

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 inclinata e una democrazia consapevole della presenza di diversità incompressibili. 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 Alejandro 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 saluta abbia il suo valore. Quella dei tossici forse no? Davi 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 (Emcdda) 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.

Blog. Riattivato e rinnovato il blog di fuoriiluogo.it. Commenti e provocazioni, rigorosamente fuoriiluogo su fuoriiluogo.it/blog.

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

Da Lisbona gradite parole di buon senso

Massimiliano Verga

Anche 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), Svezia 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

Non 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

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 io 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.

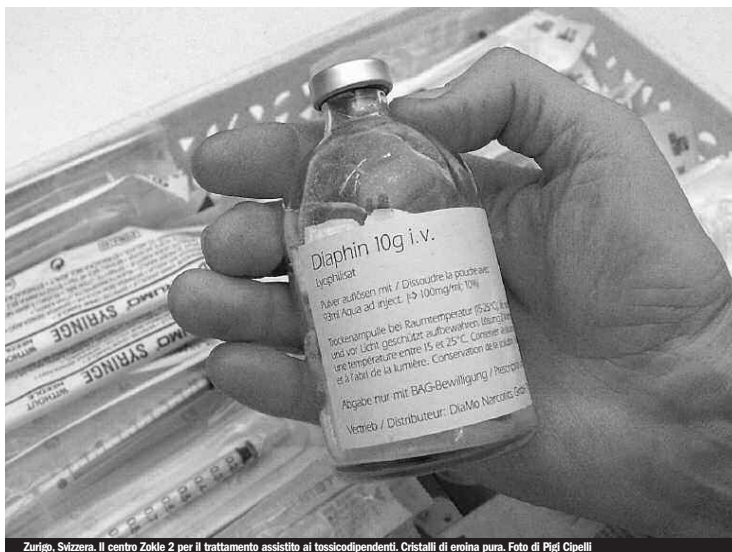
GERMANIA, I RISULTATI POSITIVI DELLA SPERIMENTAZIONE DI TRATTAMENTI CON DIACETILMORFINA CONDOTTA IN SETTE GRANDI CITTÀ

La formidabile macchina da guerra tedesca

Giorgio Bignami

Se si trattasse di una nuova lucrosa indicazione di un qualunque vecchio farmaco, l'ultracentenaria diacetilmorfinina (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



Zürigo, 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 eroinico, 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.

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

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 iniettabile 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

punti di vista

Decreto Turco, il metadone esce dal limbo

Il decreto della ministra Turco, che permette di affidare agli utenti i farmaci agonisti oppiacei, come il metadone, per un periodo di trenta giorni suscita dibattito. Comincio con una premessa: nel mio lungo impegno per la tutela della salute delle persone tossicodipendenti, vi è un pensiero a cui sono sempre stato particolarmente legato: far percepire che il consumo di stupefacenti e le condizioni di dipendenza non sono accidenti occasionali, fenomeni straordinari, eventi drammatici, ma sono una delle componenti patologiche della odierna complessa e contraddittoria organizzazione sociale. Una delle tante "normalità" del pensiero unico liberista che ha fatto diventare il consumismo il motore di tutta la società. Perché dunque considerare che il consumo di qualsiasi sostanza psicoattiva legale o illegale sia qualcosa di avulso da tale cultura?

Alcol, tabacco, droghe, psicofarmaci, doping, comportamenti compulsivi: l'aiuto chimico e farmacologico per accrescere le capacità prestazionali, per aumentare la concentrazione e l'attenzione, rientra nelle normali abitudini della maggioranza delle persone.

Ma ogni nostro abuso ha il suo strascico di disagi o disturbi e talvolta i danni che ne derivano richiedono uno specifico intervento sanitario. La cura medica in quanto tale non sradica la spinta a ricorrere all'uso di sostanze ma può concorrere a frenare una deriva, a creare spazi e tem-

pi necessari per affrontare quel condizionamento psichico che la continua induzione chimica a dare il meglio di sé ha creato.

Con il decreto Turco si è di fatto preso atto che il trattamento delle persone tossicodipendenti sta uscendo dal limbo delle sperimentazioni, dei tentativi una-tantum (le magiche disintossicazioni rapide o le comunità salvifiche) per entrare nella maturità degli interventi sanitari o socio-sanitari che si sono dimostrati efficaci: i trattamenti con metadone a medio e lungo periodo (meglio se integrati da interventi di sostegno psicologico e sociale) trovano nella letteratura scientifica crescenti conferme. Dare però continuità e stabilità al trattamento non si concilia con la frequentazione quotidiana di un ambulatorio, col risultato, tra l'altro, di rinforzare lo stigma del "diverso", del drogato irrecuperabile, e di ostacolare la ripresa dei normali ritmi di lavoro, di studio, di relazioni familiari e sociali: tutte condizioni necessarie per ridimensionare il significato assegnato alle sostanze e provare quindi a liberarsene definitivamente.

