

— Nodi critici aperti, tra il giuridico e il clinico, nell'ambito delle addiction

di Paolo Jarre

Abstract. Il primo elemento che balza all'occhio sin dal primo approccio all'argomento è che ci muoviamo all'interno di un fenomeno in costante e rapido mutamento con a disposizione **un sistema normativo** (T.U. 309/90) che, con pochissime modifiche, è quello di **quasi 30 anni** fa ed affonda le proprie radici nel dibattito di fine anni '80 tra i cosiddetti fautori della «modica quantità» (per riprendere un'allora famosa allocuzione di Bettino Craxi, di ritorno – infatuato dalla «war on drugs» reaganiana – dagli USA) e coloro che invece ritenevano che una «giusta dose di scappellotti» fosse indispensabile per convincere anche i più riottosi a intraprendere il cammino della redenzione dall'uso di sostanze psicotrope.

Un po' come se l'ormai caotico traffico di New York degli anni '20 del Novecento fosse stato regolato da un codice della strada dell'epoca dei velocipedi.

La gran parte delle attuali conoscenze scientifiche sui meccanismi neurobiologici che sottendono le diverse forme cliniche dell'addiction sono state acquisite negli anni successivi al 1990; in particolare, è totalmente ignorata l'unitarietà dei fenomeni di addiction, al di là degli aspetti fenomenici del consumo di ogni singolo oggetto addittivo.

«La questione della “modica quantità” è diventata simbolo della libertà.
Si è formata una potente associazione degli “amici della modica quantità”
che ignora o finge di ignorare che è appunto la legittimità della “modica quantità” la via
attraverso la quale passa gran parte dello spaccio, disarmando
le forze dell'ordine nella loro azione di contrasto [...].
Siamo in una situazione in cui non c'è posto per lassissimi e permissivismi [...].
Equivarrebbe a un immorale resa della società e dello Stato»¹.

¹ XLV Congresso Straordinario del PSI, ex Ansaldo di Milano, 13 maggio 1989; cfr. G. De Rosa, *Il PSI punta alla seconda Repubblica?*, in *La civiltà Cattolica*, 140, Vol. II, Quaderni 3331-3336, 1989, p. 593.

SOMMARIO: 1. L'evoluzione del sistema normativo negli anni '70 e '80 del Novecento. – 2. Il trattamento sanitario quasi obbligatorio, il TSqO delle tossicodipendenze. – 2.1. Il primo girone. – 2.2. Il secondo girone: la cura come pena, la Comunità come il carcere. – 2.2.1. La sospensione della custodia cautelare in carcere. – 2.2.2. La sospensione dell'esecuzione della pena. – 2.2.3. L'affidamento in prova in casi particolari. – 2.3. Il terzo girone penitenziale (di nuovo, curare chi fa uso...). – 2.4. L'ultimo girone. – 3. Le tre cecità speculari del diritto e della scienza medica. – 3.1. La cecità del diritto, la lettura "acuta" di un fenomeno cronico, la scotomizzazione sui singoli comportamenti di dipendenza. – 3.2. La cecità condivisa tra diritto e scienza medica: la sussistenza di un *grading* nel consumo, dall'uso sporadico a quello più frequente e controllato, alla perdita di controllo e il possibile ritorno all'uso controllato. – 3.3. La cecità delle neuroscienze, un moderno riduzionismo meccanicistico: la mente è ben altro che il cervello. – 4. Il faticoso arrancare della risposta organizzativa sanitaria. – 5. Un ultimo accenno: una politica che non fa "politiche" ma che insegue gli umori della "gente".

1. L'evoluzione del sistema normativo negli anni '70 e '80 del Novecento.

La legislazione precedente al T.U. n. 309/1990 (cd. legge "Jervolino-Vassalli"), la legge 22 dicembre 1975, n. 685, era figlia del proprio tempo; l'impronta era di chiara natura cattolico-democratica, con un *background* sicuramente paternalistico nel senso originario, ottocentesco, del termine, ispirata al principio autoritario, ma promotrice di attività assistenziali nel presunto e supposto interesse della collettività e del singolo individuo destinatario della protezione; un paternalismo, dunque, tutto sommato benevolo.

Gli elementi coercitivo-coattivi faranno la loro comparsa prevalentemente con la legge Jervolino-Vassalli e raggiungeranno il loro apice "punizionistico" con la legge cd. "Fini-Giovanardi" del 2006 (l. 49/2006), solo in parte ricorretta in direzione del testo originario dai successivi aggiustamenti normativi.

Sicuramente la l. 685/1975 era uno di quei rari dispositivi normativi (come diversi altri negli anni '70, e solo in quel decennio nella storia repubblicana, dallo Statuto dei Lavoratori, alla legge sul divorzio riconfermata dal referendum popolare del 1974, quella sull'aborto, la l. 180/1978 sulla salute mentale per arrivare alla l. 833/1978 con la quale si sanciva l'universalismo dell'assistenza sanitaria) con i quali la classe politica precorreva il sentimento delle "masse" e ne condizionava l'orientamento, prima che nel legiferare si cominciasse a seguire e inseguire gli umori della "gente" piuttosto che a indirizzarli e governarli razionalmente.

Già nel 1971, il senatore Torelli (che nel 1969 era stato primo firmatario del d.d.l. che confluirà poi nel lo Statuto dei Lavoratori – d.d.l. 4 giugno 1969, n. 700: Tutela della libertà sindacale dei lavoratori nelle aziende – e che sarà poi relatore, come deputato della successiva Legislatura, della l. 685/1975) depositava il d.d.l. 18 giugno 1971, n. 1768, intitolato «Disciplina degli stupefacenti e delle sostanze psicotrope e misure di prevenzione e cura». Questo d.d.l., frutto del lavoro di ricerca sulle più avanzate teorie scientifiche in materia di cura delle tossicomanie e di confronto con operatori del settore quali don Luigi Ciotti e don Mario Picchi, partiva dal presupposto che il tossicomane non fosse da punire con il carcere – a differenza dello spacciatore e delle mafie che, con un'intuizione lungimirante, il senatore vedeva fortemente interessate al mercato degli stupefacenti – ma da guarire attraverso un soggiorno obbligato in "comunità di recupero".

