



SOCIAL NEWS

Culture a confronto - Mensile di promozione sociale

Anno 3 - Numero 6
Luglio-Agosto 2006

In questo numero:

**Basta col
"pensiero magico"**
di Paolo Ferrero

**La differenza tra
libertà e liberalizzazione**
di Maurizio Gasparri

Gioventù nel buio
di Serenella Pesarin

**Mi fa star bene,
mi tranquillizza,
mi fa stare
in compagnia...**
di Francesco Milanese

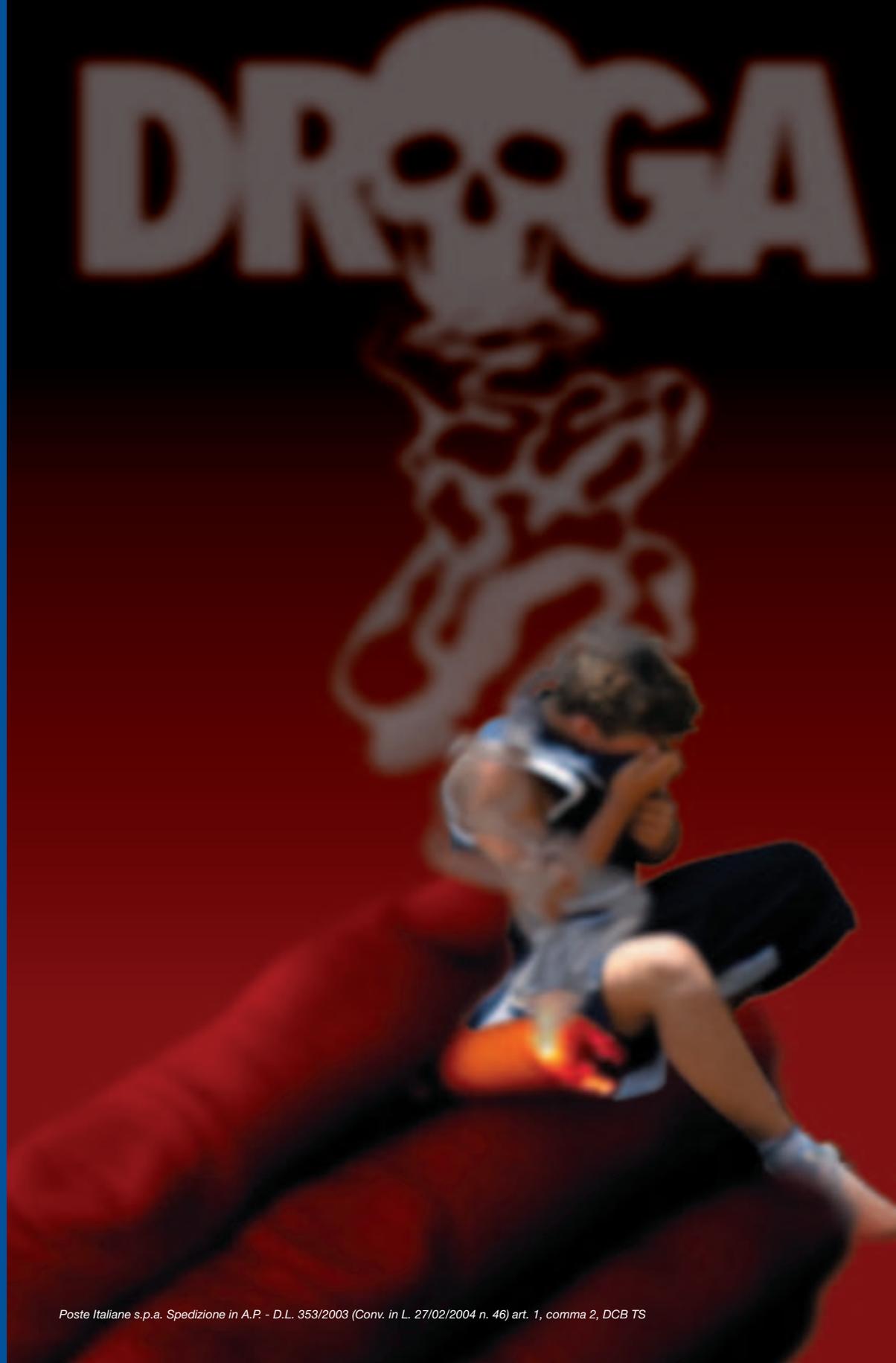
**Per spacciare basta
essere drogati**
di Davide Giacalone

**Togliamo la maschera
ipocrita della pietà**
di Andrea Muccioli

**"Marianna" e coca
pari sono**
di Gian Luigi Gessa

**Mercato illegale
o supermarket?**
di Andrea Fantoma

**Questioni eticamente
sensibili o
faccende buonsenso
incompatibili?**
di Claudio Risè





Copertina e vignette di
Paolo Maria Buonsante

Social News

www.socialnews.it - redazione@socialnews.it

"Alcuni di noi sono davvero strani: si appassionano per ciò che l'umanità abbandona quando ti impongono la moda più consumistica; piangono per la perdita di un libro anche se la televisione parla solo di calciomercato; accolgono nelle loro case i diseredati ma si oppongono al commercio della droga; combattono per i bambini senza infanzia e senza padri ma rifiutano la guerra e le armi di distruzione. Alcuni di noi sono davvero strani: lottano a fianco dei lavoratori sfruttati; combattono per il riconoscimento dei senza terra, dei senza voce; difendono le donne oppresse, mutilate, violate; mettono in discussione tutto per raccogliere un fiore e rischiano la propria vita per donare un sorriso. È proprio vero, siamo davvero strani: abbiamo scelto di urlare al mondo l'importanza del valore della vita".

Il direttore

- 3** **Surrogato d'amore**
di Massimiliano Fanni Canelles

- 4** **I carburanti della notte**
di Claudio Cippitelli

- 5** **Per spacciare basta essere drogati**
di Davide Giacalone

- 6** **Basta col "pensiero magico"**
di Paolo Ferrero

- 7** **La differenza tra libertà e liberalizzazione**
di Maurizio Gasparri

- 8** **"Marianna" e coca pari sono**
di Gian Luigi Gessa

- 9** **Questioni eticamente sensibili o faccende buonsenso incompatibili?**
di Claudio Risè

- 10** **Mercato illegale o supermarket?**
di Andrea Fantoma

- 12** **Droga e adolescenti: aspetti sociali**
di Neil Swan

- 13** **Gioventù nel buio**
di Serenella Pesarin e Maria Teresa Pelliccia

- 16** **Mi fa star bene, mi tranquillizza, mi fa stare in compagnia**
di Francesco Milanese

- 18** **Togliamooci la maschera ipocrita della pietà**
di Andrea Muccioli

- 19** **Abuso, unica soddisfazione di vita**
di Paolo Marengo

- 20** **Il valore della comunicazione**
di Marco Scurria

- 22** **La droga nel bicchiere**
di Micaela Marangone

- 23** **Il farmaco non ce la fa**
di Anna Mellini

- 24** **La biochimica dell'autodistruzione**
di Paolo Nencini

- 27** **La droga che aiuta**
di Marco Borghesan

- 29** **Doping: questo conosciuto**
di Alfio Bertolini e Gustavo Savino

- 30** **Il lungo viaggio di Rototom Sunsplash**
di Claudio Cettolo e Paola Pauletig

- 31** **Le droghe non sono un gioco da bambini**
di Maria Merlino



Questo periodico è associato all'Unione Stampa Periodici Italiana

SOCIAL NEWS

Anno 3 - numero 6 - Luglio/Agosto 2006

Direttore responsabile:

Massimiliano Fanni Canelles
Dirigente medico, internista, nefrologo. Giornalista, socio fondatore e membro del cda dell'associazione SPES e di @uxilia.

Direttore editoriale:

Luciana Versi

Redazione:

Claudio Cettolo
Capo redattore, grafica
Paolo Buonsante
Vignette, copertina, satira
Ivana Milic
Redattore Social News on-line
Serenella Pesarin
Direttrice Generale DGM Ministero Giustizia
Paola Viero
Esperta UTC Ministero Affari Esteri
Silvio Albanese
Ufficio legale
Paola Pauletig
Segreteria di redazione
Marina Cenni
Correzione ortografica

Sedi di Redazione:

Trieste, Udine, Milano, Novara, Roma, Napoli, Palermo

Collaboratori:

Alessandro Ciardiello
Marina Galdo
Salvatore Garofalo
Micaela Marangone
Manuela Ponti
Martina Seleni
Cristina Sirch
Alessandra Skerk
Antonello Vanni

Con il contributo di:

Alfio Bertolini
Marco Borghesan
Claudio Cippitelli
Franco Corleone
Andrea Fantoma
Paolo Ferrero
Maurizio Gasparri
Gian Luigi Gessa
Davide Giacalone
Paolo Marengo
Anna Mellini
Maria Merlino
Francesco Milanese
Andrea Muccioli
Paolo Nencini
Maria Teresa Pelliccia
Serenella Pesarin
Claudio Risè
Gustavo Savino
Marco Scurria
Neil Swan

Registr. presso il Trib. di Trieste n. 1089 del 27 luglio 2004 - ROC Aut. Ministero Garanzie Comunicazioni n° 13449
Proprietario della testata: Associazione di volontariato @uxilia onlus www.auxilia.fvg.it - info@auxilia.fvg.it
Stampa: Grafiche Manzanesi - Manzano (Ud)

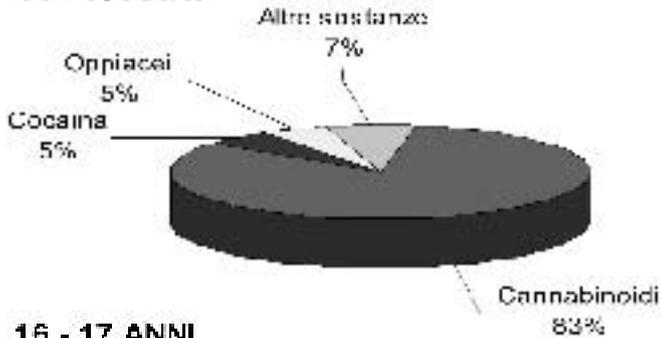
Tutti i nostri collaboratori lavorano per la realizzazione della presente testata a titolo completamente gratuito. Social News non è responsabile di eventuali inesattezze e non si assume la responsabilità per il rinvenimento del giornale in luoghi non autorizzati. È consentita la riproduzione di testi ed immagini previa autorizzazione citandone la fonte. Informativa sulla legge che tutela la privacy: i dati sensibili vengono trattati in conformità al D.L.G. 196 del 2003. Ai sensi del D.L.G. 196 del 2003 i dati potranno essere cancellati dietro semplice richiesta da inviare alla redazione.

Surrogato d'amore

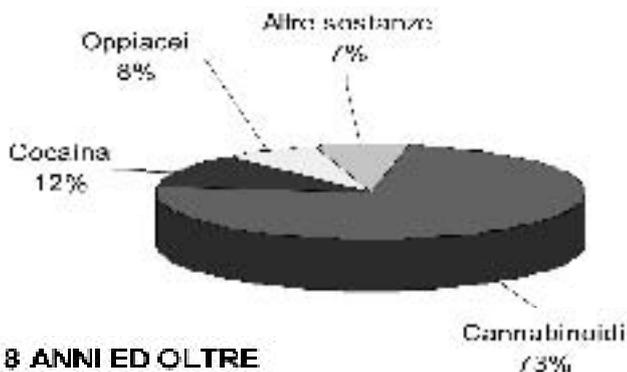
Massimiliano Fanni Canelles

SOSTANZE STUPEFACENTI ASSUNTE SECONDO LA CLASSE D'ETÀ (analisi del Dipartimento Giustizia Minorile)

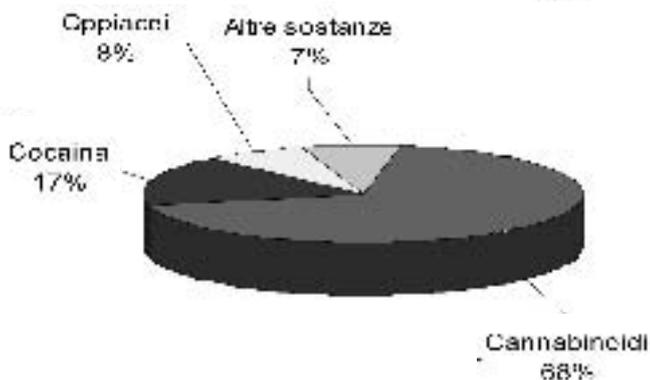
14 - 15 ANNI



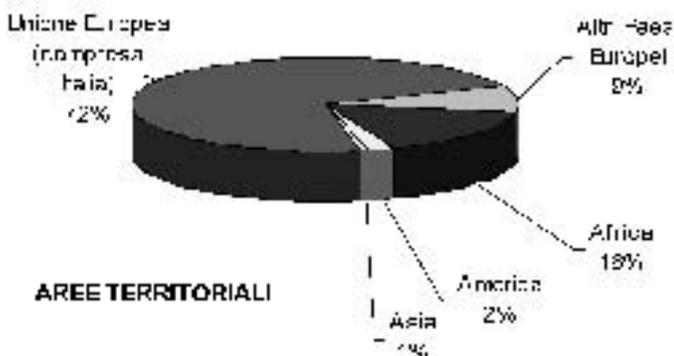
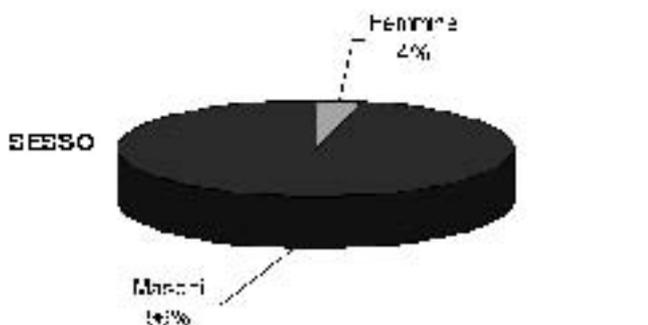
16 - 17 ANNI



18 ANNI ED OLTRE



SOGGETTI ASSUNTORI DI SOSTANZE STUPEFACENTI TRANSITATI NEI SERVIZI DELLA GIUSTIZIA MINORILE NELL'ANNO 2005 (analisi del Dipartimento Giustizia Minorile)



L'uomo da sempre ha cercato di alleviare le preoccupazioni, l'ansia, la fatica ricercando sostanze in grado di dare sensazioni piacevoli, migliorare il tono dell'umore. Il papavero, la canapa, il tabacco, la coca, il caffè, i cactus e i funghi allucinogeni e le bevande alcoliche da tempo immemorabile sono state utilizzate per superare le difficoltà della vita. Ma proprio a causa della dipendenza che queste sostanze provocano e degli effetti non ben spiegabili le opinioni sulla regolamentazione per l'uso e la commercializzazione non sono mai state univoche. Spesso considerate espressioni demoniache alcune di queste vennero riabilitate come la cocaina che nel 1884 S. Freud raccomandava come panacea per una varietà di malattie, non ultima la sindrome depressiva. L'oppio spesso utilizzato nell'antica Roma venne bandito dalla Santa Inquisizione per poi essere ripreso nel XIX secolo come bevanda in forma di Laudanum, un elisir di oppio e alcool acquistabile a prezzo modico quasi ovunque. E proprio dall'oppio venne tratta la morfina che portò prima alla sintesi dell'eroina e poi alla creazione delle nuove droghe come l'LSA o il MDMA. Oggi sul "mercato" si possono trovare sostanze deprimenti come gli oppiacei, i barbiturici e i tranquillanti; droghe stimolanti, quali cocaina, amfetamine, ecstasy, crack, caffeina e farmaci antidepressivi; droghe allucinogene tra i quali la canapa indiana e l'LSA. Negli ultimi decenni l'uso e l'abuso di tali sostanze ha creato problemi medici e sociali di non facile soluzione. Numerosi sono gli effetti patologici che si riscontrano nel sistema nervoso, immunitario, endocrino e cardiovascolare e frequente è la "sindrome amotivazionale" caratterizzata da apatia, tristezza, compromissione del giudizio, della concentrazione e della memoria. Attualmente la maggior parte della popolazione mondiale adulta ingerisce alcool occasionalmente e caffeina quotidianamente, un adulto su tre assume abitualmente nicotina ed un numero inferiore, ma non trascurabile, tranquillanti e o psicostimolanti, marijuana, oppiacei, allucinogeni, ecc. Ogni anno in Italia il consumo di sostanze stupefacenti aumenta come aumenta la percezione della loro pericolosità: un quadro che emerge dalla Relazione al Parlamento del 2005 sullo stato delle tossicodipendenze presentata dal Ministro della solidarietà sociale Paolo Ferrero. Dal 2001 al 2005 gli italiani che hanno fatto uso di cannabis sono raddoppiati (da 2 a 3,8 milioni) come pure i consumatori di cocaina (da 350 mila a 700 mila). È triplicato l'uso di allucinogeni e stimolanti, diminuito invece l'uso di eroina. Il comportamento d'uso e abuso è un fenomeno complesso, nel quale fattori biologici e psicologici interagiscono con fattori sociali e politici. Oggi siamo al corrente che un adolescente su due tra i 14 e i 19 anni, ha fatto uso di droghe ma forse ci sfugge un valido metodo preventivo ed informativo per arginare il fenomeno e probabilmente non viene approfondita l'importanza determinante che ha il rapporto tra adolescente e genitore. Ogni anno in Italia 29 mila ragazzi cominciano ad abusare di eroina e 9 mila di cocaina e molte ricerche evidenziano come un'attiva relazione tra genitori e figli rappresenta la prima azione preventiva contro la tendenza dei giovani, tra i 13 e i 23 anni, a sperimentare le sostanze stupefacenti anche sotto l'influenza di amici tossicodipendenti. Per contrastare un fenomeno antico quanto la cultura umana è necessario quindi rafforzare le relazioni parentali ed elaborare ambienti e gruppi solidali nei quali il ragazzo superi il dolore e la solitudine e trovi una risposta al bisogno di amore, amicizia e famiglia...al bisogno di un rapporto umano con la realtà.

I carburanti della notte

I dati europei indicano che nel nostro continente la cocaina è tra le sostanze illegali maggiormente consumate, sia nella club culture che in contesti apparentemente distanti da tali esperienze, come il mondo del lavoro. In molte ricerche italiane la cocaina è indicata come la quarta sostanza in ordine di preferenza, dopo alcool, superalcolici e derivati della canapa indiana

L'Italia, al pari degli altri paesi dell'Unione Europea, dalla fine degli anni '60 dello scorso secolo vive il fenomeno del consumo, in particolare giovanile, di sostanze stupefacenti. Tali consumi, da circa un decennio, hanno cambiato forma, sia in termini di qualità, sia in tipologie di sostanze presenti sul mercato illegale delle droghe. Il primo importante mutamento avviene alla fine degli anni ottanta con la comparsa nei contesti del loisir notturno delle metamfetamine (MDA, MDMA...), note al pubblico delle discoteche come ecstasy. Il fenomeno "droga", sino ad allora sostanzialmente costituito da una parte da assuntori (in larghissima parte non problematici) di derivati della cannabis e dall'altra da tossicodipendenti da eroina iniettiva, con la comparsa dell'ecstasy e del policonsumo si complica. Segnali di un aumento della presenza sul territorio italiano di amfetamine e metamfetamine, in particolare in alcune aree nazionali, è dimostrato dai dati dei sequestri, prodotti dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno. Pur nella loro relatività, tali dati, sin dall'inizio degli anni '90 sono assai indicativi: nel 1991, sotto la voce "amfetaminici vari" risultavano sequestrate 5.913 pasticche, di cui 5.426 M.D.M.A.. L'anno successivo, il 1992, le pasticche sequestrate salgono a 75.298, di cui 20.904 M.D.M.A. e 1.295 M.D.A. L'anno successiva mostrava un ulteriore incremento: i dati provvisori riferiti al periodo 1° gennaio - 12 giugno 1992 indicavano in 12.914 il numero complessivo di pasticche di M.D.M.A, M.D.E.A. e M.D.A., mentre nell'analogo periodo del 1993 il numero saliva a 24.027 pasticche. In quel periodo nasce l'espressione "droga ricreazionale", per indicare sostanze che vengono assunte, di norma, all'interno di determinati contesti (la discoteca), in spazi temporali privilegiati (la notte del week-end) e per vivere con maggiore piacevolezza e intensità l'evento collettivo diretto da nuove figure artistiche (il DJ e il Vocalist) che, a partire dalla costiera emiliano-romagnola, hanno innovato profondamente la fruizione dei locali da ballo. Sono gli anni dello "sfondamento temporale della notte". Uno dei più bei libri di Maria Teresa Torti, docente di Sociologia all'Università di Genova, s'intitola "Abitare la notte. Attori e processi nei mondi delle discoteche". Nel testo della Torti si evidenzia come la discoteca, a partire dalla fine degli anni '80, assume dimensioni di massa, influenzando culture e costumi di una intera generazione: "abitare la notte, è come indossare una dimensione mentale, una dimensione dello spirito, andare oltre i confini del tempo e dello spazio che delimitano la soglia tra il buio e la luce. È come nel ballo, quando la musica investe totalmente la sensibilità dell'io, penetra il cervello e fa vibrare il corpo: esiste solo la musica e il corpo che si culla a tempo". È in tale contesto che esplose (coinvolgendo sino a 400.000 giovani italiani) il consumo di ecstasy: anzi, il nuovo stile di assunzione è il policonsumo, dove l'ecstasy è solo una delle sostanze che fanno la notte. Per tutti gli anni '90 alcool, superalcol, metamfetamine, amfetamine, cocaina, ketamina, hanno rappresentato, in mix ogni volta diversi, la benzina di tanti, lunghissimi week-end. Oggi, il fenomeno così come l'aveva descritto Maria Teresa Torti non esiste più. I proprietari delle discoteche, con accorte politiche commerciali e un'accorta selezione delle sonorità offerte, hanno espulso i più giovani, in favore di un pubblico meno impegnativo e più disponibile al consumo da banco di bevande alcoliche. Il popolo dell'hard core, della techno non commerciale e di tutte le contaminazioni da esse derivate hanno scelto come orizzonte possibile per ritrovarsi e ballare i contesti alternativi dei centri sociali, i circuiti dei free festival e dei rave. Gli allarmi, le paure e i sospetti (droga, alcool, stragi del sabato sera...) che il mondo adulto

aveva riversato negli anni '90 sul popolo delle discoteche si ripropongono immutati su queste nuove aggregazioni che hanno, in più, il difetto di sfuggire al controllo del mercato. Ma è a partire proprio dalla fine degli anni '90 che il quadro dei consumi illegali vede un secondo importante cambiamento: la cocaina di massa. Nel passato la cocaina rappresentava un consumo destinato alle élite, soprattutto per i suoi costi proibitivi che ne impediva l'accesso alle persone con budget contenuti, primi tra tutti i giovani e giovanissimi. Da qualche anno questa soglia "monetaria" sembra essere caduta. Nel mercato illegale un grammo di cocaina si compra con meno di 100 euro, in alcune città anche molto al di sotto di tale cifra. Questo ha reso possibile l'accesso alla cocaina a fasce di popolazione impensabile solo fino a qualche anno fa. A ben vedere, non si tratta di una novità: i dati europei, da tempo, indicano come nel nostro continente la cocaina sia tra le sostanze illegali maggiormente consumate, sia nella club culture che in contesti apparentemente distanti da tali esperienze, come il mondo del lavoro; anche in molte ricerche italiane, la cocaina viene stabilmente indicata come la quarta sostanza in ordine di preferenza, dopo l'alcool, i superalcolici e i derivati della canapa indiana. Eppure il dibattito nella policy community non sembra rispecchiare la sfida che un uso così importante di questa sostanza tra i giovani pone. Perché la cocaina ha questo successo? A quali bisogni risponde? Come differiscono gli attuali consumi di cocaina da quelli di dieci anni fa? Una sostanza ritenuta d'élite nel passato è divenuta così popolare solo per una sua maggiore economicità o sono divenute "di massa" le aspettative e le prestazioni che le vengono attribuite? Come si fanno attività preventive ed informative rispetto ad un prodotto di così evidente successo? Siamo dotati di servizi in grado di prendersi cura di consumatori problematici di cocaina? Sono domande alle quali gli operatori che vivono professionalmente i contesti diurni e notturni di consumo non possono dare risposte da soli. La sensazione è che la cocaina rappresenti una metafora di una più ampia gamma di inesprese domande sociali; domande, bisogni ed aspettative che coinvolgono i giovani in primo luogo, ma non solo loro, e rispetto alle quali è necessario un rinnovato impegno di studio degli operatori e, più in generale, della psicologia sociale, dell'antropologia, della sociologia. Infine, non risultano utili alcune correzioni legislative recentemente apportate alla legislazione in materia di stupefacenti. Ridurre un fenomeno complesso, come i consumi, i consumi problematici e le dipendenze, semplicemente ad un problema di devianza non aiuta. Non aiuta coloro che si occupano di prevenire e tentano di ridurre i danni che tali abitudini portano con sé, non aiutano i consumatori e i tossicodipendenti, che di tutto hanno bisogno meno che dei rigori della legge e di un rinnovato stigma sociale. Di fronte ad un fenomeno così articolato e complesso, è inutile, e scientificamente scorretto, ridurre le droghe (le diverse sostanze, con diversi effetti, diverse pericolosità e caratteristiche) alla droga, una categoria omnicomprensiva dove tutte le differenze scompaiono. La quasi totalità del mondo scientifico e degli operatori ha avvertito con decisione il nuovo decreto emanato alla fine della scorsa legislatura, costituendosi in un cartello dal titolo "Non incarcerate il nostro crescere". Ora si tratta, con decisione, di superare l'attuale normativa e tornare ad affrontare, anche attraverso una nuova Conferenza Nazionale, i nuovi problemi e le nuove sfide che un fenomeno in continua mutazione porta con sé.

