro che hanno usufruito della legge 1° agosto 2003 n. 207 stanno rapidamente rientrando in carcere, in genere a causa delle modalità e dei controlli previsti che hanno carattere vessatorio e di difficile praticabilità, come, inascoltati, avevamo denunciato nel corso dei lavori parlamentari.

Nel frattempo, il dossier di *Ristretti orizzonti* ha aggiornato a gennaio 2004 i dati delle morti (75 nel 2002 e 75 nel 2003 quelle ricostruite, tra suicidi, decessi per malasanità, per cause non chiare, per violenze e per overdose) e ha aggiunto un nuovo capitolo all'indagine: quello sugli esiti dei procedimenti giudiziari aperti per le morti e i pestaggi. Risultato: «Se una volta su due la morte di un detenuto passa sotto silenzio, nove volte su dieci i processi per queste morti non trovano spazio sui giornali. Tantomeno ne trovano le notizie relative ai processi per le presunte violenze e omissioni commesse a danno dei detenuti, che invece non sono così rari come la gente pensa», scrivono i curatori della ricerca.

I procedimenti forse non sono rari, ma quello che sembra essere poco frequente è la condanna, che avverrebbe solo in un 10% dei casi, perlomeno dovendo stare a una delle fonti (il segretario di uno dei maggiori sindacati della polizia penitenziaria) rintracciate sui giornali, che sono l'unica origine della documentazione raccolta da *Ristretti*.

Vero è che la documentazione reperita è decisamente insufficiente per fondare una qualche statistica significativa, pur se sono stati circa 5.000 gli articoli contenenti notizie sul carcere consultati. Il materiale raccolto riguarda infatti solo 32 procedimenti, relativi a morti avvenute nell'arco di ben 10 anni. Ancora minori gli articoli su presunti pestaggi e maltrattamenti subiti da detenuti: quelli rintracciati concernono meno di 20 inchieste e praticamente nessuna è seguita sino alla sentenza definitiva.

Mai come in questo caso si può dire allora che la notizia (inquietante) è proprio la mancanza di notizie, vale a dire della disattenzione dei media, e quindi della pubblica opinione, al rispetto della legalità, della vita, della salute e della sicurezza dei cittadini rinchiusi nelle prigioni.

Vieni avanti padano

Dall'intervento del ministro della Giustizia Roberto Castelli all'inaugurazione dell'anno giudiziario: «Mi torna alla mente l'inaugurazione dell'anno giudiziario di Inghilterra e Galles a Londra a cui ho partecipato. Devo dire che l'ermellino italiano destava molta ammirazione». A noi invece torna in mente la regina Maria Antonietta.

(maramaldo)

La ricerca sulla dipendenza nell'era della proibizione, un libro di Caroline Acker

SCIENZIATI SENZA GLORIA

Giorgio Bignami

«S

enza speranza non è la realtà ma il sapere che – nel simbolo fantastico o matematico – si appropria la realtà come schema e così la perpetua». L'aspra sentenza di Horkheimer e Adorno (*Dialectica dell'illuminismo*), usata a suo tempo dai Basaglia come incipit della voce "Follia/Delirio" per l'Enciclopedia Einaudi, ben rappresenta lo spirito e lo stile di *Creating the American Junkie – Addiction Research in the Classic Era of Narcotic Control* di Caroline Jean Acker, una analisi degli sviluppi scientifici riguardanti la droga nei successivi periodi del secolo scorso. Il lavoro di Acker, infatti, carte alla mano (32 fitte pagine di note bibliografiche), mostra come farmacologi, medici, psichiatri, psicologi, sociologi, abbiano accanitamente gareggiato tra loro per quasi un secolo al fine di coniare i simboli più adatti a rimuovere il tossico (ma junkie è più forte – da junk: robbaccia, immondezza, paccotiglia) in una sfera di emarginazione e di alienazione: simboli volta per volta matematici – come in quei modelli psicopatologici che l'autrice definisce basati su di un "concetto metrico del normale" – ovvero fantastici – come le definizioni di "costituzionalmente inferiore", di psicopatico, di psicolabile, coniate per i tossici; o come le fantasiose sei categorie inventate dallo psichiatra Lawrence Kolb negli anni venti per classificarli, successivamente "confermate" dagli studi di Michael Pescor, condotti negli anni trenta sulla pelle delle cave umane nel famigerato ospedale-prigione federale di Lexington, Kentucky.

