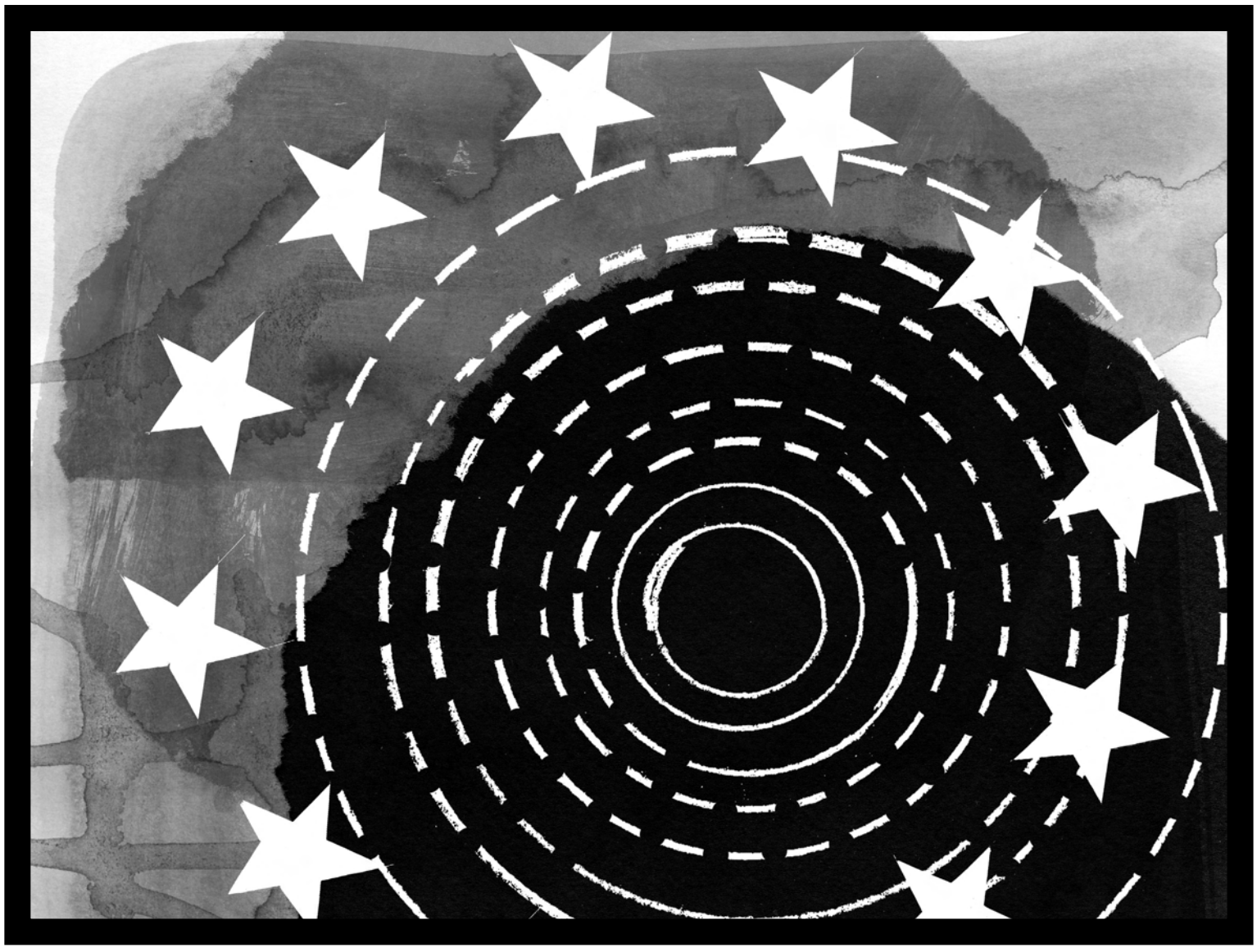
FUORI LUOGO
DROGHE & DIRITTI

IN QUESTO NUMERO

Continuiamo, introdotta da **Grazia Zuffa**, la nostra riflessione su tossicodipendenze e salute mentale. **Leopoldo Grosso** cerca di analizzare come mai gli operatori dei servizi percepiscano un aggravamento delle condizioni psichiche dei loro pazienti, **Daniela Cerri** racconta l'esperienza dei centri a bassa soglia. Se **Gianni Tognoni** segnala il boom delle vendite di antidepressivi e antipsicotici, **Giorgio Bignami** denuncia le manipolazioni, talvolta impercettibili, usate per commercializzare i farmaci.
Sono iniziate in Senato le audizioni sul disegno di legge Fini: secondo gli esperti interpellati, l'impianto repressivo del testo è scientificamente infondato. Ce lo racconta il senatore **Mario Cavallaro**, mentre **Claudio Cappuccino** si sofferma sul rilancio, da parte di Gianfranco Fini, della "guerra alla droga". **Maurizio Baruffi** scrive invece sull'allarme per una partita di cocaina tagliata con atropina a Milano.
Europa. Il Parlamento europeo ha approvato la Raccomandazione per la Strategia antidroga Ue, che denuncia gli esiti drammatici delle strategie repressive. Ne scrive **Jean-Luc Robert**, mentre **Massimiliano Verga** illustra la *Relazione 2004* dell'Osservatorio europeo di Lisbona.
Giustizia. **Livio Pepino** firma un editoriale sulla riforma dell'ordinamento giudiziario, **Stefano Anastasia** illustra il progetto di riforma dell'ordinamento penitenziario elaborato da Sandro Margara, **Sergio Segio** segnala infine il terzo *Rapporto* di Antigone sulle carceri.
Segnaliamo infine due libri recensiti da **Salvina Rissa** ed **Enrico Fletzer**.



A STRASBURGO UN VOTO GIUSTO

Il 15 dicembre il Parlamento europeo ha approvato una risoluzione sulla politica delle droghe che costituisce uno spartiacque di grande valore politico e culturale. Forse anche il relatore, Giusto Catania, non si aspettava un risultato così clamoroso. Molti temevano che il Parlamento allargato ai 25 Paesi dell'Unione avrebbe segnato un arretramento sui temi dei diritti e delle libertà. Così non è stato. Sarebbe grave se la Commissione non tenesse conto della volontà del parlamento, l'unica istituzione europea eletta con suffragio popolare: non solo si verificherebbe una frattura istituzionale, ma addirittura si infliggerebbe un colpo alla democrazia. Il documento chiede una politica realistica, efficace e intelligente. Rifiuta con nettezza l'impostazione retorica e ideologica della *war on drugs.* Chi ha orecchie, specie in Italia, intenda. Nel 2008, alla verifica della strategia Onu per un mondo senza droga, il proibizionismo dovrà presentare i conti. Se sarà un fallimento, non ci sarà appello.

a pagina 5

fuoriluogo.it

Un buon 2005 a tutti!
Nell'aprile scorso avevamo chiuso la campagna straordinaria per la raccolta di fondi per non chiudere il giornale e il sito. In questi mesi molto densi di attività e iniziative, abbiamo evitato di lanciare un nuovo allarme. Ma la situazione non è affatto tranquilla ed è da irresponsabili fare affidamento sempre sul miracolo che si ripete. Per questo alla fine dell'anno chiediamo seriamente alla decine di migliaia di lettori, ai 3.000 iscritti al sito e ai 5.400 abbonati alla newsletter di mettere mano al portafoglio e inviarci un contributo. Il 2005 sarà l'anno decisivo per la sorte della svolta repressiva voluta da Fini sulle droghe. Crediamo che per tutti sarebbe davvero insensata la scomparsa di questa voce proprio nel momento dello scontro. Buona lettura.

NUOVA SERIE ANNO 6 NUMERO 12 SUPPLEMENTO MENSILE DE **IL MANIFESTO**
31 DICEMBRE 2004
IN EDICOLA L'ULTIMO VENERDÌ DEL MESE

Le lettere vanno indirizzate a:
redazione **fuoriluogo** c/o il manifesto
via Tomacelli, 146 – 00186 Roma
fax 0669294908
e-mail: lettera@fuoriluogo.it

Supplemento mensile
de **il manifesto**
31 dicembre 2004

AVVERSARI DI PAGLIA, NEMICI VERI

Destano qualche perplessità alcuni punti dell'articolo di Henri Margaron "Scienza e falsi profeti", apparso su *Fuoriluogo* di novembre. Infatti appare poco utile, se non addirittura controproducente, un attacco alla lettura riduttiva della dipendenza da eroina (4° paragrafo) in base a generiche indicazioni sui meccanismi dopaminergici di rinforzo positivo ("processi che sono alla base del desiderio"); e questo, a fronte della notevole complessità della questione e in particolare del fatto che non è vero (o non è più vero) che essa venga oggi ridotta a fenomeni di sopra- o sottoregolazione dei ricettori. I modelli più esaustivi poggiano invece su fenomeni assai più complessi, come quelli di dissociazione tra il *wanting*, che viene progressivamente sensibilizzato, e il *liking*: cioè tra il bisogno di droga, che aumenta, e la gratificazione che deriva dal suo consumo, che tende a ridursi (Robinson e Berridge). Insomma, come direbbero gli americani, non appare conveniente costruirsi un avversario di paglia per poterlo attaccare più comodamente (e quindi farsi fare a pezzi dal nemico vero).

In secondo luogo, le cause giuste e sacrosante che tutti condividiamo – come appunto quella che i trattamenti con sostitutivi non vadano né demonizzati né assolutizzati, ma vadano adoperati in un contesto di appropriate misure di sostegno – non chiedono di esser sostenute ribadendo genericamente l'ovvio; per esempio, invocando i miliardi di sinapsi nel nostro cervello, la inesauribile flessibilità dei loro assetti, i processi epigenetici che intervengono a modellarli sino a produrre l'*unicum* individuale. In assenza di più specifiche indicazioni su quanto dimostratamente accade *caso per caso* e su come l'accaduto influisca sulle regolazioni neurocomportamentali nei periodi successivi, le generiche invocazioni ricordano sin troppo il *deus ex machina* di classica memoria, che scendeva sulla scena per risolvere intrecci oramai irrecuperabilmente aggrovigliati. (Come esempio di indicazione specifica di potenziale utilità si possono citare le ricerche recenti di Michael Meaney e altri, le quali mostrano come l'espressione o meno di determinati geni coinvolti nelle risposte a stimoli sia determinata per tutta la durata della vita dalle caratteristiche di esperienze precoci, come quelle di attaccamento: il che ha ovvie implicazioni politico-sociali, date le condizioni di sofferenza materiale e morale delle famiglie in cui nascono e crescono molti dei futuri tossicodipendenti.) E di tali debolezze di argomentazione ovviamente approfittano i bio-riduzionisti duri, i falchi del modello medico, i fautori delle strategie repressive e punitive, per scontare le critiche dei loro oppositori.

Giorgio Bignami e Paolo Nencini

MORTI LEGGERE COME PIUME

Il carcere è diventato da tempo un deposito di "vite a perdere": tossicodipendenti, immigrati, senza dimora, disagiati psichici. Forse per questo, troppo spesso vi avvengono morti considerate leggere come piume. Quella di Marcello Lonzi, 29 anni, rischia di essere una di queste. Detenuto per tentato furto, con soli 4 mesi di reclusione ancora da scontare, il suo corpo è stato rinvenuto l'11 luglio 2003, riverso in un lago di sangue sul pavimento della cella numero 21, sezione sesta, padiglione "D" del carcere Le Sughere di Livorno.

Il 10 dicembre 2004 è arrivata la parola giudiziariamente conclusiva: il Gip ha archiviato il caso. Abbiamo fiducia nella correttezza formale della sua decisione, anche perché questo stesso giudice, nel settembre scorso, aveva respinto una prima e immediata richiesta di archiviazione avanzata dal pubblico ministero. In seconda istanza, la richiesta è stata invece accolta, poiché gli elementi raccolti sarebbero serviti «a escludere ipotesi diverse da quelle che riconducono la morte del Lonzi a cause naturali». Nell'autopsia il medico legale parla di «un'aritmia maligna instauratasi su una ipertrofia ventricolare sinistra».

Una conclusione che non pare però sufficiente ad allontanare tutti i dubbi, e le domande sono molte, come scrive la testata d'informazione locale che ha riepilogato il caso: «Le ricostruzioni della vicenda che si susseguono scandiscono una cronologia dei fatti che apre una serie di interrogativi» (Il Tirreno, *10 dicembre 2004).*

La nostra conoscenza del carcere e le nostre quotidiane attività di volontariato e impegno su queste problematiche, ci hanno abituato a evitare sempre giudizi frettolosi o superficiali, in un senso o nell'altro. La medesima esperienza ci ha portato a conoscere e tenere presente una faccia oscura del carcere, quale pozzo nero in cui non di rado precipitano i diritti e la dignità delle persone.

Il carcere, per propria natura e tradizione, è spesso insofferente rispetto agli sguardi esterni (si vedano, ad esempio, le difficoltà, lentezze e ostruzionismi che ha incontrato la proposta di legge tesa a istituire un Garante nazionale delle persone private della libertà, da tempo ferma in Parlamento). Come fosse un sistema a sé, autoreferenziale e autosufficiente.

Sul sito del ministero della Giustizia è contenuta una sezione che si chiama, curiosamente ma significativamente, "Pianeta carcere". Noi crediamo che le prigioni non possano e debbano essere mai considerate un mondo a sé stante.

Perché ciò sia possibile, occorre la garanzia della massima trasparenza, necessaria allo stesso controllo di legalità. Occorre l'obiettiva ma tenace ricerca della verità, quale che sia.

Noi, nel rispetto delle decisioni del Gip di Livorno, conserviamo un dubbio, dopo aver visionato le foto del cadavere, dove si evidenziano contusioni, ferite ed ecchimosi.

Se vi sono state percosse, come l'esame delle fotografie potrebbe indurre a ritenere, può essere che non abbiano relazione diretta, di causa ed effetto, con il decesso. Ma se vi sono state, occorre comunque sapere come, quando, perché e da chi sono state poste in essere. Perché l'incolumità e i diritti di una persona sottoposta a privazione della libertà devono essere sempre e comunque garantiti.

La domanda che insomma vogliamo porre a questo punto, ulteriore a quelle cui ha risposto il Gip di Livorno con l'archiviazione, è se Lonzi se abbia mai subito violenze durante la sua permanenza in carcere.

Non ci sembrano sufficienti e convincenti le risposte del ministro della Giustizia ad alcune interrogazioni avanzate da parlamentari di opposizione, laddove il ministro riferisce di percosse e lesioni denunciate da Lonzi e riscontrate dai medici al momento dell'arresto. L'arresto infatti è avvenuto il 3 marzo 2003, mentre le foto qui accluse sono riferite all'autopsia, avvenuta dopo l'11 luglio 2003. Difficile credere che le lesioni evidenziate a luglio siano le stesse del marzo.

Noi speriamo e chiediamo che ai dubbi che questa vicenda lascia in molti vengano date risposte nette da parte di chi ne ha il potere e il dovere istituzionale.

Per parte nostra, lavoreremo affinché vi sia informazione piena e corretta sulla vicenda, valutando al contempo la possibilità di un esposto o ricorso presso la Corte europea sui diritti umani.