Claudio Cippitelli

Cnnd (Coordinamento Nazionale Nuove Droghe)

Per spacciare basta essere drogati

La legge varata dal centrodestra stabilisce che le pene si applicano "avuto riguardo" che le droghe di cui si è trovati in possesso "appaiono destinate ad un uso non esclusivamente personale". Poi leggendo le tabelle relative alle quantità che si possono liberamente possedere, si scopre di poter portare in tasca una ventina di spinelli, dieci dosi di cocaina, cinque di eroina

Ora la politica è divenuta puro propagandismo. Non importa se il tema è serio, se ha risvolti drammatici, come quello della droga, quel che conta è far propaganda, agitare bandiere che servano a farsi vedere, intervistare, fare notizia ed andare in televisione. Chi la spara più grossa occupa più spazio, mentre rimangono solo gli angoletti bui per potere ragionare, per fare i conti con la realtà. Allora, secondo la vulgata propagandistica, avallata da ambo le parti, la legge sulla droga varata dal centro destra, nella scorsa legislatura, sarebbe repressiva ed accomunerebbe i poveri consumatori ai diabolici spacciatori. Ma dove lo hanno letto? Perché a me pare succeda il contrario. La legge è scritta con i piedi, e ci sono ventitrè articoli che portano il numero 4. Il secondo dei ventitrè articoli 4 modifica quanto sancito dall'articolo 73... lasciamo perdere. Stabilisce che le pene si applicano "avuto riguardo" che le droghe di cui si è

trovati in possesso "appaiono destinate ad un uso non esclusivamente personale". Poi andate a leggere le tabelle relative alle quantità che si possono liberamente possedere, e scoprite di potere portare in tasca una ventina di spinelli, dieci dosi di cocaina, cinque di eroina. Morale: basta essere drogati per potere liberamente commerciare in droga, fare gli spacciatori (e le due figure sono una sola, nel mercato reale). Ciò significa che la legge voluta dal centro destra fa la faccia feroce dicendo che è proibito questo e quello, ma, poi, districandosi nella selva sgrammaticata dei commi, si scopre che neanche lo spacciatore va in galera (o, meglio, ci vanno tutti salvo non essere condannati, un capolavoro d'inciviltà giuridica).

Ora il ministro Livia Turco dice: basta con la sola repressione, si aumentino le dosi che possono essere detenute per uso personale. Il che porterà a potere fare ancor più comodamente gli spacciatori, andando in giro con il doppio (secondo l'ipotesi subito caldeggiata dal ministro Ferrero) della mercanzia in tasca. La propaganda porta anche ad invertire la logica di antiche tradizioni o, se si preferisce, pregiudizi. Come capita a proposito delle "stanze del buco", dove i drogati dovrebbero potere andare per iniettarsi droga in condi-

zioni igienicamente protette. Capirei se una simile proposta la sostenesse la destra peggiore, in virtù di un antico darwinismo sociale: sei un perdetto ed un perso, sei schiavo della droga, non me ne frega nien-

te di venire ad aiutarti ma mi da molto fastidio che tu possa bucarti accanto al portone di casa mia, vomitando a fianco, ragione per cui ti pregherei di andare a crepare in una stanza apposita, dove personale pubblico provvederà a ripulire. Capisco meno che sia considerata un'idea di sinistra, quasi che ci si possa rimboccare le maniche ed aiutare i drogati consentendo loro di disporre di quanto già hanno: siringhe nuove e batuffolo di cotone per disinfettare il braccio. E qui si arriva al punto: qual è la prima cosa che devo tentare di fare se mi trovo davanti un drogato? Non mi è utile né metterlo in carcere, né dargli la droga, perché la prima cosa che devo tentare di fare è aiutarlo a non essere più un drogato. È l'unico compito che il pubblico può assumersi. Chi fa uso di sostanze stupefacenti non è una persona che ha fatto una libera scelta, non è un uomo libero, ma, al contrario, una persona che ha perso la propria libertà. Tossicodipendente sta,

Non mi è utile né metterlo in carcere, né dargli la droga, perché la prima cosa che devo tentare di fare è aiutarlo a non essere più un drogato

appunto, per dipendente da sostanze tossiche. Restituirgli la libertà significa sottrarlo alla dipendenza. Si può discutere su come farlo, e dico subito che ci sono tante e diverse ricette, ma una cosa è sicura: non lo aiuto dandogli ancora più corda con la quale impiccarsi. Ora, intendiamoci: chi pensa che farsi di cocaina serva effettivamente ad avere maggiore coraggio e determinazione, farsi di eroina a curare il male di vivere, farsi di spinelli ad alleggerire la tensione, farsi di acidi ad esplorare i confini della percezione, e così via, la pensa in maniera opposta a come la penso io. Di questi, però, rispetto la coerenza del ragionamento: se la droga serve a quelle cose lì, perché mai si dovrebbe proibirla?

Chi conviene, invece, sul fatto che la dipendenza da cocaina sia devastante (si legga la bellissima testimonianza di Giancesare Flesca, fregato proprio dalla gran disponibilità di polvere bianca), che quella da eroina sia violenta e barbara, capace di ridurti ad una larva, che con gli acidi si esce fuori di testa, che con le amfetamine sintetiche la testa te la bruci, con che coerenza logica può poi essere favorevole alla libera, o anche solo maggiore, disponibilità di queste sostanze? È una posizione visibilmente priva di senso. Ma, si dice, che vuoi fare se c'è della gente oramai cronicizzata ed irrecuperabile? Ecco, io nego che esista un solo caso di questo tipo, non esistono irrecuperabili, ma solo persone non ancora pronte o che non hanno trovato il modo di smettere. Gli sbandieratori della propaganda amano dividersi sul niente, preferiscono evitare i conti con la realtà. Invece in quella realtà ci sono storie drammatiche, vite perse, energie bruciate, libertà incatenate. E dietro sempre delle persone. Rivolgiamo l'attenzione alle persone, aiutiamo la loro libertà. Senza isterismi, e senza dire troppe castronerie.

Davide Giacalone

Direttore dei periodici "La Ragione" e "Smoking",
collaboratore dell'Opinione.

Già capo della Segreteria del Presidente del Consiglio dei Ministri.

Già consigliere del Ministro delle Poste e delle Telecomunicazioni



Basta col “pensiero magico”

È necessario che lo stato investa sulla prevenzione, sui percorsi di accompagnamento, cura e presa in carico da parte dei servizi, ma dobbiamo ridurre la mortalità e reprimere il narcotraffico

Credo si debba parlare innanzitutto di droghe, al plurale, quelle legali ed illegali, e non solo di “droga”. Conseguentemente ci si deve occupare dei consumi, gli abusi e le dipendenze, gli stili e le modalità di assunzione, il policonsumo e la sua massificazione nella società. Dobbiamo riflettere tenendo conto della complessità del tema per affrontare il fenomeno dell'utilizzo delle sostanze stupefacenti nella sua interezza e sulla base delle evidenze scientifiche. Per troppo tempo la politica ha trattato questo argomento attraverso le lenti del “pensiero magico”, determinando un dibattito ideologico basato su argomentazioni schematiche e banalizzanti, mentre le trasformazioni sociali modificavano il nostro paese in profondità. Penso che la schematizzazione che si è prodotta in questi anni abbia impedito una discussione seria sull'argomento, un dibattito che però oggi, osservando l'ampiezza assunta dal fenomeno, non è più rinviabile. Per questo credo che al di là delle posizioni che legittimamente ciascuno può esprimere, lo sforzo da fare sia quello di avviare un metodo di confronto che permetta il dialogo tra la scienza, la società civile e la politica, e che questo divenga poi la base degli interventi in materia di droghe.

L'eredità che ci lascia il precedente Governo da questo punto di vista è estremamente negativa, perché una cultura che affronta un fenomeno sociale esclusivamente attraverso strumenti di ordine pubblico, e che è caratterizzata da una forte impronta ideologica, non solo non costruisce un'informazione corretta sull'argomento, ma è priva di efficacia, come dimostra anche il fatto che il consumo di sostanze legali ed illegali aumenta di anno in anno. Oggi ci troviamo di fronte ad un fenomeno nel quale l'utilizzo di droghe illegali si mescola al più ampio consumo di sostanze legali come psicofarmaci, alcolici, anabolizzanti. In poche parole, il crescere della domanda di sostanze si è legato con il crescere dell'offerta delle stesse e in questo quadro l'ansia sociale e la precarietà che vive il nostro paese sono stati fattori che hanno influito come moltiplicatori. È evidente che tutto ciò impone un ripensamento rispetto alla capacità di dis-

suadere i consumatori di droghe illegali attraverso le segnalazioni alle prefetture e alle sanzioni amministrative comminate. Come evidenzia infatti la

“Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia” del 2005, crescono i consumi e le segnalazioni, il che vuol dire che è proprio l'impianto della legge 309 (peggiolato in senso punitivo a dismisura con lo stralcio Fini-Giovanardi) che non funziona. La nuova dimensione assunta dai consumi pertanto ci impone di investire in percorsi che creino consapevolezza

nel paese e una nuova cultura degli interventi che dal penale si sposti sul versante sociale: ciò vuol dire non solo produrre sul piano giuridico una modifica profonda dell'attuale legge in senso alternativo rispetto alla Fini-Giovanardi, ma soprattutto l'apertura di una nuova stagione che preveda il rilancio dei servizi sulle dipendenze. Una politica che deve essere portata avanti con un'azione che metta insieme i 4 pilastri dell'intervento:

- il primo è quello della prevenzione che deve essere al centro della nostra azione, generando processi di partecipazione e protagonismo giovanile nei territori, ma anche percorsi d'informazione corretta sulle droghe e sulle buone prassi.

- Il secondo è dato dai percorsi di accompagnamento e cura, di presa in carico da parte della rete dei servizi delle persone che sono in difficoltà o che non riescono a smettere di utilizzare le sostanze. Molti di questi servizi sono al limite della sopravvivenza e spesso non riescono a dare risposte rispetto ai nuovi consumi, perciò vanno potenziati e profondamente innovati.

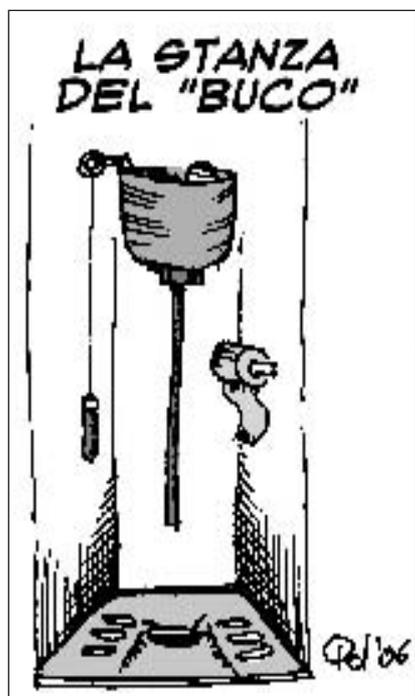
- Il terzo è dato dalle politiche di riduzione del danno, che intervengono per contenere la diffusione di malattie infettive, mortalità da overdose per quelle persone che non sono inserite in percorsi riabilitativi e che vivono una dipendenza o abusano di sostanze spesso in situazioni di marginalità.

- Il quarto è rappresentato dalla repressione del narcotraffico. In questi anni il mercato delle droghe è divenuto uno degli elementi principali dell'economia globale, di fatto un lubrificante della globalizzazione stessa che ha determinato un potere enorme per le mafie che oggi sono divenute a tutti gli effetti dei “network globali del crimine”. Oggi le narcomafie vanno affrontate e sconfitte senza tentennamenti utilizzando politiche efficaci. Per questo il contrasto del crimine globale deve essere pensato con strategie sottoposte a valutazione scientifica, valutando in termini rigorosi i punti di forza e di debolezza delle azioni portate avanti fino ad oggi. Su questo specifico aspetto l'Europa potrebbe divenire lo spazio di discussione utile all'interno del quale definire nuovi strumenti d'intervento che tengano in considerazione il rapporto tra le droghe e il processo di globalizzazione.

L'Italia è di fatto il fanalino di coda delle politiche sulla droga in Europa, perché in questi anni non si è dotata di piani d'azione triennali così come avviene invece nelle nazioni più avanzate del Vecchio Continente. Questo ha significato e significa un insieme di azioni e messaggi frastagliati che spesso configgono tra loro. Mentre invece, come dice don Luigi Ciotti, la politica sulle droghe ha bisogno “di E, e non di O”, servono i Ser.T. E le comunità, la prevenzione e la riduzione del danno, il contributo delle regioni come degli operatori del pubblico, del privato sociale, dei movimenti. Per questo motivo ritengo utile la convocazione, con un processo partecipativo, di una nuova conferenza sulle droghe per la primavera del 2007.



Il ministro Paolo Ferrero



La differenza tra libertà e liberalizzazione

Compito di uno Stato assistenziale è assicurare che il cittadino goda dei diritti fondamentali pur nel rispetto di quelle regole democratiche che lo Stato stesso, in base alla sua cultura ed alle sue tradizioni, si pone. Il trend, in Italia, pare piuttosto portare da un'altra parte, con fasulle aperture nel settore economico o sociale, dietro le quali si nascondono interessi di parte

C'è una evidente differenza tra il concetto di libertà e quello di liberalizzazione. Il diritto ad agire secondo coscienza, a professare le proprie idee, a seguire le proprie inclinazioni è un concetto democratico che tuttavia non ha come approdo "naturale" la liberalizzazione tout court. Assistiamo sgomenti, in questo primo scorcio di legislatura, ad una certa tendenza del governo di centrosinistra che, sventolando con retorica la bandiera della libertà contro il proibizionismo di maniera, vorrebbe portare la liberalizzazione ovunque. Nulla di più errato. Compito di uno Stato assistenziale, infatti, è quello di assicurare che il cittadino goda dei diritti fondamentali pur nel rispetto di quelle regole democratiche che lo Stato stesso, in base alla sua cultura ed alle sue tradizioni, si pone. Il trend, in Italia, pare piuttosto portare da un'altra parte, con fasulle aperture nel settore economico o sociale, dietro le quali si nascondono interessi di parte. Nelle smanie anarchiche del governo Prodi non poteva non cadere la legge sull'uso e lo spaccio di sostanze stupefacenti approvata dal centrodestra. Una legge, la Giovanardi-Fini (L. 49/06), che ha posto in maniera netta un confine tra chi fa uso personale di droga, chi invece la smercia a fini di lucro, stabilendo regole e strumenti

di sostegno chiari per quanti vogliono uscire dal tunnel della tossicodipendenza. Ebbene, in totale spregio della vita di centinaia di nostri giovani, in irriverente scherno nei confronti delle famiglie di chi è vittima della droga, il centrosinistra è diventato paladino della liberalizzazione di droghe come la cannabis, dell'uso terapeutico di farmaci composti da canapa. Ma ciò che raccapriccia di più ed avvilisce quanti, giorno dopo giorno, lottano per il recupero reale dei tossicodipendenti, le Comunità terapeutiche, le centinaia di volontari che combattono contro la morte, è la proposta di istituire anche in Italia le cosiddette "stanze del buco", luoghi "riconosciuti" e quindi legali per bucarsi o sniffare. Non scendo nel merito etico di questi luoghi da "una botta e via". Non ci sarebbero parole

sufficienti per raccontarne l'abominio. Lascio la parola ai fatti, alle ricerche. I fautori delle camere del buco sostengono che tra i benefici che esse portano c'è la diminuzione dei morti per overdose, quella dei morti per malattie infettive e la riduzione su strada della criminalità. È del tutto evidente che nessuno dei suddetti obiettivi viene raggiunto, come si evince non solo da numerosi studi e pubblicazioni, ma anche dalla documentazione prodotta dagli antiproibizionisti italiani nel corso della Conferenza di Palermo dello scorso dicembre. Dal report di valutazione del professor Uwe Kemmesies del Centro per la ricerca dell'Università di Francoforte, riguardante l'esperienza tedesca sulle stanze del buco, si legge ad esempio: "le safe injection room sono ancora un'esperienza limitata. Tuttavia esistono già parecchi studi di valutazione su questi servizi e nessuno finora ha portato una prova univoca sulla loro efficacia e sul fatto che riescano a raggiungere gli obiettivi che si propongono". Ma è dal report del pastore Hans Visser e della dottoressa Marie Kok-Egu di Rotterdam che giungono le dichiarazioni più agghiaccianti sull'esperienza olandese delle stanze del buco. Si legge: "la cripta della chiesa di San Paolo è il luogo dove si svolgono tutte le attività. Si legge, si gioca, si mangia.

Lì vi sono anche gli spacciatori che vendono le droghe. C'è poi un'altra stanza dove si aspirano le sostanze ed un'altra ancora dove si possono iniettare. Gli spacciatori sono tre, sempre gli stessi, scelti su criteri di onestà, di responsabilità e per la buona qualità della merce". Sic et simpliciter, con relativa registrazione e versamento dei contributi per gli spacciatori sotto le false spoglie di operatori sociali. Pur non volendo esprimersi sul degrado morale che queste stanze hanno in sé, alcune considerazioni sono inevitabili. Come è possibile ipotizzare di legittimare uno spacciatore? Quanti sono i rischi che altre persone, estranee all'uso di stupefacenti, siano indotte all'uso di droga, attratte proprio dall'idea del luogo "pro-

teetto"? Chi garantisce che i clienti delle camere di buco non si sentano incoraggiati ad usare maggiori quantitativi di stupefacenti o con modalità d'uso più rischiose? Nella malaugurata ipotesi che un tale scempio dovesse approdare all'esame Parlamento, il centrodestra porterà avanti una battaglia senza esclusione di colpi per dire no ad una ipotesi che suona come un via libera a lasciarsi morire. Non a caso le cosiddette stanze del buco confliggono col nostro codice penale agli articoli 55 (droga=corpo del reato), 347 e 361. Senza considerare che a livello internazionale c'è una chiara condanna da parte dell'Onu: "ogni Stato o autorità locale che permette la creazione e l'operatività di safe injection room facilita anche il traffico illecito di droga" (International Narcotic Control Board). Quanto

all'altra questione, la legalizzazione della cannabis e l'elevazione della soglia tra l'uso personale e lo spaccio della stessa, la verità è che si darà man forte allo spacciatore, che potrà con più facilità dimostrare che la sostanza detenuta è per uso personale, evitando la sanzione penale. Oggi, invece, la legge punisce severamente chi fa della droga uno strumento di lucro, mentre fissa sanzioni amministrative per chi eccede nell'uso personale. Ed infine, una precisazione. Sui media molta eco ha la liberalizzazione della coltivazione della cannabis ad uso terapeutico. Ora, sugli effetti positivi che ha la canna per curare alcune patologie o sintomatologie, tutto è ancora da verificare. Altra cosa è ammettere la commercializzazione di farmaci che ne hanno il principio attivo, ritenuti efficaci per alleviare le sofferenze di chi è malato di tumore o sclerosi multipla. Ora, nessuno ha intenzione di dire un no aprioristico a questo tipo di medicinali. Ma da qui a dire che una canna ti salva la vita c'è un abisso incolmabile.