Prima delle leggi restrittive del 1909 (*Smoking Opium Exclusion Act*) e del 1914 (*Harrison Narcotic Act*), gli oppiacei erano venduti e consumati negli Usa senza restrizioni, con o senza indicazione del medico. Ciò aveva favorito l'instaurarsi di una dipendenza anche grave in molti soggetti che si erano per lo più rivolti alle sostanze per lenire una sofferenza fisica o psichica, piuttosto che a fini puramente edonici o ricreazionali. Questa situazione innescò le reazioni delle potenti lobbies attive nelle campagne contro il vizio, delle autorità pubbliche e della corporazione medica il cui credito, ancora piuttosto basso a quell'epoca, era ulteriormente sminuito dall'accusa di fomentare il vizio della droga.

Da questo punto in poi le misure repressive e punitive dei pubblici poteri e gli sviluppi nei vari filoni scientifici e clinici fecero le loro escalation parallele, pur con frequenti conflitti tra le varie parti. Dall'analisi di Acker emergono chiaramente sia i modi e meccanismi con i quali venne forgiata la *junkie culture* – non come insieme di comportamenti farmacologicamente determinati, ma come risposta di adattamento a un contesto sociale di uso delle sostanze in rapido mutamento – sia i percorsi di sconfitta dei pochi oppositori delle tendenze dominanti, come Charles Terry. Così anche è accurata la cronaca delle corse alla appropriazione dei problemi da parte dei vari corpi professionali a caccia di soldi, di promozione, di riscatto dai bassi livelli iniziali di credito (il che vale ugualmente per i farmacologi, i medici e gli psichiatri).

Questa gara prende spesso il via da quelle migliori intenzioni di cui è notoriamente lastricata la via dell'inferno (l'inferno, s'intende, non per i professionisti e tecnici coinvolti, ma piuttosto per gli sfortunati tossici presi tra più fuochi): cioè dalla superficiale condanna degli approcci punitivi e repressivi adottati con le leggi del 1909-14 e poi ripetutamente inaspriti, per poi approdare a sostanziali compromessi con i fondamentalisti e i loro sbirri, alla legittimazione del loro operato. Infatti Kolb sarà il primo direttore del lager di Lexington inaugurato nel 1935; e anche i farmacologi non mancano di tirare la coperta dalla loro parte, ritagliandosi con programmi per lo più fallimentari (per esempio, quelli mirati a mettere a punto sostituti degli oppiacei non tossicomani)

Farmacologi e psichiatri, psicologi, sociologi e medici hanno gareggiato accanitamente per quasi un secolo nel coniare i simboli adatti a confinare il tossico in una sfera di alienazione

la loro fetta consistente di soldi e di potere. Proprio come hanno puntualizzato Delia Frigessi Castelnuovo e Michele Riso (*A mezza parete*, Einaudi, 1982, p. 54): «Il progresso della medicina è lento e difficile... Tanto più lento e difficile quanto più questa disciplina riceve ed accoglie la delega di interpretare fenomeni che con essa non hanno a che fare se non per le apparenze dei loro stadi conclusivi. Il problema della ingiustizia, della miseria, della violenza, percorre la storia. La medicina coglie i segni che "le competono" e ne fa talvolta – nel rispetto ossequioso dei paradigmi – capitoli non gloriosi, ma consistenti, della sua storia».