I progetti di legge che daranno però effettiva origine alla l. 685/1975 saranno depositati tra la primavera del 1972 e l'estate del 1973 e addirittura precedono in gran parte l'arrivo su larga scala dell'eroina in Italia (nel 1973). La prima firmataria del primo progetto di legge, del maggio 1972 (che, con la rubrica «prevenzione dell'uso illegittimo», puntava in modo antesignano sulla

prevenzione e alludeva – forse involontariamente – ad un uso legittimo?)², è la deputata, democristiana e di professione insegnante, Amalia Miotti Carli.

Del secondo progetto, «prevenzione e cura delle tossicomanie»³ – in cui dunque compare *la cura* e il termine utilizzato per definire l'oggetto, *tossicomanie*, è quello a quei tempi tradizionale – la prima firmataria è Ines Boffardi, democristiana anch'essa, partigiana, prima donna Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio; mentre si dovrà attendere la primavera del 1973 per avere il primo progetto di legge laico, socialista (Colucci, stesso titolo, «prevenzione e cura delle tossicomanie»)⁴.

Il relatore alla Camera dei Deputati sarà l'on. Carlo Torelli, democristiano, partigiano; a lui la vulgata attribuisce, nel corso del dibattito nel 1975, la paternità del termine “**tossicodipendenza**” che superando il concetto di “tossicomania” cominciava a scalfire la concettualizzazione del consumo abituale come vizio e a mettere una prima pietra miliare sulla strada della lotta allo stigma⁵.

La l. 685/1975, quindi, porta con sé diversi principi del tutto innovativi.

L'art. 95, rubricato *Cura volontaria e anonimo*, rimanda, da un lato, all'eventualità di un uso terapeutico – «chiunque fa uso personale **non terapeutico** di sostanze stupefacenti o psicotrope può chiedere di essere sottoposto [...]» – e, dall'altro lato, alla possibilità di non chiedere (questo al di là dei vincoli organizzativi, nel rispetto del principio costituzionale) – «è riconosciuto agli interessati **il diritto di scelta** per quanto attiene ai luoghi di cura ed ai medici curanti»; «gli interessati, **a loro** richiesta, possono beneficiare dell'anonimato...»⁶ (un *escamotage*, quest'ultimo, intelligente, che persiste tutt'ora nella norma, anche se verrà utilizzato pochissimo).

L'art. 100, *Interventi del Tribunale*, dispone: «la persona dedita all'uso» (qui scompare il non terapeutico e si usa il termine dedito con chiara impronta moralistica) «di sostanze stupefacenti o psicotrope, che necessita di cure» (chi lo decide che necessita?) «mediche e di assistenza» (quindi c'è anche chi usa, ma non necessita di cure), «ma che rifiuta di assoggettarsi al trattamento necessario, deve» (qui compare l'autorità, il paternalismo, per il “suo bene”...) «essere segnalata dall'autorità di polizia o dal centro medico e di assistenza sociale competente all'autorità giudiziaria. La stessa segnalazione può essere fatta dal genitore, dal coniuge, dai figli o, in mancanza di essi, dai prossimi congiunti della persona da assistere» (quello che è il “suo bene”, quindi, lo possono stabilire anche i suoi “prossimi congiunti”).

Questa è la prima volta che nell'ordinamento normativo viene introdotto il concetto di possibilità di un intervento d'autorità in relazione a una patologia diversa da una malattia mentale propriamente detta, con ciò sottintendendo un *minus* nella capacità di volere (o meglio, di volere ciò che per il comune sentire è giusto volere).

² Cfr. Miotti Carli *et al.*, *Nuove norme per la prevenzione e la repressione della produzione, fabbricazione, commercio ed uso illegittimi delle sostanze ad azione stupefacente e psicotropica* (iniziativa Parlamentare) - C.3689, 14 ottobre 1971.

³ Cfr. Boffardi *et al.*, *Nuove norme per la repressione del traffico di stupefacenti e psicodroghe e per la prevenzione e cura delle tossicomanie* – A.C. 188, 31 maggio 1972.

⁴ Cfr. Colucci *et al.*, *Nuove norme per la repressione del traffico di stupefacenti e psicodroghe e per la prevenzione e cura delle tossicomanie* – A.C. 1881, del 16 marzo 1973.

⁵ In effetti lo Zingarelli data nel 1975 l'introduzione del termine nella lingua italiana (N. Zingarelli, *Lo Zingarelli 2009. Vocabolario della lingua italiana*, Zingarelli, 2009, p. 2393).

⁶ Il politico Carlo Torelli, secondo quanto riportato sul sito dell'Istituto storico della Resistenza Novara – ISRN, in un'intervista a Famiglia Cristiana del 15 dicembre 1975 ha disconosciuto questo elemento di volontarietà introdotto nella legge che egli avrebbe voluto mantenesse l'obbligatorietà delle cure prevista nel suo d.d.l. originario del 1971.

L'orientamento "punitivo" verso il consumatore di droghe, il cui comportamento viene rubricato come meritevole *tout court* o di cure o di punizione – o meglio di entrambe in combinato disposto (in quanto l'aspetto più grave e distorto è proprio dato dall'inestricabile intreccio creato tra cura e punizione) – prende via via piede nella seconda metà degli anni '80, affondando le proprie radici in almeno quattro direzioni:

a. la prima, quella pseudo-clinica (nella totale assenza della benché minima evidenza scientifica, tutt'ora piuttosto debole nel settore specifico), con l'affermarsi del paradigma della "vera cura" (la *mileau therapy*, la Comunità Terapeutica, meglio se religiosa o diretta dal santone taumaturgico di turno) contro la "falsa cura" (il metadone dei Centri per le tossicodipendenze, la "droga di Stato" che, invece, di evidenze scientifiche di efficacia ne aveva già parecchie allora – cfr. *infra*, par. 3.2 –, e per l'uso razionale del quale, da allora, se ne sono aggiunte in mole tale da renderlo insindacabile);

b. la seconda, quella della politica muscolare e decisionistica, con la sterzata craxiana che ribalta il precedente orientamento sostanzialmente libertario – pensiamo a Loris Fortuna padre della legge sul divorzio – del socialismo italiano cui apparteneva anche uno dei due firmatari della l. 162/1990 (recante *Aggiornamento, modifiche ed integrazioni* della l. 685/1975), il prof. Giuliano Vassalli, partigiano anch'esso, successivamente presidente della Corte Costituzionale (dopo un incontro con Rudolph Giuliani a New York, Craxi si era improvvisamente convinto che non bastasse colpire trafficanti e spacciatori: bisognava colpire anche i consumatori e quindi cambiare la legge vigente, che considerava non punibile chi veniva trovato in possesso di una "modica quantità" di sostanza)⁷;

c. la terza, con il prevalere anche negli ambienti cattolici dei principi d'autorità rispetto a quelli di umana comprensione (Comunione e Liberazione, CEIS *versus* Gruppo Abele);

d. infine – la quarta – l'assoluta subalternità della sinistra comunista (ambiente nel quale le inconfessate e inconfessabili pulsioni verso interventi coercitivi d'autorità erano sicuramente molto popolari) all'egemonia culturale di Bettino Craxi (singolare a questo proposito la totale assenza di d.d.l. del P.C.I. all'origine della l. 685/1975).

