

## DROGHE & DIRITTI

### Con la carta di Milano riparte il movimento

Vittorio Agnoletto

È bastato l'annuncio del consiglio comunale di Torino sull'eventualità di aprire delle "stanze del consumo" perché si scatenarono polemiche furiose. È intervenuto anche Antonio Costa, direttore dell'agenzia Onu per la lotta alla droga (Unodc), per ricordare a Chiamparino che le "narcosale" sarebbero inefficaci e in contrasto con le convenzioni internazionali. La ministra Livia Turco, dal canto suo, prima si dichiara a favore della sperimentazione, poi fa un passo avanti e due indietro: le sale del consumo sono incompatibili con l'attuale legislazione, dovremmo puntare sulla «somministrazione controllata di eroina» ma per farlo ci vuole uno studio dell'Istituto superiore di sanità, quindi occorre tempo... Negli stessi giorni, cinquecento operatori provenienti da oltre venti Paesi europei e dell'America latina partecipavano a Milano alla Quarta Conferenza latina sulla riduzione del danno (Clat). Sono stati presentati i risultati delle stanze del consumo, dei trattamenti con eroina, del test rapido sulle sostanze. Il giurista Franco Maisto ha spiegato come queste pratiche siano compatibili con le convenzioni internazionali e con la legge italiana: è solo una questione di volontà politica.

Le strategie di riduzione del danno come parte integrante delle politiche sociali: questo il tema al centro dei lavori. Quindi non solo strumenti per contrastare i danni derivanti dall'intreccio tra abuso di sostanze e proibizionismo ma un'ipotesi, non neutrale, di politica sociale. Oltre ai campi delle droghe e della prostituzione sono stati presentati progetti sul gioco d'azzardo e sulle bande giovanili. Anche qui offrire un'alternativa alla repressione significa ridurre i danni individuali e sociali e lavorare per una società incluyente e una democrazia consapevole della presenza di diversità incomprensibili. Un terreno innovativo di confronto è stato la riduzione dei danni sul lato dell'offerta, ad esempio permettendo la produzione e il commercio di prodotti a base di foglia di coca. Questi e tanti altri gli stimoli emersi dalla Clat (gli atti del convegno saranno disponibili a breve). Tra qualche settimana saranno messe in rete le conclusioni dei gruppi di lavoro e una prima proposta della "Carta di Milano" che sarà dibattuta on line prima di giungere alla sua stesura definitiva.

La Carta costituirà un contributo per le mobilitazioni globali verso la conferenza dell'Unodc che a Vienna, nel marzo 2009, dovrà analizzare il fallimento dei dieci anni di gestione Arlacchi e Costa e definire l'orientamento futuro. Ma la necessità di un rilancio del movimento contro il proibizionismo riguarda anche l'Italia: ancora di più oggi, quando è evidente che una modifica radicale della legge sulle droghe non è all'ordine del giorno a causa delle contraddizioni interne al governo. Come per altro ammesso esplicitamente dal Ministro della Solidarietà sociale nel suo intervento alla Clat.

Un movimento che voglia essere efficace non può prescindere da una presenza significativa degli operatori del servizio pubblico, presenza che, alla conferenza di Milano, è stata inferiore alle aspettative. L'impressione è che, al di là di motivi contingenti, nei servizi pubblici, forse più ancora che nelle associazioni, pesi la delusione per una situazione che non solo appare sempre più bloccata, ma che, in diverse regioni, come ad esempio la Lombardia, sembra arretrare di anno in anno: i progetti di riduzione del danno vengono tagliati e i Sert ridotti ai minimi termini.

Ma arrendersi in questo caso significa assistere impotenti ad ulteriori drammi sociali. E qualunque strategia innovativa in Italia non può prescindere, per qualità e presenza sul territorio, dal contributo degli operatori dei Sert.



Perugia, 10 novembre 2007. Manifestazione per Aldo Bianzino morto in carcere; aspettiamo ancora la verità. Foto di Alessandro Biagiatti

### LO STRANO DIBATTITO TORINESE SUI TRATTAMENTI CON EROINA GIOCATI CONTRO LE STANZE DEL CONSUMO

## Come nascondersi dietro false alternative

Susanna Ronconi

Torino, partita bene con una mozione in Consiglio comunale che prevedeva innovazioni del sistema dei servizi di riduzione del danno, sensate, come stanze per il consumo e trattamenti con eroina, è finita male. Ponendo e ponendosi un *aut aut*: meglio le stanze del consumo o l'eroina medica? La domanda appare poco comprensibile, come, per esempio potrebbe essere questa: meglio l'energia eolica o il barolo di annata? Di che alternativa stiamo parlando? Eppure è la domanda che ha attraversato, da un certo momento in avanti – cioè dall'intervento paralizzante della ministra Turco – il dibattito nella città e nel Consiglio comunale di Torino attorno alla sperimentazione di una stanza del consumo. Possibilità naufragata dentro questo strano dibattito fatto di strane alternative, che sembrerebbe del tutto strampalato a qualsiasi dei tanti operatori e amministratori europei che le stanze le hanno promosse, nelle loro città, e continuano a sostenerle, e che, per altri versi e altri obiettivi, hanno promosso anche l'eroina medica. Inserendo entrambi nel sistema integrato riduzione del danno-cura.