On. Maurizio Gasparri

Foto Fizzarotti

*Oggi, invece,
la legge punisce
severamente chi fa
della droga uno
strumento di lucro,
mentre fissa sanzioni
amministrative
per chi eccede
nell'uso personale*

Maurizio Gasparri

Componente dell'Intergruppo parlamentare Libertà dalla droga
già Ministro delle Comunicazioni

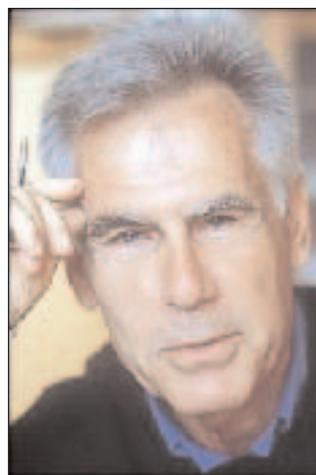
“Marianna” e coca pari sono

La novità del nuovo provvedimento normativo è considerare la marijuana alla stessa stregua di cocaina ed eroina. Pertanto la canapa viene spostata dalla Tabella II a quella I, dove sono elencate le droghe più pesanti. Viceversa, il Governo britannico, nel 2003, ha spostato la canapa tra le droghe meno pericolose

Il Ministero della Salute ha appena pubblicato le tabelle indicanti i limiti massimi delle diverse droghe, oltre i quali chi le detiene potrà essere considerato spacciatore e finire in prigione dai 6 ai 20 anni. Riguardo alla cannabis questi limiti sono generosamente alti: 500 mg di principio attivo corrispondenti a 60 spinelli (al 3% di THC). Contrariamente a quanto ha dichiarato il ministro Gasparri “Ora certi magistrati non potranno più fare il loro comodo favorendo lo spaccio della droga” sarà il giudice a decidere se la sostanza è destinata ad un uso non esclusivamente personale, anche in deroga alle tabelle ministeriali. La novità della legge Fini-Giovanardi è quella di considerare la marijuana alla stessa stregua e della cocaina e dell'eroina. Pertanto la canapa viene spostata dalla Tabella II a quella I, dove sono elencate le droghe più “pesanti”, inclusa la cocaina e l'eroina. Viceversa, il Governo britannico nel 2003 ha spostato la canapa dalla Classe B alla Classe C, tra le droghe meno pericolose (in Inghilterra le droghe sono catalogate in tre classi, A, B e C, in ordine decrescente di pericolarità). Evidentemente gli esperti del Governo britannico (Advisory Council on the Misuse of Drugs) ritengono che la tossicità della cannabis sia inferiore a quanto ritengono quelli del Governo italiano. Se la classificazione della canapa è avvenuta sulla base delle conoscenze scientifiche c'è da chiedersi se gli esperti abbiano letto la stessa letteratura scientifica sull'argomento o se gli esperti italiani abbiano evitato la fatica di passare in rassegna l'immensa letteratura sui pericoli dell'uso della marijuana. Nel corso degli ultimi cento anni i governi di differenti nazioni hanno incaricato delle commissioni per stabilire i danni del consumo di marijuana sui consumatori e sulla società. Le conclusioni delle commissioni, a cominciare da quella indiana sulla cannabis del 1894 al più recente Cannabis 2002 dei Ministeri della Sanità di

Belgio, Francia, Svizzera, Germania e Olanda, sono state che l'uso della marijuana non è un problema tanto grave da sottoporre a procedimenti penali le persone che ne facciano uso o la possiedano a tale scopo. In verità molte affermazioni sulla pericolosità della cannabis (la marijuana uccide, rende schizofrenici o criminali, fa perdere la memoria, rende impotenti, è la principale causa di incidenti stradali) sono delle esagerazioni, generalizzazioni o delle vere e proprie leggende. Succede anche che le stesse evidenze scientifiche siano interpretate in modo differente dai proibizionisti e dai teorici della legalizzazione. Ad esempio, il fatto che quasi tutti i consumatori di eroina o cocaina abbiano usato in passato anche la marijuana viene considerato dai proibizionisti la prova che la marijuana è la causa del passaggio alle droghe pesanti. Lo stesso fatto viene spiegato dai teorici della legalizzazione come un'associazione statistica nel senso che essendo l'uso della marijuana così diffuso, è statisticamente probabile che quella percentuale relativamente piccola di persone che usano droghe pesanti abbia usato in passato anche la marijuana. A sostegno di tale interpretazione sta il fatto che la massima parte dei consuma-

tori di marijuana non passa ad usare alcuna droga pesante. Un recente rapporto della commissione inglese sui pericoli dell'uso di cannabis dichiara “ammesso che la cannabis sia la porta di passaggio alle droghe pesanti, questa porta deve essere molto stretta se la maggioranza dei consumatori di cannabis non passa mai alle droghe della Classe A”. Paradossalmente, senza volerlo, la nostra legge, dichiarando la marijuana droga pesante, mette fine all'intramontabile leggenda che questa droga leggera porta alle droghe pesanti. Un altro argomento forte a sostegno della pericolosità



Gian Luigi Gessa

della cannabis è che essa induca la schizofrenia. In verità questa condizione è più frequente tra i forti fumatori di marijuana che non tra i non fumatori. Ma anche questa volta si può sostenere che non è la marijuana a provocare la schizofrenia ma che gli schizofrenici sono più portati ad usare la marijuana, probabilmente per attenuare il loro disagio interiore. È vero tuttavia che la marijuana può esacerbare i sintomi psicotici negli schizofrenici e talvolta produrre episodi di panico, ansia e paranoia nelle persone normali. La Tabella I della legge Fini-Giovanardi oltre a oppio, coca e amfetamine include “ogni altra sostanza che produca effetti sul sistema nervoso centrale ed abbia capacità di determinare dipendenza fisica o psichica dello stesso ordine o di ordine superiore a quelle (sic) precedentemente indicate”. A parte le

incertezze sintattiche, l'articolo di legge è incoerente, altrimenti avrebbe dovuto inserire nella Tabella I anche l'alcol e il tabacco, poiché essi producono una dipendenza di gran lunga superiore a quella prodotta dalla cannabis. Equiparare i rischi rappresentati dall'uso della cannabis a quelli dell'uso di altre sostanze molto più potenti dal punto di vista farmacologico danneggia la credibilità della legge; le bugie e le esagerazioni sui pericoli della marijuana servono poco a dissuadere i giovani dal provarla e possono sortire l'effetto opposto. Il Governo americano, su pressione dell'opinione pubblica, investe ingenti risorse per ricerche atte a dimostrare la pericolosità biologica della cannabis. È probabile che l'“accanimento” scientifico porterà a scoprire qualche effetto negativo della cannabis sfuggito alle indagini delle commissioni nel corso degli ultimi cento anni, ma è improbabile che esso sarà così grave come quelli prodotti dal finire in prigione.

Gian Luigi Gessa

Neuropsicofarmacologo, professore presso Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Cagliari, Istituto CNR di Neuroscienze

Questioni eticamente sensibili o faccende buonsenso incompatibili?

La necessità del tossico (che ha spesso un fondo ossessivo, e quindi oscilla già di suo tra sporcizia e asetticità), non è tanto quella di venire sottratto ai batteri, ma piuttosto aiutato a trovare la giusta relazione con l'aspetto "batterico" della vita. Bucarsi appoggiato ad un cassonetto, o in una stanzetta linda fornita dalla Asl, sono due facce della stessa medaglia

So bene che nominare il buon senso non è elegante. Pazienza: se invece di chiamarle questioni "eticamente sensibili", le chiamassimo piuttosto faccende "buonsenso incompatibili"? M'è venuto in mente ascoltando il ministro per la Solidarietà sociale, Paolo Ferrero, di Rifondazione Comunista, proporre il rifornimento da parte dello Stato di "stanze pulite ed asettiche", ai drogati, per bucarsi in silenzio, libertà e igiene. Lo stesso Ferrero non sembrava sperare molto in eventuali effetti terapeutici della misura, che infatti, ove sperimentata, non ne ha avuto nessuno. Era molto interessato, invece, all'"asetticità" dell'ambiente fornito per la realizzazione del buco. Una preoccupazione lodevole, visto che spesso i tossici raccolgono molteplici infezioni; ma anche abbastanza ingenua.

La necessità del tossico (che ha spesso un fondo ossessivo, e quindi oscilla già di suo tra sporcizia e asetticità), non è tanto, infatti, quella di venire sottratto ai batteri, ma piuttosto aiutato a trovare la giusta relazione con l'aspetto "batterico" della vita. Bucarsi appoggiato ad un cassonetto, o in una stanzetta linda fornita dalla ASL, sono due facce della stessa medaglia: l'incapacità dell'individuo di accettare la vita così com'è (con i suoi lati difficili, i suoi "batteri"). Un'incapacità che lo Stato, rendendo "asettica" l'operazione del "buco" non fa che rafforzare, organizzandola.

La cosa più grave, forse, non è però che Ferrero non sappia affatto perché un poveraccio finisca a drogarsi; da quel che ha detto sembra neppure gli interessi molto, a lui che è nella luce della rifondazione comunista, a mille chilometri di distanza dagli inferni della realtà.

Mi sembra invece più grave, e contro ogni buonsenso, la china sulla quale lo Stato si mette, ponendosi il problema di come aiutare il tossicomane a bucarsi nel modo, si fa per dire, "migliore". Questo pone infatti, a rigor di logica, un problema di equità i cui effetti vanno lontano. Perché, infatti, aiutare il tossico a bucarsi, e non l'aspirante suicida a togliersi la vita? Tanto il punto d'arrivo è lo stesso: si sa che di droga si muore,

ed anzi il ministro per la solidarietà sociale farebbe un buon servizio ai superstiti se organizzasse un servizio di informazioni e statistiche più tempestivo e capillarmente diffuso, specie tra i giovani, di quanto sia oggi. Perché ci deve essere il funzionario che porge la siringa, e non quello che offre la pistola carica?

Dopo tutto, anche l'aspirante suicida può incapere in mille pericoli, esattamente come il tossico senza droga, e un luogo per iniettarsela. Può finire (l'aspirante suicida) in giri loschi, venire sfruttato e ricattato nella sua ricerca di armi, oppure, esasperato, può buttarsi dalla finestra e cadere addosso a qualcuno. Perché, tra due pulsioni autodistruttive, solo una deve essere meritevole di attenzione dello Stato? Per non parlare poi dei numerosi infelici che provano piacere a torturarsi nei modi più impensati, rimanendo spesso vittime, come ci raccontano le cronache, di incidenti sanguinosi e mortali. Se, infatti, lo Stato deve tutelare la ricerca del "piacere" dovunque ognuno lo voglia cercare, perché il tossicodipendente deve assorbire più energie, e più fondi, del più discreto masochista, che rischia di rimanere appeso a qualche macchina infernale (magari in una tutt'altro che asettica cantina, Signor ministro!), nella quale la moglie preoccupata lo troverà a notte fonda, quando non c'è più nulla da fare? Perché la sua solidarietà si limita al tossico, e non a queste, meno politicamente protette, categorie di infelici cittadini? Il fatto è, semplicemente, che prima di delirare su cosa sia "eticamente sensibile", secondo il buonsenso lo Stato dovrebbe aiutarci a vivere, e non a morire. La solidarietà, caro ministro, deve intervenire molto prima della camera del buco, e proprio per evitarlo, non per consentirci di praticarlo con la benedizione del Governo. Altrimenti (ma molti vogliono proprio questo) lo Stato deve coerentemente dichiararsi una specie di "Agenzia della buona morte", che aiuti i cittadini a farsi fuori come meglio credono. Come diceva uno slogan molto amato dalle vostre parti: l'Italia si muove. Si direbbe verso la tomba.



Claudio Risè



Claudio Risè

Psicoanalista junghiano, giornalista, professore di Sociologia dei processi culturali e di comunicazione dell'Università di Scienze di Varese, docente in polemologia presso l'università di Trieste

www.claudio-rise.it

Blog Diario di Bordo

<http://claudiorise.blogspot.com/>

Mercato illegale o supermarket?

Il progressivo prendere piede della tendenza a vedere le droghe, e un pò tutte le sostanze psico-attive, in una luce di "normalizzazione" culturale all'interno di una più ampia cornice in cui il disagio socio-culturale ha spalancato le porte a esperienze "estreme" e precedentemente giudicate pericolose. In questo quadro, l'offerta di droga, un tempo di nicchia, si è fatta molto più ampia e variegata

La percezione sociale del fenomeno "droga" è un tema particolarmente rilevante ed il ruolo che gioca la stampa nella costruzione di stereotipi, nella conferma o meno di luoghi comuni o nella capacità di far emergere dati per un giudizio razionale, è addirittura scontato.

Iniziamo però ad analizzare lo "scenario": uno dei mutamenti più significativi, che oggi è possibile registrare, è rappresentato dal progressivo prendere piede della tendenza a vedere le droghe, e un pò tutte le sostanze psico-attive, in una luce di "normalizzazione" culturale, all'interno di una più ampia cornice in cui il disagio socio-culturale ha spalancato le porte a modi d'essere sempre più possibilisti nei confronti di esperienze "estreme" e precedentemente giudicate pericolose. In questo quadro, l'offerta di droga un tempo in fondo molto di "nicchia", si è fatta adesso sempre più ampia e variegata sino a configurare una situazione di mercato illegale raffigurabile come un vero e proprio "supermarket" delle droghe, in cui ciascuno può trovare le più diverse varietà di sostanze, lecite ed illecite, in relazione alle proprie esigenze e al contesto in cui dovrà avvenire l'assunzione. In questo senso, il panorama delle tossicodipendenze sta cambiando rapidamente. Infatti, il ripetersi dell'utilizzo delle sostanze psico-attive, secondo pattern comportamentali variegati e modulabili in relazione alle circostanze, sempre più tenderebbe a configurarsi come accumulo e giustapposizione di "tossico-esperienze", in virtù del fatto che, per lungo tempo, la stimolazione chimica da esse indotta tenderebbe a rimanere collocata nell'immaginario e nelle pratiche degli individui consumatori/utilizzatori come un'esperienza isolata (quasi mai continuativa), il che contribuisce a mantenere nella loro percezione soggettiva la sensazione dell'auto-controllo e del potere iper-prestativo, con l'accentuarsi quindi dell'appetibilità apparentemente "utilitaristica" delle assunzioni in un circolo vizioso di difficile interruzione, la cui amplificazione discende dal

subentrare, secondo alcuni, di una vera e propria "malattia metabolica" del cervello. Si deve constatare che il dilagante utilizzo di sostanze stimolanti fa sì che un numero sempre crescente di adulti inseriti in attività lavorative siano impegnati in esse in una situazione psichica di alterata percezione del proprio sé e dei propri limiti: dal momento che le sostanze stimolanti agiscono subdolamente proprio espandendo l'io e conferendo al consumatore un'erronea percezione delle proprie possibilità, vi è il sempre maggiore rischio che professionisti e lavoratori generici ai quali ci affidiamo ed a cui affidiamo interessi che ci appartengono, siano, durante l'esecuzione dei compiti loro affidati, in una situazione di assenza di lucidità, mascherata da forme di pseudo-efficientismo chimicamente indotto.

La conoscenza del pericolo proviene dal mondo degli esperti, che hanno una funzione di "super-patres" sociali e come tali hanno l'autorità per dettare regole. Interessante è vedere che i

politici, che sono i "padri" del paese dei "super padri con superfamiglia", si sono spesso trovati spiazzati quasi quanto i padri di famiglia e hanno però avuto, l'umiltà (almeno alcuni, più accorti) o hanno visto l'opportunità di delegare parte del loro potere a chi è competente, coinvolgendo sempre più gli operatori ed i professionisti del settore, arrivando nel tempo anche a sostituire nelle campagne informative e di prevenzione i testimonial di un tempo (calciatori, artisti, cantanti famosi) con giovani-adulti con maggiori conoscenze perché magari il problema lo hanno vissuto in prima persona ma lo hanno superato tanto da diventare loro stessi i testimonial più credibili, o meglio "peer educators" percepiti come vicini e credibili. La potenza del "passaparola" non diminuisce con l'abbondanza dei "mezzi di massa" e degli strumenti di comunicazione. Semmai aumenta, perché oltre all'incontro personale (sempre insostituibile) si può diffondere più velocemente con il telefono, con la "posta elettronica", con lo scambio di "messaggini", con le chat, eccetera (per non parlare di sistemi un pò dimenticati, ma non defunti, come la posta "tradizionale", il fax o le reti di "radioamatori"). Se questo è, in sintesi, il quadro della situazione per quanto riguarda il rapporto tra giovanissimi, famiglie e stili di vita che influenzano gli acquisti, un ulteriore elemento di riflessione ci deve venire dal rapporto che gli adulti (e non solo) hanno con i "farmaci", le "pillole". Si portano in tasca come un tempo si portavano i vecchi amuletti o i "santini", servono a calmare il dolore improvviso ma soprattutto ad esorcizzarlo. Sono i farmaci "pret à porter", i prodotti da banco di cui gli italiani sono diventati grandi consumatori: contro il mal di testa o il mal di denti, per l'attacco alla schiena o la crisi di allergia. Pillole e cachet che aiutano a star meglio ma che spesso sono un supporto psicologico, una stampella, contro la paura di défaillances. Sembra che gli italiani non escano mai senza portare una pillola anti-dolore in tasca o in borsetta. Lo fa almeno il 42 per cento

delle persone intervistate dal mensile Riza Psicosomatica che ha recentemente analizzato il rapporto fra italiani e farmaci. Le tipologie di intervento offerte dai Servizi per tossicodipendenti si basano su un'analisi della situazione non più attuale. Nel corso degli anni sono cambiate le modalità di consumo, le sostanze consumate, i profili del consumatore così come i luoghi del consumo stesso. La lotta condotta dai Servizi per tossicodipendenti, nei confronti dell'abuso di sostanze stupefacenti, come eroina e similari, ha portato i servizi a costruire esperienze, organizzazioni interne, profili professionali che non sembrano rappresentare più la richiesta, molto spesso non diagnosticata, dell'utenza potenziale. Il risultato di questa situazione è un servizio pubblico che molto spesso si cristallizza in meccanismi di ricevimento, diagnosi e mantenimento a favore di coorti di popolazione consumatrici inveterate, cui si contrappone la nascita di nuovi modelli e nuovi tipi di risposta più frequenti nel settore privato non profit, più dinamico e pronto a

Il problema "nuove droghe" rende necessario un ampio e approfondito ragionamento sul significato, sull'attività, sull'organizzazione dell'offerta dei servizi per tossicodipendenti ed in particolare sull'immagine pubblica dei Ser.T.

cogliere il suggerimento dell'utenza. Tale situazione di passività si ripercuote sul personale, avvilito da processi regolati da elementi rituali, da approcci creativi scarsamente stimolanti o differenziati, favorendone il burn-out. La registrazione dei dati e le procedure analitiche che ne devono derivare per generare la conoscenza utilizzabile per l'orientamento del servizio, l'allocazione delle risorse, la stessa programmazione degli interventi sul territorio è spesso carente, esaurito il debito informativo nei confronti dei vari soggetti "ufficiali" richiedenti, inficiando la capacità di adattamento della rete assistenziale alle esigenze che mutano rapidamente. Poichè l'allarme sociale relativo al deviante ed al diverso non si è (ancora) attivato nei confronti di chi fa uso di psicostimolanti la percezione del rischio rispetto all'utilizzo delle "nuove droghe" è, generalmente, molto bassa sia dal punto di vista individuale che da quello sociale. È abbastanza interessante notare come anche alcuni pronunciamenti di opinion leaders del settore siano già indirizzati rispetto all'affermazione che non è possibile pensare che, ad occuparsi di questi fenomeni, siano i Servizi per le tossicodipendenze così come sono; a parer loro, non è possibile, infatti, ghetizzare questi nuovi abusatori di sostanze all'interno di situazioni connesse con il disagio, la devianza e l'emarginazione. Il nostro Paese, dopo aver impiegato anni a costruire un sistema di intervento sulle tossicodipendenze, sembra, poco per volta, riconoscere come questo potrebbe non essere adatto ad affrontare i nuovi fenomeni di abuso di sostanze. Il concetto di tossicodipendenza è stereotipicamente collegato, nell'immaginario collettivo, all'utilizzo di eroina endovena ed i Servizi per le tossicodipendenze (siano essi pubblici o del privato sociale), sono il luogo dove vanno i tossicodipendenti (ossia gli eroinomani cronici). Pertanto il problema "nuove droghe" rende necessario un ampio e approfondito ragionamento sul significato, sull'attività, sull'organizzazione dell'offerta dei servizi per tossicodipendenti ed in particolare sull'immagine pubblica dei Ser.T. Questo ragionamento potrebbe essere molto utile non solo per l'intervento sui nuovi tossicofili ma anche per l'intervento sugli eroinomani. Se questi servizi continueranno ad essere identificati (e ad identificarsi!?) come il luogo per gli emarginati, difficilmente potranno essere qualcosa di diverso da un contenitore per l'emarginazione fino ad essere, così come oggi accade, essi stessi emarginati rispetto ad altri servizi del sistema socio-sanitario-assistenziale. Probabilmente i servizi per tossicodipendenti dovranno diventare qualcosa di concettualmente ed operativamente diverso sia dal Ser.T. inteso come ambulatorio unico ed onnicomprensivo che si occupa contemporaneamente, con lo stesso setting ed analoghe procedure, di qualunque tipo di problema connesso all'uso di qualsiasi sostanza d'abuso; sia dalla comunità terapeutica intesa come "ripostiglio" dove inserire casi disperati, persone problematiche e delle quali non si ha ancora una diagnosi certa. Probabilmente sarà necessario superare gradualmente il concetto del dualismo pubblico - privato sociale per arrivare alla considerazione di un unico sistema di offerta dei servizi alle persone tossicodipendenti gestito in parte dalle Amministrazioni regionali e in parte dal privato no profit, con lo Stato che garantisca i livelli essenziali di assistenza, sia il garante di una omogeneità nella offerta dei servizi su tutto il territorio nazionale, ne verifichi (avendone condiviso e concordato la metodologia con le Regioni e tutti gli attori del sistema) l'efficacia, l'adeguatezza e la corrispondenza ai presupposti ed alle evidenze scientifiche che via via emergano. Secondo alcuni il sistema potrebbe essere governato da una Agenzia Nazionale con diramazioni regionali che veda la partecipazione delle varie componenti del sistema stesso responsabilizzate sulla programmazione, sulla gestione degli interventi, sul controllo degli standard, della qualità, dei risultati e della spesa; secondo altri questi compiti andrebbero declinati da un sistema che preveda un Dipartimento nazionale, dei Dipartimenti regionali e dei Dipartimenti territoriali delle dipendenze. Un

dato di fatto difficilmente confutabile è che l'attuale sistema di intervento, cresciuto in maniera tumultuosa e poco sinergica, rischia, oggi, di diventare un sistema statico o addirittura di non riuscire a diventare mai un "sistema", rischiando, alla rincorsa di questa o di quella iniziativa che, al momento, può sembrare vincente, di perdere significato e di essere poco incisivo sia sulle vecchie che sulle nuove forme di abuso. La concentrazione di tossicodipendenti "tradizionali" in un unico luogo che dovrebbe essere in grado di fornire tutte le prestazioni necessarie sanitarie, psicologiche, assistenziali, ed educative, coniugando diverse soglie di intervento e diversi setting clinici, per tipologie di clienti molto diverse fra loro è, infatti, assolutamente distonica con la possibilità di realizzare programmi terapeutici individualizzati. Bisognerebbe far sì che ai professionisti ed agli operatori dell'intervento sulle tossicodipendenze e sui fenomeni di abuso venga data la possibilità di essere elementi fondamentali per le scelte di programmazione. Appare chiaro che gli interventi futuri, per la loro stessa complessità, dovranno inevitabilmente basarsi su sistemi di rete veri; in questo momento non è altrettanto chiaro quale potrà essere l'esito complessivo di cambiamenti strutturali profondi che sono ormai alle porte, dato che per esempio, il progressivo decentramento del potere gestionale inerente le azioni del sistema sociale e sanitario, spinge alla costruzione di reti locali. È da ritenersi, pertanto, che un momento di transizione così delicato debba essere assolutamente governato garantendo che le risorse investite in questo settore possano effettivamente risultare di vantaggio per i cittadini, tossicodipendenti e non. In questo senso è da considerare che le reti locali, soprattutto quando facciano parte di un sistema direttamente finanziato da tutti i cittadini, possano esistere solo se regolamentate, governate e verificate all'interno di una programmazione cui i componenti delle reti stesse non possono essere estranei anche nelle assunzioni di responsabilità. Il rischio potrebbe essere la distruzione di esperienze consolidate negli anni da operatori professionali del pubblico e del privato non profit. Avrebbe senso, invece, conservarle e valorizzarle in quanto costruiscono la base di una azione veramente indirizzata all'interesse dei cittadini e della società anche se completamente al di fuori di logiche di mercato.

Andrea Fantoma

Presidenza del Consiglio dei Ministri
già direttore ufficio monitoraggio

dipartimento nazionale politiche antidroga
Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga



DROGA E ADOLESCENTI: ASPETTI SOCIALI

A metà degli anni '60 Margaret Ensminger e Sheppard Kellam della John Hopkins University individuarono un campione di circa 1200 alunni che frequentavano la prime classi elementari di Woodlawn, un sobborgo povero a Sud di Chicago e, da allora, i ragazzi e le loro famiglie sono stati intervistati, visitati e valutati regolarmente per 30 anni. I risultati finali di prossima pubblicazione dimostrano come dalla prima elementare o anche prima i bambini mostrino dei tratti temperamentali e dei comportamenti che sono potenti indicatori della loro inclinazione all'uso ed abuso di droghe nell'adolescenza e nell'età adulta. Recenti elaborazioni dei dati hanno consentito non solo di individuare significativi fattori di rischio ma anche comportamenti che proteggono dall'uso di sostanze sin dalla prima adolescenza.

Sono stati individuati quattro fattori endogeni come l'introversione-timidezza, l'aggressività-irritabilità, la tendenza alla ribellione e l'appartenenza al sesso maschile ed alcuni fattori esterni all'adolescente, come l'uso di sostanze nel gruppo di appartenenza, nei propri genitori e l'aver avuto dei problemi con la legge. I fattori protettivi sono principalmente: avere dei buoni risultati scolastici, essere impegnati in attività dopo-scuola ed avere dei solidi legami affettivi familiari. Altri fattori protettivi sono: la tendenza ad avere delle mete da raggiungere, l'impegno sociale o religioso, le solide relazioni familiari e la aspirazione a diventare qualcuno od avere dei modelli di riferimento. Ciò significa ottenere buoni risultati scolastici, avere dei buoni rapporti con i propri fratelli e sorelle, occupare la giornata in attività dopo-scuola (sport, chiesa e gruppi di riferimento dove non si usino droghe).

Due importanti comportamenti nella prima infanzia vennero correlati con l'uso di sostanze in una fase successiva della vita. La timidezza -descritta dagli insegnanti come la tendenza dell'alunno a stare da solo, avere pochi amici, essere silenzioso durante le lezioni- e l'aggressività -descritta come la tendenza ad essere coinvolti in risse e non rispettare le regole. Timidezza e aggressività si dimostrarono come i due fattori più importanti nel predire un comportamento da abuso di sostanze. La timidezza e l'aggressività sono sintomi di uno scarso adattamento sociale e come tali vanno del tutto distinti dall'ansia e della depressione.