Interessante è il ritorno in questi giorni (marzo 2019) – a distanza di 30 anni dagli strali di Craxi – della lotta ai nemici della "modica quantità" nel preannuncio fatto dal Ministro degli Interni Salvini di un nuovo d.d.l. di "riforma" del T.U. 309/1990 in versione nuovamente più punitiva. «Il disegno di legge» – dice Salvini – «interviene sulla lieve entità. Non esiste modica quantità. Se ti becco a spacciare, vai in carcere con le misure cautelari. I venditori di morte li voglio vedere scomparire dalla faccia della terra»⁸.

2. Il trattamento sanitario quasi obbligatorio, il TSqO delle tossicodipendenze.

Con il T.U. 309/1990 viene stratificato un insieme di norme coercitive con un complesso costruito normativo, volto a "costringere alle cure" con tutta una articolata serie di differenti previsioni, in cui l'alternativa alla cura è comunque sempre una punizione consistente il più delle

⁷ V. la citazione riportata nell'*abstract*.

⁸ Queste le parole del Ministro Salvini durante la Conferenza Stampa di presentazione del d.d.l. della Lega di modifica del T.U. 309.90 (cfr. *Salvini: "Droga, basta con la modica quantità"*, in *La Repubblica*, 4 marzo 2019 – https://www.repubblica.it/cronaca/2019/03/04/news/salvini_pene_doppie_per_chi_spaccia-220711078/).

volte in una limitazione dell'autonomia o della libertà (vale la pena ricordare qui come la prima importante legge sui "pentiti" sia stata approvata pochi mesi dopo – l. n. 82 del 15 marzo 1991 –, possiamo dire nella stessa stagione normativa).

Per i consumatori riottosi di droghe, per dirla con una metafora, ci si ripromette l'arduo – per non dire impossibile – proposito di trasformare "matrimoni per forza" in "matrimoni d'amore".

È istituita una subentrante serie di "gironi penitenziali", con i quali pentimento e penitenza rispetto al proprio comportamento di consumo diventano i presupposti per evitare le conseguenze punitive, fossero queste meramente amministrative o financo penali.

In questa prospettiva si colloca l'art. 13 della l. 162/1990, che ha modificato il testo del comma 1 dell'art. 70 (poi abrogato, insieme ad altre previsioni, nel 1993 dal *referendum* popolare) della l. 685/1975 prevedendo, a distanza di 15 anni dall'entrata in vigore di quest'ultima, l'ipotesi del consumo personale come illecito penale.

Il "nuovo" comma 1 dell'art. 70 (72 nel TU 309/90), *Attività illecite*, dispone infatti:

«1. È vietato l'**uso personale** di sostanze stupefacenti o psicotrope di cui alle tabelle I, II, III e IV, previste dall'art. 12. È altresì vietato qualunque impiego di sostanze stupefacenti o psicotrope non autorizzato secondo le norme della presente legge».

E il suo senso si può riassumere così: per poterti poi perdonare se ti penti, devo prima definire che quel che fai (quasi quel che sei...) è male, molto male, non solo peccato ma anche reato.

Ma vediamo brevemente i gironi "penitenziali".

2.1. Il primo girone.

Se usi ti devi curare, altrimenti – **se non accetti "volontariamente" la cura** (o se la abbandoni) – rischi di **perdere importanti diritti di autonomia**.

Si tratta del circuito prefettizio.

Art. 75 del T.U. 309/1990, *Condotte integranti illeciti amministrativi*:

«1. Chiunque, per farne uso personale [...] detiene sostanze stupefacenti o psicotrope è sottoposto [...] a una o più delle seguenti sanzioni amministrative:

- a) sospensione della patente [...] o divieto di conseguirli per un periodo fino a tre anni;
- b) sospensione della licenza di porto d'armi o divieto di conseguirla;
- c) sospensione del passaporto e di ogni altro documento equipollente o divieto di conseguirli;
- d) sospensione del permesso di soggiorno per motivi di turismo o divieto di conseguirlo se cittadino extracomunitario».

I consumatori di "droghe", se impenitenti, non hanno diritto di guidare un'automobile o una moto, di detenere un'arma e di espatriare; se poi sono anche stranieri perdono la possibilità

di soggiornare in Italia e se extracomunitari di soggiornarvi legalmente. Sicuramente c'è una più che legittima preoccupazione di salvaguardia della collettività dai rischi di condotte rischiose (ad esempio alla guida di un veicolo) dei consumatori di droghe, ma questo tipo di precauzione dovrebbe trovare (e in parte trova) la sua giusta collocazione nella normazione del possesso e del mantenimento del permesso di guida.

«2. L'interessato, inoltre, ricorrendone i presupposti, è invitato a seguire il programma terapeutico e socio-riabilitativo [...] predisposto dal servizio pubblico per le tossicodipendenze competente».

In sostanza, la norma sostiene che anche i meri consumatori di “droghe” debbano curarsi al Ser.T.

«11. Se risulta che l'interessato si sia sottoposto, con esito positivo, al programma di cui al comma 2, il prefetto adotta il provvedimento di revoca delle sanzioni, dandone comunicazione al questore e al giudice di pace competente».

Se si sono curati, e bene, allora le sanzioni sono revocate.

Nella versione originaria del 1990 l'*escalation* punitiva del mero consumatore era definita dall'art. 76 che prevedeva il passaggio della sua gestione al penale in caso di inosservanza delle sanzioni amministrative o renitenza al trattamento sanitario presso il Ser.T (Provvedimenti dell'autorità giudiziaria - Sanzioni penali in caso di inosservanza).

E l'inosservanza delle sanzioni penali può portare in carcere.

«12. Chiunque viola le prescrizioni imposte a norma del comma 1 è punito con l'**arresto** fino a tre mesi o con l'ammenda fino a lire cinque milioni».