Sergio Segio,Gruppo Abele di Milano
Patrizio Gonnella, Coordinatore nazionale di Antigone
Franco Corleone, Garante dei diritti dei detenuti di Firenze
Ornella Favero, *Ristretti Orizzonti*

FL Il caso Lonzi on line su:
www.ristretti.it/areestudio/disagio/lonzi

LA "DROGA" DELLE MULTINAZIONALI

Salve, sono una ragazza qualunque che vive da beatnik e, in quanto tale, ha interessi che molti propriamente non definiscono normali: studio le droghe. Mi è capitato sottomano *Fuoriluogo* di novembre e mi è balzata all'occhio una frase: «Arriva anche in Italia il Ritalin». Oltre che infastidirmi, questa pillola conferma la teoria di Robert Byck che interpreta come falso moralismo l'illegalità delle droghe che lo Stato fornisce, però camuffate da medicinali, in qualsivoglia farmacia. Teoricamente, il Ritalin è una innocua pillola per ripristinare la concentrazione in soggetti cocainomani che senza la detta sostanza non riescono a mantenerla. Più leggermente, il metilfenidato idrocloride (vero nome del Ritalin) è anche usato su soggetti perfettamente stabili e sani e perfino, perché l'ignoranza e l'ingenuità non hanno limiti, sui *bambini*. Quello che però sfugge è che il 40% dei soggetti che assumono il Ritalin ne diventano dipendenti, esattamente come è capitato ad innumerevoli altri cosiddetti farmaci tra cui l'ormai celebre dexedrina, ecc. Questa legalissima pillola, infatti, è anche un "aggiustatore d'umore" che dà la stessa spinta della cocaina, se polverizzata ed inalata. Sfortunatamente, la maggior parte dei soggetti cui viene prescritta ha parecchia esperienza in pratiche chimiche (come continuo ad affermare, nonostante molti psichiatri non ci badino) e, in poco tempo, resta intrappolata nella stessa rete da cui cercava di sfuggire. Il Ritalin è un'*anfetamina*. Aprite gli occhi: non c'è un rimedio alla nostra angoscia di non vivere in Utopia.

Roberta Pilia '88, San Sperate (CA)

MAPPA MONDO

SPAGNA

I trattamenti con eroina aiutano a riabilitare i tossicodipendenti di lunga durata. Questo il risultato del primo esperimento spagnolo con eroina, realizzato a partire dal 2003 dall'ospedale Virgen de las Nieves di Granada. L'esperienza andalusa, approvata dal *Plan Nacional sobre Drogas* e dal ministero della Sanità, è terminata lo scorso 25 novembre. I primi dati forniscono una percentuale di fallimento per il gruppo di controllo, trattato con il metadone, del 32%, simile a quella dei programmi convenzionali della sanità pubblica. Nel gruppo sperimentale, trattato con eroina, la percentuale di fallimento è scesa invece al 14%. Dopo tre mesi dall'avvio della sperimentazione i pazienti del gruppo sperimentale avevano migliorato il loro stato fisico quattro volte di più rispetto a quelli del gruppo di controllo, del doppio la loro salute mentale e avevano ridotto a un quarto il rischio di contagio da Hiv e i reati commessi. Per il ricercatore Joan Carles March questo «dimostra che l'eroina è una buona alternativa per chi fallisce nei programmi con il metadone». Lo scorso aprile anche la Catologna ha avviato uno studio sperimentale.

AFGHANISTAN

L'Afghanistan si avvia a diventare di nuovo un "narco-Stato". Lo afferma un rapporto dell'Unodc, l'agenzia Onu diretta da Antonio Costa. In base ai dati forniti dall'*Afghanistan Opium Survey*, la coltivazione del papavero da oppio è aumentata del 64%, e solo il cattivo tempo ha impedito di raggiungere un nuovo record del raccolto. Attualmente l'Afghanistan produce l'87% dell'oppio mondiale. È in forte aumento anche il contrabbando illegale di sostanze stupefacenti, che è diventato «il principale motore della crescita economica e il legame più saldo tra popolazioni prima in conflitto»: l'esportazione di oppio ha raggiunto un valore stimato di 2,8 miliardi di dollari, pari a oltre il 60% del Pil afgano del 2003. La coltura del papavero da oppio, ha detto Costa, si estende su un totale di 323.701 acri e rappresenta «la più ingente coltivazione nella storia del Paese e la più grande del mondo». Al contrario, sempre secondo Costa, la produzione di oppio nell'Asia sud-occidentale è diminuita del 75% e la regione «potrebbe essere presto dichiarata libera dalla droga».

STATI UNITI

Tre distretti a sud di Boston (Third Plymouth, Seventh Plymouth, Sixth Norfolk) si sono pronunciati a favore di una legislazione più tollerante sulla marijuana. Le due misure, approvate a larga maggioranza nelle elezioni presidenziali del 2 novembre, chiedono rispettivamente la depenalizzazione del consumo personale e la legalizzazione degli usi medici. Il voto, che non ha valore vincolante, è una raccomandazione ai legislatori del Massachusetts perché legiferino in questo senso. Attualmente la pena massima prevista per il consumo personale è sei mesi di detenzione e/o 500 dollari di multa per chi è alla sua "prima volta". Se la violazione è ripetuta, la pena massima sale a due anni di detenzione e/o 2.000 dollari di multa oltre alla possibile revoca della patente di guida.

Il volto crudele della legge

CLAUDIO CAPPUCCINO

Sulla torta già immangiabile delle leggi approvate o in via di approvazione dell'attuale maggioranza, il vicepresidente Fini non si è trattenuto dall'aggiungere la sua velenosa ciliegina, il rilancio della cosiddetta "guerra alla droga", una delle più colossali bufale del XX secolo. Nata all'inizio del '900 da un abbaglio probabilmente in buonafede, si è trasformata in un imbroglio ovviamente in malafede, in un nodo gordiano ormai inestricabile, in cui decine di migliaia di miliardi di prezioso denaro pubblico (oltre che preziose risorse umane) – sottratti ad impieghi più produttivi – sono bruciati ogni anno, mentre una quantità non misurabile di danni e sofferenze sono inflitte direttamente o indirettamente a tutti noi: ricchi e poveri, drogati e no. La proposta Fini batte e ribatte sul solito tasto rotto, che drogarsi è reato e deve essere punito.

Non solo chi scrive, ma persone della massima autorevolezza etica e scientifica, hanno scritto migliaia di pagine limpide e chiare per smontare questa sciocchezza.

La verità è che molte persone usano "droghe" (dall'eroina al caffé, dall'alcool al tabacco, dall'Lsd alla cocaina) in modo razionale e controllato. Anche se il proibizionismo gli crea qualche fastidio – qualche grosso fastidio se sono sfortunati – queste persone sono in mezzo a noi, e nemmeno ce ne accorgiamo. Ma la maggior parte di quelli che possiamo chiamare "drogati" – e *tutti* quelli visibili, quelli che "danno fastidio" e che saranno i soli davvero colpiti dalla legge Fini – sono solo colpevoli di avere serie difficoltà nella vita e nei rapporti con se stessi e con gli altri. Alcuni hanno veri e propri disturbi, che non riescono a gestire se non con l'uso – per lo più inappropriato e controproducente – di qualche sostanza psicoattiva. Usare queste persone infelici come capri espiatori solo per esibire i muscoli del potere e guadagnare qualche voto, è molto peggio che meschino e ingiustificabile. È assolutamente irresponsabile.

Al giorno d'oggi, anche Fini avrebbe il dovere di capire che la gran parte delle morti per droga e dei danni alla salute (inclusa la diffusione dell'Aids) è dovuta solo al fatto che le droghe si vendono per la strada, in condizioni igieniche spaventose, e non in farmacia. E che il mercato nero della droga, e la relativa criminalità (inclusa quella dei "colletti bianchi" del riciclaggio), esiste solo grazie alla cosiddetta proibizione. Nessuna merce è peraltro più largamente disponibile – 24 ore su 24, tutti i giorni, ovunque – delle "droghe proibite", ovvero di quelle che in America chiamano, senza rendersi conto dell'ironia dei termini, "sostanze controllate".

Mi scuso di tirare in ballo con nome e cognome un personaggio pubblico, ma ricordare il suo caso può ancora illuminare qualcuno: forse che l'on. Emilio Colombo, senatore a vita per meriti politici, deve essere considerato un delinquente perché ha usato – per motivi suoi, che non devono interessare a nessun altro, o al massimo al suo medico – un po' di cocaina? Come del resto avevano fatto prima di lui due papi (Leone XIII e Pio X) e il più famoso psichiatra della storia, Sigmund Freud, insieme a centinaia di altri personaggi non meno illustri?

Signor ministro Antonio Martino, mi pare che fosse proprio lei la persona che anni fa, nel nome del liberalismo, firmava articoli coraggiosamente antiproibizionisti sul *Corriere della Sera*, oltre che su *Fuoriluogo* (novembre 2000). Forse che oggi, godendo della sua onorevole poltrona di governo, non ha proprio più niente da dire? Per quanto dovremo ancora aspettare un Alessandro che tagli una volta per tutte il nodo gordiano (magari con il bisturi, non con la spada)? ■

Manifestamente incostituzionale

LIVIO PEPINO

Il 1° dicembre scorso, tra contestazioni e polemiche, il Parlamento ha infine approvato la legge delega sull'ordinamento giudiziario. «Riforma *epocale* che darà efficienza alla giustizia contrastata dalla magistratura per ragioni corporative e di difesa di privilegi», si affannano a proclamare il ministro della giustizia e la maggioranza parlamentare (con l'immancabile seguito di cortigiani nella stampa scritta e parlata). Inutile dire che sarebbe vano cercare nel dibattito che ha accompagnato l'iter della legge un esempio – un solo esempio – di un minuto guadagnato in un processo penale o civile a seguito della "riforma" e che ad essere modificate sono soltanto le condizioni di indipendenza di giudici e pubblici ministeri. I contenuti della controriforma sono infatti noti: limitazione del governo autonomo della magistratura e trasferimento al ministro di significative competenze in materia, torsione del sistema disciplinare in veicolo di conformazione culturale dei giudici, trasformazione dei magistrati in burocrati selezionati mediante concorsi destinati a produrre omogeneità ideologica, condizionamento della loro autonomia con un sistema gerarchico, allontanamento del pubblico ministero dalla cultura della giurisdizione e centralizzazione della sua organizzazione.

Tutto ciò – inutile dirlo – non accade per caso e neppure (almeno in via esclusiva) per contingenti interessi del presidente del Consiglio o per narcisistiche ambizioni del più inefficiente ministro della giustizia della storia repubblicana. Le ragioni della controriforma dello *status* dei giudici sono ben più profonde e affondano le radici nella strategia in atto di accantonamento del principio di uguaglianza, di contrazione dei diritti, di smantellamento dello Stato sociale, di irrigidimento delle istituzioni in senso autoritario. Modificare lo *status* di giudici e pubblici ministeri è un tassello indispensabile in tale operazione: per ridimensionare i diritti e le libertà occorre, infatti, indebolire chi, per Costituzione, ne è tutore e garante, cioè la Corte costituzionale e la magistratura.

La Costituzione del 1948 disegna – come noto – un assetto istituzionale moderno e complesso, in cui la giurisdizione ha un ruolo centrale (e in parte inedito) di promozione dell'uguaglianza dei cittadini (art. 3, primo e secondo comma) e di controllo diffuso della legalità (art. 101, comma 2, e art. 112) e i giudici e i pubblici ministeri godono, per questo, di garanzie di indipendenza e autonomia particolarmente accentuate (artt. 104 e seguenti). L'indipendenza della magistratura – lo sappiamo – non garantisce in modo meccanico giustizia, libertà e uguaglianza per tutti; è, peraltro, una delle condizioni per rendere possibile tale risultato. È per questo che la controriforma dell'ordinamento giudiziario (e il trasferimento di competenze e poteri dalla giurisdizione all'amministrazione che ad essa si accompagna) non è *altro* rispetto alle trasformazioni in atto sul piano sociale e politico, al ribaltamento dell'uguaglianza in *disvalore*, alla progressiva realizzazione di doppi livelli di cittadinanza (per i nativi e per i migranti, per gli inclusi e gli esclusi, e via seguitando). Ed è per questo che una opposizione razionale alla politica di attacco ai diritti non può prescindere dalla denuncia del carattere autoritario e della incostituzionalità della legge appena approvata.

Il rinvio della legge alle camere da parte del capo dello stato deve dunque essere l'occasione per riprendere il dibattito troncato da voti di fiducia e maxiemendamenti. L'importante è non essere rassegnati e non dare nulla per scontato. ■

FATTI E MISFATTI

PENA INFINITA

Più o meno un anno e mezzo fa Antigone ha elaborato e promosso la presentazione di due disegni di legge, uno per rendere effettivi i diritti dei detenuti e l'altro contro le stigmatizzazioni sociali della detenzione. Nel nostro codice penale, infatti, sono previste, oltre alle pene principali (pecuniarie e detentive) le pene accessorie. Dopo la galera ti aspetta qualche altra sanzione, che può consistere nel divieto di recarsi in qualche luogo, nel non poter svolgere certi lavori, nel non poter andare a votare alle elezioni. Tutto questo finché sopraggiunge la tanto attesa riabilitazione. Una volta estinti gli effetti della pena (con decisione della magistratura e non per il mero decorso del tempo), l'ex detenuto può, in base alla legge, lavorare senza restrizioni, votare ed essere votato, recarsi all'estero. Non sempre, però, la legge è ritenuta una fonte sufficiente di sanzioni. C'è chi non si accontenta mai. Nelle scorse settimane a Sergio Segio è stato di fatto impedito di intervenire a un convegno dal titolo "La pena ideata applicata vissuta" organizzato nell'Aula magna del Palagiustizia di Torino dalla Camera penale. «Sono semplicemente allibito nel constatare che tra i relatori, nella sessione finale vi sia Sergio Segio, indicato semplicemente come appartenente al Gruppo Abele» (Armando Spataro). O noi o lui: così alcuni magistrati hanno, senza troppe remore, dissuaso Segio dall'intervenire al Convegno. Era un convegno sul carcere. Segio in carcere c'è stato. Per molti anni. Lui fa parte della Giunta della Conferenza Nazionale Volontariato Giustizia. È stato tra i promotori delle campagne per un atto di clemenza generalizzato. Si parla tanto, e con eccessi di retorica, di rieducazione e cambiamento, di trattamento e reinserimento. Tutto ciò purché si sia disposti a fare il cameriere o la colf, in perfetta continuità con i mestieri da galera, spesino e scopino. Se dovesse, viceversa, capitare che qualcuno – giusto qualcuno – abbia un ruolo pubblico, ripeto a pena espiata, allora scatta la censura. Galeotti lo si è a vita. Una volta tolta la parola non può essere restituita. Eppure Segio non doveva parlare di terrorismi vecchi e nuovi, di anni '70 e '80. Lui doveva parlare della pena vissuta, dei 56mila detenuti che oggi ospitano le 204 prigioni italiane, del sovraffollamento che rende le loro vite molto poco dignitose, di migranti e tossici stipati in celle fatiscenti. Non gli è stato possibile. Lo continuerà a fare su *Fuoriluogo*.