Il decreto non introduce niente di nuovo, solamente specifica che le disposizioni introdotte dalla Fini/Giovanardi (30 giorni, ricette, ecc.) si applicano non solo alla "prescrizione" ma anche all'affidamento: questa pratica, seppure mai vietata, era sempre rimasto "grigia"

con il rischio di esporre singoli operatori alla discrezionalità di qualche magistrato o carabiniere che la pensava al contrario.

Siamo vittime di una logica settoriale? Non sappiamo confrontarci con la complessità del problema? Gli interrogativi di Luigi Cancrini (*L'Unità*, 17/12/07) non ci lasciano indifferenti, ma ne avanzo altri: non è che in nome della complessità non diamo poi risposte ai problemi specifici di chi vive una condizione di dipendenza? Che in nome della globalità banalizziamo il lavoro dei Sert e permettiamo una lettura positiva indifferenziata dei problemi terapeutici? (Alcune marcano verso una forte qualificazione terapeutica ed altre continuano ad essere puri luoghi di contenimento). Non è che lasciamo campo libero ad ogni bizzarria etichettata come psicoterapeutica senza un forte incoraggiamento alla verifica di efficacia dei trattamenti?

Certo, avremmo bisogno di un radicale rinnovamento della legislazione, ma nell'attesa che governo e parlamento accelerino una riforma non più rinviabile, il ruolo di un ministro non è quello di stare alla finestra, ma di affrontare i problemi che rientrano nella sua capacità d'azione.

Giuseppe Vaccari

Piano d'azione sulle droghe, l'Italia colma il ritardo

Un motivo (o, magari, più d'uno) per essere ultimi c'è sempre: l'Italia giunge all'appuntamento con i Piani d'azione sulle droghe dopo tutti gli stati membri dell'Unione europea, prima solo di Malta. Sono passati quasi otto anni dalla scelta di procedere a sostanziare le scelte strategiche europee e nazionali con documenti che potessero mostrare con chiarezza le azioni messe in campo sul tema delle droghe, dei consumi e degli abusi.

La ragione fondamentale di questo ritardo sta tutta nel fatto che le politiche di questo settore in Italia grondono demagogia e moralismo; né con l'una né con l'altra si possono costruire azioni specifiche. Pur se in assenza di un documento strategico chiaro (premesse indispensabili per declinare azioni; in Italia ci si è accontentati di ribadire che le politiche di questo governo si basano sui quattro pilastri), ora il piano c'è.

La durata è di un anno, il 2008: pochino per inter-

venti impegnativi, ma in questa maniera si "riaggancia" la dinamica europea e nello stesso anno si riparte costruendo un piano quadriennale. Consta di 66 azioni, suddivise in cinque settori: coordinamento, riduzione della domanda, riduzione dell'offerta, cooperazione internazionale, informazione, formazione e ricerca.

Al netto degli interventi a regime (i trattamenti), si tratta di proposte in parte nuove, in parte già conosciute.

Tra quelle nuove si notano gli impegni delle regioni di dotarsi di piani regionali, il monitoraggio delle spese nel settore delle dipendenze (sia sanitarie, che sociali), un quadro finalmente attualizzato delle azioni di riduzione del danno (ancora) attive, uno studio sull'efficacia dissuasiva delle sanzioni amministrative, interventi sperimentali su gioco d'azzardo e doping.

Ma, forse, la vera novità è nel modo come si è arrivati alla definizione del piano: un tavolo istituzionale par-

tecipato da tutti i rappresentanti delle istituzioni centrali, dalle regioni, da comuni e province. Il piano è stato costruito su schede molto sintetiche che non hanno permesso se non l'individuazione pragmatica delle azioni e (novità) l'identificazione di indicatori di valutazione. Si è proceduto ad una consultazione, forse troppo contratta, ma sono state raccolte numerose indicazioni e critiche.

Ora non resta che vedere se le promesse si trasformano in impegni concreti; «dire quello che si fa e fare quello che si dice» è stato lo slogan. Intanto, Gaspari lo attacca perché vede nella richiesta di ridurre le difficoltà alla produzione della canapa sativa un diaabolico disegno per legalizzare le canne. Non si è informato che la suddetta canapa serve solo a produrre corde e sacchi da secoli ed è inutilizzabile ad altri fini.