Anche il mero consumatore può finire in carcere.

L'art. 76, abrogato dal *referendum* popolare del 1993, è stato riesumato, tredici anni dopo, in altra forma, dalla c.d. legge Fini-Giovanardi.

Art. 75-bis, *Provvedimenti a tutela della sicurezza pubblica* (inserito dall'articolo 4-*quater* del d.l. n. 272/2005, convertito in l. 49/2006):

«1. Qualora **in relazione alle modalità od alle circostanze dell'uso, dalla condotta** di cui al comma 1 dell'art. 75 possa derivare pericolo per la sicurezza pubblica, l'interessato che risulti già condannato, anche non definitivamente [...] oppure **sanzionato per violazione delle norme del presente testo unico** o destinatario di misura di prevenzione o di sicurezza, può essere inoltre sottoposto ad una o più delle seguenti misure (così modificato dalla l. n. 94 del 2009)».

I consumatori di droghe ritenuti pericolosi, recidivi in alcuni reati, che abbiano violato sanzioni amministrative connesse a fatti di droga (come nell'art. 76 originario), sono sottoposti a misure di sorveglianza speciale e a forti restrizioni della libertà personale.

2.2. Il secondo girone: la cura come pena, la Comunità come il carcere.

2.2.1. La sospensione della custodia cautelare in carcere.

Art. 89 del T.U. 309/1990, *Provvedimenti restrittivi nei confronti dei tossicodipendenti o alcooldipendenti che abbiano in corso programmi terapeutici*:

«1. Qualora ricorrano i presupposti per la custodia cautelare in carcere il giudice [...] dispone gli arresti domiciliari quando imputata è una persona tossicodipendente o alcooldipendente che abbia in corso un programma terapeutico di recupero [...].

2. [...] La sostituzione è concessa su istanza dell'interessato; all'istanza è allegata certificazione, rilasciata da un servizio pubblico per le tossicodipendenze o da una struttura privata accreditata per l'attività di diagnosi prevista [...] attestante lo stato di tossicodipendenza o di alcooldipendenza, la procedura con la quale è stato accertato l'uso abituale di sostanze stupefacenti, psicotrope o alcoliche [...].

5-bis. Il responsabile della struttura presso cui si svolge il programma terapeutico [...] è tenuto a segnalare all'autorità giudiziaria le violazioni commesse dalla persona sottoposta al programma [...]».

Insomma: la comunità come il carcere, gli operatori come secondini e i medici sotto tutela del giudice, che entra a gamba tesa nel loro specifico professionale e stabilisce come devono fare bene una diagnosi.

2.2.2. La sospensione dell'esecuzione della pena.

Art. 90 del T.U. 309/1990, *Sospensione dell'esecuzione della pena detentiva*:

«1. Nei confronti di persona che debba espiare una pena detentiva inflitta per **reati commessi in relazione al proprio stato di tossicodipendente**, il tribunale di sorveglianza può sospendere l'esecuzione della pena detentiva per cinque anni qualora [...] accerti che la persona si è sottoposta con esito positivo ad un programma terapeutico e socio-riabilitativo [...]».

Viene recuperata una vecchia “diagnosi giuridica” della l. 685/1975, lo «stato di tossicodipendente»; scompaiono altresì gli alcooldipendenti che hanno diritto, chissà mai perché, alla sospensione della custodia cautelare in carcere ma non alla sospensione dell'esecuzione della pena.

2.2.3. L'affidamento in prova in casi particolari.

Art. 94 del T.U. 309/1990, *Affidamento in prova in casi particolari*:

«1. Se la **pena detentiva deve essere eseguita nei confronti di persona tossicodipendente o alcooldipendente che abbia in corso un programma di recupero o che ad esso intenda sottoporsi**, l'interessato può chiedere in ogni momento di essere affidato in prova al servizio sociale per proseguire o intraprendere l'attività terapeutica sulla base di un programma da lui concordato con una azienda unità sanitaria locale o con una struttura privata autorizzata [...]».

Ricompaiono gli alcooldipendenti (il massimo della sciatteria, a questo proposito, la legge lo raggiunge con l'art. 96, *Prestazioni socio-sanitarie per tossicodipendenti detenuti*, dove, ai commi 1 e 2, si parla solo di tossicodipendenti e al comma 3 ricompaiono gli "alcoholisti"). L'art. 94 è la disposizione in cui è maggiormente evidente l'incongruenza della commistione tra cura e pena/custodia: il limite dei 6 anni (erano 4 nella l. 162/1990) è ampiamente sovradimensionato rispetto a qualsivoglia percorso terapeutico ambulatoriale o residenziale; questo ha di fatto comportato l'infinito protrarsi dei programmi terapeutici "idonei" non tanto a soddisfare reali o presunte esigenze terapeutiche, ma a "coprire" tutto il periodo di pena comminata, mettendo così spesso in atto – di fatto – proprio quanto il legislatore avrebbe voluto scongiurare, cioè la definizione di un programma preordinato al solo fine dell'ottenimento del beneficio.

2.3. *Il terzo girone penitenziale (di nuovo, curare chi fa uso...).*

Art. 121 del T.U. 309/1990, *Segnalazioni al Servizio per le Tossicodipendenze*:

«2. L'autorità giudiziaria o il prefetto nel corso del procedimento, quando venga a conoscenza **di persone che facciano uso di sostanze stupefacenti o psicotrope**, deve farne segnalazione al servizio pubblico per le tossicodipendenze competente per territorio.

3. Il servizio pubblico per le tossicodipendenze, nell'ipotesi di cui al comma 2, ha l'obbligo di chiamare la persona segnalata per la definizione di un **programma terapeutico** e socio-riabilitativo».

Il Servizio pubblico deve stabilire un programma anche per chi semplicemente faccia uso di sostanze; qui non si parla, infatti, né di stato di tossicodipendenza, né di persona tossicodipendente.

2.4. *L'ultimo girone.*

Il quarto girone penitenziale, introdotto sempre dalla c.d. legge Fini-Giovanardi nel 2006 e tutt'ora in vigore (in quanto confermato dalla legge 16 maggio 2014, n. 79), si può definire il "**lavoro come pena**" (una forma edulcorata di lavori forzati) per i consumatori piccoli spacciatori.