La prima alternativa, infondata ma ben più comprensibile: l'opposizione da subito strilla "stanze contro comunità", riduzione del danno contro astinenza, dimenticando che le stanze sono alternativa alla strada e non alla terapia. Ma questo è nell'ordine delle cose di un dibattito tradizionalmente ideologico e urlato. La seconda alternativa, invece, spunta in seno a quanti, inizialmente, sembrano sostenere la sperimentazione, e suona così: "eroina medica meglio delle stanze". Riguarda la maggioranza di centrosinistra, che su questo si spacca, e a prima vista può sembrare addirittura un dibattito "avanzato": guarda come si discute a Torino, manco fossimo a Zurigo... Sindaco e alcuni consiglieri, dopo mesi di petizione popolare, iniziative dal basso, audizioni e consulenze scientifiche, traggono dal cappello il coniglio della prescrizione di eroina medica non accanto alle, ma contro le stanze. E la propongono così: ciò che più inquieta è l'idea di assistere ad una assunzione di una sostanza "sporca", da mercato nero. Allora, già che ci siamo, tanto vale lavorare da subito per somministrare

eroina medica, leggi "pulita". Detto così, c'è da far un salto sulla sedia: caspita!, a Torino stanno prendendo una decisione rivoluzionaria... eroina pulita a tutti i tossicodipendenti che stanno in strada, e somministrata in apposite stanze! A leggere i giornali, si capisce questo. I cittadini non esperti vanno in confusione – ma come? si può? – quelli esperti capiscono dove stiamo andando. La voluta confusione tra un servizio di riduzione del danno, a bassa soglia di accesso, mirato alla tutela della salute di chi sta usando in condizioni a massimo rischio, e la prescrizione di eroina medica come trattamento terapeutico (che questo è in tutto il mondo) ad alta soglia di accesso, mirato a gruppi selezionati: questa "alternativa" serve in realtà solo a trarre d'impaccio una maggioranza che non osa decidere coerentemente con i bisogni di chi consuma e le emergenze della città, per ragioni strumentali di politica locale e insieme per ragioni di mancanza di chiari indirizzi innovativi sulle politiche

pubbliche sulle droghe (stiamo ancora aspettando una chiarezza sul famoso "quarto pilastro"). Cioè: le stanze potevano essere decise qui e ora, dunque con una responsabilità della politica locale (e dei vari altri attori locali, che avrebbero dovuto dire, ci sto o non ci sto, promuovo consenso oppure dissenso, metto la mia faccia), l'eroina medica rimanda (alle calende) al governo centrale, se la vedano a Roma. Non solo: le stanze sono una accoglienza per il consumo attivo, dare un luogo ai consumatori e limitare i rischi, occuparsi della vita altrui anche se non è come noi vorremmo, fare riduzione del danno. È un approccio mite, un'accoglienza, una sospensione del giudizio in vista di primari obiettivi di salute. L'eroina medica – per altro innovazione assai auspicabile – è una cura in più per chi in cura vuole mettersi. Preziosa per un gruppo di tossicodipendenti, e non necessariamente tende all'astinenza, certo; e tuttavia consente a una politica locale poco coraggiosa di continuare a nascondersi dietro una medicina per curare, al fine di non affrontare mai il nodo di una stanza per prendersi cura.

*Una politica locale assai poco coraggiosa non osa decidere per i bisogni di chi consuma*

### LA POLEMICA

## Cuori d'oro e sepolcri imbiancati

«I tossicodipendenti sono fratelli sfortunati: discriminare questi poveri pazienti, usando le risorse dei contribuenti solo per ridurre il loro impatto sulla borghesia locale, senza nessun investimento serio nel trattamento della loro malattia (...) non mi pare una soluzione adatta a Torino – una città dal cuore d'oro». A leggere queste poche righe, senza sapere chi ne è l'autore, si potrebbe pensare ad una denuncia contro il proibizionismo globale, in virtù del quale milioni di consumatori sono incarcerati ogni anno; e in particolare contro la Fini Giovanardi, che ha spalancato le porte delle prigioni a molti più "fratelli sfortunati" di prima. O anche ad una protesta contro le politiche locali di "tolleranza zero", cui anche la palpitante Torino non disdegna il suo contributo: quelle che identificano la "lotta al degrado" con la caccia a un numero crescente di "sfortunati e sfortunate", dai poveri che lavano i vetri delle macchine e insozzano con le loro indecorose baracche gli argini dei fiumi, agli zingari accattoni, passando per i classici drogati. Invece no. Per Antonio Costa, direttore dell'Ufficio sulla droga e il crimine dell'Onu e autore della lettera a Chiamparino da cui è tratto il fatidico passo, la "discriminazione" non starebbe in un regime che criminalizza alcune sostanze psicoattive (e i suoi consumatori) e lascia che il mercato ne promuova altre col sorriso irresistibile di George Clooney; bensì nell'eventuale apertura di una "stanza del consumo", «creando – come si preannuncia di sottolineare Costa – un'isola di legalità per l'uso di droghe illegali».