Patrizio Gonnella

Fuoriluogo
mensile di Forum Droghe
nuova serie anno 6,
numero 12
chiuso in redazione
il 22/12/04
supplemento de *il manifesto*
del 31/12/04

Direzione:
Grazia Zuffa
Cecilia D'Elia
Coordinamento redazionale:
Marina Impallomeni
mimpallomeni@fuoriluogo.it
Redazione:
Beatrice Bassini, Claudio Cappuccino, Leonardo Fiorentini (webmaster)
Enrico Fletzer,
Lucio Gamberini
Patrizio Gonnella
Giovanni Nani
Susanna Ronconi
Sergio Segio
Maria Gigliola Toniollo

Comitato editoriale:
Stefano Anastasia,
Andrea Bianchi,
Giorgio Bignami,
Giuseppe Bortone,
Gloria Buffo,
Massimo Campedelli,
Stefano Canali,
Giuseppe Cascini,
Luigi Ciotti, Maria Grazia Cogliati, Peter Cohen,
Antonio Contardo,
Franco Corleone, Paolo Crocchiolo, Daniele Farina,
Matteo Ferrari, Andrea Gallo,
Maria Grazia Giannichedda,
Betty Leone, Franco Maisto,
Luigi Manconi,
Patrizia Meringolo,
Toni Muzi Falconi,
Mariella Orsi, Livio Pepino,
Tamar Pitch, Anna Pizzo,
Toy Racchetti, Ersilia Salvato, Nunzio Santalucia,
Luigi Saraceni, Uwe Staffler,
Stefano Vecchio,
Maria Virgilio

Direttore responsabile:
Maurizio Baruffi
Segreteria di redazione:
tel. e fax
06.69921052
E-mail: fuoriluogo@fuoriluogo.it
Progetto grafico:
Andrea Mattone
Disegni: Onze

Impaginazione:
Sagp, Roma
Sito web:
www.fuoriluogo.it
Realizzato col contributo di Leonardo Previ e Sara Secomandi di Methodos s.p.a.
Editore:
Forum Droghe
c/o Crs via Nazionale 75,
00184 Roma
E-mail: forumdroghe@fuoriluogo.it
c.c.p. n. 25917022
Pubblicità:
Poster pubblicità s.r.l.
via Tomacelli, 146 00186 Roma
tel. 06/68896911
fax 06/68308332

Stampa:
Sigraf spa, via Vailate 14
Calvenzano (Bg)
Registrazione:
Trib. Roma: n. 00465/97
del 25/7/97
Iscrizione al Registro nazionale della Stampa:
n. 10320 del 28/7/00

DISEGNO DI LEGGE FINI, AUDIZIONI AL SENATO

UN ESORDIO CHE FA RIFLETTERE

Mario Cavallaro*

Il 13 dicembre, nell'ufficio di presidenza delle commissioni giustizia e sanità del Senato, che si occupano congiuntamente della riforma del Testo unico in materia di stupefacenti, sono iniziate le audizioni di esperti del settore. La prima tornata prevedeva un gruppo di esponenti della comunità scientifica: Claudio Cippitelli, sociologo, Presidente del Coordinamento Nazionale nuove droghe; Gaetano Di Chiara, ordinario di farmacologia presso l'Università di Cagliari; Gilberto Gerra, consulente del Dipartimento nazionale delle politiche antidroga; Paolo Nencini, ordinario di farmacologia presso l'Università La Sapienza di Roma; e Umberto Sciaretta, psichiatra, dirigente del dipartimento di salute mentale della Asl Rm G.

Nonostante le diverse competenze ed esperienze professionali degli intervenuti, tutti sono partiti da una considerazione iniziale che può definirsi condivisa. La tossicodipendenza va curata e un intervento teso ad eliminare il fenomeno soltanto o soprattutto attraverso la repressione, sarebbe perciò, oltre che moralmente e politicamente inopportuno, scientificamente infondato ed inutile, se non controproducente.

Ciò significa che, sin dall'inizio del lavoro istruttorio sul testo, appare compromesso l'impianto stesso, repressivo, del disegno di legge governativo che, nell'ansia mediatica ed elettorale di affermare il disvalore del consumo di stupefacenti, tratta la tossicodipendenza ed il consumo degli stupefacenti come un crimine, come una condotta da reprimere con una miscela di severe misure penali o almeno amministrative.

Le commissioni stanno esaminando, insieme a quello del governo, anche altri disegni di legge, fra cui quello mirato alla depenalizzazione del consumo e alla promozione della riduzione del danno (elaborato dal cartello unitario "Dal penale al sociale" e sottoscritto da rappresentanti di tutta l'opposizione). Perciò gli esperti hanno affrontato anche le specifiche questioni che i diversi testi risolvono in maniera assai distante.

A parere degli esperti è scientificamente infondato l'impianto repressivo del testo, che tratta il consumo di stupefacenti come un crimine da punire con severe misure penali

È stato notato che la proposta del governo non tiene conto del fenomeno massiccio della diffusione delle nuove droghe e di un diverso sistema di assunzione delle droghe tradizionali, con una modifica generale della platea di utenti delle droghe che non corrispondono alla figura tradizionale del tossicodipendente: ma anch'essi sono soggetti da trattare nello spirito di una prevenzione, di un mutamento dei valori e dei bisogni piuttosto che in quello di una repressione minacciosa ed inefficace.

Non meno interessante è stata la valutazione positiva della riduzione del danno, sbrigativamente accantonata da taluni come tecnica "conservatrice" della tossicodipendenza, ma che è invece al centro delle politiche europee.

Il prof. Gerra ha sostenuto con forza la tesi che assumere droghe non è un diritto e che vanno dati segnali forti per scoraggiare il consumo; ma anch'egli ha ammesso che la legge debba creare occasioni di aiuto per i giovani.

Soprattutto il prof. Nencini ha chiarito come sia difficile debellare il consumo tramite la repressione: come dimostra il dilagare dell'ectasy negli Usa proprio al tempo delle politiche reganiane di più esasperato proibizionismo.

In buona sostanza, è emerso un quadro di grande delicatezza e complessità e la necessità di mettere in campo strumenti complessi ed articolati per contrastare il fenomeno della tossicodipendenza. Tutto il contrario della sbrigativa impostazione del progetto del governo. ■

*Senatore della Margherita

IL NOSTRO NUOVO NUMERO DI TELEFONO È

06 69921052

PROPOSTA ALTERNATIVA

CRESCONO LE ADESIONI DEI SENATORI

Aumentano le firme dei senatori del centro-sinistra aderenti alla proposta di legge sulle droghe n. 2985, primo firmatario Mario Cavallaro, presentata in Senato la primavera scorsa (cfr. *Fuoriluogo*, giugno 2004). La proposta riprende il testo già presentato alla Camera e vuole offrire un progetto alternativo alla controriforma governativa, imperniata sulla riproposizione della dose media giornaliera (ribattezzata "dose massima consentita") e sull'inasprimento del trattamento penale per le droghe leggere, in nome della loro equiparazione alle droghe pesanti. Il testo alternativo si riallaccia invece al trend europeo verso la depenalizzazione del consumo, riaffermato anche in questi giorni dal parlamento europeo. Fra le altre sono ora presenti le firme dei capigruppo Ds e Margherita, Angius e Bordon. Sono rappresentati tutti i gruppi parlamentari dell'opposizione. L'elenco completo dei 34 firmatari è il seguente: Mario Cavallaro, Gavino Angius, Willer Bordon, Giampaolo Zancan, Giuseppe Ayala, Alessandro Battisti, Alberto Maritati, Ettore Liguori, Anna Donati, Pierluigi Petrini, Gianfranco Pagliarulo, Antonio Iovene, Luigi Marino, Tommaso Sodano, Luigi Malabarba, Fiorello Cortiana, Loredana De Petris, Natale Ripamonti, Natale D'Amico, Piero Di Siena, Achille Occhetto, Antonio Falomi, Cesare Salvi, Albertina Soliani, Angelo Muzio, Paolo Giaretta, Roberto Biscardini, Roberto Manzione, Franco Danieli, Monica Bettoni Brandani, Tana De Zulueta, Giuseppe Mascioni, Antonio Vicini, Giancarlo Piatti.

Cocaina, una partita pericolosa a Milano

L'INFORMAZIONE SALVA LA VITA

Maurizio Baruffi

MILANO

Atropina. Così si chiama la sostanza utilizzata per tagliare un'importante partita di cocaina che è stata smerciata fra Bergamo e Milano a cavallo tra la fine di novembre e l'inizio di dicembre. L'atropina è un alcaloide che si estrae dalla *atropa belladonna*, una vecchia conoscenza fra le sostanze naturali dagli effetti allucinogeni. Un tempo veniva chiamata la droga delle streghe, oggi è una sostanza utilizzata dall'industria farmaceutica per produrre medicinali. In particolare si utilizza per le malattie degli occhi, opportunamente dosata e miscelata, sotto forma di collirio o di unguento. L'atropina contribuisce, per esempio, alla dilatazione della pupilla e viene usata dagli oculisti. Ma un dosaggio eccessivo e il mix con la cocaina diventa assai pericoloso. Un altro uso dell'atropina è nel trattamento del morbo di Parkinson.

Le agenzie di stampa contavano già circa venti casi di intossicazione acuta nei primi giorni di dicembre, e l'allarme veniva lanciato con tutti i canali disponibili. Servizi televisivi e sui giornali, mobilitazione delle Asl e degli operatori. Messaggi mirati nelle discoteche dell'area interessata dalla diffusione del fenomeno. Anche nelle mailing list degli operatori si potevano leggere informazioni di questo tenore, dopo la rilevazione di alcuni gravi malesseri registrati a Bergamo, ma anche a Sesto S. Giovanni e a Cinisello Balsamo: «Facendo seguito ai messaggi precedenti si comunica che gli episodi di malessere anche grave manifestatisi dopo l'assunzione di cocaina potrebbero essere collegati alla presenza di atropina in quantità pericolosa in alcune partite di questa droga. Ciò è sicuro almeno per quanto riguarda situazioni che si sono verificate nella zona di Bergamo la cui Asl ha denunciato il fatto allertando tutti i presidi sanitari della Lombardia. È possibile che quanto accaduto nella zona di Milano sia riconducibile a cause analoghe. Sono in corso ulteriori approfondimenti analitici anche da parte del nostro sistema di allerta. In ogni caso è meglio divulgare il fatto che sono presenti sul mercato partite di cocaina pericolosa. Eventuali malesseri dopo l'assunzione non devono essere sottovalutati (chiamare il 118). La presenza di allucinazioni, deliri, mancamenti, aggressività, respiro corto e frequente, nausea, vomito, secchezza della bocca, dilatazione della pupilla, fastidio per la luce e tachicardia sono alcuni dei sintomi che potrebbero far sospettare l'assunzione di atropina».

Eugenio Muller, farmacologo all'Università di Milano, descriveva così sul *Corriere della Sera* (4/12/04), gli effetti dell'atropina: «agisce sul sistema nervoso centrale, provoca uno stato di confusione mentale, aumento della temperatura del corpo e, a dosi eccessive, può portare alla morte per intossicazione. Si tratta infatti di un composto altamente tossico, anche in quantitativi ridotti, e la differenza tra la dose attiva, cioè quella che provoca confusione mentale e allucinazioni, e la dose mortale è minima (...). La cocaina agisce su zone specifiche del cervello e provoca uno stato di forte eccitamento, accompagnato spesso da allucinazioni e distorsioni uditive. Poi subentra un senso di stanchezza. L'atropina, invece, agisce più diffusamente, su tutto il cervello e provoca soprattutto stato confusionale». L'allarme è stato lanciato con buona prontezza di riflessi dai responsabili della Asl di Bergamo e sono stati efficacemente coinvolti disc jockey, gestori di pub e locali alla moda perché più gente possibile sapesse immediatamente del taglio criminale. La Prefettura di Bergamo si è mossa con efficacia e il tam tam ha rapidamente raggiunto, anche grazie al lavoro delle unità di strada, un gran numero di persone, tanto che, come testimoniavano le cronache locali dei quotidiani lombardi, il week end successivo a quello delle intossicazioni, in tutti i locali delle zone coinvolte venivano lanciati avvisi dai dee jay, veniva diffusa l'informazione all'ingresso delle discoteche e le persone sembravano molto informate sulla questione. D'altronde, proprio pochi giorni prima, la Asl di Milano aveva reso noti i risultati di una ricerca dalla quale emergerebbe che almeno 120 mila milanesi dai 15 ai 64 anni ha fatto uso di cocaina almeno una volta e che almeno 15 mila sono i consumatori abituali. Un fenomeno di massa, l'attivazione di canali informativi per prevenire un danno alla salute dei consumatori causato da chi spaccia, una collaborazione diffusa fra operatori sanitari, mezzi di informazione, unità di strada e gestori dei locali notturni. Una realtà quotidiana che non sembra essere presa in considerazione da chi propone, in Parlamento, solo repressione e astinenze salvifiche. ■

Il parlamento di Strasburgo approva una raccomandazione per la Strategia antidroga della Ue

MOLTE LE IDEE E CHIARE

Jean-Luc Robert

BRUXELLES

Basta con le politiche anti-droga basate su presupposti ideologici o dichiarazioni incantatorie. Rivendichiamo invece una strategia antidroga basata su fondamenti scientifici e sulla valutazione dei risultati. È in questi termini che si può riassumere la filosofia della relazione adottata dal Parlamento europeo il 15 dicembre scorso.

Infatti, adottando la relazione di Giusto Catania (Rifondazione Comunista) sulla nuova Strategia antidroga dell'Unione europea 2005-2012, gli eurodeputati denunciano, anche se con una maggioranza di stretta misura, il fallimento palese della strategia proibizionista imposta dalle convenzioni Onu del 1961, 1971 e 1988, e insistono quindi sulla necessità di cambiare radicalmente strategia.

È inutile dire che i capi di Stato e di governo, riuniti in Consiglio europeo a Bruxelles il 16-17 dicembre, hanno adottato la strategia antidroga dell'Unione europea senza tenere minimamente conto delle raccomandazioni del Parlamento. Il Parlamento ha in materia soltanto un parere consultivo e le competenze dell'Unione sono molto limitate. Si tratta principalmente di sostenere l'azione degli Stati membri. La relazione insiste del resto sul rispetto del principio di sussidiarietà e chiede di conseguenza all'Unione di concentrare la sua azione sulla lotta contro il traffico internazionale organizzato mentre le politiche di prevenzione, d'assistenza sociosanitarie devono essere adottate e svolte a livello regionale e locale. Si tratta per il Parlamento di garantire il diritto degli Stati membri e degli enti locali e regionali di svolgere le loro politiche di riduzione del danno, che secondo l'Osservatorio Europeo della droga e della tossicodipendenza (Emcdda), hanno dimostrato la loro efficacia.

A proposito d'efficacia, il Parlamento chiede in particolare una valutazione scientifica dell'attuazione delle politiche antidroga e che queste politiche siano riorientate in funzione dei loro risultati.

Certamente, non è la prima volta che il Parlamento denuncia il fallimento del proibizionismo e che chiede di favorire e di incoraggiare la generalizzazione dei programmi di riduzione del danno. Ma si può affermare che questa volta è stato compiuto un salto qualitativo: la denunzia delle conseguenze drammatiche delle strategie repressive non è mai stata formulata così chiaramente e d'altra parte la relazione raccomanda esplicitamente il ricorso alla distribuzione d'eroina sotto controllo medico a fini terapeutici.

La relazione insiste anche sull'importanza di autorizzare la cultura delle sostanze attualmente proibite a fini terapeutici ed altri. Il tè di coca non ha alcuna ragion d'essere vietato e potrebbe rappresentare uno sbocco per questa coltura ancestrale. Quanto alla canapa, la sua fibra può essere utilizzata nella fabbricazione di filo e di tessuti per parlare soltanto degli impieghi più correnti.

La questione che si pone è quella dell'esito politico ed istituzionale dell'adozione di questa relazione. Certamente questo voto non ha valore giuridico ma ciascuno si ricorderà *mutatis mutandis* l'impatto, ad esempio, della relazione di Claudia Roth, verde tedesca, sulla parità di diritti per gli omosessuali.

Gli esiti drammatici delle strategie di repressione sono oggetto di esplicita denuncia, e si chiede di riorientare le scelte politiche sulla base di verifiche d'efficacia

In Italia in particolare questa presa di posizione del Parlamento europeo non mancherà di influenzare l'iter parlamentare del progetto di legge Fini che penalizza con il carcere (da sei a venti anni) il consumo di tutte le sostanze illegali, senza distinzione.

L'iniziativa di Monica Frassoni, co-presidente del gruppo dei Verdi, di far incontrare a Strasburgo, il giorno stesso del voto della relazione Catania, due tra i principali rappresentanti della "Società della Ragione", Gad Lerner e Franco Corleone con alcuni membri italiani del Parlamento europeo, tra i quali il relatore Giusto Catania, era quindi più che opportuna. Ricordiamo che la "Società della Ragione" è stata creata da un gruppo di persone dalle differenti convinzioni politiche e culturali, appartenenti a schieramenti politici diversi, che hanno lanciato un manifesto sulle droghe in Italia, con la finalità di opporsi alla politica del governo italiano in materia di droghe.