Art. 73 del T.U. 309/1990, *Produzione, traffico o detenzione illecita*:

«5-bis. Nell'ipotesi di cui al comma 5 [lieve entità, ora figura autonoma di reato, giusta sentenza della Corte di Cassazione e non più circostanza attenuante N.d.A.], limitatamente ai reati di cui al presente articolo commessi da persona tossicodipendente o da assuntore di sostanze stupefacenti o psicotrope, il giudice [...] può applicare, anziché le pene detentive e pecuniarie, quella del lavoro di pubblica utilità [...] ha una durata corrispondente a quella della sanzione detentiva irrogata [...]».

Il lavoro sostituisce in tutto e per tutto la pena detentiva e pecuniaria, al punto che anche la durata stessa è equiparata. Quindi, psicologicamente, diventa pena esso stesso. Si deve sottolineare come questa disposizione istituisca una nuova figura, quella dell'**assuntore di sostanze**, senza specificare se trattasi di assuntore abituale, sporadico o di persona che abbia assunto quell'unica volta.

3. Le tre cecità speculari del diritto e della scienza medica.

3.1. La cecità del diritto, la lettura “acuta” di un fenomeno cronico, la scotomizzazione sui singoli comportamenti di dipendenza.

L’insieme della legislazione si configura quindi, come già argomentato, come un complesso dispositivo paternalistico che parte da presupposti non dimostrati e non dimostrabili (il consumo di droghe non è mai considerato come una libera scelta della persona, è continuamente a scavalco tra il male e la malattia), per arrivare ad un articolato strumentario di “cura” che ignora quello che da sempre si sa essere il principale ingrediente *sine qua non* di qualsivoglia intervento terapeutico efficace: la volontaria e meditata scelta di intraprenderlo.

La legge si muove ignorando completamente **la natura cronico-ricidivante** di tutti i disturbi addittivi, con sostanze (legali o illegali) o senza sostanze (il *gambling in primis*) e **la conseguente necessità di trattamenti di mantenimento a lungo termine e di prevenzione delle ricadute**.

La recidiva clinica che, alla luce delle attuali conoscenze scientifiche, è elemento ordinario del decorso di una malattia cronico-ricidivante (come vedremo in analogia al diabete o all’ipertensione), è considerata unicamente in un’ottica di reiterazione di un reato che fa decadere automaticamente il diritto ad alcuni benefici, spesso riportando in carcere il soggetto.

Viene invece trattata come se il comportamento fosse completamente sotto il dominio della ragione e della volontà e come se i processi decisionali fossero del tutto scevri da elementi di interferenza determinati dall’*impairment* del funzionamento dei circuiti appetitivi.

La progressiva messa a fuoco della rappresentazione dei consumi di oggetti psicoattivi addittivi come comportamento cronico-ricidivante messo in atto da un soggetto già vulnerabile prima della messa in atto di quello specifico consumo ha, nell’era moderna, la sua genesi negli anni ‘30 del secolo scorso: il signor Bill W. e il dott. Bob S., i fondatori nel 1935 degli Alcolisti Anonimi (AA)⁹, possono a buona ragione essere considerati come gli antesignani di questa concettualizzazione (in quel caso per il consumo di alcol) come comportamento (AA non ha mai concettualizzato l’alcolismo come malattia ma sempre – tuttora – come “stile di vita”) cronico ricidivante: da un lato l’ammissione di una debolezza costituzionale «*we admitted we were powerless over alcohol*»¹⁰ e dall’altro la constatazione che non basta smettere per guarire, «*once an alcoholic, always an alcoholic*»¹¹ (Wye, 1979).

In ogni seduta di AA – ma anche in quelle per altri comportamenti, l’uso di droghe (Narcotics Anonymous, NA), il *gioco d’azzardo* (Gamblers Anonymous, GA), la *sovralimentazione* (Overeaters Anonymous, OA) *etc.* – la presentazione iniziale (spesso ingiustamente ridicolizzata in molta parte della produzione filmica) è su di un *cliché* siffatto: «*Buonasera, il mio nome è Roberto, sono un alcolista e non bevo da 10 anni*».

Ciò rappresentando un geniale *escamotage* per separare il livello fenomenico da quello costitutivo.

⁹ https://www.aa.org/pages/en_US/historical-data-the-birth-of-aa-and-its-growth-in-the-uscanada.

¹⁰ «Noi abbiamo confessato di essere impotenti di fronte all’alcol» (https://www.aa.org/assets/en_US/en_step1.pdf). La presente traduzione, così come le successive, è nostra.

¹¹ «Una volta alcolista, per sempre alcolista».

Bisogna aspettare altri 30 anni per incontrare il primo razionale tentativo di uscire dall'improvvisazione e dal mero artigianato nel trattamento della dipendenza da eroina (la molecola, commercializzata come farmaco dalla Bayer nel 1899 aveva cominciato a diffondersi come farmaco d'abuso nel primo decennio del Novecento per esser messa al bando negli USA – Anti Heroin act – nel 1924): esso deve essere attribuito, ormai oltre 50 anni fa, al lavoro – una pietra miliare – di Vincent Dole e Mary Nyswander che per possono essere a ragione considerati i pionieri della “medicalizzazione” della tossicodipendenza. Essi, assieme a Mary Jeanne Kreek, e in collaborazione con uno psicologo, Norman Gordon e un sociologo, Herman Joseph alla Rockefeller University diedero avvio nei primi anni '60, al primo trattamento medico della dipendenza da eroina (Dole, 1965); Dole, Nyswander e Kreek furono i primi anche a proporre la concettualizzazione della *addiction* da oppiacei come una malattia metabolica (*ibidem* – Vincent Dole era un endocrinologo e in precedenza si occupava di obesità). Essi stabilirono che il metadone, un oppioide sintetizzato in Germania durante la seconda guerra mondiale, sino ad allora usato per programmi di disintossicazione a breve termine dalla fine degli anni '40 in strutture custodialistiche negli USA, poteva essere utilmente usato come terapia di mantenimento.

La sua lunga durata d'azione permetteva di prevenire i sintomi astinenziali, alleviare il *craving*, e bloccare gli effetti euforizzanti dell'eroina. L'*abstract* del lavoro originario di Dole e collaboratori recitava così:

«A group of 22 patients, previously addicted to diacetylmorphine (heroin), have been stabilized with oral methadone hydrochloride. This medication appears to have two useful effects: (1) relief of narcotic hunger, and (2) induction of sufficient tolerance to block the euphoric effect of an average illegal dose of diacetylmorphine. With this medication, and a comprehensive program of rehabilitation, patients have shown marked improvement; they have returned to school, obtained jobs, and have become reconciled with their families. Medical and psychometric tests have disclosed no signs of toxicity, apart from constipation. This treatment requires careful medical supervision and many social services. In our opinion, both the medication and the supporting program are essential»¹² (Dole, 1965).