Le relazioni reciproche tra timidezza ed aggressività complicano la probabilità che gli adolescenti hanno di diventare tossicodipendenti.

Si è evidenziato come genitori che fumano e bevono aumentano nei loro figli il rischio di abuso non solo di tabacco ed alcool ma anche di altre sostanze illecite.

Conflitti all'interno della famiglia e la scarsa capacità di confrontarsi e risolvere i problemi di tutti i giorni sono associati con un netto aumento del rischio di abusare droghe nei ragazzi che hanno difficoltà nel rapporto con i loro genitori e/o nell'affrontare i momenti di crisi. La scarsa coesione familiare e l'uso di sostanze tra gli amici più cari è predittivo dei livelli (tipo e quantità) iniziali dell'abuso di droghe. Una buona relazione familiare può rappresentare un ottimo ostacolo contro la tendenza dei giovani tra i 13 ed i 23 anni a sperimentare le sostanze anche sotto l'influenza di amici tossicodipendenti. La pressione ad usare sostanze d'abuso è viceversa molto più forte e pericolosa nella prima infanzia, tanto da suggerire, in un'opera di prevenzione efficace, controlli costanti sui gruppi di coetanei sin dai primi anni di vita sociale (4-10 anni). Tutti gli studi concordano comunque sulla necessità di poter contare su forti e sane relazioni familiari per contrastare l'influenza che i giovani esercitano a vicenda l'uno sull'altro per quanto riguarda le prime esperienze di droga.

Tra i maschi l'aggressività favorisce il comportamento d'abuso mentre la timidezza, al contrario, lo riduce. La contemporanea presenza di sintomi attribuibili sia all'aggressività che alla timidezza conferisce il massimo rischio rispetto alla presenza di uno dei due fattori singolarmente. L'aggressività nei maschi è spesso associata con l'incapacità a mantenere la concentrazione per periodi sufficienti a svolgere con profitto i compiti scolastici. Nelle femmine la situazione è completamente diversa, nè l'aggressività, nè la timidezza nè tantomeno problemi di concentrazione hanno alcuna relazione con la tendenza ad usare droghe in un secondo momento. La timidezza e l'aggressività potrebbero essere meno importanti per le ragazze perchè i gruppi di riferimento sono, per loro, più piccoli e vengono considerati meno importanti. Queste differenze di genere (maschile o femminile) devono essere tenute in grande considerazione e non escluse a priori come si tendeva a fare in passato.

All'età di 16-17 anni le ragazze usano una quantità inferiore di birra, vino, liquori, marijuana ed altre droghe illegali rispetto ai loro coetanei maschi, ma non usano meno tabacco. All'interno di entrambi i gruppi, maschi o femmine con i punteggi intellettivi più alti e le migliori risposte ai test attitudinali scolastici tendevano ad abusare birra, vino, superalcolici e marijuana 10 anni più tardi. In genere i bambini che sono più "pronti" ed adatti alla scuola sono anche quelli più preparati a sperimentare le droghe. Lo stato della salute psicologica e le relazioni intrafamiliari giocano un ruolo essenziale per le ragazze. Le madri hanno un importante effetto sulla salute psicologica delle loro figlie ma non dei loro figli maschi. Le aspettative materne e la salute psichica della madre sono i fattori protettivi più validi contro l'abuso di sostanze nelle ragazze, dieci anni più tardi. Le ragazze con solidi rapporti affettivi all'interno della famiglia tendono ad usare meno sostanze di quelle che provengono da famiglie in crisi, ma la stessa situazione non è valida per i loro fratelli per i quali l'aggressività rimane uno dei comportamenti predittivi più importanti dell'abuso di cocaina.

Neil Swan

National Institute on Drug Abuse, Rockville, MD. USA
Medicina delle Tossicodipendenze - Italian Journal of the Addiction

Gioventù nel buio

La droga a meno di 18 anni in un'analisi che collega l'assunzione di stupefacenti all'ingresso nel circuito penale

1 ANALISI STATISTICA

Nell'anno 2005 i soggetti assuntori di sostanze stupefacenti venuti a contatto con i servizi della Giustizia Minorile sono stati 1007, la maggior parte dei quali, il 71%, di nazionalità italiana. Rispetto all'anno 2004 si rileva una lieve diminuzione del 2% relativa alla sola utenza italiana mentre è in aumento il numero degli stranieri assuntori di sostanze stupefacenti.

L'analisi sulla provenienza territoriale dei minori stranieri mette in evidenza la predominanza dei nord-africani (16%), in particolar modo marocchini (14%), seguiti dai minori provenienti dall'Est Europeo (9%), etnie che costituiscono la maggioranza dell'utenza straniera che transita nel circuito penale della Giustizia Minorile italiana.

Per quanto riguarda i reati a carico, quello di detenzione e spaccio di sostanze stupefacenti ha la frequenza più elevata, il 56% del totale.

Con riferimento alle sostanze stupefacenti le sostanze maggiormente assunte sono state i cannabinoidi consumati nel 74% dei casi, in aumento il consumo di cocaina (12% quindi con una percentuale in crescita del 39% rispetto al 2004). Distinguendo tra italiani e stranieri l'incidenza percentuale del consumo di cannabinoidi è maggiore per gli italiani, 77%, che per gli stranieri 68%.

Rispetto all'anno precedente si rileva una lieve diminuzione degli ingressi di minori assuntori in tutte le tipologie di servizio tranne che per gli Uffici di Servizio Sociale per i Minorenni che registrano un +13%.

Rapportando gli ingressi di assuntori di sostanze stupefacenti al volume complessivo dell'utenza, l'incidenza del fenomeno risulta pari al 13% in CPA, al 16% in comunità, al 3% negli USSM ed al 20% in IPM.

Relativamente agli accertamenti sanitari richiesti dai Servizi Minorili della Giustizia Minorile per verificare l'assunzione di sostanze stupefacenti si sono effettuati 1504 accertamenti sulle urine nei CPA, 1342 negli IPM, 1061 negli USSM.

Il SERT (Servizio Tossicodipendenze) è stato coinvolto nei CPA per 57 casi, negli IPM per 77 casi, negli USSM per



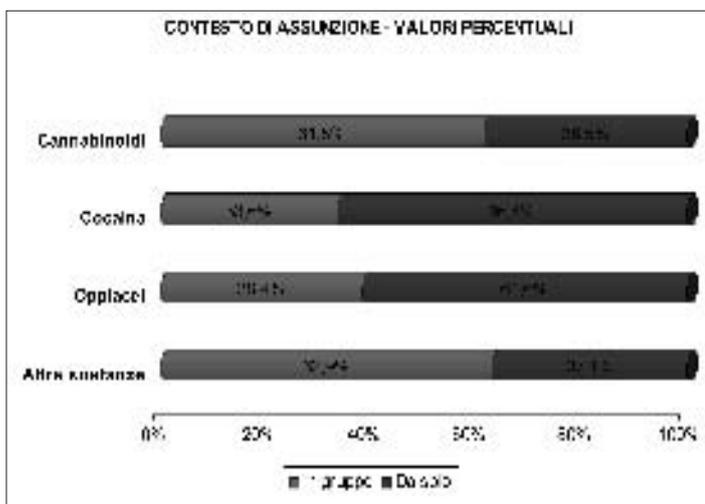
Da sinistra: Serenella Pesarin, Massimiliano Fanni Canelles e Ivana Milic

198 casi, nelle Comunità per 29 casi: con un aumento incisivo per tutti i Servizi tranne che per l'IPM ove non vi è stato aumento di tale tipologia di utenza (che rappresenta il 20%) e che comunque ha da tempo avviato prassi operative specifiche.

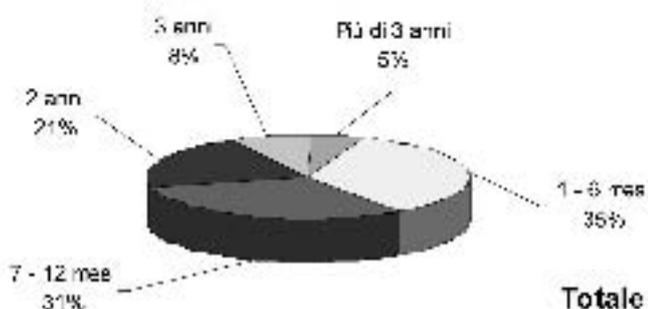
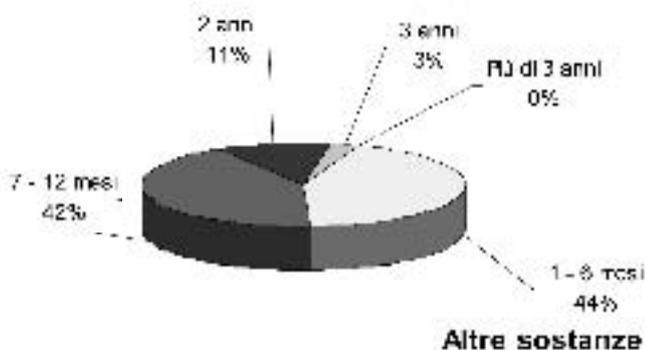
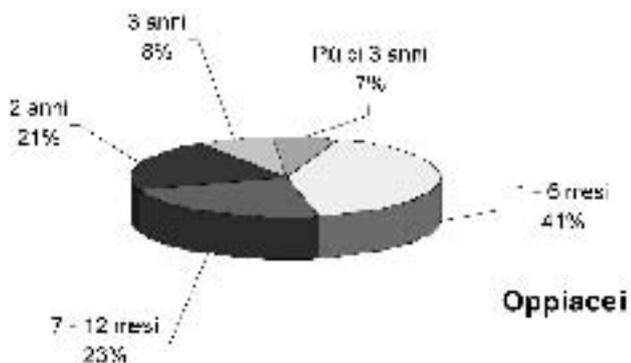
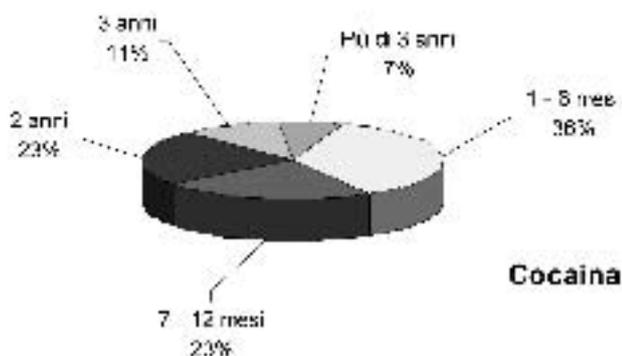
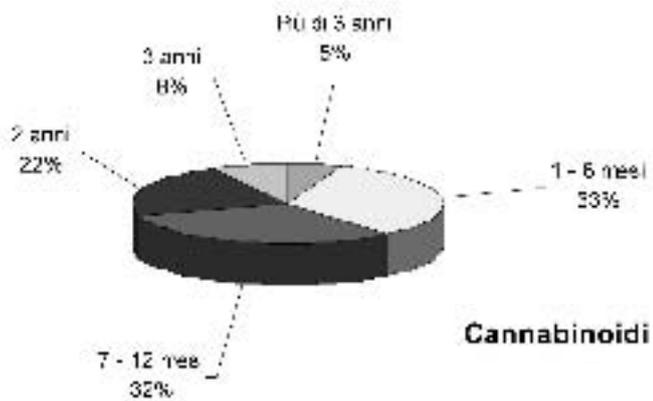
L'intervento metadonico è stato effettuato nei CPA per 3 casi, negli IPM per 9, negli USSM per 12 casi. Mentre l'intervento psicofarmacologico è stato quantitativamente più elevato, nei CPA è stato attuato in 19 casi, negli IPM in 88 casi, negli USSM in 14 casi, mentre nelle Comunità in 6 casi.

2. PRINCIPALI CARATTERISTICHE DELL'UTENZA

Un'analisi della situazione dei minori che transitano nel circuito penale evidenzia inoltre come la larga maggioranza consiste di popolazione maschile, costituita da minori italiani e stranieri, soprattutto fumatori di hashish o consumatori di droghe sintetiche e prevalentemente psicostimolanti (ecstasy, amfetamine, cocaina, acidi). I reati più diffusi associati al consumo sono spaccio, furto, atti di violenza a cose e persone. Tali reati facilitano un guadagno che il ragazzo può spendere nell'acquisto di sostanze, anche se non sembra possibile stabilire una correlazione significativa tra guadagno e consumo. Negli ultimi anni si registra un significativo incremento di utenti stranieri provenienti da: Nord Africa, Albania, Romania, Europa dell'Est in genere. Si tratta di ragazzi senza permesso di soggiorno, senza famiglia e spesso senza fissa dimora, provenienti da paesi in cui vivono, probabilmente in condizioni ancora più di disagio. L'uso di sostanze da parte di minori stranieri sembra essere legato allo spaccio o ad un consumo normale ed abituale, culturalmente accettato nel paese di origine, come nel caso delle popolazioni provenienti dal nord Africa per quanto riguarda il consumo di hashish. Per gli utenti stranieri sono rari i casi di tossicodipendenza conclamata da eroina o altre droghe pesanti. Sembrano inoltre esserci differenze tra le diverse aree di provenienza: se è vero che per i minori italiani il consumo di sostanze è legato a problematiche familiari, ciò non si può dire per gli stranieri, per i quali l'uso della sostanza appare in concomitanza con lo spaccio cui risulta legato a comportamenti culturalmen-



PERIODO DI ASSUNZIONE
(analisi del Dipartimento Giustizia Minorile)



te riconosciuti e condivisi, dove esso non viene percepito come sintomo di devianza.

INTERVENTI DESTINATI ALL'UTENZA PENALE MINORILE CON PROBLEMI DI USO O ABUSO DI SOSTANZE STUPEFACENTI.

1. COLLEGAMENTO CON I SERVIZI SANITARI PER TOSSICODIPENDENTI

I Servizi della Giustizia Minorile deputate alla segnalazione di minori tossicodipendenti o tossicofilici per cui possa ritenersi opportuno un programma socio-riabilitativo sono:

- il CPA che ospita il minore in stato di arresto, fermo o accompagnamento, fino all'udienza di convalida;
- l'USSM, che segue il minore tossicodipendente o tossicofilico anche in area penale esterna;
- l'IPM, che ospita minori e giovani adulti in misura cautelare ed esecuzione pena.

Il minore arrestato che entra in contatto col CPA viene visitato dai Servizi Sanitari per rilevare la tipologia ed il livello di sostanze presenti nell'organismo. Parallelamente sono previsti dei colloqui con gli assistenti sociali dell'USSM che devono riferire quanto osservato all'Autorità giudiziaria. Essendo limitato a quattro giorni il termine massimo di permanenza del minore nella struttura non sempre si riesce a rilevare, se non in casi conclamati, il consumo di sostanze psicotrope. Per tutti i Servizi, un problema comune è la mancata percezione da parte del giovane del proprio stato, in altre parole il minore non si riconosce come tossicodipendente. Pertanto il grado di consapevolezza sembra rientrare tra gli indicatori utili per capire quale progetto rieducativo adottare.

2. COLLOCAMENTO DI MINORI IN COMUNITA' TERAPEUTICHE

Quando l'Autorità Giudiziaria ritiene opportuno inserire il giovane in comunità, sarà l'equipe socio-psico-pedagogica che segue il minore, supportata dal Servizio tecnico del CGM a scegliere la struttura più adatta al caso particolare. Il servizio tecnico dispone di una lista di comunità, talvolta convenzionate a cui fare riferimento. Per ognuna di queste è previsto un continuo monitoraggio al fine di accertare la qualità del servizio svolto, nonché la capacità di rispondere in modo adeguato ai casi che presentano.

Nella pratica tuttavia non tutti i CGM dispongono di un'ampia gamma di scelta: in alcune zone infatti risulta difficile trovare comunità che accettino o che abbiano la competenze adatte per accogliere minori tossicodipendenti o tossicofilici. Ciò costringe i CGM a inviare il minore lontano dal suo territorio o a scegliere la comunità in base alla disponibilità di posti liberi, piuttosto che in base all'effettivo bisogno di competenze specialistiche. Un'ulteriore difficoltà si registra per coloro che, oltre a presentare un problema con le sostanze psicotrope, si trovano nella condizione di straniero e clandestino. Se pure le comunità si dichiarano pronte ad accettare questa tipologia di utenza, spesso manca la figura del mediatore culturale che facilita la comunicazione tra le parti.

Le procedure di inserimento di minori stranieri senza permesso di soggiorno comportano maggiori complicazioni a causa della difficoltà di accertare l'identità del ragazzo e della mancanza di figure parentali di riferimento.

Ulteriori difficoltà di inserimento si riscontrano nei casi di doppia diagnosi di cui sembra registrarsi un aumento negli ultimi anni. Molti sono i casi di tossicodipendenza o tossicofilia associati a psicopatologia, per i quali non risultano esserci strutture specializzate e pronte allo specifico trattamento.

Alcuni aspetti significativi del "collocamento di minori del-

l'area penale in comunità terapeutiche" possono essere individuati da informazioni rilevate dal Dipartimento Giustizia Minorile.

In particolare si sottolineano tre aspetti che possono contribuire ad un approfondimento della conoscenza del fenomeno e delle esigenze organizzative ed operative che propone:

- il primo riguarda l'entità quantitativa del ricorso a questo tipo di intervento,

- il secondo, il luogo dove si trova la comunità in cui viene effettuato il collocamento rispetto soprattutto alla dimensione intra o extra regionale,

- il terzo riguarda l'assunzione dei relativi oneri finanziari da parte della Giustizia o da parte di altri Enti.

Nel 2005 in tutto il territorio nazionale sono stati collocati circa 150 minori nelle comunità terapeutiche con più di 15.000 giornate di presenza consuete ed una spesa a carico del bilancio della Giustizia Minorile superiore ai 1.250.000,00 euro. I minori inseriti in comunità con provvedimento penale per reati di spaccio, danni a cose e persone, furti e rapine hanno alle spalle quasi tutti un percorso di tossicofilia soprattutto per il consumo di hashish, ma anche per il consumo di sostanze sintetiche di ultima generazione. Il provvedimento di collocamento in comunità terapeutiche viene disposto in maggiore misura nel nord Italia ed anche le Regioni in cui vengono effettuati i collocamenti sono quelle settentrionali, probabilmente in ragione di un maggiore sviluppo di questa tipologia di risorsa.

Rispetto all'assunzione degli oneri finanziari, si verifica che le spese vengono sostenute dall'Amministrazione della Giustizia con la sola esclusione della regione Puglia e Sicilia ove l'Azienda Sanitaria Locale assume i relativi oneri. Una risposta, anche se parziale, si è avuta con i fondi provenienti dal progetto "Liberamente", finanziato dalla Presidenza del Consiglio - Dipartimento per le Politiche Antidroga, che ha consentito di sostenere l'attuazione dei collocamenti in comunità di minori tossicodipendenti o assuntori di sostanze psicotrope o con la cosiddetta doppia diagnosi. Nell'ambito di tale progetto sono state finanziate anche due ricerche: la prima è svolta in collaborazione con la Fondazione IARD ed ha come obiettivo la definizione di indicatori di valutazione in itinere degli interventi relativi ai minori assuntori di sostanze stupefacenti ed entrati nel circuito penale. Tale ricerca si colloca nella linea di un percorso progettuale che ha coinvolto sul piano organizzativo diversi sistemi operativi e istituzionali della Giustizia Minorile, degli Enti locali e del privato sociale. Il miglioramento delle procedure finalizzate al recupero dei minori che fanno uso di sostanze psicotrope è centrato sul riconoscimento che qualsiasi intervento è comunque il frutto di una strategia multiprofessionale e di una sinergia di competenze tra istituzioni, servizi ed operatori che, complessivamente, formano il sistema di risposta istituzionale.

La seconda ricerca, in collaborazione con l'Istituto Opera Don Calabria, prevede la prosecuzione dell'indagine qualitativa sulle caratteristiche del fenomeno dell'abuso di sostanze stupefacenti in ambito penale minorile e l'analisi delle prassi di trattamento e delle variabili di approccio al problema, anche in relazione alle diverse realtà territoriali. Altro importante contributo raggiunto è quello derivante dall'art. 4 duodecies della legge 49 del 21 febbraio 2006 che inserisce due nuovi commi nel Testo unico in materia di leggi sulla tossicodipendenza, il D.P.R. 309/1990, prevedendo il riconoscimento degli oneri per il collocamento in Comunità terapeutiche e per il trattamento sanitario e socio-riabilitativo dei minori con provvedimenti penali. Tale inserimento permette di colmare il vuoto legislativo e, pur

salvaguardando gli accordi con gli enti territoriali che in alcune Regioni assicurano la realizzazione di tale intervento, consente a tutti i minori di fruire di uno stesso trattamento socio-sanitario indipendentemente dalle Regioni in cui venga eseguita la misura penale. Infatti, in attesa della piena attuazione del trasferimento di tali competenze al Servizio sanitario nazionale, viene assicurato al Dipartimento Giustizia Minorile, a decorrere dall'anno 2006, uno stanziamento di 2.000.000 di euro per la copertura di tali spese.

Tale attribuzione degli oneri è da considerarsi transitoria in quanto si attende l'assunzione di tali competenze da parte del Servizio Sanitario nazionale avviata, allo stato attuale, come sopra menzionato solo in Puglia e in Sicilia.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE E PROPOSTE

Il quadro normativo italiano, in riferimento alla Giustizia Minorile, è formato sulla personalizzazione degli interventi in relazione ai bisogni del minore - e l'assunzione di sostanze stupefacenti è uno di questi - e su una metodologia organizzativa ed operativa che integra sapientemente le competenze dei singoli settori. Oggi l'Unione Europea ha una storia condivisa, una libera circolazione delle persone e quindi una più diretta ed estesa comunicazione tra persone di Stati diversi, ha una moneta unica e propone politiche comuni nei settori più significativi quali la politica estera, la difesa, la sicurezza, l'ambiente, l'agricoltura e l'economia. L'Unione Europea è una casa che si amplia con l'ingresso dal 2004 di nuovi paesi ed è quindi una realtà profondamente dinamica ed in trasformazione continua: in relazione alla giustizia minorile appare quindi necessario costruire percorsi di confronto sulle norme in vigore nei diversi paesi per favorire lo sviluppo di modelli normativi compatibili con il valore comune della tutela dei diritti dei minori. Sarebbe quindi auspicabile la creazione di una commissione che si occupi a livello europeo della Giustizia Minorile considerando preminente l'interesse del minore e affrontando complessivamente le condizioni dello stesso, quindi coinvolgendo gli organismi nazionali che, in ciascun paese, sono chiamati ad intervenire nei settori della politica sulla Salute, l'Istruzione, il Lavoro per garantire la protezione della salute, il diritto allo studio, il diritto ad una crescita armonica e ad una cittadinanza attiva e compiuta anche sul versante dell'integrazione lavorativa. In seno a tale commissione, si ritiene possano essere sviluppati e confrontati gli obiettivi comuni rispetto all'intervento destinato ai minori e giovani adulti assuntori di sostanze stupefacenti entrati nel circuito penale. In Italia "il modello della compartecipazione interistituzionale" richiede necessari potenziamenti con programmi condivisi e protocolli d'intesa che disciplinino organicamente le modalità di raccordo operativo e le relative competenze amministrative. Per l'utenza penale minorile di nazionalità straniera e residente in Italia appare opportuno prevedere una regolamentazione delle competenze amministrative rispetto all'ultima residenza accertata quale criterio unitario e condiviso, esteso a tutto il territorio nazionale, che consenta quindi una certezza dei referenti operativi ed organizzativi nella presa in carico e nella tutela dei diritti del minore.

Serenella Pesarin

Direttore Dipartimento Giustizia Minorile,
direzione generale per gli interventi
di giustizia minorile e l'attuazione
dei provvedimenti giudiziari

Maria Teresa Pelliccia

Dipartimento Giustizia Minorile

Mi fa star bene, mi tranquillizza, mi fa stare in compagnia...