Durante l'incontro, e alla luce del voto positivo della relazione Catania – che prefigura un approccio completamente diverso da quello di Fini – è stata lanciata l'idea di organizzare un'iniziativa a Roma all'inizio del 2005 tra deputati europei e membri del Parlamento italiano per contribuire ad una vasta campagna di mobilitazione contro il disegno di legge Fini.

Questa campagna di sensibilizzazione, coinvolgendo anche la società civile e le associazioni, dovrà possibilmente andare oltre gli schieramenti "governo/opposizione" e si pone come obiettivo di influenzare l'iter di un disegno di legge che se verrà adottato, avrà come conseguenza di mandare in prigione decine di migliaia di semplici consumatori di droga. ■

FL La Raccomandazione del Parlamento europeo e la Strategia Ue 2005-2012 su: **www.fuoriluogo.it**

LA RELAZIONE 2004 DELL'OSSERVATORIO EUROPEO SULLE DROGHE

UN'IMMAGINE ANCORA SFOCATA

Massimiliano Verga

L'Osservatorio europeo sulle droghe e le tossicodipendenze (Emcdda) ha presentato *la Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea ed in Norvegia.* La *Relazione 2004* affronta diverse tematiche, quali il consumo di droghe, la prevenzione e il trattamento nell'Ue, oltre a tre «questioni specifiche»: la «valutazione delle strategie nazionali in materia di droga», le «problematiche legate al consumo di cannabis», la «comorbilità».

La *Relazione* viene annunciata come «un corpo sostanzioso e sempre più consolidato di informazioni», in quanto l'Emcdda ha saputo «sviluppare strumenti e indicatori di raccolta dati atti a fornire ai diversi paesi un linguaggio comune». Con le parole del suo direttore, Georges Estievenart, «a distanza di dieci anni, l'Agenzia dispone ora di una comprensione più completa» che le consente «di parlare con cognizione di causa».

Tuttavia, rispetto alle precedenti relazioni vi sono poche novità, fatta eccezione per il maggior numero di pagine, comunque non dovuto ad uno sforzo analitico più intenso.

Due esempi possono aiutare a cogliere l'impostazione e le lacune della *Relazione 2004*. Primo esempio: i consumi. A proposito della cannabis, si dice che «resta la droga illecita di consumo più comune nell'Ue» e che il consumo «nel corso degli ultimi 12 mesi è superiore tra i giovani adulti (15-34 anni) (...) con percentuali variabili tra il 5 ed il 20%». A parte il fatto che, più che i numeri, andrebbero approfonditi semmai i modelli reali di consumo – un'analisi che l'Osservatorio limita ai quindicenni – è il modo con cui vengono usati i dati a destare maggiori perplessità. L'Emcdda, infatti, mette insieme classi d'età disomogenee e accosta indagini svolte in anni differenti, come ad esempio un'indagine greca del 1998 ed una britannica del 2003. Alla faccia del "linguaggio comune" e della "cognizione di causa"! Stesso discorso per il consumo di anfetamine, cocaina e ecstasy. Il tutto, tra l'altro, dopo aver taciuto sul consumo di droghe sintetiche come fenomeno in veloce evoluzione, anche se non c'è da stupirsi, visto che secondo l'Emcdda il consumo di ecstasy è un fenomeno recente (recente?); visto che l'Osservatorio si propone di individuare l'emergere di eventuali (eventuali?) nuove droghe sintetiche sulla scena europea, dimenticando che proprio il proibizionismo è il principale motore propulsivo per lo sviluppo delle droghe di sintesi.

Secondo esempio: il cosiddetto «consumo problematico». Stando all'Emcdda, «meno dell'1% della popolazione europea in età adulta (15-64 anni) può rientrare nella definizione di consumatori problematici di stupefacenti, per un totale variabile da 1,2 a 2,1 milioni di consumatori (...) nell'Ue allargata». Oltre al fatto che viene da chiedersi quale sia l'utilità di «uno sguardo d'insieme» di questo tipo – è come dire che domani è prevista una temperatura compresa tra i 12 e i 21 gradi: cappotto o camicia? –, l'aspetto che più colpisce è la definizione di consumo problematico, ossia il «consumo di stupefacenti per via parenterale, oppure il consumo a lungo termine/ regolare di oppiacei, cocaina e/o anfetamine». Ovvero, nulla viene detto sul ruolo del proibizionismo nel determinare la problematicità dei consumi, a partire dall'incertezza sulla qualità; nulla, o quasi, viene detto a proposito delle pratiche di riduzione del danno e dei risultati ottenuti laddove si è scelto di intraprendere un percorso orientato in questa direzione. «Nulla o quasi» perché, in realtà, all'Emcdda non sfugge che «i locali dedicati al consumo di stupefacenti (...) esistono in 39 città di tre paesi dell'Ue, Spagna, Germania e Paesi Bassi, oltre che in Svizzera». Così come non nasconde che «sembra comprovato che questi locali possano aiutare veramente i gruppi difficili da raggiungere, consentendo l'accesso ad un'assistenza sanitaria primaria ed a servizi sociali e terapeutici, nonché riducendo i rischi per la salute, come l'overdose». Tuttavia, l'Emcdda ricorda anche che «la loro istituzione resta oggetto di controversia e la loro legittimità, in termini di obblighi imposti dai trattati internazionali delle Nazioni Unite sul controllo delle droghe, è stata messa in discussione». Insomma: la *Relazione* si presenta come un insieme di dati raccolti con una metodologia non convincente, con evidenti ripercussioni negative sull'attendibilità delle analisi condotte. Vale a dire: mancando uno standard anche su questo piano, la *Relazione* non può che presentare un'immagine alquanto sfuocata dell'evoluzione del "fenomeno droga in Europa". Se l'Emcdda ne sia consapevole, resta un quesito a cui rispondere. ■

Doppia diagnosi, una giubba rivoltata

GRAZIA ZUFFA

E' tossicodipendente o psicotico? È l'assunzione di droghe alla base del disturbo psichiatrico, o, al contrario, chi ne è affetto usa le droghe come automedicazione, per alleviare la sofferenza?
Il secondo quesito è perlopiù oggetto di furiose contese fra i farmacologici, quando si disquisisce sulla nocività delle droghe illegali, nessuna esclusa: l'associazione droga/follia è da sempre un cavallo di battaglia dei proibizionisti più duri.
Il primo invece è assai popolare presso buona parte degli operatori, anche se ormai si è sedimentato in maniera apparentemente neutra: «È una doppia diagnosi», si dice con un sospiro. In effetti le dispute eziologiche sono vane agli occhi degli operatori, poiché la "doppia diagnosi" allude perlopiù ad una doppia prognosi di "incurabilità". Ciò spiega come mai questi doppi pazienti non siano in realtà pazienti di nessuno, perché nessuno li vuole, come già denunciava Henri Margaron (*Fuoriluogo*, giugno 2004). Al contempo, la rassegnata esclamazione svela il significato profondo della definizione: le persone che non si sanno trattare, rientrano (o meglio riescono) dalle porte girevoli dei servizi come "intrattabili", anzi come "doppiamente intrattabili". Con ciò il malato "cronico recidivante" è condannato, ma la medicina è salva.
Per meglio comprendere le odierne fortune di tanto accanimento diagnostico, è bene riandare agli albori dell'intreccio tra tossicodipendenza e disturbo mentale. Si scoprirà così che la doppia diagnosi non è altro che una vecchia giubba rivoltata: alle origini della cura delle dipendenze (e della proibizione) tutti i tossici erano visti come malati "incapaci di intendere e di volere", tanto che la legge del 1954 prevedeva il ricovero coatto.
Nell'incontro che si è svolto sul tema del consumo di droghe il 16 dicembre, nell'ambito del Secondo Forum della salute mentale, Giuseppe Dell'Acqua ha rievocato la battaglia di molti psichiatri negli anni '70, perché i tossicodipendenti e gli alcolisti non fossero più ricoverati in manicomio (che al tempo, com'è noto, esisteva ancora). All'ospedale psichiatrico, col suo eccesso di stigma, si sostituivano strategie di ascolto e di presa in carico della persona nell'unitarietà, e unicità, delle sue problematiche. Lo stesso percorso che avrebbe portato all'abolizione dell'istituzione totale anche per i matti.
A nessuno sfugge che, dietro quel mutamento di strategia, stava un diverso modo di leggere la malattia. Si può vederla dal punto di vista soggettivo di chi soffre, e allora la parola del paziente è fondamentale per "dire" (definire) lo "star male" e lo "star bene", il disturbo e la guarigione. E si può cogliere e apprezzare anche lo "star meglio": così la cura costruita intorno al soggetto si arricchisce di nuovi obiettivi, magari parziali, ma non per questo meno significativi.

Oppure si può scegliere lo sguardo esterno, della classificazione e catalogazione dei disturbi. Che è stigmatizzante perché rischia di ridurre l'individuo che soffre alla malattia. E che ad essa lo inchioda irreparabilmente, poiché solo la malattia quello sguardo è in grado di vedere, solo con la malattia quello sguardo è in grado di interloquire: «Tu non sei più tu, al tuo posto parla il disturbo. Tu non sei più tu, al tuo posto parla la droga». Come dire che la prognosi di "cronicità" è una profezia che si autoavvera, innanzitutto. E, in secondo luogo, annulla la linea d'ombra fra salute e malattia, discriminando, alla lettera, fra sani e malati.
Il conflitto intorno al doppio sguardo (centrato sulla soggettività del paziente, oppure sull'oggettività definitoria della malattia) oggi si ripropone con forza. E quale sia più consono alle politiche di segregazione assistenziale, che oggi si tenta di rilanciare, è facile immaginare. E quanto queste politiche si nutrano della paura diffusa del "diverso", dell'intolleranza sociale per "l'altro", perfino dell'odio verso ciò che è sconosciuto e che non si vuol conoscere, anche questo è facile immaginare.
A tal proposito, mi è capitato di recente un episodio che mi è apparso illuminante. Sull'autobus, un viaggiatore, non più giovane e assai modestamente vestito, parla fra sé e sé, a voce alta, ma non troppo. Un delirio ben "strutturato", sui pregi e i difetti dell'eterno femminino, ma senza recare disturbo a chicchessia. Arrivato alla fermata, il viaggiatore scende. Allora un secondo viaggiatore, giovane e di bella presenza, alza la voce. Lamenta che le autorità lascino girare indisturbate persone come il primo viaggiatore, «che prima o poi faranno del male a qualcuno». E lamenta che le stesse autorità se la prendono invece coi bravi cittadini: quelli come lui, ad esempio, denunciato (a piede libero) dai carabinieri per aver picchiato di santa ragione un marocchino. Che se le meritava tutte, visto che lui lo aveva scoperto a mettere le mani nella borsetta «di una connazionale». E sarebbe stato pronto a rifarlo, nonostante la "connazionale" non lo avesse difeso come si sarebbe aspettato, anzi aveva dichiarato di non essersi accorta del tentato furto.

Nessun commento, ma una sola domanda. Chi ragiona e chi delira? Chi è sano e chi è malato? ■

Le comunità e la comorbilità tossico-psichiatrica

PAZIENTI GRAVI E UTENTI GRAVOSI

Oggi ai servizi si rivolgono gli eroinomani "invecchiati" e malati, che vivono in un marcato isolamento sociale e con la paura del futuro: la domanda di aiuto si esprime in maniera aggressiva, sotto forma di pretesa e minaccia

Leopoldo Grosso

La percezione di un aggravamento delle persone che fanno uso di eroina per via endovenosa è un dato condiviso sia dagli operatori dei Sert che delle comunità.
Per altro verso, l'utilizzo più massiccio dei test psicodiagnostici nei servizi ed i primi studi italiani in merito, pur con differenze di non poco conto, indicano una prevalenza assoluta della comorbilità psichiatrica all'interno della popolazione tossicodipendente. In tutte le ricerche condotte emerge che, nelle situazioni di comorbilità, la dipendenza da sostanza stupefacente si associa sopratutto ad un disturbo della personalità. Il sistema dei servizi per le tossicodipendenze è pertanto criticato per aver sottovalutato per troppo tempo, e di trascurare ancor oggi la problematica psichiatrica retrostante ai comportamenti additivi. Per contro, chi da più tempo lavora con le persone che fanno uso di eroina, teme che, accanto alla concezione riduzionistica di tipo bio-farmacologico già affermatasi, si aggiunga, tramite una progressiva psichiatrizzazione della tossicodipendenza, un'indebita patologizzazione dei comportamenti di consumo.

Quali sono i cambiamenti che inducono gli operatori dei servizi ad una rappresentazione di maggiore gravità del fenomeno? Innanzitutto la "gravosità" dei loro comportamenti come utenti. Il concetto di gravosità non è sinonimo di gravità. Un "paziente" può essere grave ma non necessariamente gravoso, e viceversa. La gravosità riguarda in particolare il dover fare i conti, da parte degli operatori, con un crescendo di impulsività, di aggressività, e di imprevedibilità di comportamenti. C'è spiegazione per tutto ciò?

Un dato di riscontro ormai comune, nelle comunità e nei Sert, quale "l'invecchiamento" dell'utenza eroinomane, forse può offrire qualche primo elemento. Persone tossicodipendenti che oggi hanno 35-40 anni (la fascia di età più rappresen-

tata nelle comunità, ma con punte fino a 55-60), hanno accumulato sulle loro spalle interi decenni d'abuso di eroina. Sono, in molti casi, persone sopravvissute ai loro "compagni di buco", anche grazie agli interventi di riduzione del danno. Sulla loro strada hanno incontrato spesso il carcere, esperienze "fauste" di overdose, altri svariati "incidenti" di percorso, talvolta l'Hiv e l'Aids, quasi sempre l'Hcv. Le loro cartelle cliniche, presso i Sert, sono ormai spesse quanto il cassetto che le contiene. Hanno anche provato, spesso più di una volta, ad emanciparsi dalla dipendenza, ma senza successo. L'uso duraturo della sostanza si è coniugato con il procedere del ciclo della vita, con il venir meno degli aiuti della famiglia d'origine, con le richiesta di assunzione di maggiori responsabilità nei confronti dell'eventuale famiglia acquisita, con l'emergere di differenti bisogni connessi al deperimento ed alla mancata risoluzione delle esigenze di "sopravvivenza" quotidiana, in particolare allorchè l'habitat è costituito dalla strada. Stress, conflitti, perdite e sofferenze, in tali situazioni, finiscono per pregiudicare ed interferire con equilibri psichici già precari. Ciò non comporta, né significa, alcun approdo automatico alla malattia mentale, ma può rendere più fragili le difese usuali, irrigidirne i meccanismi, incrementare le reattività, indurre a far ricorso a modalità di funzionamento sociale ancor meno adeguate, a farsi cogliere in crisi d'ansia, di panico e di esasperazione.

A ciò si deve aggiungere lo stato permanente di marcato isolamento sociale, l'angoscia della solitudine e la paura del futuro. Ne deriva una più evidente conflittualità relazionale, una progressione di comportamenti aggressivi, una domanda di aiuto che assume sempre più la forma della "pretesa", della "sassata sul vetro", della minaccia. Sono queste le persone che vengono classificate oggi, nella stragrande maggioranza, come personalità antisociali e borderline, la cui "comorbilità" è il risultato della combinazione tra una dipendenza dura ed illegale, mai risolta, e scelte di vita che hanno radici lontane, che hanno anche a che fare con le culture ed i codici dei gruppi dei pari, con il ruolo di "tossico"costrettoa comportamenti illeciti per via di un'abitudine a cui non intende o non riesce a rinunciare.