Con questa frasetta, il Buon Antonio getta la maschera. È la difesa dello statuto di illegalità delle droghe che davvero lo assilla, più che la sorte dei "fratelli sfortunati". Ma è sempre meglio parlare in loro nome, non fosse che per rinfoltire le schiere dei cuori d'oro. La melensaggine induce la nausea, ma gli argomenti vanno sempre presi sul serio. Scrive ancora Costa: «Questo servizio (le stanze del consumo, ndr) non protegge la salute dei tossicodipendenti, dato che la droga (comprata sul mercato illegale) è tagliata spesso con anfetamine (causa di infarto), stricnina (un veleno), o altro materiale tossico. Inoltre, l'assenza del medico espone i pazienti a rischi non dissimili dall'assunzione di droga senza assistenza (...).» Detta così, sembra che la minaccia alla salute provenga dalle "stanze" invece che dal mercato clandestino, confondendo ad arte la causa con il rimedio. In più, non è assolutamente vero che i pazienti che frequentano le "stanze" siano esposti agli stessi rischi di quando consumano da soli in strada o nei cessi delle stazioni ferroviarie: lo studio del 2004 dell'Osservatorio europeo di Lisbona su 72 "stanze" diffuse in tutto il mondo attesta la loro utilità nel ridurre le overdose infauste. Certo, le "stanze" riducono, non eliminano, i rischi dell'illegalità delle sostanze. È una buona ragione per non farle? Com'è possibile che la proclamata volontà di difendere ancora più incisivamente i "fratelli sfortunati" conduca a non tutelarli affatto? Si dice che anche una vita salva abbia il suo valore. Quella dei tossici forse no? Dai nemici mi guardo io, dal Buon Antonio mi guardi Iddio!

### pagina II

osservatorio europeo

una relazione di buon senso

Massimiliano Verga

fini-giovanardi

il grottesco del potere

Marcello Petrelli

Mariapia Scarciglia

### pagina III

trattamenti con eroina

la sperimentazione tedesca

Giorgio Bignami

svizzera, un percorso di oltre dieci anni

Matteo Ferrari

### pagina IV

decreto metadone

Il metadone esce dal limbo

Giuseppe Vaccari

### fuoriiluogo.it

Dalle "stanze" all'eroina medica un patrimonio di esperienze per i lettori Inauguriamo due fascicoli tematici, che saranno scaricabili da fuoriiluogo.it, sugli argomenti più caldi del dibattito attuale: le "stanze del consumo" e i trattamenti con eroina. Ormai la messe di evidenze scientifiche su queste pratiche – sperimentate con successo in molti paesi europei, dalla Svizzera alla Germania, alla Spagna, all'Olanda – è notevole, né si può

ignorare, ad esempio, che l'Osservatorio europeo sulle droghe di Lisbona (Emocdda) già nel 2004 dedicava un Rapporto proprio alle "stanze", riconoscendo che i benefici «possono superare i rischi», o che in Svizzera i trattamenti con eroina datano al lontano 1994. Con questi fascicoli, contenenti la documentazione prodotta da Fuoriiluogo nel corso di questi anni, ci auguriamo di contribuire a un dibattito consapevole e basato sulle evidenze scientifiche.

### Il tuo amico è morto perché era un drogato?

Continua il processo a Ferrara per la morte di Federico Aldrovandi. Con la chiamata dei testimoni si sta ricostruendo quella tragica mattina, e le pressioni per rendere credibile la prima versione fornita dalla Questura. Cronaca e commenti nello speciale del sito: [fuoriiluogo.it/home/archivio/speciali/caso\\_aldrovandi](http://fuoriiluogo.it/home/archivio/speciali/caso_aldrovandi).

Blog. Riattivato e rinnovato il blog di fuoriiluogo.it. Commenti e provocazioni, rigorosamente fuoriiluogo su [fuoriiluogo.it/blog](http://fuoriiluogo.it/blog).

PUBBLICATA LA RELAZIONE ANNUALE DELL'OSSERVATORIO EUROPEO SU DROGA E TOSSICODIPENDENZA

## Da Lisbona gradite parole di buon senso

Massimiliano Verga

**A**nche quest'anno l'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (Emcdda) ha pubblicato la consueta *Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga in Europa*, con l'obiettivo di offrire «un aggiornamento esaustivo», nonché «sostenibile e solido dal punto di vista metodologico» della situazione attuale in materia di droghe. Dove siano esaurività e solidità metodologica è difficile dirlo, dato che l'Emcdda rimane schiavo di errori e lacune talvolta imbarazzanti. Tuttavia, dopo oltre un decennio di attesa, la *Relazione 2007* regala finalmente delle piacevoli sorprese. A cominciare dalla Prefazione, dove si afferma che «non esiste una soluzione a portata di mano» e che occorre ragionare in termini di «costi/benefici delle diverse modalità di intervento». E dove, rivendicando un'autonomia europea in questo campo, il presidente del consiglio di amministrazione dell'Emcdda Marcel

Reimen ricorda anche che «dietro alla freddezza delle statistiche (...) ci sono esseri umani in carne ed ossa». Parole di buon senso, niente di più. Ma comunque una rarità, nell'epoca della «tolleranza zero». Guardiamo brevemente le «fredde» cifre riportate dall'Osservatorio. Per quanto concerne i consumi, la *Relazione 2007* ci racconta che la cannabis continua ad essere la droga illecita più apprezzata dagli europei con età compresa tra i 15 e i 64 anni: oltre 70 milioni (il 22% degli europei nella fascia d'età considerata) l'hanno provata «almeno una volta nella vita» (consumo *lifetime*), circa 23 milioni «almeno una volta nell'ultimo anno», oltre 13 milioni «almeno una volta negli ultimi 30 giorni». Se i consumi di cannabis sono di poco superiori a quelli descritti nel 2006, l'Emcdda registra invece un aumento più consistente del

per i commenti positivi dell'Osservatorio, neppure troppo velati, sulle politiche di riduzione del danno. Senza eccedere nell'entusiasmo, occorre infatti segnalare che è questa la parte più interessante della *Relazione 2007*, sia per i contenuti sia per il «luogo» istituzionale in cui vengono riportati. Ad esempio, in tema di scambio di siringhe, l'Emcdda afferma che «è vero che la distribuzione di materiale sterile per l'iniezione endovenosa attraverso i programmi di scambio di aghi e siringhe non viene più percepita

come una questione controversa, altrettanto certo è che non tutti i paesi riconoscono priorità a questi programmi e alcuni ritengono che la vendita (...) attraverso le farmacie sia