Un'indagine dell'Università di Udine evidenzia che i ragazzi hanno un comportamento assai simile per le droghe considerate leggere, per l'alcool, per il fumo. Si tratta di diversi tipi di sostanza, che essi assumono con le medesime motivazioni, come medesimi sono i luoghi: in discoteca, al pub, con gli amici. Le età significative di approccio a questi comportamenti vanno dai 12, 13 anni d'età per il fumo di sigarette e l'alcool, ai 14,16 per le droghe cosiddette leggere

Affrontando un tema come quello della dipendenza dei nostri ragazzi dalle sostanze stupefacenti si manifesta subito dentro di noi delle immagini, una sorta di iconografia del tossico che abbiamo introiettato negli anni in cui il fenomeno della dipendenza si identificava nel buco, nell'eroina e nel disfacimento personale che ne era la conseguenza. Ad essa si accompagnavano l'idea del recupero del giovane attraverso la comunità terapeutica, la disintossicazione, il recupero delle motivazioni esistenziali profonde, la famiglia etc. Alla base vi era l'idea della droga come di una sostanza dall'enorme potere simbolico capace di rappresentare al contempo la trasgressione e la devianza. Una sorta di controvalore che si abbracciava a causa di una società margi-

nalizzante, competitiva e poco capace di comunicare, e con il quale si ricerca da un lato una fuga e dall'altro una affermazione oppositiva. Insomma la droga era una questione che riguardava il contrasto tra mondi, la lotta contro marginalizzazione e devianza.

C'è stata poi una stagione lunga di mezzo in cui della droga si è parlato a spizzichi, e che aveva più la caratteristica della introspezione, della ricerca di un messaggio ai giovani che si facevano, sulla opportunità di uscirne, perchè il mondo della droga era pesantemente delinquente ed il tossico pesantemente connesso a tutte le attività malavitose. È in risposta a questo che nasce l'idea della lotta alla droga come di un problema di ordine pubblico e sulla questione della punizione

per il tossico. Paradossalmente il dibattito sposta il suo centro dal giovane alla sostanza di cui si droga, non ci interessiamo più dei forti valori simbolici, trasgressivi o devianti o delinquenziali che la droga assume come sostanza, e dunque non ci interessa se dal giovane che si droga sta venendo una domanda di cambiamento della società, una richiesta di aiuto, una sconfessione del modello sociale aggressivo e competitivo, o quant'altro, ma il problema dei problemi su cui si polarizza il dibattito politico è quello della repressione dello spaccio ovvero della liberalizzazione di alcune sostanze. A me non interessa tanto partecipare a questo tipo di questione, mi interessa cercare di riparlare del significato che la droga assume nelle giovani generazioni, perchè oggi l'approccio alle sostanze è radicalmente diverso da quello di alcuni anni fa e non riguarda in alcun modo il dibattito sulla liberalizzazione o repressione, tantomeno sulla gestione controllata delle assunzioni...

Come ufficio del Pubblico Tutore ho curato una indagine realizzata dall'Università di Udine da cui risulta con molta evidenza che i ragazzi hanno un comportamento assai simile per le droghe considerate da loro leggere, per l'alcool, per il fumo. Si tratta cioè di diversi tipi di sostanze, alcune legali altre no, che essi assumono con un medesimo corredo motivazionale. Le risposte più costanti

Soggetti assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi della Giustizia Minorile nell'anno 2005, per classe di età, nazionalità e sesso

Classe d'età	Nazionalità e sesso						Totale
	Italiani			Stranieri			
	M	F	MF	M	F	MF	
14-15 anni	74	2	76	69	2	70	146
16-17 anni	481	22	503	108	7	115	619
18 e oltre	153	4	157	41	2	43	200
Totale	688	28	716	280	11	291	1.007
Età media	16,9	16,8	16,9	16,5	16,7	16,5	16,8

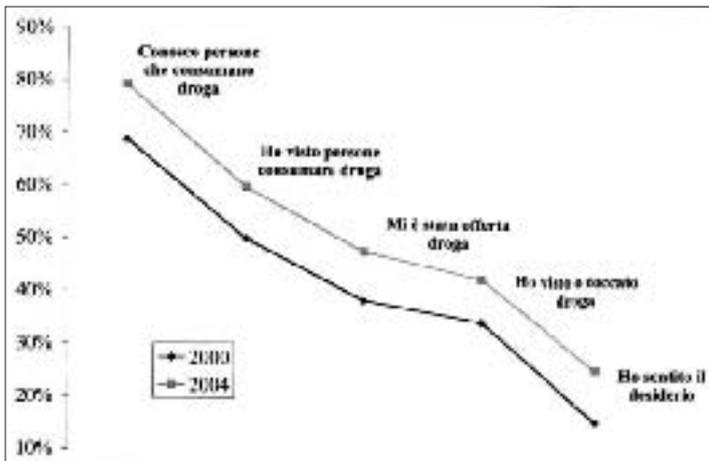
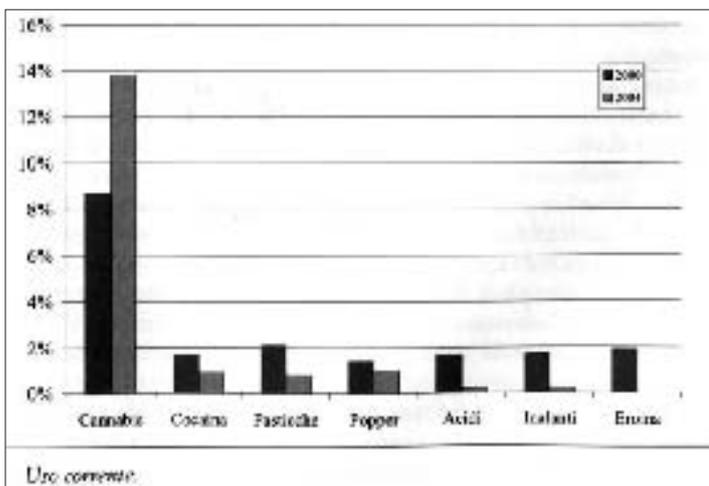
Soggetti assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi della Giustizia Minorile nell'anno 2005, per principale sostanza assunta, nazionalità e sesso

Sostanze assunte	Nazionalità e sesso						Totale
	Italiani			Stranieri			
	M	F	MF	M	F	MF	
Cannabinoidi	532	17	549	194	3	197	746
Cocaina	82	4	86	32	1	33	117
Eraina	35	2	37	19	3	22	59
Altri oppiacei	3	1	4	6	2	8	14
Alcool	15	5	20	20	-	20	38
Ecstasy	11	1	12	0	-	0	12
Altre sostanze	10	-	10	3	2	5	15
Totale	688	28	716	280	11	291	1.007

Soggetti assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi della Giustizia Minorile nell'anno 2005 per sostanza assunta e frequenza dell'assunzione

Sostanza assunta	Frequenza nell'assunzione					Totale
	Occasionalmente	Una o due volte a settimana	Più volte a settimana	Una volta al giorno	Più volte al giorno	
Cannabinoidi	216	104	104	61	162	746
Cocaina	31	20	37	14	15	117
Eraina	8	10	15	11	17	59
Altri oppiacei	1	2	3	1	2	14
Alcool	13	4	11	1	9	38
Ecstasy	8	6	3	3	-	18
Altre sostanze	3	2	3	2	2	15
Totale	276	148	264	92	227	1.007

(analisi del Dipartimento Giustizia Minorile)



sono: mi fa star bene, mi piace, mi tranquillizza, mi fa stare in compagnia... così come medesimi sono i luoghi: in discoteca, al pub, con gli amici. Le età significative di approccio a questi comportamenti vanno dai 12, 13 anni d'età per il fumo di sigarette e l'alcool, ai 14,16 per le droghe da loro considerate leggere. Il quadro che ne viene fuori è radicalmente diverso dunque da quello che noi ci portiamo dentro con le iconografie del tossicodipendente sfatto sulla panchina del parco. Sono ragazzi che usano le sostanze, senza una vera scelta, come sostegno alla loro ricerca di socializzazione; lo fanno nei luoghi pubblici di incontro; richiedono dalla sostanza di avere uno stimolo ad essere come gli altri: non è una denuncia di marginalizzazioni, è una ricerca di omologazione quella che induce al comportamento rischioso. E in questa situazione l'alcool non basta più, perché la nostra società sta ritualizzando la socializzazione performante, che inizia con l'happy hour e finisce con la notte intera in discoteca chiedendo al fisico ed alla psiche delle prestazioni fuori portata

che necessitano di corroboranti. Questa motivazione non mitizza la sostanza, come avviene nel dibattito politico, e riesce a restare sotto traccia, ma è questa la vera leva del consumo. Per chi la fa e la vende il vero business è esattamente il consumatore occasionale, quello che si fa una volta al mese, che porta gli amici, che è sano e che nessuno, nemmeno lui, pensa come tossicodipendente. È una persona che applica fedelmente una grammatica sociale diffusa e di successo: prendi qualche cosa per aiutarti ad essere sempre al top. Come entri in una palestra ti trovi di fronte agli integratori, alla TV ti fanno continuamente vedere che se sei stanco o spassato, devi prendere una pastiglia e rimetterti in forma, che l'amicizia sta in un vino, che l'avventura in un liquore, che il desiderio in una essenza, la bellezza in un'acqua, la linea in una caramella... Una volta si diceva: fai dello sport che così non ti droghi, oggi non lo si potrebbe di certo dire con la stessa serena convinzione, proprio perché lo sport è l'esempio massimo di questa struttura performance /sostanza. Ecco a mio parere il motivo per cui i ragazzi non considerano le pasticche della discoteca come pericolose o come droghe pesanti, per loro è normale sballare un pò per ballare tutta la notte, trovare nuovi amici, avvicinare una ragazza o un ragazzo. Ma in questa normalizzazione e banalizzazione dello sballo si annida un rischio, sia perché la sostanza ritualizzata diventa difficile da decodificare e potenzia i suoi significati simbolici all'infinito, sia perché è mutata la sostanza. Il passaggio alle droghe di sintesi chimica come droghe di massa cela un dato preoccupante sulla dispercezione del danno. Queste droghe rappresentano degli shock chimici al cervello capaci di bruciarne delle parti, distruggendo a caso le cellule nervose e producendo danni irreparabili anche in una sola assunzione, ma danni scarsamente percepiti fino a che non si giunge alle conseguenze più gravi, perdite di memoria, disturbi del comportamento, etc. Nulla a che vedere con la dipendenza fisica o psicologica delle droghe tradizionali perché da questi danni non ci si recupera con la disintossicazione. Le nuove droghe dunque e il nuovo modo di assumerle non rappresentano un momento di conflitto generazionale o di mondi, ma pare piuttosto dare alla triste previsione pasoliniana che vedeva nella generalizzazione dei comportamenti, un tempo trasgressivi, la più feroce forma di difesa dell'ordine dei poteri che passa attraverso modelli di omologazione ed anestetizzazione dei movimenti sociali innovativi che ogni generazione porterebbe con se.

Francesco Milanese
Pubblico Tutore dei minori
regione Friuli Venezia Giulia



Da sinistra, Leoluca Orlando assieme a Francesco Milanese, Sergio Russo, Massimiliano Fanni Canelles ed Ivana Milic in una riunione per la tutela dell'infanzia

Togliamoci la maschera ipocrita della pietà

L'indifferenza pura e semplice e quella malcelata nei confronti delle persone che assumono droghe è oggi molto diffusa. Il modo migliore per affrontare la sofferenza altrui è invece la compassione nel senso di cum patire, condividere la sofferenza in un percorso di vita che, nel caso della tossicodipendenza, è sempre lungo e doloroso

Se improvvisamente ed imprevedibilmente nella nostra vita irrompe la sofferenza di una persona in difficoltà, con un forte disagio, e ci chiede aiuto, e non c'è nessuno nelle vicinanze cui delegare quella richiesta, possiamo scegliere di agire in due modi: l'indifferenza ed il rifiuto, o la compassione.

L'indifferenza è il sentimento, oggi molto diffuso, di chi preferisce credere che un problema non lo riguarda, che non è sua responsabilità risolverlo, che ci deve pensare lo Stato, o la scienza, che è colpa della società.

E' il caso di chi è disposto a costruire dei bei parchi o delle cliniche, ben recintati ed isolati dal resto della società, in cui accogliere i tossicodipendenti, mettendogli a disposizione tutta la droga che vogliono, pulita e sicura, compresi i medici pronti a somministrargliela. Facciano pure quello che vogliono, purché sia lontano da me e, possibilmente, io non veda. C'è poi una forma di indifferenza che indossa la maschera ipocrita della pietà. È quella di chi è disposto a pagare o a credere a qualsiasi bugia, magari condita da qualche superficiale o fasullo dato scientifico, purché quel problema o la persona che ne soffre scompaia dalla sua vita.

Se il problema si chiama 'tossicodipendenza', la soluzione sarà allora quella di farne una malattia cronica e irrimediabile, catalogando il tossicodipendente come malato inguaribile, da assistere a vita con droghe alternative che chiameremo mediche e che non lo aiuteranno mai a risolvere definitivamente il suo problema.

C'è infine la compassione, nel senso più alto ed etimologico, 'cum patire', condividere la sofferenza altrui, facendola propria. È il sentimento del padre e della madre che scoprendo un figlio tossicodipendente non vogliono pensare che sia un malato cronico destinato a farmaci, droghe alternative e cli-

niche psichiatriche. Vogliono aiutarlo e sono disposti a combattere per convincerlo a scegliere la vita, a sostenerlo in un percorso di crescita, a credere che possa tornare a essere una persona libera, autonoma, capace di esprimere tutte le proprie potenzialità ed il proprio talento.

E' esattamente il nostro modo di guardare gli occhi di un ragazzo quando bussa alla nostra porta e chiede di essere accolto. Vediamo in lui un essere umano unico e straordinario, da rispettare, sostenere, amare, a cui dare una opportunità vera di riscatto e di futuro. Nessuno più di lui ha bisogno di bellezza, di credere di poter realizzare i propri sogni. Anzi, se ha veramente la volontà di crescere, noi crediamo che abbia diritto a quella bellezza. Per questo a San Patrignano esistono 57 laboratori di formazione professionale, ognuno organizzato con i migliori maestri per raggiungere l'eccellenza. I prodotti che i nostri ragazzi realizzano sono di altissima qualità perché loro sono eccezionali. Devono poter scoprire e scegliere qual è il loro talento per poterne fare la base della propria realizzazione umana e professionale.

Devono potersi entusiasmare e sorridere alla vita. La tossicodipendenza non è il diabete, il drogato non è un malato cronico destinato a dipendere per tutta la vita dalla sua debolezza, da droghe alternative, che è più comodo chiamare farmaci, e da psicoterapia. Chi si annulla in una pastiglia o in una siringa ha paura di vivere, non di morire. La droga è il nascondiglio per sfuggire alle proprie paure, alla propria fragilità, alla mancanza di punti di riferimento, o di stimoli, o di interessi, alla difficoltà di vivere il confronto con noi stessi e con gli altri. Mio padre mi ha insegnato che la cosa più importante che un essere umano possa fare è scegliere i valori umani su cui fondare la propria vita ed essere disposto a difenderli fino in fondo, senza compromessi, con vigore e coerenza. In una parola credo che mio padre mi abbia insegnato la dignità. È per difendere la dignità dei ragazzi più disperati e fragili che vogliono uscire dall'emarginazione e dalla tossicodipendenza che mio padre ha creato San Patrignano ed è per questo che oggi continuiamo ad accoglierli nella nostra casa. È una scelta difficile, scomoda, che va rinnovata ogni giorno e che impone di dimenticare il più possibile noi stessi, i nostri piccoli egoismi, per aprirsi agli altri, amarli e vivere con e per loro.

Andrea Muccioli

Responsabile Comunità di San Patrignano

La comunità di San Patrignano per il recupero dei tossicodipendenti è nata nel 1978, quando il fondatore, Vincenzo Muccioli, accolse i primi ragazzi in fuga dall'eroina. Oggi è la più grande d'Europa



Abuso, unica soddisfazione di vita

Oggi le comunità sono sicuramente gli unici mezzi che la società mette a disposizione a chi vuole una mano, sono altresì le uniche che possono far fronte ad ogni tipo di problematica poiché le loro impostazioni sono molto differenziate e offrono programmi che negli anni si sono sviluppati, migliorati e diversificati

Il mondo delle droghe si arricchisce ogni giorno di più di nuove sostanze, di nuove soluzioni da offrire a coloro che vagano in ricerca di "sballi" sempre più diversi e più forti. L'unico parametro che resta in ogni caso costante è il tossicodipendente, inteso come persona che rinuncia alla propria libertà cercando negli abusi l'unico spiraglio di soddisfazione di vita. Premesso che ogni dipendenza è caratterizzata da uno scambio, da un dare e un avere, come in qualsiasi altro rapporto commerciale, è chiaro che chiunque acquista, lo fa perché gli piace e gli provoca piacere. A questo punto resta difficile doversi imporre singolarmente delle restrizioni, di qualsiasi genere esse siano, se si vuole limitare o privare una forma di piacere, ed è proprio in questo campo che entrano in gioco i Ser.T. e le comunità.

I primi, molto spesso, cercano dei compromessi o in ogni caso una forma di sostituzione delle droghe con altre ritenute più o meno dannose, lasciando in ogni caso una certa libertà al tossicodipendente che spesso utilizza il servizio solo in extremis o per sommare le une alle altre; le seconde limitano per un periodo la libertà con un'azione di contenimento, vietando l'uso d'ogni sostanza.

Chi ha avuto esperienza di tossicodipendenza sa benissimo che per avere una speranza di vita, bisogna limitare la libertà di azione e decisione, non a caso i primi tentativi vengono sempre fatti o chiudendosi in casa o recandosi da parenti o posti lontani o assumendo sostanze antagoniste (antrazone). Spesso questi tentativi risultano inutili dopo un periodo iniziale di apparente successo poiché gli addetti al controllo divengono unicamente "guardie" e come tali soggetti da ingannare. Detto questo è facile intuire la necessità di avere strutture che possono riuscire ad ottenere un significativo successo coinvolgendo gli utenti ad una forma di auto-

aiuto e solidarietà, sostituendo il ruolo di "carcerieri" con gli stessi guidati da operatori. Riuscendo a fare un gioco di squadra e creando dei gruppi, si ottiene uno spirito solidale per raggiungere ottimi risultati. Le comunità inoltre occupano i tempi pienamente, ognuna con modi diversi a seconda della propria impostazione cercando di rieducare e infondendo valori che per molti tossicodipendenti fanno parte di una realtà virtuale. L'alleato fondamentale per queste strutture è il tempo che offre a chi riesce a spenderlo bene un'alternativa, uno stile di vita diverso, un modo per poter scegliere o la vita o la morte. Inoltre, alla base, resta la convinzione che ogni singolo ha o che comunque scopre dopo un primo periodo. Il pianeta droga è variopinto e sicuramente difficile, ogni soggetto ha una sua storia e le proprie difficoltà, le comunità oggi come oggi sono sicuramente gli unici mezzi che la società mette a disposizione a chi vuole una mano, sono altresì le uniche che possono far fronte ad ogni tipo di problematica poiché le loro impostazioni sono molto differenziate e offrono programmi che negli anni si sono sviluppati, migliorati e diversificati.

Con una così vasta scelta, che va dalle comunità terapeutiche a quelle lavorative, si può far fronte o perlomeno proporre una soluzione ad ogni ragazzo o ragazza che ne richieda l'aiuto. Credo che spesso venga sottovalutata l'importanza dell'esperienza, di chi ha provato sulla propria pelle certe sensazioni e certi dolori, credo che l'impiego di quest'ultimi possa portare dei miglioramenti, sia per i ragazzi che per le strutture. In quest'ultimi anni mi sembra che si affidi un po' troppo la gestione delle comunità a "professionisti" senza lasciare spazi a coloro che non a caso, sono stati i pionieri di questo sistema di recupero proprio perché l'hanno vissuto in prima persona.

Sono convinto che le stanze del buco e ogni altra legittimazione sia una condanna a morte, così come lo è la cosiddetta politica della riduzione del danno che vede soggetti come lo ero io sedati da quantità astronomiche di metadone, inoltre penso che non si possa risolvere il problema droga sostituendo una sostanza con un'altra e che l'unica forza che abbiamo per aiutare chi è caduto nell'abuso siano le comunità. Io sono stato un tossico per circa venti anni e adesso ricopro il ruolo di direttore dell'accoglienza al Gruppo Valdinievole dopo averci fatto il programma. Adesso mi rendo conto che l'uscire dalla droga lascia comunque un grande vuoto che si sente il bisogno di riempire. Il creare un'alternativa soddisfacente aiuta molto al fine di evitare ricadute, l'insoddisfazione è il pericolo maggiore da cui non è facile proteggersi..... L'aiutare gli altri è quello che mi sta aiutando a riempire il mio vuoto.

Paolo Marengo

Direttore dell'accoglienza, Gruppo Valdinievole

L'associazione Gruppo Valdinievole è nata nel 1989 dalla volontà di poche famiglie per contrastare il fenomeno droga e dotarsi degli strumenti necessari per farlo concretamente e sull'esperienza del suo fondatore Giovanni Moschini



Il valore della comunicazione

Nell'ultima Conferenza Nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, svoltasi a Palermo nello scorso mese di dicembre si è dedicata un'apposita commissione, durante i tre giorni di lavoro, alla prevenzione come elemento indispensabile per la lotta alla droga. In realtà la commissione prevedeva l'allargamento della discussione anche ai temi della comunicazione e della formazione, ineludibili per ciò che attiene alla prevenzione. Non si riesce cioè a fare una buona prevenzione, se a monte non c'è un'adeguata formazione e se non si riesce a comunicarla nel migliore dei modi. Ecco perché questi tre temi non possono essere separati se si vuole raggiungere l'obiettivo prefissato, non far entrare i più giovani in contatto con le sostanze e non farci ricadere quelli che ne sono usciti. Spesso si utilizza il concetto di prevenzione in maniera confusa (o non scientifica); è anche per tale ragione che gli stessi interventi, poi, difettano. Ciò che avviene più frequentemente è che la prevenzione primaria e quella secondaria vengano confuse tra loro. Un pò più marcata appare, invece, la distinzione per quanto attiene alle specifiche della prevenzione terziaria.

Prevenzione primaria: In Italia non esiste un intervento primario definito, dal punto di vista preventivo, soprattutto per quanto attiene all'aspetto psico-sociale. Tale prevenzione, infatti, dovrebbe essere svolta a partire dai primi anni di età. La letteratura evidenzia (S. Freud, M. Klain, D. Winnicott, A. Sigal, etc) che perché non si vengano a creare traumi che portino a delle fissazioni inconsce, dunque a dei problemi, fondamentale è il primo rapporto madre-bambino (0 – 36 mesi), successivamente il periodo di pre-latenza (3 – 5\6 anni) e, in ultimo, la fase di latenza (5\6 – 12\13). È evidente, perciò, che prima inizia l'intervento preventivo, maggiore è la possibilità che lo sviluppo sia sano (così come, evidentemente, il sistema di cui questo fa parte). Per tali ragioni sarebbe persino restrittivo, se non addirittura errato, parlare di prevenzione primaria mirata ad una specifica problematica ("comparsa" in età adolescenziale). La persona è una ed unica; la problematica proposta è quella più egosintonica, così come, evidentemente, nel caso delle sostanze (legali e\o illegali), egosintonica è la "cura" ricercata (sostanza specifica).