Più tardi, quando entrano in scena i sociologi della scuola di Chicago, essi criticano duramente sia le strategie repressive dei pubblici poteri, sia gli imbrogli medico-farmacologico-psichiatrici. Ma ben presto i loro schemi si rivelano subordinati alla ideologia dominante, teorizzando la necessità di un adattamento dei soggetti a una realtà di merda, non di una modifica di questa realtà. E solo molto più tardi, cioè negli anni '70 e '80, sotto la spinta dei fallimenti e delle crisi a ripetizione, potranno sfuggire a questa logica quei filoni di ricerca etnografica e antropologica che tentano di restituire al tossico dignità piena di soggetto, di analizzarne i reali bisogni, di assegnargli un ruolo primario nella gestione dei suoi problemi. Troppo tardi, ahinoi: poiché dopo un periodo di cauta apertura durante la presidenza Nixon – assillato dalla escalation della criminalità collegata alle narcomafie, dall'esercito degli eroinomani di ritorno dal Vietnam, egli finanzia nuovi programmi finalmente efficaci di assistenza sul territorio, anche se non osa toccare la pesante criminalizzazione del possesso di droga – la situazione ricomincia a peggiorare, prima con Reagan e poi con Bush.

Il libro è assai più ricco di quanto non emerga da questo rapido commento che qui deve chiudere: ma non senza una menzione della efficace sintesi finale degli argomenti a favore delle strategie di riduzione del danno. E solo qui, nell'ultimo paragrafo, dopo oltre 200 pagine di rigorosa astensione dai toni gridati, esplose lo sdegno dell'autrice in una condanna senza appello dell'interessato cinismo di quei politici che rifiutano tali strategie, rendendosi così responsabili, oltre che del trattamento disumano di moltissimi soggetti, di danni sempre più gravi alla salute e al benessere dell'intera comunità umana. ■

Caroline Jean Acker: *Creating the American Junkie – Addiction Research in the Classic Era of Narcotic Control*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore & London, 276 pp., 2002.

FL Le altre recensioni su www.fuoriluogo.it

CANCELLAZIONI BARBARICHE

Alessandro Orsi *

L

e invasioni barbariche è certamente un bel film che offre uno sguardo diverso sull'eroina, sostanza per antonomasia associata alla morte, al dolore e alla sofferenza. Già ne ha parlato Giorgio Bignami (*Fuoriluogo*, gennaio 2004), tuttavia vorrei fornire un ulteriore spunto critico: il film di Denys Arcand infatti, evidenzia tra l'altro quanto ancora ci sia da "sgomberare" nei servizi per le tossicodipendenze e nelle menti anche di chi lavora nell'ottica della riduzione del danno, sotto la pesante influenza del proibizionismo.

A tal proposito, colpisce la scena in cui la giovane protagonista (consumatrice di eroina) si trova, manco a dirlo, di fronte a un signore in camice bianco, che dice testualmente: «Tutti i giorni devi berne un "bocchettino", se non lo bevi sei fuori dal programma. Ora bevilo davanti a me». Nel bocchettino si riconosce il metadone, la giovane "incassa" bevendone il contenuto e prendendo con sé una busta di plastica con un numero sufficiente di bocchettini per autogestirsi la terapia fino al prossimo incontro col personaggio in camice bianco. Il tono del medico (?) – non si capisce

se lo è o no, anche il mio ottico usa il camice bianco per esempio – non è dei più affabili e concilianti, è secco e autoritario come se per la ragazza non ci fosse altra strada da percorrere. Insomma, il solito spiacevole imbuto da imboccare (nuovo proverbio: "dal tunnel all'imbuto" – l'imbuto non è il metadone ma il modo in cui lo si propone, come il tunnel non è l'eroina ma il modo di gestire una sostanza rendendola proibita): alla nostra giovane tossica, dall'aria non troppo soddisfatta, non resta che ingoiare, con espressione dubbiosa, la dose quotidiana di metadone.

L'altro aspetto che salta agli occhi di chi vuole vedere è la mancanza della dimensione del piacere. Qui qualcosa stride, e come sempre il piacere viene occultato perché non accettato. Eppure si tratta di quell'aspetto del piacere che *tout le monde* conosce bene: il piacere dei sensi. Che è cosa rara, costosa o a volte dannosa (in questo ultimo caso spesso dipende dall'uso/abuso). Così, nel film, l'aspetto salvifico fa capolino e neanche tanto in modo discreto, visto come viene trattato il prosimo che usa il metadone.