Soggetti soli, fragili, con serie patologie concomitanti: sono gli ospiti dei centri di accoglienza, che rischiano di svolgere una funzione di puro controllo sociale

Ma la sostanza, l'eroina in particolare, non dovrebbe contenerlo, tranquillizzarlo, sedarlo, quantomeno nella fase "alta" del consumo? Ed è sul piano delle mutazioni del mercato dell'offerta di sostanze che si rintraccia un altro elemento a spiegazione dell'aggravamento dei comportamenti. L'immissione massiccia della cocaina, trasformata da prodotto d'elite a prodotto di massa, ha comportato per le persone tossicodipendenti per via endovenosa, un uso "misto e combinato" di eroina e cocaina in varie forme. Le stesse confezioni d'eroina per la vendita al dettaglio oggi presenti sul mercato illegale sembrano più cocainizzate ed anfetaminizzate. Tale composizione chimica stimolerebbe meno le modalità di estraneazione e di passivizzazione tipiche del consumatore di eroina, con le cui caratteristiche gli operatori dei servizi hanno ormai acquisito pratica ed esperienza, ma indurrebbe comportamenti antitetici, aumentando l'irrequietezza, l'ansia, gli sbalzi repentini d'umore, l'imprevedibilità, la rabbia e l'aggressività.

Infine merita attenzione un ultimo aspetto: c'è una nuova affluenza ai servizi, soprattutto di giovani e giovanissimi, a volte minorenni, caratterizzati da situazioni di forte sofferenza psichica, che, dopo aver sperimentato più o meno tutte le sostanze in circolazione, "scelgono" l'eroina perché rappresenta il "farmaco" maggiormente rispondente ad un bisogno ed una funzione di autocura.

L'utenza eroinomane per via endovenosa rappresenta ancora l'85% dell'utenza dei Sert.

Comunità terapeutiche al bivio

La domanda di comunità è calata dal 1996 ad oggi dalle 24.000 alle 16.000 presenze. In seguito ad una confluenza di fattori, oggi l'utenza in trattamento in comunità riabilitativa è circa l'8% del totaledell'utenza trattata dai servizi. Le comunità si sono generalmente trasformate in un più ampio sistema di strutture residenziali allo scopo di rispondere con maggiore efficacia alla differenziazione dei bisogni di aiuto e di cura dell'utenza, abbandonando una logica di tipo autoreferenziale che tendeva a renderle avulse dal contesto territoriale e da uno stretto collegamento con la rete dei servizi. Molte delle comunità, in base al principio della massima individualizzazione possibile degli interventi, si sono orientate ad accogliere

continua a pagina 8 ▶

UN INVITO A RIPENSARE UNA STRATEGIA DI RETE

LA BASSA SOGLIA SOTTO ASSEDIO

Daniela Cerri*

Ci vengono a chiamare di corsa. Sta nuovamente male. Arriviamo trafelate, col cuore in gola. È privo di coscienza, il battito c'è ma è fievolissimo. Sapevamo di trovare Sandro. Subito il Narcan, il farmaco salvavita: ricontrolliamo il battito e il respiro. Un secondo Narcan. Sandro mischia alcool, eroina e psicofarmaci e questo è l'ennesimo intervento di overdose che gli stiamo facendo.

È conosciuto dal servizio da sempre. Viene al Centro tutti i giorni, prende le siringhe e velocemente se ne va. I tentativi fatti per cercare spazi diversi nel rapporto con lui non hanno funzionato. È sempre in allerta, timoroso, manifesta evidenti tratti paranoici. Ha 41 anni e l'abuso prolungato di diverse sostanze sembra aver inaridito i suoi processi cognitivi. Questo lo pone nelle relazioni in una stato di frustrazione che affronta con aggressività reattiva.

Negli ultimi mesi, la situazione precipita e il nostro rapporto con lui si intensifica, sebbene all'interno degli interventi di pronto soccorso. Ogni volta che prende le siringhe ci informiamo per sapere dove va, e se dopo un po' non torna andiamo a verificare che tutto vada bene. Quando poi si riprende dopo il collasso, riusciamo a farlo venire al Centro per riposarsi.

In questa situazione estrema, Sandro comincia ad affidarsi e decidiamo di forzare la situazione. Gli proponiamo un contesto più strutturato ma che ipotizziamo più contenitivo. Gli comunichiamo che se vuole, potrà avere un operatore di riferimento del Centro col quale sarà possibile fare nel tempo il punto della situazione. Si arrabbia, non capisce, ed eravamo certi di questa reazione, ma attendiamo. Dopo qualche giorno torna e non per le siringhe. *Cosa vuol dire operatore di riferimento? Mi obbliga a fare qualcosa? Io non ci pranzo qui con voi.*

È passato un anno. Il quadro si è trasformato. Sandro ora viene regolarmente al Centro e si affida a questo spazio, ma le cose non sono facili. Usa le sostanze con più attenzione, manifesta una nuova consapevolezza per il proprio stato di salute, ha ristabilito un rapporto col Sert, sta sperimentando nuove dimensioni relazionali-affettive. Allo stesso tempo sta permettendo a se stesso di restituire quella rabbia autodistruttiva all'interno del nuovo *contenitore*. Il disturbo psichico appare in tutta la sua evidenza e non è facile diagnosticare se preceda, si associ o consegua la sua problematica di dipendenza; un percorso *drug-free*, fondamentale per sperimentare compatibilità e aderenza ad eventuali letture e trattamenti, sembra ad oggi ancora lontano. È come se le sue crisi si fossero spostate da "dentro" a "fuori", prima era il suo corpo che doveva essere messo alla prova, oggi sono gli operatori del Centro ad essere costantemente provocati, per sperimentare il contatto, la possibile alleanza, la tenuta del legame. Escalation aggressive non sempre facili da gestire, si alternano a momenti in cui la relazione si ricostruisce per assolvere la sua funzione di accoglienza e di "cura". Quale diagnosi è possibile? Quale intervento è ipotizzabile? Di persone come Sandro all'interno del Centro ce ne sono sempre di più: fragili, sole, spesso senza fissa dimora, con gravi patologie concomitanti, prive di legami, con disturbi psichiatrici sempre meno compensati dall'uso di sostanze. Per loro, la *bassa soglia* è spesso l'unica soglia di accesso sostenibile. L'intervento di pronta accoglienza si sta trasformando di fronte alle nuove pressioni sociali, ai cambiamenti del target, delle nuove emergenze. Una complessità che necessita di setting con alta competenza e di una appropriata integrazione degli interventi.

La collaborazione con i servizi specialistici risulta non sempre efficace e talvolta è resa possibile solo grazie alle disponibilità di medici e operatori particolarmente sensibili. Inoltre, questi pazienti manifestano difficoltà ad accettare contesti medicalizzati. La *compliance* è assai labile e i servizi mancano spesso di quella flessibilità necessaria all'accettazione di persone che presentano disturbi su diversi versanti. La *bassa soglia* corre il rischio di incarnare sempre più la funzione di *controllo sociale*, riflettendo spesso caratteristiche di emarginazione e stigmatizzazione di cui sono portatori i suoi stessi pazienti, troppo frequentemente ritenuti "intrattabili". È soggetta ad uno stato di isolamento e di abbandono nella gestione di casi che presentano manifestazioni patologiche molteplici; sempre più di frequente, si propongono situazione al limite della sostenibilità facendo emergere seri problemi di sicurezza. Sulla base di una effettiva scarsità di risorse, di sovraccarico e di fatica si è portati necessariamente ad interrogarsi se *alzare la soglia* rispetto ad un criterio di massima apertura e accoglienza. Come scrive Franca Olivetti Manoukian (*Animazione Sociale*, ottobre 04), «La pressione cui oggi sono sottoposti i servizi hanno il volto minaccioso dell'assedio. Di fronte all'aumento della richiesta di aiuto oggi non basta chiedere agli operatori di "fare di più". Occorre mettere in discussione la delega esclusiva e onnipotente che la società ha consegnato loro». È necessario più che mai ripensare ad un modello di servizi in una strategia sociale di contesto, territoriale, capace di mobilitare risorse, di assumersi responsabilità. È necessario che i Sert e tutti gli altri servizi del territorio, spesso troppo ingessati nelle loro prassi di intervento, prendano iniziative nuove uscendo da rigidi schemi operativi, in cerca di strade concrete e concertate: per andare "incontro" al paziente, alla persona, per poter garantire e condividere una reale responsabilità sociale sui problemi. Assicurando un percorso di garanzia, di diritti, di cittadinanza e di "cura". ■

*Responsabile servizi a bassa soglia Cooperativa Parsec Roma

PAZIENTI GRAVI E UTENTI GRAVOSI

▶ continua da pagina 7

gruppi omogenei d'utenza, cercando di meglio declinare gli obiettivi dei trattamenti a seconda delle caratteristiche e delle specificità dei diversi raggruppamenti.Sono nate così le comunità per madri e bambini, per le coppie, le case alloggio per le persone in Aids conclamato, le comunità per minori, per l'alcoldipendenza. In una prospettiva di servizio, all'interno del più ampio sistema di cura, sono invece stati creati i centri-crisi, le pronte accoglienze, le strutture di osservazione e diagnosi, gli alloggi a convivenza guidata finalizzati al reinserimento, tutta la rete della residenzialità e semiresidenzialità a bassa soglia.

Nel pieno corso di questo processo si è inserita la proposta di creare delle comunità per pazienti comorbili, persone tossicodipendenti con una problematica psichiatrica riconosciuta. Per quale comorbilità tossico-psichiatrica, quella grave o quella gravosa? Per i depressi gravi, per coloro che sentono le voci, per gli schizofrenici e per coloro che vedono nemici dappertutto, oppure per i "borderline" e gli "antisociali", che pur conservano un senso della realtà e per i quali, nonostante le loro dinamiche oppositive, si rende praticabile un contesto riabilitativo? Il dibattito si è immediatamente aperto, forse più nei fatti che nel confronto teorico delle possibili opzioni, che si riducono sostanzialmente a due.

Nel primo caso la comorbilità tossico-psichiatrica, così come determinata dal sistema dei servizi inviante, dovrebbe rappresentare, e non solo in virtù dell'etichetta diagnostica, un insieme omogeneo di persone con bisogni simili ed obiettivi almeno parzialmente analoghi, per il quale viene declinata una specifica modalità di intervento. Ne consegue la creazione di una ulteriore comunità specialistica, che privilegia la presenza di professionalità psichiatriche al suo interno e fa congruo uso di psicofarmaci.

Il programma si articola in un insieme di trattamenti individuali in cui l'eccezione diventa la regola, perdendo necessariamente di vista la finalità di fare gruppo e di renderlo protagonista del proprio percorso riabilitativo. La forza del gruppo, il codice fraterno è il vero motore della comunità per persone tossicodipendenti, che, in una comunità psichiatrica è uno strumento più fragile e debole. In quest'ordine di considerazioni si basa la seconda opzione che, invece di creare comunità specialistiche dall'etichettamento "pesante", integra, all'interno delle diverse comunità già esistenti e differenziate, le situazioni compatibili con la capacità della struttura di poterle gestire al meglio.

Le persone gravi e gravose vengono stimolate e fruiscono del "traino" del gruppo che, viceversa, impara a praticare nei loro confronti la necessaria tolleranza. Diversa è la situazione per quei pazienti psichiatrici conclamati, che sono utenti del Dipartimento di salute mentale e che abusano di sostanze e, nella maggior parte dei casi, non sviluppano una vera e propria dipendenza. Per loro appare tendenzialmente più indicata la comunità psichiatrica tout-court, così come concepita dal modello inglese di T. Maine e M. Jones.

Leopoldo Grosso

Decollate negli ultimi anni le vendite di antidepressivi e antipsicotici

L'EPIDEMIA CHE PIACE AL MERCATO

Gianni Tognoni*

Il modo più diretto per introdurre e per dare una visione d'insieme alla domanda sul se e perché oggi ha senso una riflessione sull'uso degli psicofarmaci in Italia è senz'altro quello di guardare alle curve che descrivono l'andamento delle prescrizioni di antipsicotici ed antidepressivi negli ultimi anni. I dati sono univoci: ad un mercato sostanzialmente costante (ormai da anni) di ansiolitici-ipnotici (le ormai "vecchie", intramontabili, benzodiazepine), ha corrisposto nei primi anni del 2000, un aumento di prescrizioni-consumi di antidepressivi e di antipsicotici, gli incrementi sembrano tanto marcato da sembrare risposta ad epidemie di depressione e/o di psicosi.

Alla epidemia prescrittiva ha corrisposto un ancor più impressionante salto di livello di spesa per il servizio sanitario nazionale, con variabilità accentuate tra le Asl e le Regioni.

Per divenire una informazione utile-utilizzabile, specificamente da un punto di vista di salute pubblica, una constatazione di questo tipo non ha bisogno di molti dati di dettaglio: questi rischierebbero anzi di rappresentare una trappola che favorisce l'attenzione (più o meno sorpresa o scandalizzata: o soddisfatta, da parte dei produttori-venditori) ai particolari, e rende più difficile la riflessione.

È meglio dunque proporre alcuni elementi di analisi, che portano poi ad ipotesi di attività-intervento.

1. Non esistono, ovviamente, epidemie di disturbi mentali, né sul versante della "depressione", né, tanto meno, su quello della psicosi (a meno di voler suggerire che in Italia si sia verificata a livello generalizzato una epidemia di "disturbi post-traumatici", descritti per situazioni di guerra, e/o di catastrofi sociali, e/o naturali).

2. È in atto, dalla metà degli anni '90, a livello internazionale e sempre più anche in Italia, una campagna medico-mediatica, sostenuta da dati di "epidemiologia proiettiva" (che non è tra le discipline più rigorose!), per convincere tutti, esperti ed opinione pubblica, che tra i problemi che più pesano, per rilevanza clinica e carichi assistenziali, la depressione è quello cui dare priorità: per scoprirlo, diagnosticarlo, trattarlo. La campagna è affiancata da un allargamento costante dei criteri di riconoscimento di disturbi riconducibili ad un'unica diagnosi lungo uno spettro che va dall'ansia più o meno generalizzata alla depressione grave-e-a-rischio-prossimo-di-suicidio.

3. Questa pressione epidemiologica (una vera e propria "epidemia auspicata") è [stata] contemporanea al lancio di farmaci (di cui la fluoxetina-Prozac è stato come antidepressivo il mitico antesignano) dichiarati nello stesso tempo iperspecifici per farmacologia ed efficacia clinica, e sicuri per effetti indesiderati, tanto da permettere di trattare-curare in modo assolutamente innovativo da una parte la depressione, dall'altra le psicosi.

4. Una pressione di mercato basata su queste caratteristiche tanto attraenti, e ovviamente "vincenti" (sostenute dalle corrispondenti "indicazioni a livello registrativo) non è [stata] esclusiva del campo degli psicofarmaci. Basta ricordare ciò che è successo in questi stessi anni per gli antinfiammatori, per i farmaci broncopolmonari, ...: in un mercato non particolarmente vivace per innovazioni su grande scala, le novità-basate-sull'immagine sono diventate le vere protagoniste delle strategie di mercato.