Quando si dice che la demagogia acceca la ragione.

Maurizio Coletti

Il delitto di Perugia e il rilancio dell'erba assassina

La Repubblica, martedì 13 novembre 2007, pagina 16, intervista a Raffaele Sollecito, accusato dell'omicidio di Meredith Kercher. Titolo: «Rovinato dalle canne - mi hanno confuso il cervello». Ecco, finalmente, l'assassino: il The, ovvero la marijuana, le canne, l'erba, gli spinelli; altrimenti come spiegare un assassino così efferrato, visto che la "pista africana" per il momento è tramontata, e Lumumba (uno con quel nome poi) è uscito dall'inchiesta? Rovinato dalle canne dunque, fa intendere il titolo: un altro giovane è accusato di avere commesso un delitto orrendo sotto l'effetto del vizio e delle droghe, come i feroci *hashashin*, guerrieri musulmani che, secondo un mito che ormai sappiamo essere privo di fondamento, avrebbero perpetrato crimini e omicidi sotto l'effetto dell'hashish. Peccato che, quello che strilla il titolo, Raffaele Sollecito non lo abbia mai detto, come si evince leggendo l'articolo. Infatti, alla domanda del giornalista che gli chiede se si sia pentito di qualche comportamento tenuto nei giorni precedenti o successivi all'omicidio, Raffaele risponde: «Tanto per cominciare non mi farei tante canne. Mi sono intontito per giorni e giorni e adesso capi-

scio che non avere il cervello lucido non mi ha certamente aiutato quando ho dovuto dimostrare la mia innocenza». È evidente dunque che, dopo la morte di Meredith, Raffaele ha fatto uso intenso di The proprio per uno dei suoi effetti più ricercati - sedare l'ansia, rilassare - in un momento di forte turbamento e di comprensibile difficoltà. Altro che obnubilamento criminogeno: si è *automedicato*. Viveva uno stato di notevole disagio emotivo, e come molti suoi coetanei, di ambo i sessi, ha usato una sostanza che la sua generazione conosce bene, sino ad abusarne. Non è una cosa difficile da capire: poteva ricorrere all'alcol, poteva cercare psicofarmaci nel mercato grigio o nella cassetta dei medicinali di famiglia, poteva cercare serenità nella lunga lista delle sostanze psicoattive legali e illegali presenti sul mercato: ha scelto le canne.

Questa intervista di *Repubblica* a Raffaele Sollecito, e soprattutto il suo titolo, sono emblematici perché rivelano la completa sottovalutazione, nel dibattito politico e nelle rappresentazioni giornalistiche del fenomeno, del significato che hanno assunto molte sostanze psicotrope, compreso l'alcol, per un numero rilevante di persone, tra le

quali moltissimi giovani. Si continua ad ignorare che il singolare, in questo campo, non aiuta: non solo non esiste la droga, ma non esistono neanche un uso e una motivazione al consumo.

La cocaina si consuma per piacere? Chiedete agli edili precari, disvelati da un recente documentario trasmesso su RaiTre, quel è il piacere che ricercano comprando venti euro di cocaina e consumandola al posto del pranzo sui ponteggi in cantiere. E la ketamina? Perché molti ragazzi la cercano? Quanti sanno che accanto all'uso più conosciuto, quello teso alla ricerca della disprezazione corporea sino all'idea di morte apparente, molti la assumono in dosi sub-anestetiche perché in quella forma ha una funzione antidepressiva? Le canne, nella nostra società, non servono solo a far ridere: molti hanno imparato a sopravvivere alla società della iperprestazione, della precarietà fatta sistema e dell'ansia elevata a patologia societaria, rolando una canna. Tranquillamente. A proposito, Rudy, l'ivoriano amico di Meredith è rientrato in Italia: la pista africana è di nuovo aperta.

Claudio Cippitelli

Fiducia nella scienza e serietà politica, la ricetta svizzera

continua da pagina III

per le compresse a liberazione rapida (compresse da 200mg). Inoltre, il fornitore ha depositato nel dicembre 2005 la domanda d'autorizzazione per delle compresse a liberazione lenta (da 200mg).