Grande intuizione fu anche quella della necessità di integrare con interventi psicosociali il trattamento farmacologico («[...] *and a comprehensive program of rehabilitation* [...]. *This treatment requires many social services*»)¹³ (*ibidem*).

Da allora migliaia di articoli scientifici sono stati scritti (per dare solo un'idea, Medline, la principale banca dati medico-scientifica mondiale, consultata nel marzo 2019, computa 7.234 articoli indicizzati con “*methadone*” nel titolo), centinaia di studi randomizzati e controllati hanno in modo sempre più solido stabilito l'inoppugnabile efficacia del farmaco che ha un'evidenza sovrapponibile a quella dei vaccini, tra le più alte in tutta la farmacopea mondiale.

¹² P. 646: «un gruppo di 22 pazienti, con un passato di dipendenza dalla diacetilmorfina (eroina), è stato stabilizzato con metadone cloridrato somministrato per via orale. Questo farmaco sembra produrre due effetti utili: (1) sollievo dalla fame narcotica e (2) induzione di una tolleranza sufficiente a contrastare l'effetto euforico provocato da una dose media di diacetilmorfina. Con questo farmaco, e con un programma completo di riabilitazione, è stato riscontrato nei pazienti un netto miglioramento; sono tornati a scuola, hanno ottenuto un lavoro e si sono riconciliati con le loro famiglie. I test medici e psicometrici non hanno mostrato segni di tossicità, a parte la stitichezza. Questo trattamento richiede un'attenta supervisione medica e molti servizi sociali. A nostro avviso, sia il farmaco sia il programma di supporto sono essenziali».

¹³ Cfr. la nota precedente.

Nel 1972 la Food and Drug Administration (FDA) approvava il metadone come farmacoterapia a lungo termine della dipendenza da oppiacei (già nel 1947 era stato approvato per la disintossicazione a breve termine)¹⁴.

Come ripreso recentemente (Joseph, 2018) questa “rivoluzione biologica” ha contribuito a cominciare a sfidare le credenze sull’*addiction*, ha spronato ulteriori ricerche e, almeno negli USA, ha messo alla prova gli *statement* legali del sistema giudiziario e più in generale della gestione del contrasto al crimine.

Ma pur essendo passato oltre mezzo secolo le incrostazioni morali o peggio moralistiche condizionano ancora fortemente l’opinione pubblica, i decisori politici e il sistema giudiziario.

In un’intervista nel 1996 con AT Forum¹⁵, di fronte all’ennesima critica al mantenimento con metadone come “stampella” Dole rispose:

«That seems like a vague charge that has no answer. A crutch is not a bad thing if you have only one leg, yet it’s not nearly as good a solution as it would be if you could re-grow your missing leg. Since we can’t regenerate a leg, why not use the crutch to get about and lead more normal lives?»¹⁶.

Si può dire che da allora la clinica della dipendenza da oppiacei è cambiata in modo molto marginale.

Vale la pena qui ripercorre invece alcune tappe dei primi 15 anni della storia del metadone in Italia (Jarre, 2018); il suo utilizzo risale alla metà degli anni ‘70, con le prime sperimentazioni di uso endovenoso all’alba della costituzione dei primi Centri Medici e di Assistenza Sociale in alcune delle principali città. Negli anni ‘70 era infatti andata crescendo, anche in Italia, l’attenzione per i lavori di Vincent Dole. A livello governativo in quello stesso periodo prese avvio un fitto carteggio tra la Direzione generale competente (Medicina sociale) del Ministero della Sanità, il Consiglio Superiore di Sanità e l’Istituto Superiore di Sanità. Questi documenti spesso mostravano significative incertezze nella valutazione dell’impiego di metadone, soprattutto per gli usi più prolungati di quello “a scalare” nella disassuefazione rapida (entro i 21 giorni per definizione di legge). Per i trattamenti di maggiore durata le varie parti tendevano a usare diciture contraddittorie, spesso con una connotazione di fatto sfavorevole: interrogandosi per esempio se fosse opportuno parlare di “terapia di mantenimento” e non piuttosto di “disintossicazione prolungata”, al fine di “ridurre il concetto di irreversibilità della sindrome”. Si discutevano i limiti da introdurre nella regolamentazione, sottolineando, in una cornice paradigmatica moralistica e non scientifica, come la sostituzione di una tossicodipendenza lecita a quella illecita non potesse costituire una “vera cura” (Gori, 1980; Giobbi, 1981).

Nei primi anni il trattamento era molto disomogeneo, ma in linea di massima i dosaggi erano adeguati alla saturazione recettoriale (e quindi alla prevenzione dell’overdose), in quanto di solito seguivano le richieste, più o meno finalizzate a scopi terapeutici, dei pazienti.

¹⁴ Cfr. R.A. Rettig, A. Yarmolinsky, *Federal Regulation of Methadone Treatment*, National Academy Press, 1995 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK232111/>).

¹⁵ <http://atforum.com/interview-dr-vincent-dole-methadone-next-30-years/>.

¹⁶ Vincent Dole in risposta alla domanda «*we’ve heard some arguments claiming that methadone is just a crutch and patients in treatment must eventually give it up or they will never recover from addiction*» («Abbiamo sentito alcuni sostenere che il metadone è solo una stampella e che i pazienti in trattamento devono alla fine toglierselo o non potranno mai ristabilirsi dall’*addiction*»): «Questa sembra un’accusa imprecisa che non può avere risposta. Una stampella non è una brutta cosa se hai solo una gamba, anche se non è una soluzione buona quanto se potessi far ricrescere la gamba che hai perso. Dal momento che ciò non è possibile, perché non usare una stampella per andare in giro e fare una vita più normale?».

L'anno successivo ai Decreti Anselmi (d.m. 6 giugno e 4 agosto 1978), il 1979, deve essere ricordato per la dirompente proposta di somministrazione controllata di eroina dell'allora Ministro per la sanità (il liberale Altissimo era subentrato alla cattolica Anselmi), che suscitò un fragoroso dibattito in tutta l'Italia (40 anni fa...).