### C'è un "orgoglio europeo" nel rimarcare le buone ragioni delle stanze del consumo

ampiamente sufficiente»; e afferma perfino che «nei paesi dove le farmacie costituiscono per i tossicodipendenti un punto di riferimento comune (...) queste strutture potrebbero svolgere un ruolo più incisivo nell'offerta di altre misure protettive della salute (...) test e servizi di consulenza (...)». Ma sono interessanti soprattutto le pagine finali, laddove l'Osservatorio sembra pronunciarsi a favore delle «stanze del consumo». Non lo fa esplicitamente, appunto. Ma non può essere sottovalutata la presa di posizione nei confronti dell'*International Narcotics Control Board* (Incb) – che invece «ha criticato i locali di consumo controllato nelle sue recenti relazioni annuali» – da un lato descrivendo (finalmente!) gli «argomenti a favore di questa misura» proprio in termini di riduzione dei danni (compreso il miglioramento della quiete pubblica!) e, da un altro lato, dando voce a quei Paesi che con enormi difficoltà stanno portando avanti tali pratiche: Paesi Bassi (40 centri), Lussemburgo (25), in primo luogo; ma anche Spagna (6 centri), Lussemburgo e Norvegia (un centro a testa). Insomma, un altro appello all'«orgoglio europeo». Tuttavia, è lecito temere che la strada sarà ancora lunga e piena di ostacoli; e che il prossimo *Report* dell'Incb saprà rifarsi, con gli interessi.



GUIDA ALLE NORME SULL'AFFIDAMENTO TERAPEUTICO DEI TOSSICODIPENDENTI IN ALTERNATIVA AL CARCERE

## La Fini Giovanardi e il grottesco del potere

Marcello Petrelli e Maria Pia Scarciglia

**N**on si giudica una legge (solo) sulla carta, a partire da quanto è scritto nel suo testo, ma dalla prassi, a partire da quanto accade nella realtà giudiziaria di ogni giorno. Prendiamo il caso dell'affidamento al servizio sociale per tossicodipendenti (art. 94 e dintorni del Testo Unico sugli stupefacenti). È disciplinato da un gruppo di norme caratterizzate da un massimo di discrezionalità unito a un minimo di certezza (o di scientificità): miscela perfetta per manifestare quel fenomeno che Foucault chiamava il «grottesco» del potere. L'ultima formulazione di queste norme, realizzata dalla «riforma» Fini-Giovanardi, costituisce l'estremo retorico intervento su un testo tormentato sin dal suo primo apparire, oltre trenta anni fa. In teoria l'affidamento al servizio sociale (come ogni misura alternativa alla detenzione) dovrebbe essere un rimedio al danno causato dal carcere. Suo presupposto è che il

carcere possa essere un danno per chi ha iniziato o intende iniziare un programma di disintossicazione. Uscire dal carcere può significare allora guarire dalla dipendenza e diminuire al contempo il rischio di recidiva criminale. Descriviamo il meccanismo sulla base del testo della legge.

1. Il periodo di pena detentiva che può essere scontato in affidamento varia da sei a quattro anni secondo il tipo di reato commesso. Se il reato rientra nell'elenco dei reati ostativi (art. 4 bis dell'ordinamento penitenziario) l'affidamento può coprire solo quattro anni di pena. I reati ostativi sono un insieme piuttosto eterogeneo e molto diffuso che va dall'associazione mafiosa alla rapina aggravata. Perché una rapina sia aggravata è sufficiente rapinare dieci euro usando un tagliando come arma.

2. Alla domanda di affidamento va allegato un programma, concordato con le strutture pubbliche (Sert) o con strutture private autorizzate, idoneo al recupero e accompagnato da un certificato di tossicodipendenza. *Primo stadio*. Se la pena non è stata ancora eseguita, la condanna non riguarda un reato ostativo e non sia superiore a sei anni, la domanda di affidamento e la documentazione può essere presentata, al momento di emissione dell'ordine di carcerazione, al pubblico ministero, che sospende l'ordine di carcerazione fino a quando il Tribunale di sorveglianza non si sia pronunciato sulla richiesta. Questo meccanismo non opera quando la condanna riguarda un reato ostativo, o quando, semplicemente, al momento dell'emissione dell'ordine di carcerazione, l'interessato si trovi in custodia cautelare in carcere. In tutti questi casi l'ordine di carcerazione viene eseguito e la domanda di affidamento dovrà essere presentata solo dopo essere entrati in carcere. Il carcere è un luogo in cui, notoriamente, è facile entrare, ma da cui è difficilissimo uscire. Molto più difficile dopo la riforma Fini-Giovanardi.

Prima della riforma il detenuto poteva uscire, provvisoriamente, dal carcere semplicemente presentando la domanda di affidamento e la relativa documentazione, in attesa della pronuncia del Tribunale di Sorveglianza. Sulla domanda di scarcerazione provvisoria decideva il pubblico ministero, come organo puramente amministrativo,

senza potere discrezionale, con un semplice controllo sul rispetto dei limiti di pena prescritti dalla legge. Dopo la riforma tutto è più difficile. La domanda di sospensione della carcerazione viene valutata dal magistrato di sorveglianza con ampi margini di discrezionalità. La legge gli consente di decidere sulla base di criteri molto elastici demandando al detenuto l'onere di provare cose e circostanze impossibili da provare. Almeno secondo la logica e il comune buon senso. Questi deve infatti fornire «concrete indicazioni» sulla «sussistenza dei presupposti per l'accoglimento della domanda».