L'utilizzo di compresse d'eroina, infatti, è una forma di consumo meno rischiosa rispetto all'applicazione endovenosa e consente l'ammissione di persone gravemente dipendenti che hanno solo sniffato o inalato la sostanza. Uno studio di coorte ne ha valutato la sicurezza e la tolleranza: variazioni nel dosaggio, effetti

secondari e soddisfazione dei pazienti. I risultati indicano che l'uso di compresse ha effetti positivi sul tasso di ritenzione. Inoltre, i dosaggi, a parte eccezioni, restano stabili e il tasso d'incidenti è minore che presso i pazienti con utilizzo per endovena. Si può affermare che, per migliorare il trattamento, tendenzialmente i centri si allontanano dalla specializzazione basata sull'eroina per andare verso l'utilizzo di più farmaci: metadone, buprenorfina ed eroina. Le compresse, come gli altri metodi, sono uno strumento a disposizione, da valutare

caso per caso. Per il paziente di lunga data, l'utilizzo di compresse può significare il tangibile raggiungimento di una maggiore autonomia. Nel 2006, la quantità totale di diacetilmorfina utilizzata nei centri è stata di 230 kg, per 1.289 pazienti in trattamento ad inizio 2006 in 21 centri e due prigioni, con un dosaggio medio giornaliero attorno al mezzo grammo. Per il 69% si è trattato di sostanza iniettabile, per il 20% di compresse a liberazione rapida e per l'11% a liberazione lenta. Il Dam iniettabile è utilizzato direttamente nei centri, mentre le compresse possono essere consegnate agli utenti: ciononostante, a

conferma dell'elevata compliance degli utenti, non c'è stato alcun segnale di "travaso" sul mercato nero, che risulta pertanto l'indubbio perdente nell'adozione dei trattamenti a base d'eroina. Studi effettuati in Olanda, Germania, Spagna e Gran Bretagna confermano i risultati positivi registrati in Svizzera e nuove esperienze sono in corso in Canada e Belgio. Il trattamento a base di diacetilmorfina (eroina) è così una delle terapie meglio studiate nell'ambito della tossicomania e il suo valore scientifico e clinico può essere ormai considerato acquisito.

Matteo Ferrari

CITTADINI ALLA PARI DI ALTRI

L'Umbria lancia la Carta per i diritti degli utenti Sert

Mariella Orsi* e Angela Bravi**

Al termine di un percorso che si è sviluppato in due anni di incontri e riflessioni, il Laboratorio permanente pubblico-privato sociale, sostenuto dalla Regione Umbria, al quale aderiscono le principali organizzazioni nazionali attive nel campo delle dipendenze, è stata elaborata una *Carta etica dei diritti degli utenti*, presentata in un convegno a Perugia il 3 dicembre dai Coordinatori del gruppo di lavoro (le sottoscrisse insieme a Giuseppe Vaccari).

Il documento, che la Giunta della Regione Umbria ha inserito in una delibera, si inserisce in un lungo cammino di affermazione dei diritti delle persone utilizzatrici di sostanze psicoattive, a cominciare dalla Carta di Fiesole del 1982 sull'utilizzo del metadone, passando per la carta dei diritti dei consumatori approvata a Firenze nel 1994, fino alle tre Conferenze nazionali di Palermo, Napoli e Genova. Partendo dalla premessa secondo cui «negli ultimi decenni i fenomeni, e le conseguenti strategie di risposta, sono stati declinati prevalentemente secondo i paradigmi della patologia e della devianza», mentre «per comprendere la realtà di tali fenomeni (...) è necessario mettere a fuoco l'interconnessione tra consumi e stili di vita, all'interno di contesti diversificati», si sottolineano innanzitutto i *diritti di libertà*: «In base a quanto stabilito dall'art. 3 della

Costituzione, la persona che usa sostanze psicoattive ha pari dignità sociale rispetto ad ogni altro cittadino ed è titolare degli stessi diritti di cittadinanza, a prescindere dalle proprie condizioni di uso/abuso/dipendenza da qualunque tipologia di sostanza. Suo diritto fondamentale, pertanto, è quello di non subire discriminazioni di alcun genere». Alla base del documento sono individuabili alcuni concetti fondamentali: il senso etico di responsabilità verso di sé e verso gli altri, la solidarietà tra pari, l'autonomia nelle proprie scelte di vita, la necessità di un accompagnamento da parte degli operatori non giudicante e non discriminante, la tutela della privacy. Se da un lato, quindi, è necessario tutelare il principio di uguaglianza, anche promuovendo l'utilizzazione di tutti i servizi ed interventi fruibili da qualunque cittadino, comprese le prestazioni dei medici di base, d'altro lato devono essere rispettate le specificità dei bisogni e delle scelte individuali, assicurando un'ampia gamma di opzioni terapeutiche, puntando ad «un'alleanza terapeutica» che garantisca una scelta consapevole ed adeguatamente informata e, in termini di risultati attesi, puntando all'obiettivo di «raggiungere la condizione di miglior equilibrio possibile nel dato momento».