Senza voler proporre un'analisi psico-sociologica, l'attenzione dovrebbe però ritornare alla famiglia (prima istituzione formativa). Per poter sviluppare questa strategia, a questo punto, fondamentale è il ruolo svolto dalle altre fondamentali istituzioni formative quali asili nido, scuole materne, scuole elementari e scuole medie inferiori, essendo queste di più facile raggiungibilità per gli operatori deputati a tale tipo di lavoro (Psicologi, Psicoterapeuti, Educatori Professionali, etc). È qui che, mediante dette figure professionali, possono essere pro-

Spesso si utilizza il concetto di prevenzione in maniera confusa (o non scientifica). È anche per tale ragione che gli stessi interventi, poi, difettano

posti degli sportelli di ascolto e consulenze in grado di poter osservare le interazioni del bambino con i pari, con gli insegnanti ed i genitori. In detto modo si potrebbe stimolare, nel tempo, un differente approccio allo strumento professionale di prevenzione, attraverso una tempestiva offerta e richiesta di aiuto. Gli interventi informativi rispetto alla conoscenza delle sostanze, così come i loro effetti e le loro conseguenze, dovrebbero iniziare, ad ogni modo, a partire dalle scuole medie inferiori.

Distingueri bene, dunque, intervento preventivo, degno di tale nome, dall'intervento di tipo informativo. È vero, infatti, che spesso i giovani sono in possesso di informazioni false, dal punto di vista scientifico, circa le sostanze e quanto ad esse riferito, però è oramai acquisito il concetto che la droga fa male. Sapere aiuta a prendere delle decisioni consapevolmente ma non evita, evidentemente, la possibilità di utilizzo delle varie sostanze. Come mai persone intelligenti ed affermate fanno uso di eroina, cocaina, cannabis ecc. Come mai i maggiori utilizzatori di droghe sintetiche sono studenti? Forse perché non sanno che fa loro male?

Prevenzione secondaria: In questo caso non si può pensare di proporre facili rimedi perché possa cessare l'utilizzo di sostanze. ...anche perché, purtroppo, non esistono. Le informazioni terroristiche sono quelle che nel brevissimo periodo possono produrre, in un numero di casi ridotti, una riduzione e\o sospensione dell'uso\abuso di sostanze ma, anche le alternative alla droga (quali persino lo sport) che spesso vengono offerte, non possono essere strumento di cura. Questi elementi, in grado di allietare e valorizzare il tempo libero, sono più importanti nel momento in cui non sia ancora avvenuto il primo contatto (idem per quanto riguarda gli altri passatempi). Le droghe assolvono ad un tentativo infruttuoso di "cura" delle

ferite che hanno determinato le ragioni del primo contatto e del successivo utilizzo. In questa fase dell'intervento, comunque, gli stessi centri di ascolto e consulenza da istituirsi in tutte le scuole medie superiori, parallelamente alla prevenzione primaria, potrebbero svolgere un lavoro di consapevolezza ed accettazione della problematica manifesta (uso\abuso droghe), al fine di poter offrire un intervento congruo con la situazione definitasi.

Entra in gioco a questo punto l'importanza della comunicazione. Questa deve essere assolutamente mirata al target al quale è riferita. Bisognerebbe proporre, attraverso una modalità comunicativa giovanile e non ideologizzata (scientificamente corretta), un insieme di strumenti (video, radio, filmati, fiction, fumetti, etc) che stimolino l'attenzione e la fantasia, perché i messaggi (non escludendo anche quelli di tipo metaforico) proposti possano sedimentare, al fine di poter essere accettati (resi propri) dall'interessato. Questo prevede la responsabi-

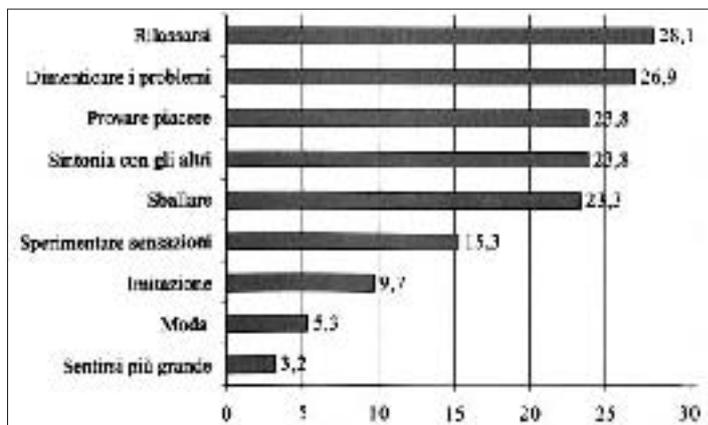
*Bisognerebbe proporre,
attraverso una modalità
comunicativa giovanile
e non ideologizzata
un insieme di strumenti
che stimolino l'attenzione e
la fantasia, al fine
di poter essere accettati
(resi propri)
dall'interessato*

La droga nel bicchiere

Non possiamo dimenticare che l'alcolismo è la più rilevante e comune forma di tossicomania. Le principali vittime sono i giovani, che da un lato possono essere indotti all'esempio da genitori alcolisti e dall'altro sono soliti associare il consumo di droghe e alcol al divertimento

L'alcol è la droga più conosciuta, la più antica e diffusa nel mondo, nonostante la sua elevata tossicità. Il vasto ruolo che la produzione e il consumo di bevande alcoliche hanno nell'economia e nella vita del nostro Paese, non possono farci dimenticare che l'alcolismo è il problema più rilevante di tutte le forme di tossicomania. Infatti, sebbene l'alcol sia legale e socialmente accettato, provoca molti più danni rispetto alle cosiddette "droghe d'abuso": basti pensare che la guida in stato d'ebbrezza è una delle cause primarie di incidenti stradali in Italia. Le principali vittime della tossicodipendenza sono i giovani, che sono soliti associare il consumo di droghe e di alcol al divertimento, alla discoteca, alla musica e alla trasgressione. La voglia di emergere, di sentirsi "grandi" e accettati dal gruppo degli amici, li spinge a sottovalutare i rischi che l'assunzione di sostanze tossiche comporta. Aiutare gli alcolisti ad uscire dal tunnel della dipendenza è il proposito dei "Club Alcolisti" presenti in Italia. Per conoscere meglio queste associazioni, la loro attività e i loro obiettivi abbiamo contattato Monique Crettaz, insegnante-servitrice nel Club Alcolisti di Lestizza (provincia di Udine), responsabile delle famiglie degli alcolisti per la Scuola territoriale e membro della commissione dell'A.R.C.A.T. Codroipese, associazione che si occupa del recupero delle persone con problemi alcol-correlati seguendo il metodo di V. Hudolin. Secondo questa metodologia, il Club degli Alcolisti in Trattamento è una comunità multifamiliare inserita nella comunità locale, che si occupa del trattamento dei problemi alcol-correlati, ma che si apre anche alla multidimensionalità della sofferenza umana, e alla possibile combinazione tra problemi alcol-correlati e consumo di altre sostanze, disturbi psichiatrici, persone senza dimora e inferiore ai 30 anni o con comportamento autodistruttivo o violento. Il Club di Lestizza - spiega la signora Monique - accoglie persone con problemi di alcolismo per aiutarle a smettere di bere, cercando di coinvolgerne anche le famiglie perché siano di supporto al proprio familiare. Il Club, che ha sede a Sclau Nicco, si riunisce una volta alla settimana per un'ora e mezza e attualmente vi fanno parte 8 - 9 famiglie, alcune delle quali non frequentano regolarmente le riunioni. Molte di queste persone vengono emarginate dalla società a causa dei loro problemi di alcolismo e durante gli incontri del Club riescono a poco a poco a ritrovare la serenità di cui hanno bisogno per superare le loro difficoltà e ricominciare a condurre una vita il più possibile normale. Questo avviene grazie all'apporto di solidarietà che vi trovano, alla possibilità di parlare liberamente dei loro problemi e di trovare insieme una soluzione. Si cerca di individuare le cause che hanno spinto una persona a bere fino a diventare dipendente, e che possono essere identificate nella depressione, nei problemi familiari ecc. Molti giovani iniziano a bere perché vengono influenzati negativamente dai genitori alcolizzati, che sono di cattivo esempio. Il Club, inoltre, promuove serate di sensibilizzazione rivolte soprattutto ai ragazzi, per invitarli ad entrare nel club nel caso in cui non riescano a limitare il bere durante le serate con gli amici, in discoteca o nei pub, oppure nel caso in cui un familiare sia alcol-dipendente. Campagne di sensibilizzazione, inoltre, sono rivolte anche ai genitori dei bambini delle Scuole

Motivazioni del bere



Elementari territoriali per esortarli ad essere un esempio positivo per i figli, evitando di assumere alcol in loro presenza. I bambini, infatti, prendono a modello le azioni e i comportamenti dei genitori e cercano per quanto possibile di imitarli. "Non mancano le difficoltà, che chi entra a far parte del Club si ritrova a dover affrontare: spesso viene isolato dalla cerchia di amici che era solito frequentare e con cui si ritrovava per bere. Per questo le persone che decidono di smettere si sentono sole ed il Club fa il possibile per offrire loro il calore e l'affetto di cui hanno bisogno. Nonostante ciò, tuttavia, il nostro sostegno non è sempre sufficiente a far uscire definitivamente una persona dalla dipendenza. Ci sono stati infatti dei casi in cui, malgrado i soggetti fossero bene inseriti nel Club, e fossero consistentemente supportati dalla famiglia, l'isolamento cui erano sottoposti da parte della collettività li ha spinti verso una ricaduta o addirittura al suicidio. Questo ci dimostra quanto sia determinante l'appoggio della comunità nei confronti delle persone in "trattamento". Nella nostra regione in particolare il consumo di alcolici viene associato al piacere di stare insieme e di relazionare con gli altri, per questo motivo chi non beve in compagnia viene emarginato ed il suo atteggiamento viene considerato un torto alla collettività. Da qui si capisce come la società non veda di buon grado le associazioni che combattono l'alcolismo". Monique riferisce che il Club accoglie e dà aiuto anche a soggetti che hanno problematiche diverse dall'alcolismo, quali possono essere ad esempio l'anorexia, la depressione o altre patologie che coinvolgono la sfera psicologica e che portano inevitabilmente all'isolamento. L'associazione necessita, comunque, di un maggiore apporto di volontari a sostegno della propria attività e nel contempo ringrazia le altre associazioni, come l'A.N.A. e la Protezione Civile comunale che sono di continuo sostegno al Club. Si rivolge, infine, un appello soprattutto ai ragazzi, perché evitino di guidare dopo aver bevuto alcolici. Molte, infatti, sono le vittime di incidenti stradali causati da conducenti in preda ai fumi dell'alcol, che si lanciano sulle strade a folle velocità e che spezzano, senza volerlo, la loro vita e quella di altre persone.

Micaela Marangone

Il Club degli Alcolisti in Trattamento è al servizio della Comunità secondo poche regole semplici, il Club è composto al massimo da 12 famiglie; si moltiplica quando arriva la tredicesima; viene mantenuta la riservatezza su quanto detto al Club. Esso non appartiene ad alcuna istituzione o associazione, ma con esse può fattivamente operare in uno spirito di cooperazione e di rispetto delle reciproche autonomie. I programmi alcolologici territoriali dei Club pongono particolare attenzione alla spiritualità antropologica, all'etica, ai diritti dei cittadini e dei popoli, alla pace, allo sviluppo dei legami di amicizia, amore e solidarietà. La partecipazione al Club da parte delle famiglie è gratuita. Il servitore-insegnante presta la sua opera nel Club volontariamente e gratuitamente. A livello locale, le Associazioni dei Club organizzano inoltre le scuole alcolologiche territoriali itineranti. Ogni famiglia si impegna attivamente nello sviluppo dei programmi facendo conoscere i Club ad altre famiglie. Questo allo scopo di favorire l'ingresso diretto nei Club delle famiglie della comunità, evitando, quando possibile, il passaggio attraverso i servizi pubblici (Sert, Salute Mentale). Le Associazioni si impegnano a diffondere sul loro territorio le informazioni mediante pubblicazioni o giornalini, mentre a livello nazionale vengono pubblicate le riviste "Informaclub", "Camminando Insieme" e "Alcolismi".

Il farmaco non ce la fa

È in aumento l'uso di cocaina, che rappresenta un problema sanitario primario in quanto associato a gravi complicanze mediche. In Unione Europea e Norvegia il consumo di questa droga è aumentato e, secondo la relazione sull'evoluzione del fenomeno droga, nel 2002 avrebbe coinvolto una percentuale della popolazione compresa tra lo 0,5% e il 3,5 %

Nell'articolo di Agus et al.: "Cocaina: dipendenza e trattamento", l'uso cronico di cocaina rappresenta un problema sanitario di rilievo primario, essendo condizione frequente e associata a gravi complicanze mediche, psicologiche e sociali. Basti pensare che secondo la Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione Europea e Norvegia del 2002, il consumo di cocaina in questi ultimi anni è andato aumentando e attualmente coinvolgerebbe una percentuale della popolazione generale compresa tra lo 0,5 e il 3,5%(1). Appare, quindi, comprensibile lo sforzo dedicato all'individuazione di strategie di divezzamento dalla dipendenza da cocaina. La terapia farmacologica è parte rilevante di tali strategie e la letteratura scientifica internazionale rende sistematicamente conto dei risultati ottenuti in questo campo dalla ricerca clinica, mirante non solo a sperimentare nuovi farmaci, ma anche a replicare i risultati ottenuti da precedenti studi. La robustezza di un effetto terapeutico è, infatti, determinata dalla sua replicabilità.

È possibile avere una misura oggettiva della replicabilità di un risultato? La metanalisi è la risposta a questa esigenza; essa è infatti una tecnica statistica quantitativa, che permette di combinare i dati di più studi aventi lo stesso obiettivo, generando un unico dato conclusivo, per rispondere a uno specifico quesito. Questa tecnica risulta utile quando esista incertezza nella valutazione di efficacia di un trattamento, o perché i risultati dei singoli studi non sono univoci, oppure perché i singoli studi sono effettuati su pochi pazienti e, considerati singolarmente, non hanno potenza sufficiente a raggiungere significatività statistica. La combinazione dei dati diminuisce, quindi, l'imprecisione dei risultati dei singoli studi. Il risultato complessivo è espresso con le stesse misure di associazione utilizzate per i singoli studi, p. es., rischio relativo(2).

L'adozione della tecnica della metanalisi rende, pertanto, particolarmente interessante l'articolo nel quale Addiction fa il punto sul trattamento farmacologico della dipendenza da cocaina(3). In questa revisione sistematica della letteratura sono stati messi a confronto 45 diversi studi, in ognuno dei quali è stata valutata l'efficacia di un farmaco nella terapia della dipendenza da cocaina, utilizzando come parametri di successo terapeutico il mantenimento in terapia del paziente e/o la negativizzazione delle sue urine per i metaboliti della cocaina. È assai probabile che pochi studi pubblicati siano rimasti esclusi dall'analisi, poiché essi sono stati individuati utilizzando i principali motori di ricerca biomedica: Cochrane Library holdings, ENBASE, MEDLINE, PsycLIT, Biological Abstracts e LILACS. Nella metanalisi in oggetto, per ogni farmaco, sono stati analizzati uno o più studi: nel caso della desmipramina, ad esempio, troviamo dieci studi, mentre per il gepirone, il litio, ecc. un solo studio. Da ogni studio gli autori hanno estrapolato la percentuale dei pazienti per i quali c'è stato riscontro di metaboliti della cocaina nelle urine, oppure la percentuale dei pazienti che hanno abbandonato lo studio, in altre parole il numero dei pazienti per i quali il trattamento

si è dimostrato inefficace. Per ogni farmaco, nella tabella di seguito, troviamo il risultato complessivo, frutto dunque di un'unica o di più sperimentazioni. Nella prima colonna della tabella sono riportati i nomi dei farmaci oggetto degli studi. Inoltre, per ogni farmaco sperimentato, è riportato il rischio relativo (RR) per quanto riguarda sia la positività urinaria (nella seconda colonna) sia l'abbandono della terapia (nella terza colonna), con intervallo fiduciale al 95% (riportato in parentesi quadra).

I risultati riportati in tabella appaiono alquanto deludenti: per entrambi gli esiti di trattamento considerati (ritenzione in trattamento e negatività urinaria) nessuno dei farmaci esaminati ha dimostrato una efficacia relativa che si discosti statisticamente dall'unità rispetto al placebo. Insomma, ad un esame statistico stringente, risultano inefficaci. Unica apparente eccezione, i pazienti assuntori di fluoxetina dimostrano una minore tendenza ad abbandonare lo studio (RR 0.53, con intervallo fiduciale 0.32-0.88). È necessario, però, considerare che questo risultato è derivato da un unico studio e quindi una sua replica è indispensabile per valutarne la reale efficacia. Possiamo concludere che, sebbene la metanalisi abbia validità solo in determinate condizioni di omogeneità degli studi osservati (intervento valutato, esiti considerati, tipologia di pazienti inclusi ecc.) e sia dunque difficile trarre conclusioni certe, i risultati di questo studio di metanalisi dimostrano che, nel trattamento della dipendenza cronica da cocaina, non sussiste l'evidenza di efficacia di nessun farmaco tra quelli studiati.

Anna Mellini

Scuola di Specializzazione in Tossicologia Medica
Dipartimento di Fisiologia Umana e Farmacologia
Università di Roma La Sapienza
www.droga.it

Farmaco	Positività urinaria	Abbandoni
Desmipramine	0.82 [0.60-1.14]	1.03 [0.82-1.31]
Fluoxetina	1.17 [0.53-2.65]	0.53 [0.33-0.88]
Gepirone	1.40 [0.57-3.75]	0.86 [0.46-1.62]
Amisulpride	1.01 [0.79-1.29]	1.11 [0.92-1.33]
Amisulpride	0.87 [0.76-1.01]	1.01 [0.71-1.42]
Carbamazepine	0.92 [0.76-1.10]	0.88 [0.75-1.03]
Orlistat	0.97 [0.79-1.18]	1.04 [0.92-1.18]
Mazindol	0.88 [0.74-1.04]	0.82 [0.41-1.66]
Litio + carbamazepine	0.86 [0.69-1.07]	
Imipramine		0.81 [0.54-1.17]
Ritonzolo		0.85 [0.49-1.56]
Argenteo		1.22 [1.09-1.35]
Nefazodone		1.10 [0.76-1.59]
Phenytin		0.98 [0.91-1.04]
Clonidine		0.87 [0.66-1.16]

La biochimica dell'autodistruzione

Modificazioni nel metabolismo di aree corticali e limbiche, paralisi del sesto paio dei nervi cranici, complicazioni cardiologiche che portano alla morte, effetti psicologici che inducono ossessività, ansia, ostilità, ideazioni paranoiche, psicoticismo, disturbi del sonno e dell'appetito. Sono alcune, riconosciute conseguenze dell'assunzione di ecstasy

1 Epidemiologia

La relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea ci informa che dall'1 al 5% degli individui di età compresa tra i 16 e i 34 anni ha fatto uso di amfetamine e/o ecstasy. Nel Regno Unito il consumo è stato più elevato: del 16% per l'anfetamina e dell'8% per l'ecstasy. Il sequestro di pasticche di ecstasy in Europa ha raggiunto un picco di 9,9 milioni nel 1996, mentre nel 1998 (ultimo anno disponibile) è di 6,2 milioni.

Indagini chimico-analitiche condotte sulle pasticche sequestrate hanno evidenziato un prevalente contenuto di MDMA o sostanze simili (MDEA e MDA), ma anche di anfetamina o caffeina. Una recente comunicazione di fonte nordamericana estende al destrometorfano, efedrina, pseudoefedrina e salicilato la lista dei composti presenti nelle pasticche di ecstasy. Particolarmente preoccupante la presenza di alte dosi di destrometorfano (103-211 mg), perchè capaci di indurre effetti simili a quelli prodotti dalla fenciclidina (Baggott et al., 2000).

2. Metabolismo

Le metilendiossiamfetamine subiscono un processo ossidativo che segue due vie. La principale è quella di demetilenazione che porta alla formazione di composti catecolici reattivi, che vengono poi coniugati attraverso la metilazione, la glucuronidazione o la solfatazione. La seconda via, meno importante, consiste nella dealchilazione della catena laterale con formazione della corrispondente amina, a sua volta ossidata al rispettivo derivato benzoico. Sebbene sia assodata la partecipazione del sistema microsomiale epatico a tale metabolismo, molto lavoro è stato dedicato ad individuare quale degli innumerevoli isozimi del citocromo P450 ne sia il principale responsabile. Uno studio condotto su microsomi epatici umani provenienti sia da un metabolizzatore CYP2D6 rapido che da uno lento ha fornito importanti chiarimenti al riguardo (Kreth et al., 2000). È stato innanzitutto assodato che il contributo della demetilenazione al metabolismo dell'MDMA è da 7 a 40 volte maggiore rispetto alla dealchilazione. A basse concentrazioni del substrato la demetilenazione è principalmente svolta dall'isozima CYP2D6, mentre ad alte concentrazioni prevale l'attività di isozimi a bassa affinità, quali il CYP1A2 (il principale), il CYP1A1 e il CYP3A4. Nessun isozima ad alta affinità partecipa invece al processo di dealchilazione, che è svolto principalmente dal CYP2B6.

L'interesse in questi studi deriva dal fatto che fattori genetici e farmacotossicologici modificano profondamente l'attività microsomiale epatica. In effetti, l'assunzione del ritonavir, un potente inibitore sia della CYP3A4 che della CYP2D6, è stata associata ad un caso fatale di intossicazione da MDMA (vedi precedente edizione di questo articolo).

3. Effetti acuti

Effetti psicologici

Quali sono le strutture cerebrali coinvolte negli effetti psicologici dell'MDMA? A questa domanda ha cercato di dare risposta un elegante studio che, utilizzando la PET (Positron Emission Tomography), ha esaminato le modificazioni regionali cerebrali del flusso ematico indotte da una singola dose orale di MDMA (1.7 mg/kg) somministrata a volontari che non avevano mai fatto uso della sostanza. Ne risultava un aumentato flusso ematico nella corteccia frontale ventromediale e occipitale, nel lobo temporale inferiore e nel cervelletto. Una riduzione era osservata invece nella corteccia motoria e somatosensoriale, nel lobo temporale, nell'amigdala sinistra, nel cingolo, nell'insula e nel talamo. Questi effetti si associavano all'atteso miglioramento dell'umore, all'aumentata estroversione, alla derealizzazione di modesto grado e alle lievi alterazioni percettive. In definitiva gli effetti psicologici dell'ecstasy apparivano associate ad un variegato mosaico di modificazioni nel metabolismo di aree corticali e limbiche (Gamma et al., 2000). Che così diffuse modifiche siano indotte dall'azione serotoninergica dell'MDMA è compatibile con la pervasività della neurotrasmissione 5-HT nel nevrasso.

Lo stesso gruppo di ricerca ha fornito ulteriori elementi di prova in favore del ruolo del sistema serotoninergico nel mediare gli effetti psicologici dell'ecstasy. In un primo studio hanno osservato che la somministrazione di 40 mg ev di citalopram, un bloccante del trasportatore della 5-HT, era in grado di prevenire tali effetti prodotti dall'MDMA (1.5 mg/kg os) in 16 volontari sani (Liechti et al., 2000a). Ciò estende all'uomo la nozione che gli effetti neuropsichici dell'MDMA sono dovuti ad uno scambio 5-HT/MDMA a livello del trasportatore con conseguente aumento sinaptico del neurotrasmettitore. In un successivo studio è stato esaminato il ruolo dei recettori 5-HT_{2A/C} nel mediare l'aumentata trasmissione serotoninergica, visto che tali recettori sono impegnati nell'espressione degli effetti degli allucinogeni serotoninergici (Liechti et al., 2000 b). Alla dose di 50 mg os la ketanserina si è così dimostrata capace di bloccare gli effetti percettivi e l'eccitazione emotiva, mentre non modificava il buon umore, il benessere e l'estroversione. Di particolare interesse la normalizzazione della temperatura corporea aumentata dall'MDMA. È bene tuttavia rammentare che l'MDMA possiede, anche se in misura ridotta, la capacità di indurre rilascio di dopamina. In accordo con questo meccanismo, di nuovo Liechti e Vollenweider (2000a) hanno osservato che quegli effetti psicologici positivi dell'MDMA che non erano bloccati dalla ketanserina, lo erano dall'aloiperidolo (1.4 mg ev).