Quando si è in presenza di tali «concrete indicazioni»? È impossibile dirlo. Mentre è evidente che il giudizio del magistrato sarà influenzato dalle proprie personali convinzioni sulla utilità dei programmi di recupero, dei Sert, delle comunità. Sulla preferibilità del carcere alla libertà ecc. Ma non è tutto. Il detenuto deve provare anche «il grave pregiudizio derivante dalla protrazione dello stato di detenzione», e cioè quello che è il presupposto stesso dell'istituto giuridico dell'affidamento. L'affidamento come istituto giuridico esiste infatti perché il legislatore, a monte, ha già rilevato che in determinati casi il carcere è un rimedio peggiore del male. Ma essendo per l'appunto una valutazione che solo il legislatore può compiere, come è poi concepibile che questo presupposto diventi l'oggetto di una prova che dovrebbe essere fornita dallo stesso condannato? Questi deve provare, infine, che non vi sono «elementi tali da far ritenere il pericolo di fuga». Solo quando tutte le condizioni elencate nell'articolo di legge sono presenti, il magistrato accorda la sospensione dell'esecuzione.

*Secondo stadio*. Si passa poi, con la sospensione o senza, al giudizio vero e proprio del Tribunale di Sorveglianza. Anche nel testo riformato la legge assegna al Tribunale il compito di verificare che lo stato di tossicodipendenza o «l'esecuzione del programma di recupero» non siano «preordinati al conseguimento del beneficio». Mentre è comprensibile la prima disposizione, volta ad accertare che qualcuno non abbia costruito *ad hoc* una condizione di tossicodipendenza, semplicemente assumendo stupefacenti prima di un'analisi clinica per poter accedere al beneficio, la seconda disposizione, relativa all'inizio del programma,

## Regioni contro la legge antidroga, Consulta prudente

Gianluca Borghi\*

*Recentemente la Corte costituzionale si è espressa sul ricorso che le Regioni Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Liguria, Piemonte ed Umbria presentarono impugnando la legge Fini-Giovanardi (sentenza n. 387/2007). Il loro fu un atto politico significativo, per la svolta che veniva imposta dall'alto e senza concertazione sulle dipendenze. In particolare, si riteneva che fosse violato il principio di leale collaborazione, in quanto alcuni degli articoli violano le competenze regionali in materia di organizzazione dei servizi sanitari. Veniva dunque contestata quella parte dell'art. 4 nella quale la libertà di scelta dell'utente in merito al luogo di cura viene configurata come livello essenziale di assistenza: a parere delle Regioni, anche considerando la libertà di scelta come principio assoluto, esso va temperato con le necessità organizzative e finanziarie del sistema sanitario pubblico, incidendo questa sull'assetto organizzativo regionale di alcune Regioni. Sul medesimo articolo è stato anche contestato che i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti costituiscono livello essenziale. La Regione Toscana e la Regione Umbria si erano inoltre soffermate anche sulla parte dello stesso art. 4 che prevede la possibilità della certificazione di tossicodipendenza a strutture private accreditate, contestandone il potenziale impatto sul servizio sanitario. La Corte ha accolto la parte del ricorso riguardante la libertà di scelta, chiarendo che questa non è un livello minimo di assistenza bensì un principio generale per altro non assoluto perché deve «essere temperato con altri interessi costituzionalmente tutelati». Gli articoli che definiscono i requisiti minimi strutturali, organizzativi e tecnologici delle strutture sono a parere della Corte pienamente legittimi, e anzi opportuni, per garantire livelli uniformi su tutto il territorio e per tutelare proprio la libertà di scelta dell'utente. Alle Regioni rimane la possibilità di fissare ulteriori requisiti generali e specifici, la procedura di accreditamento e la stipula degli accordi contrattuali.*

*La sentenza è stata estremamente prudente, forse anche per il fatto che la mobilitazione per la modifica della legge Fini-Giovanardi si è attenuata e tale modifica non è tra le priorità delle forze politiche. Ovviamente l'impianto repressivo resta dunque confermato; d'altronde, anche se fossero stati accolti tutti i rilievi delle Regioni, non sarebbe stato intaccato il principio punitivo del consumo, l'unificazione delle sostanze e l'aggravio delle pene. È evidente il fatto che una sentenza più coraggiosa avrebbe fornito nuovi strumenti per chi deve applicare la legge a livello amministrativo. Purtroppo l'iniziativa delle Regioni è stata isolata e finora nessun magistrato ha sollevato questioni di legittimità sulla violazione del principio costituzionale del giusto processo, circa la determinazione amministrativa di un limite di sostanze stupefacenti oltre il quale si configura automaticamente il reato di spaccio. Questa decisione della Corte costituzionale, importante seppure limitata, conferma l'assoluta necessità di una riforma strutturale della legislazione sulle droghe e ne affida la responsabilità al Governo e al Parlamento.*

\*Consigliere regionale Emilia-Romagna

**forum** movimento per i diritti  
contro droghe  
la proibizione

**IL 2008 SARÀ  
COSÌ COSÌ?  
GALLEGGIAMO  
INSIEME!!!**

QUOTE ASSOCIATIVE  
euro 30 socio ordinario  
60 socio sostenitore  
12 studenti e disoccupati  
150 associazioni  
100 speciale Fuorilogo