La Carta, inoltre, sottolinea la necessità di promuovere in quest'area, come già accade per altri gruppi di cittadini portatori di bisogni, esperienze di partecipazione attiva, sia nell'ambito dei servizi, sia in maniera più ampia all'interno delle comunità locali. «Lo stigma sociale e la discriminazione (...) possiedono profonde radici sociali e culturali e quindi non trovano soluzione con l'esclusivo

ricorso alle leggi, ma richiedono contemporaneamente l'avvio di processi di cambiamento a

livello culturale e politico, a partire dalle comunità locali e dagli stessi operatori». Viene quindi ribadito, nei suoi diversi aspetti, «il diritto al lavoro e ad una vita sociale attiva», ed anche qui si sottolinea che «La tutela dei diritti sociali richiede una forte interrelazione dei servizi con la comunità locale, sostenuta da politiche di inclusione sociale, di integrazione ed intersettorialità, di sviluppo del capitale sociale». «I dati dei servizi evidenziano un'alta percentuale di persone consumatrici, o anche dipendenti da sostanze, regolarmente inserite nel lavoro e quindi indistinguibili dagli altri lavoratori, che costituiscono, tra l'altro, un esito positivo dell'intervento terapeutico. Si sostiene pertanto il diritto ad un'eguale dignità e valorizzazione del lavoro, con eguale trattamento normativo ed economico, in presenza di prestazioni analoghe a quelle di altri lavoratori». «Nei casi» tuttavia «in cui il consumo attuale o passato si accompagni ad un'obiettivo difficoltà nella relazione con il lavoro, deve essere garantito l'accesso tempestivo a strumenti di formazione e di supporto al lavoro». È inoltre delineato, nei suoi tratti fondamentali, il disegno di un sistema operativo in grado di fornire un efficace soddisfacimento dei diritti enunciati, identificando quegli strumenti di garanzia che possono intervenire a sostegno di una loro concreta esigibilità. Sarà importante far conoscere il più ampiamente possibile il documento per favorire il più largo consenso sia della politica che degli operatori e degli utenti.

*Cesda, Asl Fi

**Direz. sanità e servizi sociali, Regione Umbria

FuoriLuogo
mensile di Forum Droghe
nuova serie anno 9,
numero 12
chiuso in redazione
il 20/12/07
inserto de il manifesto
del 30/12/07

Direzione:
Grazia Zuffa
**Coordinamento
redazionale:**
Marina Impalloni
mimpalloni@fuoriluogo.it

Redazione:
Beatrice Bassini
Claudio Cappuccino
Patrizia Cirino
Cecilia D'Elia
Leonardo Fiorentini (webmaster)
Enrico Petrosi
Patrizio Gonnella
Giovanni Nani

Comitato editoriale:
Stefano Anastasia,
Andrea Bianchi, Giorgio Bignami,

Giuliana Borghi, Giuseppe Bortone, Gloria Buffo, Massimo Campedelli, Stefano Canali, Giuseppe Cascini, Luigi Corti, Maria Grazia Cogliati, Peter Cohen, Antonio Contardo, Franco Corcione, Paolo Crocchiolo, Daniele Farina, Matteo Ferrari, Andrea Gallo, Maria Grazia

Giannicchiola, Betty Leone, Franco Maisto, Luigi Manconi, Franco Marcomini, Sandro Margara, Patrizia Merlino, Toni Muz Falconi, Mariella Orsi, Lino Peggio, Tamar Pitsch, Anna Pizzo, Toy Riacchetti, Nunzio Santalucia, Luigi Sarconi, Stefano Vecchio, Maria Virgilio

Segreteria di redazione:
tel. 4 fax
06 4886185
Email:
fuoriluogo@fuoriluogo.it

**Progetto grafico
e impaginazione:**
Saga, Roma

Sito web:
www.fuoriluogo.it

Editore:
Forum Droghe
c/o Crs via Nazionale 75,
00184 Roma
Email: fuoriluogo@fuoriluogo.it
c.p.p. n. 25917022

Pubblicità:
Poster pubblicità s.r.l.
Via Tomacelli, 146 00186 Roma
tel. 06/6886911
fax 06/68308332

Direttore responsabile:
Maurizio Baruffi

Registrazione:
Trib. Roma n. 00465/97
del 25/7/97

**Inscrizione
al Registro nazionale
della Stampa:**
n. 10320 del 28/7/00