5. Non c'è da stupirsi che il passaggio da strategie di immagine a creazione-imposizione di "immaginari" [ancor] più facilmente manipolabili, non solo a livello di prescrittori, ma anche di opinione pubblica, sia [stato] più facile per farmaci che promettono meraviglie per i problemi, più o meno gravi, di comportamento. Ed è ovviamente, molto improbabile (quand'anche ci si provasse sul serio, a livello di comunicazione pubblica su grande scala) che possa aver successo una informazione sobria, realistica, scientificamente aggiornata, non polemica, che ricorda che le autorità regolatorie e valutative di diversi Paesi (tra i primi gli Usa, dove gli antidepressivi avevano avuto più fortuna) hanno concordemente rilevato che, nelle più diverse realtà assistenziali e prescrittive, i grandi vantaggi delle "nuove" classi di antidepressivi ed antipsicotici non si erano confermati, né in termini di efficacia né, purtroppo, in termini di sicurezza. All'espansione "epidemica" delle prescrizioni (certamente un fenomeno interessante-redditizio a livello di mercato) è seguita dunque una "regressione alla media" delle grandi promesse di novità terapeutica. L'immaginario che si è efficientemente costruito ha da un punto di vista sanitario generale, ha la [in]consistenza di una falsa promessa (con nel sottofondo sospetti seri di occultamento. Falsificazione dei dati originali sottoposti per l'approvazione registrativa)

Il danno (in termini tecnici: la sua iatrogenesi-tossicità) è di tipo culturale: più grave, verosimilmente perché più pervasiva-duratura, della somma dei, più o meno seri effetti collaterali sul 5-10% dei [molto meno numerosi] pazienti ai quali i farmaci fossero prescritti per bisogni reali, e con una altrettanto realistica prospettiva di efficacia (sintomatica e curativa).

6. Grazie anche agli investimenti notevoli di una informazione-propaganda sostenuta da gruppi-fondazioni-società scientifiche (e non solo dalla "normale" pressione dei produttori), è verosimile che l'"epidemia" continui (stabilizzata, o in progressiva, meno esplosiva diffusione) soprattutto per gli antidepressivi: per gli antipsicotici la "terra promessa" degli anziani con disturbi di comportamento è stata [un po'] rimandata, per il riconoscimento tardivo di rischio di eventi cerebrovascolari, mentre l'area psichiatrica è già sufficientemente "occupata". Non ha verosimilmente molto senso [continuare a] denunciare gli eccessi del mercato. È più importante [iniziare-continuare a] sollevare, con molta insistenza, precisione, pressione la esigenza di avere risposte affidabili, chiare a due domande complementari:

Il boom è il risultato di una pressante campagna di informazione-propaganda, non certo del dilagare di disturbi mentali

a) dove sono le documentazioni dei bisogni reali di questi trattamenti [falsamente] innovativi? Chi, come, dove, fa diagnosi di "depressione"? Quale è il rapporto tra specialisti e medici di famiglia? Chi "gioca" a [s]caricare responsabilità di "scarsa attenzione ", o "eccessiva prescrizione"? Quando e come si documenta un bisogno specifico per gli antipsicotici "atipici"?

b) Ancor più importante: chi documenta seriamente quali sono le risposte vere a tutti questi psicofarmaci? Quanti sono i pazienti che non hanno vantaggi, e/o diventano dipendenti da promesse farmacologiche? Dove sono le prove che i pazienti psichiatrici trattati con i "nuovi" farmaci hanno nuova e diversa autonomia di vita?

Le domande non sono astratte: corrispondono a nodi politici, porle e produrre risposte, oltre che tecnici: è responsabilità diretta, non delegabile, delle Asl, dei medici di famiglia, dei servizi psichiatrici. Si possono – e perciò di "dovrebbero" – esigere. Per non continuare a dipendere dal mercato, anche quando, ci si lamenta, senza perché non si producono conoscenze diverse ed indipendenti.

7. Con una rete non piccola di servizi psichiatrici, con alcune associazioni di familiari, con nuclei variamente disseminati di medici di famiglia, qualcosa stiamo facendo. Chi vuole sapere nel dettaglio su che linea di ricerca si sta lavorando, lo faccia sapere. ■

*Ricercatore, Segretario generale del Tribunale permanente dei popoli, coordina un progetto del Ministero della Salute sulla farmacosorveglianza degli psicofarmaci

Le manipolazioni, talvolta impercettibili, usate per commercializzare i prodotti

L'INDUSTRIA DEL FARMACO E IL FAR WEST ITALIANO

Giorgio Bignami

Molta acqua è passata sotto i ponti dal tempo in cui la commissione ministeriale per il farmaco approvava sino a 60 "nuove" specialità per ogni ora di seduta, per lo più prodotti di non provata efficacia (ma magari discretamente tossici) o ennesime copie di farmaci già ampiamente disponibili. Proprio come nel Far West, le poche operazioni di pulizia raramente si facevano per iniziativa della autorità competente, ma costituivano piuttosto episodi di giustizia autogestita tramite i vigilantes e i pistoleri delle aziende, preoccupate di sorvegliare e di espandere i loro verdi pascoli. Negli anni '50, per esempio, una ditta leader nel settore dei cortisonici registrò un vistoso calo delle vendite in una certa area della Liguria. Attivati i suoi Sherlock Holmes, scoprì che un intraprendente farmacista era riuscito a registrare sotto diverso nome una copia fedelissima della sua specialità più nota e diffusa: tanto fedele e garantita che era prodotta in un laboratorio-sottoscala macinando le pasticche della specialità originale, acquistate a prezzo scontato dai grossisti, e riconfezionandole con il nuovo marchio. Infine, grazie a una rete di prescrittori e farmacisti conniventi, il geniale inventore aveva conquistato il quasi-monopolio locale delle vendite, realizzando modesti profitti che tuttavia gli bastavano per una vita più comoda di quella di un piccolo farmacista di provincia.

In una seconda fase, per diversi motivi – cioè per l'esigenza di un minimo di razionalizzazione del sistema sanitario, dopo la istituzione nel 1958 dell'apposito ministero (sino ad allora la sanità, considerata un problema di ordine pubblico piuttosto che strumento mirato al benessere della popolazione, aveva seguitato a dipendere dal ministro della polizia, salvo un superficiale aggiustamento postbellico con la promozione da Direzione generale ad Alto commissariato); e soprattutto per le crescenti pressioni delle multinazionali infastidite dalla concorrenza degli innumerevoli pseudofarmaci e dalle copiature *à go go* – le operazioni del settore farmaceutico incominciarono a rivestire panni apparentemente più scientifici; quindi le manipolazioni assunsero carattere via via più sottile e insidioso. Proprio nel campo degli psicofarmaci si trovano chiari esempi di tale andamento, come il varo, sulla base di laboriosi pareri degli organi consultivi, delle regole (in realtà alquanto annacquate) per la prescrizione e il controllo dei nuovi ipnotico-sedativi e ansiolitici benzodiazepinici (per i dettagli vedi *Fuoriluogo*, gennaio e febbraio 2002). In sintesi, sfruttando i conflitti tra gli esperti nelle diverse sedi e una letteratura ancora in parte controversa, l'autorità competente, allora governata dal noto professor Poggiolini, riuscì ad assecondare le pressioni dell'industria e dei suoi sostenitori del mondo medico-scientifico, minimizzando i rischi di tolleranza e dipendenza e concedendo di fatto la libera vendita di questi farmaci. Tale concessione era particolarmente importante in Italia, dove la diffusione dei prodotti aveva tardato rispetto soprattutto ai paesi anglosassoni, data la sostenuta concorrenza degli pseudofarmaci "di conforto" ereditati dalla fase precedente di cui si è detto. Ma dal quel punto in poi l'escalation divenne inarrestabile, sino a collocare gli italiani tra i maggiori consumatori di droghe legali.

Un altro esempio si trova nel notevole ritardo con il quale, malgrado i ripetuti avvertimenti di una minoranza di operatori più sensibili, si riconobbe la frequenza straordinariamente elevata di gravi effetti collaterali (soprattutto ma non soltanto discinesie tardive), nei pazienti trattati a lungo con dosi elevate di neurolettici come la clorpromazina e l'aloperidolo. Grazie a tale programmata ignoranza innumerevoli soggetti – non solo pazienti psichiatrici gravi, ma anche ritardati mentali e altri – seguitarono a ricevere pesanti trattamenti che aggravavano i loro problemi riducendoli a *neurological wrecks*, rottami neurologici (secondo il professor Breggin, tale fenomeno costituisce la più grave catastrofe iatrogena di tutta la storia della medicina).

Ma anche questo tipo di manipolazioni doveva prima o poi mostrare la corda, quindi gli ingegni farmaceutici e i loro compagni di strada, accademici e non, si misero alacremente al lavoro per sostituirli con altri ancora più sottili. (Ciò vale indipendentemente dalle specificità nei vari paesi, data la crescente globalizzazione; in Italia, l'evoluzione è più vistosamente punteggiata – per dirla col compianto professor Gould – dalla catastrofe di Sanitopoli/Farmacopoli dei primi anni '90, con le sue tragicomiche vicende come quella dei pouf di casa Poggiolini imbottiti di banconote e titoli vari). Il libro recente di Marco Bobbio sul conflitto di interessi (*Giuro di esercitare la medicina in libertà e indipendenza. Medici e industria*. Einaudi, Torino, 2004) fornisce un campionario a dir poco strabiliante della ingegnosità di queste manipolazioni. Infatti, sulla base di quasi impercettibili storture nella impostazione delle sperimentazioni cliniche finanziate dai produttori (storture accettate dagli sperimentatori accademici e altri, che altrimenti rimarrebbero a mani vuote), spesso si riesce a predeterminare in buona misura i risultati. Il cerchio si chiude con una promozione aggressiva che punta le luci della ribalta sulle informazioni favorevoli lasciando in ombra, senza "sporcarsi le mani" nascondendole del tutto, quelle meno favorevoli.

Con gli psicofarmaci il gioco risulta più agevole: psichiatrizzare serve a creare ulteriori spazi di consumo

Nel caso degli psicofarmaci questo giuoco risulta particolarmente agevole, date le incertezze della nosografia psichiatrica e la grande variabilità dei sintomi e decorsi che costringono a estrarre le informazioni da un "rumore di fondo" particolarmente assordante. Rapidamente due esempi. Una recente rianalisi, condotta da ricercatori non finanziati dall'industria, ha esaminato i dati raccolti in vari precedenti confronti tra neurolettici classici (clorpromazina, aloperidolo e simili) e neurolettici di nuova generazione (e quindi notevolmente più costosi), i cosiddetti atipici (risperidone, olanzapina e altri). Il lavoro solleva fondati sospetti sulla pretesa maggiore efficacia e minore tossicità dei secondi rispetto ai primi. Infatti in buona parte di queste ricerche i dosaggi dei neurolettici classici usati nei gruppi di controllo risultavano superiori a quelli equivalenti dei neurolettici atipici, mentre esistono ampie evidenze che oltre una certa dose critica non solo gli effetti tossici di questi farmaci tendono ad aumentare, ma anche l'efficacia terapeutica tende a diminuire.

Un'altra rianalisi è stata condotta non solo sui dati pubblicati, che non di rado sono oculatamente selezionati dagli sponsor, ma su tutti i dati forniti tra il 1987 e il 1999 dalle ditte alla *Food and Drug Administration* degli Stati Uniti per la registrazione di sei antidepressivi di nuove generazioni (quelli che risulteranno in seguito i più frequentemente prescritti). Essa ha mostrato 1) che a prima vista ben l'80% in media dell'effetto dei farmaci è ascrivibile all'effetto placebo (ma se scarsi sono i benefici, spesso consistenti sono gli effetti tossici indesiderati); e addirittura 2) che tali minimi benefici possono considerarsi provati solo nel caso che l'effetto placebo e quello dei farmaci semplicemente si sommino secondo un modello cosiddetto additivo, cosa tutta ancora da dimostrare. Viceversa tali prove cadrebbero se il modello dei rapporti tra i due tipi di effetti risultasse diverso (cosiddetto non additivo): il che esigerebbe di rifare da capo tutte le valutazioni secondo metodologie differenti da quelle sinora adoperate. Guarda caso questo lavoro è stato pubblicato non su di una rivista psichiatrica o medica, ma su di una rivista elettronica di psicologia: J. Kirsch et al., *Prevention & Treatment*, vol. 5, article 23, 2002 (http://journals. apa.org/prevention/volume5/toc-jul15-02.htm).

Queste sintetiche note non possono esaurire l'argomento delle mistificazioni nel campo della psicofarmacologia, come mostrano per esempio le frequenti discussioni sulla tendenza a psichiatrizzare questo o quel comportamento onde creare ulteriori spazi di mercato per questo o quello psicofarmaco (vedi l'articolo di Agostino Pirella in *Fogli di informazione*, n. 199, pp. 1-10, 2003 pubbl. 2004). Ma è doveroso un ultimo avvertimento: prescrittori e consumatori di psicofarmaci spesso cadono nella trappola di pagare a prezzi di affezione prodotti "griffati" con i nomi di marchio di potenti multinazionali, ma oramai disponibili come generici, con sconti sino a oltre l'80%: per esempio, i tranquillanti lorazepam/Tavor, alprazolam/Xanax e bromazepam/Lexotan e gli antidepressivi fluoxetina/Prozac e citalopram/Seropram (vedi ad esempio Giorgia Nardelli su *Il Salvagente* del 21-28/10/2004, pp. 34-38). E per sovrammercato, qualche tempo fa è stata approvata una legge che estende in Italia la durata dei brevetti farmaceutici. Così, ad esempio, il brevetto dell'antidepressivo paroxetina, scaduto negli Usa nel 1992 e in vari paesi europei nel 1999, durerà nel nostro beato paese sino al 2009 (vedi Federico De Rosa sul *Corriere della Sera*, 1/11/2004). Insomma, avevano ragione gli antichi quando coniarono l'eternamente valido adagio "Con la pasticca o con la compressa – La fregatura è sempre la stessa"; o più sbrigativamente, *aridàtece Poggiolini*. ■

Vieni avanti padano

Con la Cirielli-Vitali, commenta soddisfatto il ministro Castelli, «ci saranno molti più detenuti»; il modello è quello Usa: dopo tre reati sei spacciato. Per Anna Finocchiaro, responsabile giustizia Ds, invece, la nuova legge equivale a «un'amnistia sotterranea». Per il suo segretario, Piero Fassino, «rende più facile la vita ai delinquenti». Secondo voi, chi ha torto?
PS: consigliamo ai deputati del centrosinistra la lettura del commento di Claudio Nunziata, magistrato di Bologna. Se non hanno tempo, basta il titolo: «Recidiva solo per gli imputati non abbienti» (www.centomovimenti.com/2004/dicembre/16_nunziata.htm).

(maramaldo)

ORDINAMENTO PENITENZIARIO

UNA PROPOSTA PER IL PARLAMENTO

Stefano Anastasia

Parafrasando un vecchio (e infausto) slogan, a proposito della ultima fatica di Alessandro Margara, si potrebbe dire "tutta la riforma in una proposta sola". Come altro sintetizzare il titanico sforzo di ricondurre a coerenza e unità il complesso delle idee di riforma dell'ordinamento penitenziario maturate nel corso dell'ultimo decennio? Abbiamo provato, a Firenze, il 4 dicembre scorso, a discuterne insieme con Marco Boato, Giuseppe Fanfani e Giovanni Russo Spena. Il primo e immediato risultato è stato il loro impegno a depositare la proposta in Parlamento, affinché la riflessione e la discussione volute da Margara investisse direttamente le sedi istituzionali competenti. Non sarà per oggi, ma quando si vorrà riprendere un percorso riformatore in tema di esecuzione penale e ordinamento penitenziario da lì bisognerà partire, dai contenuti di quella proposta.

Tanto per cominciare, secondo Margara, l'intero ordinamento andrebbe riscritto in modo che ne siano intelligibili le finalità e la struttura delle sue articolazioni interne. È così che l'attuale distribuzione dell'articolato in due titoli (trattamento penitenziario e disposizioni relative all'organizzazione penitenziaria) sarebbe modificata fino a ricomprenderne altri due (il nuovo titolo II, "misure alternative alla pena detentiva, esecuzione di altri trattamenti sanzionatori penali e magistratura di sorveglianza", e il titolo IV, "il reinserimento sociale"), che danno conto, sin dalla denominazione, delle modificazioni intervenute nell'ordinamento materiale dell'esecuzione penale negli ultimi vent'anni e della direzione in cui ci si vuole muovere.