Conto corrente postale n. 25917022 intestato a Forum Droghe.  
Per il bonifico è necessario indicare le coordinate bancarie: CAB 03200-3 ABI 7601-9

per conoscere iniziative e scadenze visita il nostro sito [www.fuorilogo.it](http://www.fuorilogo.it)

si presenta quanto mai problematica. Essa riguarda il caso di un detenuto effettivamente tossicodipendente il quale abbia però un atteggiamento «opportunistico» verso il beneficio stesso. Secondo l'esigenza «puritana» del legislatore, solo un programma di recupero che lo avrei comunque svolto, anche prescindendo dal mio attuale stato di condannato o di detenuto, manifesterebbe quella che kantianamente si definirebbe come una «volontà buona». Se è invece la mia condizione di condannato o di detenuto a farmi riflettere sulla opportunità di seguire un programma, di chiedere con la dipendenza, di uscire dal circuito mortale della droga, la mia volontà non è «buona» bensì opportunistica e, come tale, non va presa in positiva considerazione «ai fini del conseguimento del beneficio». Ma tant'è. Di «benefici» si tratta, e non certo di diritti. E in seguito ad un rituale che evoca molto da vicino quelli pre-moderni per la concessione di una qualunque grazia sovrana, l'arbitrio del legislatore e poi quello degli uomini che tradurranno in concreto la volontà della legge, manifesta, con queste norme, il suo massimo splendore.



GERMANIA, I RISULTATI POSITIVI DELLA SPERIMENTAZIONE DI TRATTAMENTI CON DIACETILMORFINA CONDOTTA IN SETTE GRANDI CITTÀ

# La formidabile macchina da guerra tedesca

Giorgio Bignami

Se si trattasse di una nuova lucrosa indicazione di un qualunque vecchio farmaco, l'ultracentenaria diacetil morfina (diamorfina, eroina: classe 1898, un anno prima dell'aspirina) da quel di sarebbe stata registrata nel mondo intero per il trattamento dei soggetti a forte rischio per cronica dipendenza dall'eroina di strada – ovviamente col dovuto corredo di garanzie e limitazioni del caso, come ormai avviene per molti farmaci e/o particolari indicazioni dei medesimi. Infatti i dati sinora prodotti a favore di detto trattamento sono a tal punto probanti che non solo le mancate autorizzazioni rappresentano uno scandalo su scala planetaria; ma addirittura esse appaiono contrarie a quelle regole etiche internazionalmente accettate che quali consentono ulteriori sperimentazioni su di un trattamento di provata efficacia solo se esso è reso disponibile a tutti i soggetti che possono trarne vantaggio, indipendentemente dall'arruolamento o meno come partecipanti a una ricerca.

Sono noti i risultati delle sperimentazioni condotte negli ultimi quindici anni, da quella svizzera a quella olandese. Nel secondo caso, ai risultati uniformemente positivi riguardanti lo stato di salute e la condizione sociale dei soggetti, si sono aggiunti più di recente quelli di minuziose analisi economiche, che hanno dimostrato una forte riduzione dei costi diretti e indiretti per la comunità: compresi sia quelli derivanti dal bisogno di cura e dalla disoccupazione, sia quelli per danni e per azioni penali a seguito di reati commessi dai tossici per sopravvivere e per procurarsi la droga.

I tedeschi sono partiti più tardi, nel 2002: ma sfruttando le informazioni raccolte nelle ricerche precedenti (e quindi identificandone le inevitabili incomplezze) e poi mettendo in moto una macchina organizzativa di formidabile sistematicità e potenza – se non fosse per i precedenti storici, diremmo: una vera e propria macchina da guerra totale – hanno fatto un vero e proprio *en plein*. Per questa ricerca si sono consorziati: il Ministero della salute del governo federale; tre Stati (Bassa Sassonia, Renania settentrionale-Westfalia e Assia); sette città per lo più di grandi dimensioni (Amburgo, Hannover, Colonia, Francoforte, Bonn, Karlsruhe, Monaco). In base a una selezione iniziale a partire da moltissimi soggetti, e dopo la esclusione di quelli che non rispondevano ai criteri per i trattamenti previsti, sono state arruolate oltre 1.000 persone dipendenti da eroina di strada da almeno cinque anni, quasi tutte in pessime condizioni di salute

*Sono state arruolate oltre mille persone dipendenti, la metà con nessun rapporto coi servizi*



Zurigo, Svizzera. Il centro Zolke 2 per il trattamento assistito ai tossicodipendenti. Cristalli di eroina pura. Foto di Pigi Cipelli

fisica e mentale, disoccupate, senza fissa dimora, socialmente isolate, spesso dedite ad attività illecite per sopravvivere e per procurarsi la droga e quindi bersaglio di condanne penali. La metà circa erano soggetti con contatti scarsi o nulli coi servizi ("Non raggiunti"). Gli altri invece erano già da tempo arruolati in programmi di trattamento con metadone combinato con varie misure di sostegno, e ciò nonostante seguivano a far regolarmente ricorso all'eroina di strada

("Fallimenti del trattamento metadonico"). La metà circa dei soggetti non raggiunti e dei soggetti con fallimento del trattamento metadonico venne assegnata a caso al trattamento con metadone per via orale ai dosaggi consueti, l'altra metà al trattamento con eroina per via endovenosa tre volte al giorno (dose quotidiana media circa 0,5 g, dose quotidiana massima 1 g, singola dose massima 0,4 g), più una piccola dose serale di metadone, qualora richiesta per evitare crisi notturne di astinenza durante il più lungo intervallo tra una iniezione e l'altra. Infine ciascuno dei quattro

sottogruppi venne suddiviso, sempre a caso, in due ulteriori sotto-sotto gruppi ricevuti rispettivamente o una combinazione di *case management* (cioè contatti con un operatore costantemente disponibile) e di *counseling farmacologico*, ovvero un più specifico trattamento psicoeducativo. Di quest'ultima suddivisione non dovremo più occuparci, poiché non ha avuto influenza alcuna sui risultati.