Niente contro il metadone, anzi il metadone come ben sappiamo aiuta a migliora-

re la vita di molti che usano eroina (e non solo di quelli che la usano), ma è assente il piacere dell'effetto dell'eroina, e i benefici che se ne traggono nella "cura" della sofferenza interiore, (magari palliativa, temporanea, ma pur sempre un momento di pace e piacere). Forse qualcosa se ne intravede nella scena in cui il simpatico Rémy Girard cavalca il drago supportato dalla Brown Sugar e si rallegra; ma poi muore, dunque alla fine il consumo viene sempre ricollegato a qualcosa di triste, al mesto fato del genere umano: la morte. La giovane e bella tossica invece smette di "bucarsi" (?) grazie a un programma farmacoterapeutico.

Forse il film voleva evidenziare proprio queste situazioni, una visibile e l'altra no, chissà!? Non ci resta che sperare che dopo *Il declino dell'impero americano* e *Le invasioni barbariche*, il regista Denys Arcand voglia fornire una visione meno barbarica, ma più esplicita e veritiera, del perché le persone consumano eroina. Dando magari al nuovo film un titolo provocatorio: *Il piacere, declino barbarico*. ■

* Coordinamento "In Prima Persona"

Una prevenzione efficace presuppone un apprendimento fondato sulla fiducia fra educatori e giovani

UN PROCESSO APERTO

Rodney Skager*

Ci sono molte ragioni per ritenere che l'attuale approccio di prevenzione adottato nelle scuole americane debba essere cambiato. Basta guardare alla realtà di vita dei ragazzi. Il tempo libero della maggior parte di loro ruota intorno all'uso dell'automobile e alle feste. I più si possono permettere questo stile di vita perché hanno danaro in proprio, che proviene o dai genitori o da lavori part time. Gli adolescenti pensano di avere il diritto di scegliere il proprio stile di vita, e di decidere sul vestiario, sui divertimenti, sugli amici; allo stesso modo, pensano di dover decidere se provare o meno l'alcol e altre droghe, specialmente la marijuana. Questo senso di indipendenza riflette la libertà di cui godono al giorno d'oggi.

L'adolescente medio spende molto poco tempo con gli adulti, compresi i genitori. La gran parte delle famiglie sono composte da due genitori che lavorano o da un solo genitore. Nella odierna società ultraindaffarata, non è realistico pensare che sia possibile una stretta supervisione dei ragazzi nelle ore dopo la scuola o nei fine settimana. Gli educatori frustrati e altre autorità tendono a biasimare i genitori per i peccati dei loro figli, e sputano regolarmente sentenze esortando i genitori a riassumere il controllo; dimenticando però le pressioni che subiscono i genitori e la libertà che una società ricca e moderna concede ai ragazzi.

Ecco perché c'è bisogno di un nuovo approccio realistico alla prevenzione, visto che i ragazzi sono in grado di ragionare a livello degli adulti. Questa loro capacità fa sì che si accorgano se ci sono degli errori in ciò che gli adulti vanno dicendo sull'alcol e le altre droghe, soprattutto quando a guidarli è l'esperienza personale. Si accorgono allora che le conoscenze solo negative che hanno appreso da bambini sono viziate dal pregiudizio, e prendono in giro i programmi che hanno seguito alle elementari: quelli che insegnano a "dire no" quando i coetanei fanno "pressione" perché prendano la droga. Molti percepiscono l'ipocrisia di una società che permette su tutti i media la pubblicità dell'alcol, mentre al contempo tratta come reato penale il consumo di marijuana. Molti, per non dire la maggioranza, ritengono che la marijuana sia una droga leggera, a dispetto di tutti gli avvertimenti sul fatto che l'uso di canapa porterebbe a consumare droghe "più pesanti". Gli adolescenti non amano essere trattati come se fossero ancora bambini, visto che hanno la capacità di ragionare come gli adulti. I ragazzi sono perlopiù in grado di riconoscere l'indottrinamento e si risentono se ci si rivolge a loro con condiscendenza: pensano di avere il diritto di decidere da sé il genere di esperienze da fare.