Elaborato da Sandro Margara un progetto di riforma coerente e unitario per la tutela dei diritti dei detenuti. Particolarmente innovativa la parte sul reinserimento sociale

La direzione è poi esplicitata nei contenuti sin dal primo articolo in cui si fanno più stringenti il diritto al trattamento penitenziario e i confini tra trattamento e sicurezza. Ricompaiono poi modifiche lungamente attese, come quelle relative al diritto alla affettività in carcere, alla progressione nel trattamento in semilibertà, all'ammissione alle misure alternative alla libertà quando sia passato un sufficiente periodo dal reato commesso. Si torna sull'articolo 41*bis* e, pur prendendo atto del quasi unanime consenso del Parlamento alla riforma che lo ha reso definitivo nel nostro ordinamento, si cerca di determinarlo legalmente e di circoscriverlo nella portata e, soprattutto, sulla base delle indicazioni del Comitato europeo contro la tortura, se ne chiede l'effettiva temporaneità nell'applicazione. È inoltre rivista l'intera materia dell'assistenza sanitaria ai detenuti, a partire dalla indubbia competenza che il nuovo titolo V della Costituzione affida alle Regioni in materia di organizzazione dei servizi.

Questi sono solo alcuni dei temi trattati, ma a questo punto è necessario soffermarsi sulla parte più innovativa del testo, quella relativa al reinserimento sociale. Una prima parte di essa definisce il percorso, i soggetti da attivare e le rispettive competenze nella esecuzione degli «interventi individualizzati» per il reinserimento sociale. La seconda parte prende di petto quella che Margara chiama la «detenzione sociale», cioè quella gran parte della privazione della libertà che trae origine da note problematiche sociali (dipendenza da sostanze stupefacenti o alcoliche, disabilità, sofferenza psichica, immigrazione) e che da qualche anno ci induce a parlare del carcere come di una "discarica sociale". A queste aree di detenzione, Margara ritiene che debba essere rivolta una progettazione collettiva, proposta dagli enti locali con la collaborazione delle regioni, che dovrebbero istituire uffici ad hoc per reperire risorse e coordinarne la esecuzione. Questi «progetti collettivi di inserimento all'esterno» si attuerebbero «attraverso lo svolgimento, da parte degli interessati, di attività lavorativa o di altre attività comunque utili al reinserimento sociale».

Complessivamente, la proposta è ambiziosa e puntuale, pragmaticamente riformista e giustamente radicale. L'unica obiezione che si può muovere – non a Margara, che ne è ben consapevole e ce ne ha detto a Firenze -, ma allo stolto che dovesse soffermarsi a guardare il dito e non la luna indicata, è che – nonostante le più acute intuizioni – i problemi del carcere e dell'esecuzione penale non potranno essere risolti con la legge, né con una legge sola, ma affrontando in radice la domanda sociale e i pretesti del grande internamento cui stiamo assistendo. È un problema, se ancora si può dire, di riforma sociale, del nostro modo di stare insieme. Qui Margara giustamente si ferma, e attende risposte da quanti si propongono in alternativa non solo al ministro della giustizia *pro tempore*, ma anche al governo in carica e alla sua idea di società. ■

TERZO RAPPORTO DI ANTIGONE

CARCERE, UN RIMEDIO PEGGIORE DEL MALE

Sergio Segio

Nel marzo 1985 nasceva *Antigone – Bimestrale di critica dell'emergenza*. Una rivista – era scritto nel primo numero – che «si propone, come dice il sottotitolo, di condurre una critica serrata dell'emergenza: vale a dire del quadro legislativo e giuridico, politico e culturale, nel quale è stata condotta la lotta al terrorismo. Un quadro che ha fatto dell'emergenza, giustificata come stato d'eccezione, il principio uniformante un'intera concezione e un intero sistema di controllo: delle contraddizioni sociali come della devianza individuale, dei movimenti collettivi come della criminalità comune e politica». Da allora, molta e non sempre limpida acqua è passata sotto i ponti. L'emergenza è diventata sistema di governo, costituendo la base di quell'ipertrofia del penale e di quell'*ideologia* securitaria che da tempo determina scelte e programmi della politica, e i teorici dello stato d'eccezione, i magistrati che per primi la amministrarono – dietro delega parlamentare, ingenuamente pensata temporanea e divenuta invece permanente *vulnus* negli equilibri istituzionali – sono diventati, nei due decenni che ci separano da quell'epoca, un riferimento della sinistra e perfino di certi movimenti.

Per fortuna e coerenza, tra i pochi, Antigone ha invece mantenuta salda la sua intelligenza critica e la passione civile con cui lucidamente interviene sui temi del diritto e dei diritti, delle garanzie nel sistema penale. La rivista non esce purtroppo più, ma esiste la combattiva e omonima associazione che, tra le varie attività, realizza e pubblica l'importante *Rapporto sulle condizioni di detenzione* (Carocci editore), frutto di un approfondito osservatorio sulle prigioni.

La terza edizione, curata da Giuseppe Mosconi e Claudio Sarzotti, propone una sintesi netta e sconsolata: «Le carceri sono tornate – senza retorica e falsi infingimenti – a essere pura sofferenza, pena per la pena, senza neanche più quelle "pietose bugie" (la finalità rieducativa della pena, la missione trattamentale dell'istituzione, il reinserimento dei detenuti, ecc.) di cui qualche tempo fa tra noi discutevamo», scrive nella prefazione Stefano Anastasia, presidente di Antigone.

Se questo è il punto della situazione – e indiscutibilmente lo è, per come ampiamente documentato e puntualmente argomentato nei dodici capitoli in cui è suddiviso lo studio – conseguente e ulteriormente rivelatore è il titolo di uno di essi: "C'era una volta il trattamento". Basti un dato per capire quanto ciò sia vero: la media è quella di un educatore ogni 116 detenuti, uno psicologo ogni 188 e un criminologo ogni 971. In compenso c'è quasi un agente di polizia penitenziaria per ciascun recluso. Alla stessa stregua, raccontano altri capitoli, "C'era una volta la salute" e "C'era una volta il lavoro": come a dire che si continua ad andare dal male al peggio. Quello che c'è sempre stato, ma che ora è diventato vieppiù nascosto è il fenomeno degli eventi critici, ovvero le violenze e pestaggi a danno dei reclusi, su cui si soffermano Patrizio Gonnella e Romina Saffo che, in apertura di una cronologia di avvenimenti spesso tragici e ancor più spesso impuniti (basti pensare alla controversa vicenda della morte di Marcello Lonzi nel carcere di Livorno), ricordano che in Italia la tortura non è reato, grazie a un emendamento approvato dalla Camera e voluto dal partito di cui fa parte il ministro della Giustizia. Il che, come si può capire, costituisce una sorta di indiretta ma autorevole incitazione al maltrattamento.

Non ci si può allora sorprendere se un Paese e un Parlamento che rifiutano di definire e perseguire la tortura hanno un sistema carcerario in cui la pena è pura sofferenza. Coerente al quadro delineato è il giudizio di fallimento storico dello strumento penale avanzato da Mosconi nelle sue conclusioni: «Nato per limitare e amministrare la violenza, si è tradotto in un fattore di incremento e diffusione della stessa nei rapporti sociali».

Un giudizio che dovrebbe portare a considerare quanto il rimedio sia peggiore del male. E che, allora, bisognerebbe avere il coraggio di pensare e agire per liberarsi della (non) necessità del carcere. Proprio come si proponeva vent'anni fa. ■

APPELLO

UN DISASTRO ANNUNCIATO

"Carcere, un disastro annunciato – Vecchi problemi e risposte mancate" è il titolo dell'"iniziativa di denuncia, sollecitazione e proposta", promossa a fine novembre da una rete di forze e associazioni, a partire dalla Cgil Lombardia e dal Gruppo Abele di Milano. Nata inizialmente con specifica attenzione al territorio lombardo (a gennaio la Regione Lombardia discuterà una proposta di legge in materia penitenziaria), ma con intenzione di "esportarsi" in altre regioni e divenire nazionale, stante l'evidente comunanza delle problematiche e degli obiettivi posti nella mobilitazione: garantire condizioni di vita dignitose a chi vive nel carcere; assicurare a livello nazionale e locale le risorse indispensabili all'affermazione del diritto alla salute in carcere; introdurre a livello nazionale e locale la figura del Garante dei diritti delle persone private della libertà; porre il problema della carenza del personale sociale ed educativo; rafforzare la comunicazione e l'informazione sulla realtà penitenziaria; rendere effettivo il dettato costituzionale in materia di pena reclusiva e di diritti dei cittadini, anche se reclusi. Molteplici le realtà che hanno aderito all'iniziativa. Il testo integrale dell'appello, l'elenco delle adesioni e la rassegna stampa su **www.lomb.cgil.it**.

Storia delle droghe e teoria della tossicodipendenza, in libreria un volume di Paolo Nencini

IL PAPAVERO DELLE DEE

Salvina Rissa

Nella letteratura sulle sostanze psicoattive, fa sempre piacere incontrare un testo di taglio storico, quale quello di Paolo Nencini, *Il fiore degli inferi. Papavero da oppio e mondo antico* (Franco Muzzio Editore). Fra le tante ricerche psicologiche e sociologiche, tese a individuare i fattori di vulnerabilità individuale e ambientale allo sviluppo della tossicodipendenza, e le tantissime ricerche biomediche, tese a dimostrare i danni delle sostanze, la storia, insieme all'antropologia, sono le discipline rimaste finora sullo sfondo. E seppure non mancano scritti importanti sull'uso di oppiacei nel XIX secolo (a cominciare dal famoso *Opium and the People* di Berridge e Edwards), uno studio che risalga all'antichità, e rigoroso quale quello di Nencini, è davvero raro e prezioso.

E prezioso è anche il "doppio binario" di lettura ivi proposto, tra il "piacere della conoscenza", si potrebbe dire, della simbologia classica e preclassica intorno alla nascita, alla morte, seguendo il filo di Arianna dell'iconografia e delle citazioni letterarie sul fiore del papavero; e l'impegno della riflessione circa i tradizionali modelli interpretativi della tossicodipendenza.

L'intento teorico è chiaramente espresso nell'introduzione di Giorgio Bignami. Per le droghe, e soprattutto per gli oppiacei, è tuttora prevalente una lettura della dipendenza come "storia naturale": centrata in primo luogo sulla farmacologia della sostanza, nonché sulle caratteristiche individuali e ambientali più favorevoli allo sviluppo della "malattia". Ora, poiché la pianta di papavero è da sempre esistita ed è stata da sempre a disposizione degli uomini, il "naturale" corollario è che la tossicodipendenza sia da sempre esistita. Ed infatti i modelli bio-farmacologici hanno dato per scontato l'invarianza storica del fenomeno della dipendenza, poiché questa rappresenta, con ogni evidenza, un puntello essenziale di questi. Al contrario, argomenta Bignami, mostrare «la sostanziale indifferenza al valore edonico di questa o quella droga per lunghi periodi della storia umana anteriori al nostro ha necessariamente un significato, se non invalidante *tout court*, almeno di ridimensionamento e di derubricazione dei modelli stessi».

È questo il nocciolo dell'excursus di Nencini attraverso le fonti: alla certa e documentata presenza del papavero da oppio nel mondo antico, alla ricchezza dei suoi significati, fa riscontro l'assenza di riferimenti al suo uso ludico.

Senza voler sciupare al lettore il gusto della scoperta, diamo tuttavia qualche succosa anticipazione. Il papavero, oggi conosciuto come pianta d'Oriente, si propaga, in età preistorica, a partire dall'Europa, secondo una direttrice Nord-Sud, esattamente opposta a quella della diffusione dei cereali, in un «curioso scambio», nota l'autore. Ancora più curiosa è l'associazione fra il *papaver somniferum* e Afrodite: solo pensando a lei come la dea di «amore, desiderio e bisbiglio di parole che tolgono il senno anche alle persone assennate» (Iliade, libro XIV), si può cogliere un'assonanza fra il sonno e la passione, poiché ambedue «sciolgono le membra e annullano la volontà». Ma è nelle mani di Demetra, che più spesso troviamo il papavero: che a lei si addice sia come dea della terra e della fertilità, sia come divinità del sottosuolo, il regno del sonno eterno. L'oppio che induce il sopore ma permette il risveglio, l'oppio le cui proprietà farmacologiche ipnotiche possono rivelarsi fatali: per questa ambiguità il papavero bene si presta a simboleggiare la morte, ma anche, in epoca successiva, il ciclo della rinascita. Se l'uso simbolico del papavero è presente fin dall'età micenea, assai più recente è la documentazione circa il suo uso medico, che si ritrova per la prima volta solo nel Corpo Ippocratico: indicato per una grande varietà di affezioni, non è tuttavia affatto certo che la pianta fosse apprezzata per le sue proprietà analgesiche.

> *L'oppio è largamente presente nel mondo antico ma non c'è alcun riferimento al suo uso ludico. Perciò la dipendenza è un portato della storia più che della chimica della sostanza*

Una molteplicità di usi e significati dunque, ma, come si è detto, nessuna testimonianza del suo uso ludico e socializzante. L'autore si interroga su questo dilemma, cercando di cogliere l'intreccio fra le proprietà della sostanza e lo spirito della cultura classica. Più propensa ad apprezzare una droga "estroversa" come l'alcol, piuttosto che una "introversa" come l'oppio, parrebbe. In effetti, nota Nencini, «i greci avevano elaborato regole del bere che, agli occhi di un farmacologo, appaiono mirate ad esprimere massimamente gli effetti eccitatori dell'alcol».

Torniamo all'impianto teorico del volume, con un'osservazione. L'autore prende atto che il contesto ricreativo rappresenta l'eziologia esclusiva della dipendenza: sarebbe cioè il piacere legato alla sostanza ad agire come rinforzo positivo, sì che l'individuo tenderebbe a ripetere l'assunzione con conseguente sviluppo di processi neuropsichici adattivi, alla base dello stato di dipendenza. In quest'ottica, la scoperta del mancato apprezzamento del valore edonico dell'oppio nelle culture antiche rappresenta certo una confutazione radicale del determinismo bio-farmacologico: si dimostra cioè che il contesto culturale, ovvero il setting, non solo detta i rituali e le prescrizioni sociali del consumo, per dirla con Norman Zinberg, ma perfino insegna le regole del piacere, si potrebbe dire. Poiché anche il piacere è un frutto dell'apprendimento sociale, come già aveva bene illustrato Howard Becker negli anni '50.

Detto ciò, va sottolineato che anche nell'ambito del consumo ludico, il modello "malattia" risulta largamente smentito, a voler leggere i contributi che provengono da una certa sociologia e da una certa psicologia. Lo stesso Zinberg, fin dagli anni '70, ha mostrato come i controlli individuali sul consumo ricreativo siano largamente influenzati dal setting, ossia dai controlli sociali. Più radicalmente, le più recenti ricerche longitudinali sulle traiettorie d'uso dei consumatori regolari e intensivi, smentiscono il modello epidemiologico (vedi la ricerca di Cohen, Reinermann e Kaal, Fuoriluogo, settembre 2004). Secondo la prospettiva epidemiologica, da un serbatoio di consumatori occasionali, si staccherebbe un certo numero di soggetti destinati a progredire verso un consumo regolare e da lì verso la dipendenza (ossia la malattia conclamata): dunque la traiettoria di escalation dovrebbe essere prevalente fra i consumatori intensivi e dipendenti, in congruenza con tale modello. Ma non è così, anzi l'escalation è relativamente rara, mentre la gran parte dei soggetti che in un certo periodo rientrano nei criteri diagnostici della dipendenza, ne escono poi "spontaneamente".