A livello normativo la questione dei sostitutivi fu ripresa nel d.m. Aniasi del 7 agosto 1980 che allargava alle farmacie la distribuzione del metadone prescritto anche dai singoli medici curanti. L'emanazione del primo decreto Aniasi (nell'autunno dello stesso anno ne seguirà un secondo) fu seguita da numerose prese di posizione; ora contrarie al provvedimento, in quanto promotore di un allargamento della "droga di Stato"; ora contrarie per motivi diametralmente opposti, in quanto il provvedimento delegittimava l'uso della morfina; ora ancora favorevoli in quanto "tra i mali abbiamo scelto il minore".

Alla fine del 1980 l'Istituto Superiore di Sanità entrò nel merito con un proprio *statement* (Bignami, 2002) dei trattamenti di mantenimento: il documento, dato il clima, non poteva parlare dei trattamenti prolungati con oppiacei come se fossero una vera e propria terapia della tossicodipendenza. Riferisce Bignami – all'epoca dirigente di ricerca in psicofarmacologia presso l'Istituto Superiore di Sanità – che esso iniziava con l'avvertimento che tali trattamenti «esulano dall'ambito delle consuete terapie mediche intese *sensu strictiori*» (8 anni dopo l'inserimento del Metadone nella farmacopea USA da parte della FDA!), costituendo «un provvedimento dettato da stato di necessità» di fronte al grave rischio di malattia e morte del soggetto che non è pronto a rinunciare alla droga di strada. Pertanto, mentre «da parte dell'operatore deve essere sempre presente l'istanza della progressiva riduzione dei dosaggi adoperati», al processo di svezzamento «non possono essere tuttavia imposti schemi di trattamento codificati»¹⁷. Continua Bignami asserendo che si faceva anche notare l'ambiguità dell'uso di un termine come «terapia di mantenimento» per indicare i trattamenti effettuati senza scadenze predeterminate: termine che può «nel migliore dei casi avere un valore puramente semantico, mentre nel peggiore (e più frequente) dei casi tende a inquinare notevolmente la valutazione delle prassi da seguire»¹⁸.

Qui si criticava – per compiacere in sostanza il committente governativo – la filosofia di Dole, la cui proposta di usare il metadone anche a tempo indefinito si sarebbe basata su di una interpretazione minimalista, meramente organicistica, non condivisibile, degli stati di tossicodipendenza.

Dalla metà degli anni '80 e per tutta la prima metà degli anni '90 (in piena espansione dell'epidemia HIV!) prese piede in Italia un diffuso e radicato "proibizionismo delle cure"; nelle diverse Regioni italiane cominciarono a fiorire i provvedimenti di limitazione "*ope legis*" dei dosaggi del metadone; in Piemonte nei primi anni '80 la quantità massima di metadone prescrivibile *pro die* era sancita addirittura da una Circolare regionale (Circolare 9 dell'Assessorato Regionale alla Sanità, 1982); 40 mg, un confine di gran lunga inferiore a quanto praticato un po' "artigianalmente" negli anni precedenti e a quanto sancirà essere la dose efficace l'evidenza scientifica nel corso degli anni successivi (> 60 mg *pro die*).

Le morti ufficiali per droga in Italia, meno di 100 all'anno sino al 1985 cominciarono a salire raggiungendo il picco storico di oltre 1.000 nel 2000¹⁹.

¹⁷ Pp. 3 ss.

¹⁸ Pp. 5 ss.

¹⁹ Cfr. la Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia – anno 2000 (<http://www.politicheantidroga.gov.it/media/1904/relazione20001153821883.pdf>).

La negazione dell'evidenza scientifica trova il suo culmine nel Decreto del Ministero della Sanità 19 dicembre 1990, n. 445, attuativo della l. 162/1990, che impone l'uso del metadone solo per trattamenti a scalare a breve termine; è sancito per legge l'obbligo di integrare i trattamenti farmacologici con quelli psico-sociali («i programmi di trattamento con farmaci sostitutivi debbono sempre rientrare in un più vasto piano integrato di trattamento che preveda interventi sia di tutela dello stato di salute del tossicodipendente che a carattere psicologico, sociale e riabilitativo»)²⁰.

Inoltre, si stabilisce che il metadone rappresenta solo una soluzione di seconda scelta («i programmi con metadone sono riservati ai soggetti per i quali altri tipi di trattamento non abbiano determinato la cessazione di assunzione di eroina o di altri oppioidi»)²¹ e viene abrogata la possibilità di affidare il farmaco («l'assunzione dei farmaci sostitutivi ha luogo, alla presenza del medico o di personale sanitario formalmente di volta in volta dallo stesso delegato, nella sede del servizio [...] non è consentita l'effettuazione di programmi esterni»)²².

Dulcis in fundo, la legge italiana cancella Vincent Dole e tutte le evidenze scientifiche accumulate dal 1964 al 1990 sull'efficacia del “*methadone maintenance*”.

Art. 7 del d.m. 445/1990, *Durata e dosaggi del trattamento*:

«1. Il trattamento con farmaci sostitutivi è a tempo determinato e personalizzato; esso è effettuato con i dosaggi minimi necessari per conseguire la disintossicazione»

Il Referendum popolare del 1993, abrogando la facoltà del Ministero della Sanità di decretare in merito alle terapie farmacologiche per le tossicodipendenze (abroga, tra l'altro: art. 2, comma 1, lettera *e*), punto 4 (i limiti e le modalità di impiego dei farmaci sostitutivi), di fatto fa decadere la misura legislativa di maggior “proibizionismo delle cure” mai emanata in Italia negli ultimi 50 anni.

La successiva pietra miliare nel processo di “laicizzazione” e medicalizzazione del trattamento della *drug addiction* a livello mondiale è costituita dal contributo di Tom Mc Lellan e altri giusto all'inizio di questo secolo (Mc Lellan *et al.*, 2000); di seguito il testo dell'*abstract* dell'articolo di Mc Lellan:

«the effects of drug dependence on social systems has helped shape the generally held view that drug dependence is primarily a social problem, not a health problem. In turn, medical approaches to prevention and treatment are lacking. We examined evidence that drug (including alcohol) dependence is a chronic medical illness. A literature review compared the diagnoses, heritability, etiology (genetic and environmental factors), pathophysiology, and response to treatments (adherence and relapse) of drug dependence vs type 2 diabetes mellitus, hypertension, and asthma. Genetic heritability, personal choice, and environmental factors are comparably involved in the etiology and course of all of these disorders. Drug dependence produces significant and lasting changes in brain chemistry and function. Effective medications are available for treating nicotine, alcohol, and

²⁰ D.m. 19 dicembre 1990, n. 445, art. 2 – *Globalità del trattamento*, c. 1.