Negli Stati Uniti, la prevenzione è perlopiù trattata come una materia scolastica, con programmi altamente strutturati, svolti nelle classi ordinarie. Solo occasionalmente queste materie sono impartite da esperti di educazione alla salute, mentre di solito questo compito è assegnato agli insegnanti ordinari, che magari si impegnano marginalmente, se mai si impegnano, nell'educazione preventiva.

È un errore forzare la prevenzione sulle droghe e sull'alcol nel modello delle materie di programma. L'educazione sulle droghe non è la stessa cosa dell'insegnamento della matematica, della storia, dell'inglese: per quanto queste materie siano importanti, tuttavia hanno poco a che fare con il modo in cui i ragazzi si divertono, o scelgono i loro amici o fanno esperienza del mondo che li circonda. Il modello delle materie curriculari è adatto per un corpo di conoscenze e di abilità che di solito sono prive di contenuto emotivo: si prevede un percorso graduale e predefinito delle conoscenze, basato sulle letture e le lezioni, con una chiara distinzione fra insegnanti e allievi. Ma non è l'approccio giusto per apprendere su qualcosa di così complesso e personale come l'alterazione dell'esperienza, della coscienza e del proprio stato mentale.

Già all'età di 13 o 14 anni, i ragazzi sono in genere stanchi di esercitarsi a "dire no" alle droghe, come facevano da bambini: è una cosa che appare particolarmente stupida a quell'età, perché alle superiori le cose si rivelano ben diverse da quanto gli si voleva far credere da bambini. E per di più, la fiducia fra gli insegnanti e i ragazzi, sul tema delle droghe, è spesso già seriamente compromessa. Con queste premesse, non c'è da stupirsi che molti insegnanti si sentano in difficoltà a fare prevenzione con gli studenti di 11 o 12 anni. Se lasciano aperto uno spiraglio al di fuori del programma, corrono il pericolo di sentirsi rivolgere domande difficili, a cui non possono rispondere sinceramente (oppure hanno paura di farlo). Alcune di queste domande mirano a saggiare la loro preparazione, e perfino a metterli in imbarazzo. Ecco qualche esempio di domande che spesso i ragazzi fanno, quando sono liberi di farle.

Nella prima parte dell'articolo (Fuoriluogo, gennaio 2004), Rodney Skager analizza le ragioni del fallimento dei programmi tradizionali di prevenzione nelle scuole americane. Essa si fonda sull'errato presupposto dei "deficit" dei giovani, che avrebbero bisogno di messaggi solo negativi per dire "no" alla droga. Ma gli adolescenti sanno ormai ragionare con la loro testa e sono in grado di riconoscere le informazioni sbagliate: il che si risolve in un discredito per gli educatori.

«Che cosa è peggio, la marijuana, le sigarette o l'alcol?». «Perché la marijuana è illegale, e le sigarette e l'alcol no?». «Perché gli adulti sono così contrari allo sballo?». «Mi pare che studio meglio quando sono sotto l'effetto dell'erba. Mi concentro meglio. Non è così per alcune persone?». «Ha mai provato qualche droga?».

Sono domande che non si sentono nei programmi di prevenzione "politicamente corretti". È anche possibile rispondere a queste domande, ma per riuscirci bene ci vuole onestà e coraggio. Ad esempio, per la prima domanda, bisogna riconoscere che non esiste un motivo razionale per criminalizzare la marijuana e considerare lecito l'uso di tabacco e alcol (per gli adulti). Il ragazzo che fa questa domanda, già sa che l'alcol e le sigarette uccidono centinaia di migliaia di americani ogni anno, ma non ha mai sentito dire che la marijuana abbia ucciso qualcuno. È vero che alcuni rischiano la vita se fanno qualcosa di pericoloso sotto l'effetto della marijuana, tuttavia, se l'adulto difende lo status quo, l'unico effetto sarà di screditarlo agli occhi dei ragazzi, che hanno soprattutto bisogno di una guida intelligente e emotivamente vicina.