Effetti cardiovascolari

Tra gli effetti acuti quelli cardiovascolari continuano a suscita-

re un preoccupato interesse. Essi consistono in un aumento della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa sia diastolica che sistolica, della gittata cardiaca (Lester et al., 2000). Il ruolo del sistema serotonergico in tali effetti è stato recentemente suggerito da uno studio in cui il pretrattamento con citalopram (40 mg ev) era in grado di prevenire l'incremento della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca indotto dalla somministrazione di MDMA (1.5 mg/kg os).

Tossicità acuta

Continua la segnalazione di casi in cui l'assunzione di MDMA rimane per esclusione la causa più plausibile dell'evento patologico. Tra questi, un caso di paralisi del sesto paio di nervi cranici con diplopia orizzontale in un diciassettenne che negli ultimi due mesi aveva assunto 1 o 2 compresse di ecstasy ad intervalli di 5 - 7 giorni. L'interruzione dell'assunzione ha dato luogo ad una regressione spontanea della patologia (Schroeder and Brieden, 2000). Un secondo caso ha riguardato il decesso per dissezione aortica e tamponamento cardiaco di un ventinovenne dopo l'ingestione di ecstasy ad un rave party. Gli autori formulavano una probabile associazione tra l'evento fatale e l'assunzione di MDMA sulla base dell'assenza apparente di fattori di rischio nel soggetto e sulla presenza invece nei suoi liquidi biologici della sostanza a 48 ore di distanza dall'assunzione (Dufloou and Mark, 2000).

Effetti cronici

Assodato che anche nell'uomo l'MDMA produce quelle lesioni del sistema serotonergico già riscontrate nelle specie infraumane, l'interesse si è spostato a valutare quali siano le conseguenze funzionali di tali lesioni e quale ne sia la durata. A tal proposito Gerra e collaboratori (2000) hanno osservato che a distanza di 12 mesi persiste una ridotta risposta prolattinica alla somministrazione di un agente serotonergico (fenfluramina) nei consumatori di ecstasy, mentre quella cortisolica è ripristinata. Sulla base di questa osservazione gli autori suggeriscono una parziale reversibilità dell'azione neurotossica dell'MDMA. Tuchtenhagen e collaboratori (2000) hanno invece misurato comparativamente i potenziali evocati uditivi in soggetti normali, consumatori cronici di ecstasy o di cannabis. I consumatori di ecstasy mostravano un aumento di tali potenziali nella corteccia uditiva primaria all'aumentare dell'intensità dello stimolo. Poichè questo effetto è stato tipicamente osservato nei soggetti con tratti della personalità ritenuti associati con una diminuita attività serotonergica (high novelty or sensation seeking), gli autori ne deducono che nel soggetto consumatore cronico di ecstasy vi sia una simile riduzione del tono serotonergico. Ossessività, ansia, ostilità, ideazioni paranoiche, psicoticismo, disturbi del sonno e dell'appetito sono i disturbi psicologici osservati in un gruppo di forti consumatori di ecstasy comparativamente ai non consumatori e ai modesti consumatori (Parrott et al., 2000). In una approfondita rassegna dedicata ai possibili persistenti effetti psicologici dell'assunzione di ecstasy Morgan (2000) sostiene la crescente evidenza che l'uso cronico e intenso di ecstasy è associato con disturbi del sonno, depressione, ansia, impulsività ed ostilità, deficit della memoria e dell'attenzione. I deficit cognitivi persisterebbero per almeno sei mesi, mentre l'ansia e l'ostilità scomparirebbero dopo un anno di astinenza.

Paolo Nencini

Professore ordinario di farmacologia,

Istituto di farmacologia e servizio speciale antidroga

Facoltà di Medicina e Chirurgia Università "La Sapienza" Roma

SOS droga - www.droga.it

SINDROME DA SENSIBILIZZAZIONE

L'abuso di alcol, eroina e cocaina è ritenuto direttamente, o indirettamente, la causa delle tre principali cause di morte degli adolescenti: incidenti stradali, omicidio, suicidio. Un'indagine recente negli Stati Uniti ha calcolato che almeno un quarto dei suicidi tra gli adolescenti ha l'abuso di droga o di alcol come concausa. L'abuso di droghe e alcol produce anche conseguenze non mediche tra gli adolescenti quali il fallimento a scuola, l'incarcerazione, l'allontanamento dal nucleo familiare e la perdita del posto di lavoro. Alcune di queste conseguenze sono però legate allo stato illegale di alcune droghe. Recentemente, studiando gli effetti delle ripetute somministrazioni di droghe è stato scoperto un fenomeno di estremo interesse clinico: la cosiddetta "sensibilizzazione". Si è osservato cioè che le ripetute somministrazioni nel ratto di cocaina, amfetamina, morfina e perfino di nicotina, sensibilizzano l'animale agli effetti comportamentali delle successive somministrazioni della stessa sostanza, anche se questa viene iniettata molto tempo dopo l'ultima dose. Ad esempio, una dose di cocaina normalmente inefficace diventa molto potente se viene somministrata ad un animale che ha avuto nel passato ripetute somministrazioni della stessa sostanza. Le implicazioni cliniche del fenomeno della sensibilizzazione sono evidenti: essa può spiegare gli effetti dirompenti di una dose di eroina, alcol, cocaina, nicotina, in individui che hanno smesso di assumere queste sostanze. Il che può spiegare perchè la dipendenza riprecipita se uno riprende anche per una sola volta a fumare, a bucarsi o a bere. Ma il fenomeno della sensibilizzazione è ancora più interessante. È stato scoperto che la cocaina non sensibilizza solo verso se stessa ma anche nei confronti dell'eroina e viceversa. Benchè il numero dei neuroni sia già definitivamente stabilito fin dalla prima infanzia, il cervello continua a presentare fino all'adolescenza un fenomeno chiamato plasticità neuronale. Esso consiste nella produzione o eliminazione di sinapsi, nella progressiva mielinizzazione di fibre nervose, nelle variazioni della concentrazione di neurotrasmettitori e dei sistemi della loro neutralizzazione, infine nella variazione del numero dei recettori dei differenti neurotrasmettitori. Questi processi di plasticità neuronale sono controllati, in parte, dagli stessi neurotrasmettitori. Ad esempio, variazioni nelle concentrazioni della dopamina nelle sinapsi possono modificare in più o in meno il numero dei recettori di questo neurotrasmettitore. Un ruolo particolarmente importante nei processi di sinaptogenesi svolge l'acido glutammico. Questo neurotrasmettitore eccitatorio agendo in particolari recettori chiamati NMDA decide sul "destino" di certi neuroni e di certe connessioni neuronali. Poichè le diverse droghe, come la cocaina, l'amfetamina, l'eroina e l'alcol modificano l'azione di differenti neurotrasmettitori esse alterano pertanto le normali condizioni nelle quali devono realizzarsi i suddetti processi neurobiologici. È prevedibile che l'assunzione di queste sostanze in dosi adeguate e per tempi sufficientemente prolungati possa influenzare lo sviluppo neurobiologico del cervello dell'adolescente e quindi i suoi correlati funzionali: cognitivi emotivi e comportamentali. Poichè nel bambino e nell'adolescente i successivi livelli di organizzazione di tipo cognitivo, psicologico, sociologico possono realizzarsi solo se si sono organizzati i precedenti stadi di organizzazione un'alterazione nella maturazione neurobiologica potrebbe avere delle conseguenze a lungo termine.

La droga che aiuta

Il 90 % dei pazienti potrebbero rispondere in modo ottimale ai farmaci oggi disponibili ma ancora oggi il medico, nell'affrontare un dolore severo, si trova spesso nell'indecisione di somministrare farmaci oppiacei. Ciò è dovuto non solo al timore degli effetti collaterali che una tale terapia potrebbe comportare, ma soprattutto alla possibilità di indurre uno stato di dipendenza iatrogena

1 Introduzione
L'adeguato trattamento del dolore cronico resta ad oggi uno dei principali problemi di salute pubblica. Si stima che dal 40 all'80% dei pazienti con dolore oncologico non ricevano un'adeguata terapia del dolore. Questi dati acquistano un significato ancora più profondo se si considera che circa il 90% dei pazienti potrebbe rispondere in maniera ottimale ai farmaci oggi a nostra disposizione. La terapia a base di oppiacei resta uno dei capisaldi nel "management" del dolore. L'OMS ha stabilito da tempo delle linee guida per quanto concerne la terapia antalgica: il dolore oncologico deve essere affrontato mediante l'impiego sequenziale di tre categorie di farmaci subentranti l'una all'altra (FANS, oppiacei minori, oppiacei maggiori), secondo una progressione a gradino. L'approccio sequenziale si attua nelle seguenti tre fasi:

- Alla comparsa del dolore vanno somministrati i FANS che possono essere associati eventualmente e secondo i casi ai cosiddetti "farmaci adiuvanti", come ansiolitici, antidepressivi, anticonvulsivanti, cortisonici. I farmaci adiuvanti sono un gruppo molto eterogeneo di sostanze che possono potenziare l'azione analgesica (vedi antidepressivi triciclici), agire su alcune cause di dolore (vedi cortisonici) e controllare altri sintomi associati al dolore.
- Quando i FANS non sono più sufficienti a controllare il dolore si introducono gli oppiacei minori, che possono essere associati agli stessi FANS e/o agli adiuvanti.
- Quando, in una successiva fase, gli oppiacei minori non sono più sufficienti, si utilizzano gli oppiacei maggiori associati o no ai FANS e/o agli adiuvanti.
- Quando un farmaco della classe iniziale o intermedia, se impiegato correttamente, perde la sua efficacia, è necessario ricorrere ad un farmaco appartenente alla classe superiore. Nonostante queste chiare indicazioni terapeutiche, ancora oggi il medico, nell'affrontare un dolore severo, si trova spesso nell'indecisione di somministrare farmaci oppiacei. Ciò è dovuto non solo al timore degli effetti collaterali che una tale terapia potrebbe comportare, ma soprattutto alla possibilità di indurre uno stato di dipendenza nel paziente. I dati presenti in letteratura sono alquanto contrastanti: se da un lato i terapisti del dolore riferiscono un rapporto rischio/beneficio a favore dell'utilizzo di tale terapia, dall'altro i tossicologi segnalano il pericolo d'abuso/misuso connesso ad un utilizzo degli oppiacei minori (es. codeina, ossicodone) come analgesici da banco. Qui di seguito vengono riassunti alcuni recenti dati di letteratura riguardo lo sviluppo di dipendenza iatrogena agli oppiacei.

2. Oppiacei e dipendenza iatrogena

Uno studio del 2000 ha analizzato negli Stati Uniti, nel periodo tra il 1990 e il 1996, le tendenze nell'utilizzo medico e nell'abuso di cinque oppiacei: il fentanil, l'idromorfone, la meperidina, la morfina e l'ossicodone. Dall'analisi sono stati esclusi altri tipi di oppiacei (ad es. la combinazione idrocodone-codeina e il metadone) che hanno indicazioni

diverse da quella per la cura del dolore severo. Lo studio ha utilizzato come fonte di informazione per l'analisi dell'abuso di questi farmaci il Drug Abuse Warning Network (DAWN: banca-dati che registra sin dal 1972 gli episodi di abuso di sostanze che giungono all'osservazione delle strutture di pronto soccorso) e l'Automation of Reports and Consolidated Orders System (ARCOS: registra il numero di prescrizioni mediche dei narcotici) per l'analisi dell'uso medico degli oppiacei. Il numero di prescrizioni dei farmaci è stato espresso in grammi complessivi utilizzati e in grammi/100.000 persone, mentre gli indici d'abuso utilizzati sono stati il numero complessivo di soggetti abusatori e la percentuale della popolazione per la quale è presente nella banca dati una o più segnalazioni di episodi di abuso.

I dati (vedi tab.1) indicano che dal 1990 al 1996 c'è stato un incremento nelle prescrizioni di tutti gli oppiacei considerati, tranne che per la meperidina, e un decremento delle segnalazioni di abuso delle sostanze, tranne che per la morfina. Se si considera il numero totale di segnalazioni di episodi di abuso di sostanze, si osserva, durante lo stesso periodo, un incremento da 635.460 casi a 907.561 (incremento percentuale del 42,8%). Di questi quelli riferibili all'uso di analgesici oppiacei sono aumentati da 32.430 casi a 34.563 (+6,6%). Inoltre la quota percentuale di segnalazioni per abuso di oppiacei (rispetto alle altre categorie: analgesici non-oppiacei, alcol in combinazione con altre sostanze d'abuso) è diminuita dal 5,1% al 3,8%.

I dati confermano dunque che nonostante l'incremento dell'uso medico degli oppiacei, questo non sembra contribuire all'incremento dell'abuso.

Tabella1

DOSS	variazione della prescrizione (%)	variazione dell'abuso (%)	Le segnalazioni di abuso registrate
Morfina	+63%	+3%	Da 528 a 452
Fentanil	+155%	6%	Da 69 a 34
Ossicodone	+23%	2%	Da 4526 a 2150
Idromorfone	-3%	-5%	Da 7 a 606
Meperidina	-35%	-30%	Da 1335 a 808

Uno studio successivo ha preso in considerazione, utilizzando le stesse fonti (DAWN e ARCOS), la tendenza nell'uso e abuso di fentanil, morfina e ossicodone, nel periodo che va dal 1997 al 2001. Lo studio ha colto un aumento delle visite presso le strutture di pronto soccorso indotte o correlate all'uso di queste sostanze (fentanil: incremento del 249,8%; morfina: incremento del 161,8%; ossicodone: incremento del 267,3%) (vedi Tab.2). Ma se si analizzano meglio i dati circa gli episodi segnalati dal DAWN si scopre che le menzioni per ciascuna delle tre classi di oppiacei restano al di sotto del 2% del totale delle segnalazioni complessive per sostanze d'abuso. Inoltre i dati riportati dal sistema ARCOS segnalano un incremento dell'uso medico di tali composti: fentanil +151,2%, morfina +48,8%, ossicodone +347,9%.

Tabella 2

Gruppi	Numero e percentuale delle segnalazioni nel 1997	Numero e percentuale delle segnalazioni nel 2001	Percentuale di cambiamenti dal 1997 al 2001
Farmaci	238 (0,42%)	713 (0,96%)	240,75%
Malattie	1.401 (2,45%)	2.406 (3,28%)	181,74%
Comorbide	5.072 (8,95%)	7.176 (9,88%)	20,65%
Analgesici oppiacei	27.178 (47,91%)	28.317 (38,25%)	10,38%
Altre sostanze segnalazioni per sostanze d'abuso	542.582 (962,9%)	1.165.587 (1603%)	21,88%

I dati analizzati in questo studio suggeriscono che gli analgesici oppiacei continuano ad occupare una posizione secondaria tra le sostanze d'abuso. Sebbene la somma dei casi di segnalazione d'abuso stia continuando a salire (dal 5,7% all'8,5% con un incremento del 48,4%), questi casi possono essere considerati comunque un fenomeno marginale se confrontati con l'aumento esponenziale del numero di prescrizioni di queste potenziali sostanze d'abuso.

3. L'altro lato della medaglia

Se da un lato le statistiche riportate sopra tranquillizzano circa la frequenza con cui si sviluppa una dipendenza iatrogena, bisogna ricordare che queste statistiche utilizzano come banca dati la DAWN che segnala i ricoveri presso le strutture di pronto soccorso: osservano quindi solo una parte del fenomeno. In alcuni paesi, oppiacei minori (codeina, ossicodone) sono largamente diffusi. In America la codeina è frequentemente prescritta, da sola o in combinazione con analgesici non-oppiacei quali l'acido acetilsalicilico e l'acetaminofene (il Tylenol, che rappresenta la specialità farmaceutica maggiormente prescritta nell'ultimo decennio, in alcuni paesi è presente in formulazioni in cui l'acetaminofene è associato alla codeina), per il trattamento del dolore da lieve a moderato e per il trattamento della tosse. In Canada la codeina è anche disponibile come farmaco OTC nella formulazione da 8 mg. Proprio in Canada sono stati condotti alcuni studi che hanno evidenziato il rischio connesso ad una diffusione così ampia di tali farmaci. Tali studi dimostrano infatti che la dipendenza, secondo i criteri del DSM IV, è relativamente comune tra coloro che utilizzano in maniera ricorrente o cronica la codeina e che un'alta percentuale di soggetti dipendenti da oppiacei prescrivibili identifica in problemi fisici e psicologici la causa del loro uso, mentre il dolore è indicato come il motivo primario per l'inizio dell'uso degli oppiacei stessi. Elevati punteggi per sintomi depressivi e sofferenza psicologica sono presenti nella maggioranza degli utilizzatori regolari e in particolare tra quelli che presentano una diagnosi di dipendenza. Molti di questi soggetti sembrano quindi utilizzare gli oppiacei per modulare i loro sintomi di comorbidità.

Uno studio più recente, effettuato in Canada, ha cercato di analizzare le caratteristiche dei pazienti che hanno sviluppato dipendenza iatrogena. L'occasione per condurre questo studio è stata offerta dall'estensione in Ontario del trattamento metadonico a mantenimento (MMT) a soggetti che avessero sviluppato dipendenza verso oppiacei diversi dall'eroina. I dati sono stati ottenuti con uno studio retrospettivo condotto tra coloro che erano stati sottoposti ad un piano metadonico a mantenimento tra gennaio 1997 e dicembre 1999 (n=178) in un centro per la dipendenza e la salute mentale. I pazienti sono stati divisi in 4 gruppi:

- Pazienti con dipendenza da oppiacei senza storia di uso di eroina (24%).
- Pazienti con iniziale uso ricorrente di oppiacei prescritti e susseguente abuso di eroina (24%).
- Pazienti con iniziale uso di eroina e concorrente o susseguente uso di oppiacei prescritti (35%).

- Pazienti dipendenti da eroina senza storia di ricorrente uso di oppiacei prescritti (17%).

Alcune importanti differenze sono riscontrabili tra i gruppi di abusatori di oppiacei. Quelli dipendenti da oppiacei prescrivibili rispetto ai soggetti con dipendenza da eroina, avevano iniziato ad utilizzare oppiacei in un'età più avanzata, erano in uno stadio di dipendenza più strutturata, meno dediti all'uso di sostanze illecite (cannabis, cocaina) e all'uso di sostanze per via iniettiva. Erano più inclini ad attribuire l'uso iniziale di oppiacei ad una terapia del dolore sotto controllo medico e ad ottenere quindi gli oppiacei tramite prescrizione medica. Inoltre erano più spesso sotto trattamento psicofarmacologico (sedativi/ansiolitici o antidepressivi). I tre gruppi con storia di abuso di oppiacei prescrivibili erano inoltre simili sotto alcuni aspetti: non c'erano significative differenze circa la stabilità sociale misurata come relazione coniugale, impiego, problemi legali, né c'erano differenze circa l'utilizzo di altre sostanze d'abuso e precedenti tentativi di disassuefazione.

Ma ciò che colpisce di più sono le allarmanti percentuali fornite da questo studio: circa il 50% dei pazienti che si sono rivolti al centro per un trattamento di disintossicazione erano soggetti che avevano sviluppato una dipendenza da codeina. Il dato è paradossalmente in contrasto con le statistiche riportate nel paragrafo precedente, ma alcune spiegazioni sono fornite dagli stessi autori dello studio. Una prima chiave di lettura è proprio nella larga diffusione della codeina che in Canada origina dalla sua facile accessibilità in quanto contenuta in prodotti da banco: il farmaco verrebbe così utilizzato per indicazioni diverse da quelle per le quali è stato prescritto. La seconda chiave di lettura è nell'elevato grado di comorbidità psichiatrica riscontrato nei tre gruppi che utilizzavano codeina. Tale comorbidità era riscontrabile alla luce di diversi parametri: presenza di sintomi depressivi, trattamenti psichiatrici pregressi o concomitanti, numero di tentativi di suicidio, motivo che aveva indotto i pazienti ad utilizzare tale farmaco (se il dolore cronico rimaneva il primo motivo per tale scelta, il tentativo di alleviare la depressione e l'ansia risultavano essere al secondo posto). Questo è in accordo con precedenti studi che hanno osservato un'alta prevalenza di disturbi mentali nei pazienti che avevano iniziato un trattamento di divezzamento dagli oppiacei: Rounsaville et al. hanno riscontrato che, usando lo Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Lifetime Version, l'86,9% dei pazienti presentava i criteri diagnostici per un disturbo mentale. King et al. usando il DSM IIIr, hanno osservato che i pazienti presentavano nel 17% dei casi una diagnosi sull'asse I (sindromi cliniche) e nel 35% sull'asse II (disturbi dello sviluppo e della personalità). Ma nessuno di questi studi precedenti distingueva tra uso iatrogeno e non iatrogeno. In generale si ritiene che la sostanza è la causa primaria dell'abuso ma in questi casi potrebbe essere il disturbo psichiatrico a rappresentarne l'eziologia. L'intenso dibattito in psichiatria sulla doppia diagnosi ha focalizzato l'attenzione ancora una volta sull'ipotesi della self-medication come uno dei determinanti della dipendenza dalle sostanze d'abuso. Uno studio condotto su 339 soggetti, regolari utilizzatori di codeina (almeno 3 volte a settimana negli ultimi 6 mesi, escludendo i soggetti in trattamento per dolore oncologico), ha rilevato che il 37% dei soggetti presentava i criteri del DSM IV per la definizione di dipendenza. I criteri riscontrati erano predominantemente: tolleranza, astinenza, incapacità di ridurre i quantitativi quando necessario, tendenza ad assumere il farmaco per periodi più prolungati e in quantità maggiori di quelle opportune. Tali soggetti identificavano specifici problemi causalmente correlati con l'uso del farmaco, come la depressione (23%), l'ansia (21%), disturbi gastrointestinali (13%).

4. Conclusioni

Le caratteristiche degli individui che hanno sviluppato dipendenza o abuso iatrogeno da oppiacei e le circostanze della loro vita che hanno condotto a tale condizione non sono state ancora studiate e completamente chiarite. Il principale motivo per questa assenza è nella mancanza di una nomenclatura comune che permetta di determinare la prevalenza del fenomeno "dipendenza" nella popolazione di pazienti con dolore cronico. Il termine "addiction" è spesso usato come sinonimo di dipendenza con la quale molte persone interpretano la dipendenza fisica più che la dipendenza secondo i criteri del DSM IV. Inoltre i criteri del DSM IV si confanno meglio ad un tipo di dipendenza non iatrogeno. Utilizzando tali criteri si rischia di sovrastimare in alcuni casi il fenomeno: la dipendenza fisica è una comune conseguenza dell'uso cronico di oppiacei ed è ovvio che in una certa misura si sviluppi. Pertanto si sente il bisogno di chiare linee guida utili ad interpretare i criteri del DSM IV in una popolazione così particolare. Gli specialisti del dolore citano una bassa incidenza di abuso o dipendenza tra i pazienti facendo pendere la bilancia a favore di un miglioramento funzionale e di una migliore qualità della vita. Nonostante tali dati, la decisione di iniziare una terapia antalgica con farmaci oppiacei deve essere considerata con prudenza e attenzione, valutando la relazione tra rischi e benefici. La controversia circa l'utilizzo a lungo termine degli oppiacei nel trattamento del dolore (soprattutto quello di natura non oncologica) resta quindi aperto. La tradizionale repulsione nei confronti dell'uso degli oppiacei nel lungo termine sta però lasciando il posto ad una nuova volontà di esaminare criticamente i dati presenti in letteratura. Tali dati esprimono una sostanziale sicurezza circa l'uso degli oppiacei

almeno da un punto di vista strettamente statistico, ma avvertono anche del rischio che un uso indiscriminato di tali farmaci può comportare. Paradossalmente potremmo considerare la morfina un farmaco più sicuro della codeina. La prescrizione di oppiacei maggiori è infatti sottoposta a controlli accurati che rendendo difficile la loro reperibilità per soggetti che intendano utilizzarli senza controllo medico ed anche i soggetti sottoposti a tale terapia sono soggetti selezionati e seguiti nel tempo tramite accurati follow-up. Al contrario l'esperienza fatta da altri paesi, quali il Canada e gli Stati Uniti, che hanno introdotto un uso "indiscriminato" di oppiacei minori quali la codeina sta ponendo seri problemi. La possibilità di acquistare questo tipo di farmaci senza prescrizione medica ha contribuito alla diffusione dell'utilizzo di tali sostanze e ad un loro uso per indicazioni diverse da quelle per le quali sono prescritti. In un mercato così esteso è facile che anche gli individui, che presentino fattori di vulnerabilità nei confronti dello sviluppo di una dipendenza, abbiano facile accesso a tali tipi di terapie. Sembra dunque che, se da un lato occorre evitare la "demonizzazione" degli oppiacei, dall'altro è giusto che tali farmaci siano sottoposti a controlli adeguati nella prescrizione. La selezione dei pazienti e il controllo prolungato sono cardini essenziali al fine di evitare il diffondersi di "epidemie" di abuso da farmaci.