Il primo risultato interessante riguarda la frequenza di abbandoni, assai più elevata nei soggetti facenti parte del gruppo trattato con metadone (circa il 60%) che nei soggetti trattati con eroina (circa il 30%): ma questo, solo per una forte differenza iniziale, dovuta al ritiro di parecchi soggetti che una volta assegnati dalla ruota della fortuna al trattamento metadonico, anziché a quello eroico, hanno preferito tagliare immediatamente la corda (ma molti dei ritirati sono andati o tornati a curarsi in programmi di ordinaria amministrazione comprendenti per lo più un trattamento metadonico). Riguardo agli obiettivi principali della ricerca – stato di salute fisica e mentale, e frequenza di ricorso a droga di strada prima e dopo i 12 mesi della prima fase della ricerca (v. oltre) – le differenze a favore del trattamento con eroina sono state costantemente assai significative secondo i più

s sofisticati metodi statistici: più consistenti per il ricorso a droga di strada (oltre 20% di maggior riduzione, tra l'altro non accompagnata da un aumento del ricorso ad altra droga "dura" come la coca), meno consistenti per lo stato di salute fisica o mentale, peraltro fortemente migliorato con ambedue i trattamenti. E inoltre: malgrado le gravi difficoltà nel mercato del lavoro e in quello delle abitazioni, si sono riscontrati consistenti miglioramenti sia della situazione lavorativa e di quella abitativa, sia della socializzazione, mentre si riducevano le attività illecite e le relative azioni penali.

Dopo la conclusione della prima fase nel 2004 – il relativo rapporto del Centro per la ricerca sulle tossicodipendenze dell'Università di Amburgo, di oltre 150 minuziose pagine, è del gennaio 2006 –, si è svolta una seconda fase nella quale hanno seguito a ricevere eroina i soggetti già facenti parte del gruppo trattato con eroina, e sono stati inseriti in tale gruppo, sino a coprire i posti lasciati liberi dagli abbandoni, un certo numero di soggetti precedentemente inseriti nel gruppo trattato con metadone, che lo richiedevano. Anche in questa seconda fase i risultati sono stati altrettanto positivi: in particolare, i soggetti precedentemente trattati con metadone hanno rapidamente raggiunto i livelli di salute fisica e mentale e di astinenza dalla droga di strada ai quali erano già pervenuti i soggetti trattati con eroina sin dall'inizio. L'unico dato moderatamente negativo: nei soggetti trattati con eroina, la frequenza degli effetti collaterali (soprattutto depressione respiratoria) è stata maggiore che nei soggetti facenti parte del gruppo trattato con metadone; questo, tuttavia, in una misura che non intacca se non marginalmente la notevole differenza di rapporto beneficio/rischio tra i due trattamenti. E inoltre un dato che non si riesce a spiegare e che richiede ulteriori specifiche ricerche: nelle donne le differenze tra chi riceveva metadone e chi riceveva eroina sono state minime rispetto a quelle assai più consistenti riscontrate negli uomini.

E allora? Un'antica favola narra che a un certo re venivano ripetutamente avanzate proposte mirate a migliorare le condizioni del suo regno e dei suoi sudditi, proposte però spesso scarsamente compatibili con gli interessi della sua regale famiglia. Il furbacchione non opponeva mai un esplicito rifiuto, ma ascoltava i "miglioristi" sempre e soltanto con l'orecchio colpito da sordità. Perciò nella favola si ripete all'infinito l'amenno ritornello: "Ma il Re da quell'orecchio non ci sentiva...". Scherzi e favole a parte, alla luce dei risultati svizzeri, olandesi e tedeschi, la mancata ottimizzazione dell'assistenza e cura dei soggetti dipendenti da droga di strada non è più soltanto una mancata riduzione del danno. Ormai si tratta di lesioni dolose e di strage premeditata, con tanto di associazione trasversale a delinquere.

DAL PRIMO STUDIO ALLA MESSA A REGIME DELLE TERAPIE CON HEROINA MEDICA, UN PERCORSO LUNGO OLTRE DIECI ANNI

## Fiducia nella scienza e serietà politica, la ricetta svizzera

Matteo Ferrari

Bellinzona

Il Dam (diacetile di morfina) è utilizzato in Svizzera ormai dal 1994 in modo strettamente regolamentato e controllato, nell'ambito di una presa in carico psicosociale supportata da un trattamento medico: l'approccio terapeutico denominato "trattamento a base d'eroina" è rivolto a persone gravemente dipendenti che non hanno raggiunto risultati soddisfacenti in altri tipi di trattamento.

All'inizio degli anni '90 fece scalpore la notizia che, a causa del marcato immisericordismo di un'importante fascia di persone tossicodipendenti, la Svizzera intendeva sperimentare l'uso di eroina in trattamenti sostitutivi. L'utilizzo terapeutico di stupefacenti non era una novità, accanto al metadone si usavano già almeno un'altra decina di stupefacenti, ma siccome l'eroina era un farmaco di cui era vietato l'uso medico, si optò per una sperimentazione sulla base di protocolli di ricerca dell'Organizzazione mondiale della sanità. Nel 1997 un rapporto descriveva l'esito positivo di tre anni di sperimentazione e riconduceva gli eccellenti risultati non solo all'utilizzo di un nuovo farmaco, ma all'adozione di un articolato sostegno psicosociale.