Il che non significa dare il permesso di usare l'alcol e le droghe. Una prevenzione onesta si fonda su una valutazione realistica dei tre rischi principali per chi si accinge a far uso di alcol e droghe: 1) dal 5 al 10% presto o tardi diventa consumatore problematico e sviluppa dipendenza; 2) usare l'alcol prima dei 21 anni, e droghe a qualsiasi età, può significare incorrere nei rigori della legge, con multe, carcere e una fedina penale macchiata che può danneggiare più avanti negli anni; 3) gli episodi di intossicazione possono provocare (e provocano) danni fisici, problemi relazionali, e comportamenti imbarazzanti.

Su queste basi di realtà, si può discutere apertamente e sinceramente su tutto ciò che c'è da sapere sulle droghe e i loro effetti.

A partire da quelle domande, si possono sviluppare discussioni utili, con l'aiuto di un facilitatore esperto: i giovani stessi possono trovare le risposte, basate di solito sull'esperienza personale o sull'osservazione. Aiutare i giovani a ragionare da sé non è solo il miglior metodo di educare, ma favorisce anche una interazione positiva con loro, superando l'ascolto passivo e distaccato. Troppo spesso invece, nella prevenzione tradizionale, il "programma" intralcia la comunicazione autentica fra insegnante e studente.

Se vogliono conquistare l'attenzione dei giovani, gli adulti devono stabilire delle relazioni che facilitino l'apprendimento personale, differente da quello scolastico. Occorre perciò un processo di apprendimento aperto e interattivo, che si può riassumere in questi principi: fiducia, rispetto, flessibilità e responsabilità. Per stabilire un rapporto di fiducia coi giovani, è necessario essere bene informati sia sugli effetti positivi che negativi delle droghe. È essenziale dare risposte oneste, anche se talvolta può capitare di rispondere: «Non lo so, ma vediamo se possiamo scoprirlo insieme». È un buon metodo, perché stimola la partecipazione e fissa il principio che anche l'insegnante ha qualcosa da imparare.

Inoltre, i giovani e gli adulti devono *rispettare* reciprocamente le loro opinioni, esperienze e valori. Ciò significa evitare di trattare le persone dall'alto in basso, specie con giudizi personali moralistici. Se un comportamento è avventato o pericoloso, si può chiarirlo, senza per questo sminuire l'individuo che si è comportato in quel modo.

Un processo di apprendimento è *flessibile*, quando si affrontano subito le domande pressanti dei giovani, senza rinviarle perché si deve seguire la sequenza degli argomenti prevista dal programma.

L'ultimo requisito è la mutua *responsabilità*, nel far sì che l'esperienza educativa sia significativa e ricca di informazioni, sia per gli adulti che per i giovani.

I quattro principi che abbiamo descritto hanno tutti lo stesso obiettivo: favorire legami positivi fra gli adolescenti e gli educatori. Ma questi legami non si estendono alla scuola, se la scuola non tratta gli studenti in base a questi stessi principi. Se il clima è dominato da strategie intrusive e dannose punizioni, la maggioranza degli studenti non legherà con la loro scuola. I giovani alienati spesso fanno mostra di atteggiamenti di sfida, per provare che possono violare le regole e sconfiggere l'autorità.

Sfortunatamente, la tendenza attuale negli Usa è verso politiche sempre più punitive e intrusive, e in un prossimo futuro può darsi che si adottino i test antidroga randomizzati per tutti i ragazzi. La giustificazione sarà che i test sono "per il loro bene": ma è un argomento sbagliato, e come tale sarà percepito dai giovani. Ma davvero vogliamo che tutti i ragazzi americani si sentano come sospetti criminali per il fatto stesso di essere giovani? I test obbligatori randomizzati ignorano le garanzie legali che non permettono alla polizia di perquisire le case, le automobili, le persone, senza una ragione valida. Trattare gli adolescenti come potenziali criminali non è il modo giusto per far crescere dei cittadini responsabili, legati alla nazione e alle istituzioni. [2-fine]

*Docente presso l'Istituto di educazione e informazione dell'Università di California-Los Angeles (Ucla)

È peggio la marijuana o l'alcol? Lei ha mai provato qualche droga? Sono domande al bando nei programmi politicamente corretti