Marco Borghesan

Scuola di specializzazione in Tossicologia medica
Dipartimento di Fisiologia Umana e Farmacologia
Servizio Speciale Antidroga Università di Roma "La Sapienza"
e Policlinico "Umberto I"
SOS droga - www.droga.it

FATTORI PREDISPONENTI AL CONSUMO DELLE DROGHE

Diverse spiegazioni sono state avanzate: la facile reperibilità delle droghe, i disturbi della personalità e le malattie psichiatriche, la predisposizione genetica, un ambiente familiare poco felice, la pressione di gruppo esercitata dai coetanei, dei rapporti umani non soddisfacenti, la mancanza di autostima, la ribellione giovanile ed il desiderio di provare "cose nuove", la noia e la disoccupazione. Nonostante che i fattori che spingono all'uso improprio di droga siano stati oggetto di numerose ricerche, anche all'estero, non è stata mai individuata una causa singola, né un modello coerente di cause multiple.

Nei consumatori che giungono ai servizi, perché hanno acquisito uno stato di dipendenza, si osserva prevalentemente una bassa scolarità ed un'elevata incidenza di disturbi psichiatrici di varia gravità preesistenti all'uso delle droghe.

DIPENDENZA PSICOLOGICA E DIPENDENZA FISICA

Le droghe, come precedentemente detto, sono farmaci che, se usati in modo incongruo, possono dare dipendenza fisica e psicologica. Dipendenza fisica e psicologica sono dovute a delle alterazioni, prevalentemente funzionali di numerosi parti del nostro organismo provocate sia dalle droghe direttamente, sia dall'organismo in risposta alle modificazioni subite.

Instauratasi la dipendenza, la sospensione del farmaco solitamente induce una sindrome d'astinenza psichica e talora anche fisica di intensità e gravità variabili a seconda della droga usata, delle quantità assunte e delle caratteristiche dell'assuntore. Il problema più importante e comune a tutte le droghe ai fini della cura delle dipendenze e dell'eventuale guarigione è la dipendenza psicologica, in quanto, a differenza della dipendenza fisica, i meccanismi che la provocano difficilmente possono essere risolti completamente in breve periodo e, nella maggior parte dei casi, occorrono numerosi anni. La persistenza nel tempo della dipendenza psichica induce il paziente a far uso periodico della droga, anche in assenza di astinenza fisica.

Numerosi sono i farmaci, da non considerarsi droghe d'abuso perché inducono solo dipendenza fisica, ma non psicologica; tra questi i più noti sono alcuni di quelli usati per la cura dell'ipertensione, gli antidepressivi ed i cortisonici.

CLASSIFICAZIONE

Le sostanze d'abuso possono essere classificate secondo un criterio storico (antiche e moderne), preparativo (naturali, semisintetiche e sintetiche), chimico, ecc. Viene riportata una classificazione secondo il criterio clinico:

<i>Deprimenti</i>	<i>Eccitanti</i>	<i>Psichedelici</i>	<i>Eccitanti psichedelici</i>
<i>alcol etilico</i>	<i>cocaina</i>	<i>cannabis</i>	<i>ecstasy</i>
<i>inalanti</i>	<i>amfetamine</i>	<i>LSD</i>	<i>MDA</i>
<i>oppiacei</i>	<i>caffeina**</i>	<i>mescalina</i>	<i>MDEA</i>
<i>barbiturici</i>	<i>nicotina</i>	<i>psilocibina</i>	<i>ecc.</i>
<i>BDZ*</i>	<i>ecc.</i>	<i>metamfetamina</i>	
<i>ecc.</i>		<i>ecc.</i>	

Doping: questo conosciuto

È una pratica in continua diffusione, soprattutto nel contesto dello sport amatoriale. I danni all'organismo indotti da sostanze e prodotti a base di molecole potenzialmente o sicuramente pericolose sono molteplici

Il ricorso al doping costituisce purtroppo una pratica in continua e dilagante diffusione, soprattutto nel contesto dello sport amatoriale. Gli effetti avversi ed i danni all'organismo indotti da sostanze e prodotti a base di molecole potenzialmente o sicuramente pericolose risultano molteplici e sempre più frequentemente osservabili. In alcuni contesti, soggetti giovani, ancora nel pieno dello sviluppo fisico, non appena dimostrano particolari capacità nella pratica di una disciplina sportiva, sperimentano o vengono sottoposti a dubbie pratiche o "terapie" (auto-somministrate o illecitamente prescritte), quasi a sussidio ed a tutela della conservazione e del perfezionamento delle già evidenti predisposizioni atletiche. Non è difficile imbattersi in contesti amatoriali da "polisportiva" locale dove l'accesso o il passaggio alla rosa dei potenziali "campioni" avviene previa adesione da parte del giovane atleta ad un programma di integrazione dietetico-farmacologica che, essendo riservato ai "migliori", viene addirittura vissuto come un privilegio da parte di coloro a cui viene proposto. Proprio i giovani rappresentano le potenziali vittime più esposte al fenomeno del doping, una generazione di adolescenti che nel 21° secolo appare, più che in altri periodi della storia recente, alla continua ricerca di un'immagine da presentare al mondo come invincibile, sicura, invidiabile e vincente a qualunque costo. È sempre più viva da parte degli adolescenti la continua ricerca di consensi, il desiderio di ricorrere a sistemi di comunicazione nuovi, la voglia di impostare e ricercare rapporti interpersonali su base telematica, nati cioè grazie ai forum del web ed ai siti di incontro virtuale (chat-lines). Le opportunità che le tecnologie odierne offrono, al fine di poter impostare un incontro su base totalmente virtuale, ha sconvolto e rivoluzionato l'atteggiamento del giovane adolescente del nostro tempo. La chat-line (letteralmente la linea - telematica - dedicata alla "chiacchiera" virtuale), consentendo una anonimata "fisica" permette all'utilizzatore del servizio telematico la possibilità di costruire per se stesso un'identità simile o migliore addirittura di quella che desidererebbe mostrare. Spesso, però, è e deve risultare fisiologico l'abbandono della virtualità per la naturale prosecuzione di un rapporto, nato secondo modalità anomale ma sempre più frequente. Il conseguente impatto con la realtà, il momento del confronto fisico con l'interlocutore, la presentazione del vero sé corporeo pone spesso l'adolescente a dover affrontare un serio conflitto con sé stesso. Viviamo dunque in un contesto sociale in cui può essere e viene considerata "performance" anche il solo presentarsi fisicamente a qualcuno, il continuo bombardamento pubblicitario, la subliminalità o l'evidenza del messaggio che il benessere psico-fisico (associato ad immagini di bellezza e perfezione fisica) possa essere raggiunto con qualche pillola e poche bustine da sciogliere in acqua consente la divulgazione di un messaggio subdolo e pericoloso. Il ricorso a sostanze a scopo "dopante" non riguarda ormai soltanto il mondo dello sport. Il concetto di doping si sta pericolosamente allargando, contagiando ambiti sociali in cui risulta addirittura più lecito, se non normale, ricorrere a un farmaco per essere all'altezza della prestazione da fornire, di qualunque tipo essa sia. La prof.ssa Andrea Petroczi della Kingston University (UK), in un suo recente lavoro (Petroczi A., E.A.S.M. Congress, Stoccolma, settembre 2003)

ha analizzato la predisposizione, l'atteggiamento morale e le conoscenze relative al doping in tre differenti culture: gli atleti Canadesi, gli Americani e gli Ungheresi. Le conclusioni dell'interessante lavoro della prof.ssa Petroczi forniscono molti spunti di riflessione: la predisposizione, l'atteggiamento e le conoscenze sul doping in differenti culture possono variare; per alcuni la spinta a non farvi ricorso è caratterizzata dalle convinzioni morali e dall'etica della lealtà; per altri i rischi per la salute costituiscono il maggior deterrente al doping; altri ancora dimostrano atteggiamenti permissivi nei confronti dell'uso di sostanze. L'uniformità del livello di istruzione e di maturità degli atleti coinvolti nello studio ha consentito all'autrice la deduzione che una corretta informazione, un buon livello di istruzione e una discreta maturità intellettuale possono non essere influenti sulla predisposizione all'uso di sostanze in ambito sportivo. È essenziale piuttosto, per la prof.ssa Petroczi, non ignorare il contesto sociale ed economico dello sport professionistico e la sua influenza sulla popolazione giovanile. L'importanza di un messaggio di gloria ed onori, ricchezza e fama, conseguiti con sistemi e mezzi diversi, può influire sul comportamento giovanile ancor più di una corretta informazione ed educazione morale. Non è facile concordare pienamente con tali conclusioni: il doping è senza dubbio un problema di ordine morale, etico-legale, ma non solo. Esso riguarda prevalentemente la salute pubblica; va pertanto contrastato e combattuto soprattutto con la prevenzione. È innegabile l'importanza e l'influenza negativa di un contesto sociale che suggerisce il conseguimento di un risultato con rapida semplicità accessibile a tutti. È però dovere morale da parte del medico e di ogni operatore sanitario rendere noti gli effetti dannosi, i rischi, la pericolosità e i problemi relativi all'adozione di pratiche dopanti, a qualsiasi livello. È fondamentale porre l'attenzione sulle possibili alternative naturali, sui corretti stili di vita, sulle profonde risorse individuali e sulla accettazione della diversità interindividuale che offre ad alcuni abilità, capacità e predisposizioni differenti rispetto ad altri. Il percorso della conoscenza del sé e delle proprie attitudini, delle "incapacità" e della possibilità di affrontarle individualmente, se necessario con un supporto specialistico anche soltanto impostato sul counselling, deve essere proposto come alternativa a chiunque. Osservando la collettività appaiono gli atteggiamenti ed i comportamenti della media della popolazione; supportare e fornire la competenza e l'informazione inizialmente alle piccole realtà scolastiche, sportive, sociali, intervenire anche sul singolo può produrre risultati notevoli a lungo termine anche su atteggiamenti comuni. L'istinto di emulazione nei confronti di falsi miti e campioni dalla dubbia carriera prescinde dalla riflessione individuale; la consapevolezza di un rischio reale di danno a breve o a lungo termine per la salute deve avere l'obiettivo di fornire uno spunto per la riflessione e la capacità e la consapevolezza di poter scegliere tra la via dell'autodistruzione e quella della crescita. La cultura di uno sport pulito deve essere sostenuta di pari passo a quella della cura della salute individuale. L'informazione ha e può assumere un ruolo preventivo di carattere generale sia nei confronti dell'atleta che nei confronti del personale sanitario, del corpo docente e presso i preparatori atletici, categorie queste ultime a diretto contatto con i giovani. Deve essere chiaro quanto la salute individuale possa con estrema facilità essere compromessa dall'uso assolutamente sconsiderato ed immotivato di farmaci e sostanze di cui soltanto le più diffuse sono state analizzate nella presente trattazione.



Gustavo Savino

Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia
Estratto dalla tesi di Specializzazione in Farmacologia Clinica
"Nuove sostanze dopanti: effetti sull'organismo e problemi di rilevamento nei liquidi biologici"

Alfio Bertolini

Professore Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

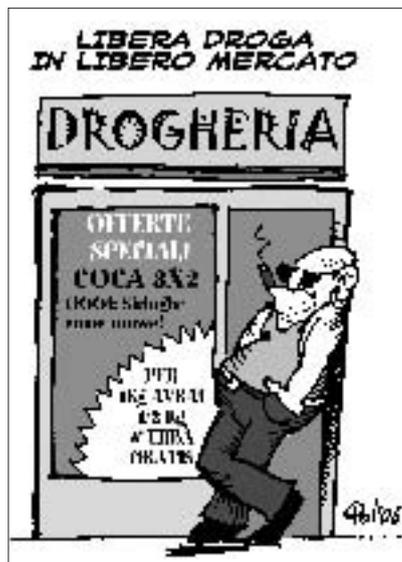
www.tallonediacchille.it

Il lungo viaggio di Rototom Sunsplash

Il "Rispetto" è stato il tema scelto per l'edizione del 2006.

Un rispetto per i diritti di un uomo maltrattato, offeso, sfruttato, ucciso e malnutrito in ogni angolo di un mondo governato da società opulente ed egoiste che lo sacrificano in nome degli interessi di pochi

Come un grande fiume sotterraneo, dall'energia antica e preziosa, il Rototom Sunsplash reggae festival ogni anno esplode e riversa in superficie la forza delle culture antiche e moderne allo stesso tempo. Impetuoso, generoso nella sua solidarietà e nel suo credere nell'uomo, anche per il 2006, il Rototom Sunsplash reggae ha voluto, ancora una volta, segnare una tappa di quel percorso che lo ha visto protagonista da tredici anni di un lungo viaggio che non trova uguali nel panorama musicale italiano e internazionale. In un crescendo "etico", che ha sempre cercato un giusto dosaggio tra musica e parole è diventato negli anni lo strumento indispensabile per diffondere un messaggio di pace e tolleranza. Ed anche in questa edizione lo è stato: il "Rispetto", il tema scelto per l'edizione del 2006 si è svolto nel parco del Rivellino a Osoppo dal 7 al 15 luglio. Un "rispetto" per i diritti di un UOMO maltrattato, offeso, sfruttato, ucciso e malnutrito in ogni angolo di un mondo governato da società opulente ed egoiste che lo sacrificano in nome degli interessi di pochi. Crimini verso un'umanità contro il quale il Rototom Sunsplash ha sempre lottato impegnandosi, in questa come nelle passate edizioni, contro le guerre e le ingiustizie, nella difesa della pace, dell'ambiente e dei più poveri. Liliana Boranga, capo ufficio stampa del Rototom Sunsplash presenta così il più importante festival della musica reggae in Europa, un autentico rito, il cui nome deriva dall'usanza di protrarre lo spettacolo fino a quando il sole fa "splash", ovvero schizza fuori dal mare per inaugurare il nuovo giorno. Il reggae è proprio un *modus vivendi*, non solo musica ma convivenza pacifica, libertà e tolleranza. All'interno del festival, hanno trovato spazio corsi, stages, conferenze, filmati e dibattiti frutto di ricerche e collaborazioni con molte realtà sociali del territorio nazionale. Al dibattito "Una politica alternativa sulle droghe: La ragione contro l'intolleranza", svoltosi giovedì 13 luglio, sono intervenuti: Franco Corleone, Claudio Cipitelli, Peter Cohen e don Andrea Gallo. L'incontro si è aperto con Franco Corleone, ex sottosegretario alla Giustizia, Presidente di Forum Droghe, l'organismo che si batte per superare l'approccio penale, per ridurre l'area dell'illegalità e far avanzare le strategie di riduzione del danno. Corleone ha definito la legge Fini-Giovanardi, una barbarie sul diritto, una legge anticostituzionale e punitiva perché equipara tutte le sostanze dal punto di vista penale e che si accanisce con chi fuma canapa perché ritenuto vizioso. "La legge va abrogata -afferma- perché persecutoria nei confronti dei nostri giovani che subiranno gli effetti della legge".



La giusta politica è quella della riduzione del danno, senza arrivare al proibizionismo ricordandosi dei valori di libertà e tolleranza". Successivamente Claudio Cipitelli, responsabile del Coordinamento Nazionale Nuove Droghe, ha sottolineato "la necessità disperata di scienza" che dia alle persone gli strumenti per capire e valutare le diverse sostanze, "il compito della politica è quello di tutelare la salute del cittadino non quello di fare moralismi, è importante che la



Don Andrea Gallo al dibattito "Una politica alternativa sulle droghe: La ragione contro l'intolleranza",

legge venga cambiata - ribadisce- che preveda nuove forme di intervento sociale come ad esempio i test delle sostanze da strada, il diritto da parte degli operatori e non solo da parte delle forze dell'ordine di detenere, a scopo di studio ed analisi, sostanze stupefacenti e che vengano affrontate le problematiche legate all'uso di tutte le sostanze compreso l'alcool." Il terzo intervento è stato fatto dal docente di sociologia dell'Università di Amsterdam, Peter Cohen, il quale ha presentato una ricerca condotta in vari Stati non solo Europei sull'uso della canapa, della coca e delle amfetamine evidenziando che il proibizionismo, stimola il consumo di droghe e che il 95% dei consumatori usano sostanze stupefacenti in modo consapevole, per un certo periodo della loro vita, per piacere e che quando lo decidono, smettono senza problemi. In Olanda, dove da 30 anni è in vigore una liberalizzazione dell'uso di droghe, circa il 20% della popolazione ha fatto uso di queste sostanze mentre in paesi dove vige una rigida legge proibizionista come negli USA la percentuale di assuntori sale al 40%. "Per emancipare il consumo è necessaria una politica di liberalizzazione" conclude lo studioso. L'ultimo intervento è stato quello del "vulcanico" don Andrea Gallo, fondatore della Comunità San Benedetto al Porto di Genova. Con grande impatto comunicativo si è rivolto al numeroso pubblico rivendicando una cultura di non violenza, di tolleranza, di pace. Il suo è un NO alla demonizzazione dei tossicodipendenti e delle sostanze e un SI alla creazione di una rete di sostegno. Nel suo intervento non sono mancate frasi polemiche nei confronti del mondo politico ed ecclesiastico in materia di politiche "repressive" ed intolleranti. Don Gallo afferma anche con forza il No al sopruso, alle restrizioni ed alle sottomissioni, la democrazia è un'altra cosa! "Giusto o sbagliato, non è reato". Questa è la frase di chiusura del suo appassionante discorso da prete sempre in lotta per la libertà dell'uomo. Fra gli applausi di un pubblico entusiasta, partecipe e stregato dal carisma di un uomo che da sempre combatte una guerra contro le diversità. Come ogni anno in silenzio, proprio come un fiume che scorre tra le viscere della terra, necessario ma impercettibile, il Rototom Sunsplash imperterrita e implacabile, con l'aiuto di personaggi protagonisti della cultura e della politica internazionale s'infrange in ogni barriera nel tentativo di trovare un'uscita ai problemi sociali che affliggono il mondo.

Claudio Cettolo e Paola Pauletig
Redazione Social News

Le droghe non sono un gioco da bambini

Era il 1992 quando, con l'applicazione della legge 162/90, noi operatori del settore eravamo sul punto di credere che potesse avvenire un cambiamento...

Il referendum del 1993 ci proiettò in un limbo e fino al 2005 siamo state anime vaganti.

Lo stralcio della legge Fini, approvata in dirittura d'arrivo della legislatura dal precedente governo, stava per darci credibilità:

le coscienze sociali si erano scosse, si notava da parte dei genitori un'attenzione sulle scelte di stile di vita dei propri figli, avevano paura; sono stati infatti in molti a chiedere lumi su che cosa fossero quelle sostanze e perchè una classe scientifica si stesse affannando a dimostrare la pericolosità per i propri figli di quelle sostanze definite innocue.

Ancora una volta la politica è stata pronta ad annientare quel risveglio tanto auspicato, e proprio nella giornata mondiale della lotta alla droga, con il tema proposto dalle nazioni unite a tutela dei bambini: "drugs are not child's play", ha dichiarato che può essere lecito usare sostanze psico attive, che di uno, dieci, venti spinelli i nostri figli possono tranquillamente farne uso. In questo modo, rendendo omogeneo il comportamento di genitori e figli, sono i genitori stessi a procurare le sostanze mossi dalla paura che i figli possano avere dei brutti incontri!!!... Questo naturalmente prima dei 15 anni, dopo questa età' lo spinello si fa insieme...

La società è consapevole che una laurea in medicina e chirurgia non possa dare l'autorizzazione a svolgere tutte le branche specialistiche, ad un laureato non è più permesso svolgere alcuna attività senza essere in possesso di un idoneo percorso di formazione; ma nel settore delle tossicodipendenze da ventisette anni ci possono lavorare tutti.

Le varie programmazioni sanitarie nazionali sono sempre rimaste su

carta, totalmente evase dalle regioni, dai comuni e dalle aziende sanitarie locali; gestite da politici che rispecchiano la brutta copia di un baronato (almeno quello era qualificato) che nel movimento del '68 abbiamo socialmente attaccato, distruggendolo ma riproponendo uno zombi, un sistema senza anima. Si è permesso a chicchessia di dichiarare che la cannabis fa bene, si sono equiparati lo spinello ed il farmaco.

È auspicabile che la classe scientifica spieghi a questi signori che tutti i farmaci sono dei veleni e che devono essere utilizzati solo quando strettamente necessari, ossia quando il beneficio tratto è maggiore del danno potenziale eventualmente arrecato, (la morfina è a tutt'oggi inserita nella farmacopea internazionale ed il suo utilizzo come terapia di alcune tipologie del dolore non viene messo in discussione). Non banalizziamo quindi il linguaggio scientifico permettendo a chiunque di usarlo in modo improprio, oppure ritorniamo alle pratiche empiriche dell'era primordiale, annullando secoli di ricerca scientifica: ogni essere umano si coltivi il proprio orticello di piante officinali, e chi sa che in questo modo non si possa riacquistare un minimo di sapere risolvendo anche i costi sociali della sanità pubblica.

Madre natura ci ha sempre messo a disposizione l'elemento necessario quando il nostro sistema fisiologico subisce delle alterazioni, è intrinseco nell'evoluzione della specie l'appropriarsi progressivamente, scientificamente e correttamente di questi elementi per il mantenimento omeostatico. L'amarezza che traspare da queste righe è il sentimento di una persona adulta che ha scelto la professione medica e che ha sempre cercato di esercitarla nel rispetto dell'essere umano e della vita, sempre ostacolata da sistemi politici ed amministrativi formati da burocrati arroganti e narcisisti che si coprono

dietro un titolo. Chi sono i politici che noi stessi eleggiamo?

Spesso sono persone incapaci di legiferare nel rispetto della collettività, affamati di materialismo a pronta cassa e ostentatori di un potere cinematografico....mi chiedo: possono intervenire in un problema di sanità pubblica così complesso come quello delle dipendenze? Non è forse ora che il settore sia composto da gente veramente competente per qualificata formazione e che si possa riprendere la disciplina delle farmacotossicodipendenze, già riconosciuta nel 1994, ma decaduta prima dell'effettiva applicazione soltanto perchè non assorbita dalla comunità europea. Ricordiamoci che molto spesso le politiche delle altre nazioni hanno generalizzato il problema ma che oggi si riconosce nella distribuzione capillare sul territorio dei nostri servizi un valido elemento di riferimento.

Perchè allora non credere nella riqualificazione dei Ser.T.? La società si è sempre purificata la coscienza investendo denaro pubblico, non verificando le reali possibilità applicative e quindi non correggendo quei fattori negativi che solo l'analisi dei percorsi attuativi può dimostrare.

Non si è creato un sistema applicativo programmatico ma si è smisuratamente attinto ad una borsa sempre più vuota con una elargizione di denaro che sempre di più rassomiglia alla distribuzione di caramelle a pioggia.....A tutt'oggi una o due regioni stanno dimostrando dei cambiamenti di programmazione e organizzazione del settore che potrebbero essere prese ad esempio ma l'individualismo non è pronto a riconoscere il positivo, lo deve distorcere, l'esperienza non è più un tesoro a cui attingere.

Maria Merlino
Sert tm/e - Roma

ROTOTOM
SunSplash

XIII INTERNATIONAL REGGAE FESTIVAL
PARCO DEL RIVELLINO, OSOPPO (UD), ITALY

7-15 LUGLIO 2006