Nel medesimo anno, in votazione popolare fu respinta in modo chiaro un'iniziativa che

proponeva un divieto costituzionale dell'uso terapeutico dell'eroina. Entrò quindi in vigore nel 1998 un decreto che, pur mantenendo il principio del divieto d'uso medico, concedeva che a particolari condizioni, legate alla tipologia dei destinatari e alle strutture utilizzate, i Cantoni potessero però richiedere una deroga. Per una casistica che si riteneva potesse comprendere un massimo del 10% delle persone dipendenti da oppiacei (stimata essere 30.000 in Svizzera) diveniva dunque possibile utilizzare l'eroina quale agente terapeutico in programmi comprendenti un sostegno psicosociale ed eseguiti sotto la responsabilità congiunta di medici ed operatori sociali. Con la riforma legislativa approvata a fine 2006, il trattamento a base d'eroina è infine uscito dal contesto della deroga a un divieto ed è stato inserito a pieno titolo nel novero degli strumenti terapeutici utilizzabili.

### Facce di bronzo

Il 38° anniversario della strage di Piazza Fontana ha visto la latitanza del sindaco Moratti e delle altre istituzioni alla cerimonia milanese. Il premier Prodi ha mandato un breve telegramma parlando d'altro, in particolare del bel libro di Mario Calabresi. Spicca come un gigante Clemente Mastella, che ha fatto digitalizzare la polverosa montagna degli atti giudiziari per sottrarla all'usura del tempo. Dopo essersi auto-assolto, ora lo Stato archivia.

maramaldo

Rimane però un'opzione ad alta soglia, che si usa in modo mirato e controllato per la presa a carico di situazioni cronicizzate e non quale risposta standard a ogni dipendenza da oppiacei. La sua fattibilità (in particolare, rischi di *overdose*, violenze o furti) è riconosciuta come assodata. L'andamento della presa a carico tramite Dam è da valutare alla luce degli obiettivi terapeutici specifici: integrazione terapeutica di tossicomani difficilmente avvicinabili con altre terapie, miglioramento del loro stato di salute fisica e psichica, migliore integrazione sociale (attitudine al lavoro, distacco dalla scena della tossicomania, riduzione della delinquenza). L'abbandono duraturo del consumo d'oppiacei figura per contro solo quale obiettivo a lungo termine. I risultati del periodo sperimentale 1994-96 e delle successive verifiche puntuali mostrano un alto tasso di permanenza nel programma, un sensibile miglioramento della salute fisica e psichica, una riduzione molto forte dei comportamenti criminali. L'utenza che segue i trattamenti da almeno un anno consuma meno frequentemente altre sostanze, in particolare alcol, cocaina, cannabinoidi e tabacco, rispetto a chi ha appena iniziato la terapia.

Questo trattamento richiede tempo: la durata media di presa a carico è di quasi tre anni, anche perché l'età media dei pazienti si è alzata e sfiora ormai i quarant'anni.

Ogni anno, tra 180 e 200 pazienti terminano il trattamento a base d'eroina. Quasi la metà di essi si dirige verso un trattamento metadonico e un quarto verso un trattamento basato sull'astinenza. Dati gli obiettivi del trattamento, fondamentale è la soddisfazione dei pazienti stessi. È stata pertanto introdotta col tempo una procedura di valutazione che li coinvolge tramite questionari sul centro

*Col tempo è stata introdotta una procedura di valutazione che coinvolge gli utenti stessi*

frequentato, sul grado di soddisfazione e sul successo del trattamento. Una netta maggioranza delle persone in trattamento si dichiara contenta o molto contenta dei risultati ottenuti. Nel 2002 il trattamento a base d'eroina è entrato nel novero delle prestazioni a carico dell'assicurazione malattia obbligatoria, in quanto soddisfa i requisiti previsti: essere un trattamento "efficace, appropriato ed economico". Lo Stato da allora non finanzia più le prestazioni al paziente, ma solo gli aspetti scientifici e quelli legati alla qualità, alla valutazione e alla formazione continua. I confronti avviati fra i 20 e più centri autorizzati hanno permesso

d'insediare una rete di contatti e una cultura improntata al costante sviluppo della qualità. È un approccio che si è rivelato promettente e che si sta estendendo ai centri e servizi che dispensano metadone, la cui qualità d'intervento è decisamente minore. In particolare, le discussioni sulle sanzioni previste nei contratti terapeutici hanno evidenziato le frequenti difficoltà di pazienti sofferenti psichicamente a rispettare le regole. Nell'insieme, i centri hanno tuttavia fatto buone esperienze nel formulare regole ben chiare, nel comunicare le sanzioni ambigue e nell'applicare il sistema di sanzioni previsto in ogni istituzione. Nella discussione sulle modalità e sul ruolo del trattamento a base d'eroina, è emersa l'opportunità di rafforzare la relazione tra questo tipo di trattamento e la psichiatria sociale. È importante poter seguire al meglio i singoli pazienti, ma pure promuovere le necessarie competenze in psichiatria per il personale sociosanitario a contatto con l'utenza. In particolare, i medici dei centri possono ora seguire una specifica formazione sui disturbi "borderline".

Interessante è lo sviluppo della posologia del Dam. Nella forma inattuabile per endovenosa (flaconi da 10g) è stato registrato quale medicamento già nel 2001, mentre per l'inizio 2008 è attesa una decisione definitiva sulla domanda d'autorizzazione