Alcuni irriducibili del modello medico non si scoraggiano e argomentano che questi soggetti escono dalla dipendenza perché in realtà non sono mai stati seriamente "malati". Che è come dire: testa, vinco io, croce, perdi tu. Difficile controbattere con queste regole del gioco ■

Paolo Nencini, *Il fiore degli inferi. Papavero da oppio e mondo antico*, Franco Muzzio Editore, pp. 220, euro 15,50

CONSUMI POSTMODERNI

Enrico Fletzer

Già noto in Italia, tra gli altri, per il libro *Le nuove droghe*, il sociologo e giornalista tedesco Günter Amendt propone in *No drugs no future* (pubblicato come il precedente da Feltrinelli) una nuova sfida alla società civile e al mondo politico raziocinante intorno a un tema, quello appunto delle droghe, che tocca i nervi scoperti della società. Amendt propone di rinunciare definitivamente al dogma della proibizione a favore di una legalizzazione differenziata delle sostanze che concorrerebbe, non tanto paradossalmente, a limitarne l'offerta. Ciò consentirebbe di informare sui rischi delle droghe senza divieti, minacce, e soprattutto senza arroganza morale.

Per Amendt il consumo di droghe è legato nell'età moderna all'inadeguatezza della "Menschmachine", la macchina-uomo riecheggiata nella musica dei Kraftwerk e che fin dalla conquista dell'America è sempre più dipendente dalle sostanze, dal caffé fino agli stimolanti "postmoderni" cosiddetti da discoteca, sovente ripescati dalla logica taylorista.

Partendo dal fenomeno doping, elemento costituente dello sport moderno, Amendt dimostra come le droghe costituiscano una realtà imprescindibile nella coscienza quotidiana. Senza le sostanze non vi è futuro, per quanto ad alcuni questa fotografia dell'esistente possa risultare sgradita. Dato lo stato di cose presente, ancora ci si chiede come sia stata possibile la demonizzazione della cannabis, la più innocua delle sostanze psicoattive. Il caso della cannabis illustra al meglio come si potrebbe attuare una politica di legalizzazione che segua il principio della riduzione dei danni. Su questo la disponibilità sociale all'accettazione di un cambio di rotta è più sviluppata. Al contrario, l'immagine di morte legata all'eroina è talmente potente che ogni relativizzazione del potenziale di pericolo della droga viene perceita come la rottura di un tabù e quindi rifiutata.

La guerra alle droghe rappresenta in questo contesto uno dei principali sviluppi deformati del processo di globalizzazione di stampo nordamericano, che ha finora trovato in Europa poco seguito se non nell'estrema destra fascista e, cosa abbastanza curiosa e paradossale, nella socialdemocrazia svedese.

Per la classe politica, la via più comoda per sottrarsi alla discussione sul senso della proibizione è il riferimento alla Convenzioni internazionali, e così sembra essere ancora l'atteggiamento di parte dell'Europa politica. L'unico approccio possibile al problema consiste invece per Amendt nel separarsi definitivamente dall'illusione di una società "senza droga". ■

Günter Amendt, *No drugs no future. Le droghe nell'età dell'ansia sociale*, Feltrinelli, 2004, pp. 208, euro 12

FL Le altre recensioni su: **www.fuoriluogo.it**

2003
NUOVA SERIE
GLI AUTORI

Proseguiamo la pubblicazione degli indici di *Fuoriluogo* che in questi anni si è confermato come il luogo di dibattito e di approfondimento per la politica delle droghe

a cura di Lori Tari

NOME	COGNOME	ARTICOLO/RUBRICA	USCITA	PG.
Stefano	**ANASTASIA**	Prigioni postfordiste	feb 03	10
		La pena oltre la pena	giu 03	11
		Doppi fini	ott 03	3
	ANDEAN INFORMATION NETWORK	La lotta al terrorismo sbarca in Bolivia	giu 03	4
Angelo	**AVERNI**	Averni risponde	mag 03	2
Roberta	**BALESTRA**	Pregiudizi e carenze	feb 03	7
Danilo	**BALLOTTA**	Il continente diviso	feb 03	12
Beatrice	**BASSINI**	Cari colleghi...	gen 03	10
		Stereotipi a perdere	giu 03	6
		Lotte catalane	lug/ago 03	9
		Il rave si svela	nov 03	12
Gianfranco	**BETTIN**	La sindrome di Orwell	ott 03	8
Giorgio	**BIGNAMI**	False certezze	ott 03	11
		Cinismo e indifferenza	dic 03	10
Massimo	**CAMPEDELLI**	Di guerra in guerra	apr 03	5
Roberta	**CAMPO**	Consumi oltre la droga	gen 03	12
Claudio	**CAPPUCCINO**	Una malattia nella malattia	gen 03	6
		La medicina ritrovata	apr 03	7
		I ricordi di Hofmann	giu 03	10
		Perché sono antiproibizionista	ott 03	3
		Ecstasy, la ricerca fa flop	ott 03	10
Angelo	**CAPUTO**	Loro ci dicono chi siamo noi	lug/ago 03	6
		Quei nuovi clandestini	dic 03	8
Giuseppe	**CASCINI**	La Cassazione e la politica	feb 03	3
Claudio	**CIPPITELLI**	Un messaggio manicheo	gen 03	3
		Giovani e consumi. Si fanno ma ci sono	mar 03	10
		Una misura fuori contesto	lug/ago 03	3
Elisa	**CLEMENTE**	Il fine e i metodi	feb 03	2
Peter	**COHEN**	La caduta del dogma	mag 03	12
		La ricerca dipendente	lug/ago 03	3
		Sovranità limitata	lug/ago 03	12
		L'Olanda raddoppia	set 03	9
Chris	**CONRAD**	Le intimidazioni del governo Bush	gen 03	5
Franco	**CORLEONE**	Rimpiangendo Galli Fonseca	gen 03	3
		Il banco di prova dell'Europa	mar 03	6
		Di Pino in peggio	apr 03	3
		Unanimismo addio	mag 03	9
		Forum Droghe, parliamo di noi	set 03	3
		Una rivista di resistenza	set 03	8
		Il Cartello alla prova	ott 03	4
		Due mondi a confronto	nov 03	6
		L'elogio di Colombo	dic 03	3
Francesco	**CRESTANI**	Una guerra che dobbiamo vincere	gen 03	6
		La canapa e i suoi usi	gen 03	7
		Il dolore nell'evoluzione umana	dic 03	10
Paolo	**CROCCHIOLO**	Un rovesciamento di prospettiva	apr 03	11
		Il consigliere del principe	ott 03	10
Cecilia	**D'ELIA**	Canapa medica realtà italiana	feb 03	11
		Giro di vite sul metadone	mar 03	3
		Risposte minime	lug/ago 03	7
		Scuole assediate. La cronistoria	ott 03	8
		Un modello europeo	nov 03	4
Silvio	**DI FRANCIA**	Tra custodi e custoditi	mag 03	3
Paola	**DOTTARELLI**	Si è toccato il fondo...	nov 03	5
Ornella	**FAVERO**	Non lavorare stanca troppo	mag 03	10
Cindy	**FAZEY**	Riformare i trattati. Un falso obiettivo	apr 03	10
Matteo	**FERRARI**	Se l'Europa collabora	gen 03	4
		Ci riprova il fronte del no	mar 03	4
		Le ultime tappe	mag 03	5
		Deregulation addio	lug/ago 03	4
		«Rapporto sulle "stanze" per il crack»	set 03	4
		Dieci anni di dati	dic 03	4
Enrico	**FLETZER**	Non soltanto business	feb 03	4
		Maijuana una cura senza confini	feb 03	11
		Una storia antica	apr 03	8
		Liberate la canapa!	lug/ago 03	5
		Un Indiana Jones sulle vie dell'erba	dic 03	11

NOME	COGNOME	ARTICOLO/RUBRICA	USCITA	PG.
Dario	**FO**	Un mondo senza guerre	apr 03	3
Alessandro	**GAMBERINI**	Sofri, la parola a Strasburgo	mar 03	9
Silvio	**GARATTINI**	Conoscenza e precauzioni	nov 03	2
Patrizio	**GONNELLA**	Indultini e indulticchi	gen 03	11
		Il controllo globale	apr 03	12
		Tanta violenza dietro le sbarre	giu 03	11
		Quando latitano i diritti umani	lug/ago 03	10
		Le galere d'Europa	set 03	8
		Canapa, le cifre della persecuzione	ott 03	5
		Miami vice non è un buon esempio	nov 03	9
		In spregio al popolo	dic 03	6
Salvatore	**GRASSO**	La canapa e i suoi usi	gen 03	7
		Una speranza per la sclerosi multipla	nov 03	11
Lester	**GRINSPOON**	Odissea nella canapa	apr 03	6
		«Il "fumo" d'elezione»	set 03	12
		«Anche lo "high" è terapeutico»	ott 03	12
Marina	**IMPALLOMENI**	Canada, la riforma procede	gen 03	4
		Convenzione ONU. Serve una verifica	mar 03	7
		Nazioni Unite, prime crepe dopo i fastidi di New York	apr 03	4
		Il Brasile di Lula contro lo Zar	mag 03	4
		Un video lungo dieci anni	mag 03	11
		No ai massacri a Bangkok	giu 03	5
		Un incontro surreale	giu 03	8
		Nuova Zelanda.Canapa in Parlamento	set 03	9
		C'è del marcio a Vienna	nov 03	4
		Le stanze che mancano	dic 03	11
Paolo	**JARRE**	Injecting rooms, di cosa parliamo?	feb 03	3
Uwe	**KEMMESIES**	Una pista da seguire	mar 03	12
Axel	**KLEIN**	«Una via coraggiosa per la "ganja"»	nov 03	10
Marie	**KOK-EGU**	«Il "buco pulito" nella cripta di San Paolo»	mar 03	11
Paolo	**LA MARCA**	L'Europa latina alza la testa	giu 03	3
		Gli Hotel che perdono stelle	dic 03	9
Francesco	**MAISTO**	Da consumatori a spacciatori	mag 03	7
Giulio	**MANFREDI**	La Consulta boccia Sirchia	apr 03	9
Gianfranco	**MANFREDI**	La sostanza e i suoi vissuti	ott 03	7
Alessandro	**MARGARA**	Se il sistema non funziona	feb 03	6
	MDMA BOLOGNA	Strade in movimento	mag 03	8
Patrizia	**MERINGOLO**	Cercarsi con l'ecstasy	set 03	11
Pien	**METAAL**	Mangiamo la foglia	giu 03	12
Giorgio	**MORBELLO**	Modello Piemonte	giu 03	9
Keith	**MORRIS**	Disastro in Colombia	dic 03	12
Joep	**OOMEN**	Il prezzo della dignità	ott 03	4
Mauro	**PALMA**	Le garanzie non sono mai troppe	dic 03	9
Laura	**PAVIA**	Consumi oltre la droga	gen 03	12
Livio	**PEPINO**	L'assurda crociata	mag 03	3
		Gli spacciatori di illusioni	dic 03	6
Morena	**PICCININI**	La casa delle proibizioni	ott 03	3

NOME	COGNOME	ARTICOLO/RUBRICA	USCITA	PG.
Giorgio	**PIETROSTEFANI**	Chi uccide chi?	mar 03	5
		L'ipocrisia al potere	mag 03	4
		Cuba va alla guerra	giu 03	5
		L'intervento americano e il boom del papavero	set 03	5
Anna	**PIZZO**	Parigi, le droghe rimosse	nov 03	3
Fredrick	**POLAK**	Per un regime legale	gen 03	9
		La battaglia del fumo	giu 03	4
Edoardo	**POLIDORI**	L'etica della cura	feb 03	9
Franca	**RAME**	Un mondo senza guerre	apr 03	3
Ermete	**REALACCI**	La vergogna italiana	giu 03	3
Salvina	**RISSA**	La svolta soft	nov 03	5
Susanna	**RONCONI**	Politica on-line	gen 03	10
		«La lezione di chi "ce la fa" da solo»	feb 03	8
		Se cento chili vi sembran pochi	mar 03	4
		Rilanciare, da subito	apr 03	9
		Zanzare e dinosauri a Perpignan	giu 03	6
		La comunità è strategica	giu 03	7
		Carcere-salute 3 a 1	lug/ago 03	5
		Operatori pari: autoritratto di un gruppo di ricerca	set 03	10
		Insegnare il piacere	ott 03	9
		Piemonte: sos basse soglie	nov 03	8
		Gradenico, pecunia olet	nov 03	8
Ruggero	**RUGGERI**	Le ragioni di un cattolico	dic 03	3
Giovanni	**RUSSO SPENA**	Gioco d'anticipo	set 03	3
Arturo	**SALERNI**	Piccolo vademecum per dire no alla criminalizzazione	ott 03	8
Achille	**SALETTI**	Insieme a chi non ha voce	mar 03	9
Nunzio	**SANTALUCIA**	Tabelle delle mie pene	dic 03	7
Sergio	**SEGIO**	Indultini e indulticchi	gen 03	11
		Barricate punizioniste	mar 03	3
		Dopo tredici anni ci riprovano	mag 03	6
		Allargare il fronte	lug/ago 03	8
		La storia di una beffa	set 03	6
		Cento morti senza colpevoli	nov 03	9
Adriano	**SOFRI**	Due ritratti per capire meglio	set 03	6
		E ora, buon Natale	dic 03	1
Aligi	**TASCHERA**	Rigurgiti illiberali	ott 03	5
Maria Gigliola	**TONIOLLO**	Le denunce che pagano	mag 03	10
Livia	**TURCO**	Il centrosinistra cambia marcia	nov 03	3
Justus	**UITERMARK**	Sovranità limitata	lug/ago 03	12
Maurizio	**VEGLIO**	L'ecstasy dimenticata	giu 03	10
		Processo ai biokiller	set 03	4
		War on drugs, madre di tutte le guerre	dic 03	11
Massimiliano	**VERGA**	Una banda di falsari	mar 03	8
		L'erba dello straniero	ott 03	6
		Lezioni di buon senso	nov 03	11
Umberto	**VERONESI**	Parola di Ministro parola di scienziato	ott 03	11
Hans	**VISSER**	«Il "buco pulito" nella cripta di San Paolo»	mar 03	11
Michele	**VITTORI**	Sull'onda lunga del movimento	mar 03	11
Donatella	**ZOIA**	Ma l'odissea continua	lug/ago 03	10
Grazia	**ZUFFA**	Prigionieri di guerra	gen 03	5
		Dentro le convenzioni	gen 03	8
		Ecstasy e autoterapia	gen 03	12
		"Stanze del consumo": A Torino Francoforte fa scuola»	feb 03	5
		Rapporto INCB. Il Regno Unito contrattacca	apr 03	11
		L'Europa, il diritto, l'etica	giu 03	9
		Tra gli ultimi degli ultimi	lug/ago 03	6
		Parole preziose	lug/ago 03	11
		Vince la propaganda	set 03	10
		La scienza tra miti e fatti	ott 03	10
		Fuoriluogo è nelle vostre mani	nov 03	2
		Una guerra di casa nostra	nov 03	6
		Coraggio, c'è ancora tanto da fare	dic 03	2
		In cammino	dic 03	5

Fini non si ferma: è l'ora del movimento!

È iniziata al Senato la discussione sul disegno di legge proibizionista e punitivo di Gianfranco Fini e sulla proposta alternativa del cartello *Dal penale al sociale*. Forum droghe intende essere protagonista di una campagna forte di opposizione. Per questo occorrono idee, energie e soldi.

Iniziamo da subito a raccogliere le adesioni per il 2005, invieremo in regalo ai sostenitori i libri **Fuori dai denti** e **La ragione e la retorica**

FORUM DROGHE
MOVIMENTO PER IL CONTENIMENTO DEI DANNI, PER I DIRITTI, CONTRO LA PROIBIZIONE

QUOTE ASSOCIATIVE 2005

euro 30,00	socio ordinario
60,00	socio sostenitore
12,00	studenti e disoccupati
150,00	associazioni

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**