²¹ *Id.*, art. 5 – *Limiti per l'ammissione al trattamento*, c.1.

²² *Id.*, art. 6 – *Modalità di trattamento*, c. 1 e 4.

opiate dependence but not stimulant or marijuana dependence. Medication adherence and relapse rates are similar across these illnesses.

Drug dependence generally has been treated as if it were an acute illness. Review results suggest that long-term care strategies of medication management and continued monitoring produce lasting benefits. Drug dependence should be insured, treated, and evaluated like other chronic illnesses»²³.

Mc Lellan compie un'operazione di grande importanza culturale prima ancora che scientifica, completando il percorso di "ammissione" della "drug dependence" nel novero delle comuni malattie (non a caso nel 2001 la SITD, Società Italiana Tossicodipendenze, intitolerà il proprio congresso nazionale a Torino, "Addiction, una normale malattia"). Di particolare rilievo anche il suo focalizzare il fatto di come sia stata impropriamente trattata come una "malattia acuta"; successivamente riprenderà il tema approfondendo gli effetti deleteri di avere anche valutato gli esiti dei trattamenti con i criteri della malattia acuta (Mc Lellan, 2002).

Per il legislatore invece non esistono la vulnerabilità, il *craving*, le connessioni tra circuito cerebrale della ricompensa e i processi decisionali; da questo punto di vista, porre un limite numerico all'ottenimento di un beneficio per un tossicodipendente – alla luce delle considerazioni di McLellan – appare a tutti gli effetti ridicolo, assomiglia all'ammonizione ad un diabetico a non farsi più trovare con la glicemia alta.

Il modello retrostante l'articolato normativo è quello del problema (a scavalco tra vizio e malattia) acuto, tutto-nulla, il "tunnel della droga", nel quale si finisce un po' per sfortuna e un po' perché se lo si cerca, e dal quale uscire dipende dalla volontà e dalle spinte di una giustizia "levatrice".

A distanza di oltre 50 anni dal lavoro di Dole la guerra contro lo stigma non è però vinta, neppure negli USA.

Pochi anni fa, nel 2014, ha fatto scalpore negli USA il caso di un tossicodipendente da eroina, Robert Lepolszki, morto per overdose all'età di 28 anni. Egli era stato in trattamento di mantenimento con metadone ma era ricaduto perché un tribunale lo aveva forzato a scarlolo.

Durante il trattamento con Mantenimento metadonico (M.M.) aveva trovato lavoro ed era ritornato dalla sua famiglia ma, a causa di un reato precedente al trattamento era stato portato in tribunale, nello stato di New York. Il caso è descritto nel 2015: (Woods, 2015): a Robert fu proposto dal giudice Frank Gulotta, Jr. di scegliere tra scalare il metadone o andare in carcere. Una scelta spesso proposta dai giudici americani nonostante diverse Drug Courts si fossero pronunciate in senso contrario. Egli scelse la prima opzione per evitare la carcerazione e ricadde.

²³ Pp. 1689 ss.: «gli effetti della dipendenza da droghe sui sistemi sociali hanno favorito il prender forma della visione sostenuta dai più che la dipendenza da droghe sia un problema sociale e non un problema di salute. Di conseguenza gli approcci medici alla prevenzione e al trattamento scarseggiano. Noi abbiamo esaminato l'evidenza che la dipendenza da sostanze (incluso l'alcol) è un'infermità medica cronica. Una revisione di letteratura ha paragonato le diagnosi, ereditarietà, eziologia (fattori genetici e ambientali), la fisiopatologia e la risposta ai trattamenti (in termini di adesione e ricaduta) della dipendenza da sostanze in confronto al diabete mellito di tipo 2, l'ipertensione e l'asma. L'ereditarietà genetica, gli stili di vita personali e i fattori ambientali sono coinvolti in modo paragonabile nell'eziologia e nel decorso di tutti questi disturbi. La dipendenza da sostanze produce significativi e duraturi cambiamenti nella neurochimica e nel funzionamento cerebrale. Sono disponibili farmaci efficaci per trattare la dipendenza da nicotina, da alcol e da oppiacei ma non da stimolanti o da marijuana. I tassi di adesione e ricaduta sono simili nelle 3 malattie. La dipendenza da sostanze è stata generalmente trattata come se fosse una malattia acuta. I risultati della revisione di letteratura suggeriscono che strategie di assistenza con gestione farmacologica a lungo termine e monitoraggio continuativo producono benefici duraturi. La dipendenza da sostanze dovrebbe essere gestita da un punto di vista assicurativo come le altre infermità croniche».

Fu trovato morto per overdose 6 settimane dopo. Nell'apprendere della morte del sig. Lepolszki il solo commento del giudice fu che "il metadone è una stampella ed un sostitutivo ed esso non ha posto in questo tribunale" (*«methadone is a crutch and a substitute and has no place in his court»*)²⁴.

L'articolo (*ibidem*) riferisce che, successivamente, nello stato di New York è stato presentato un progetto di legge che avrebbe dovuto proibire ai giudici di ordinare a chicchessia di scalare metadone e buprenorfina. Ma la legge non c'è ancora a tutt'oggi.

Se oggi si consulta il sito del NIDA (National Institute on Drug Abuse) alla pagina "*Drug misuse and addiction*" si trova questo trafiletto introduttivo:

*«what is drug addiction? Addiction is defined as a chronic, relapsing disorder characterized by compulsive drug seeking and use despite adverse consequences. It is considered a brain disorder, because it involves functional changes to brain circuits involved in reward, stress, and self-control, and those changes may last a long time after a person has stopped taking drugs. Addiction is a lot like other diseases, such as heart disease. Both disrupt the normal, healthy functioning of an organ in the body, both have serious harmful effects, and both are, in many cases, preventable and treatable. If left untreated, they can last a lifetime and may lead to death»*²⁵.

Un altro importante elemento di realtà misconosciuto dal diritto è che l'ampio spettro dei fenomeni di *addiction* è però riconducibile ad un modello unitario di vulnerabilità (Frascella, 2010):

*«for more than half a century, since the beginning of formal diagnostics, our psychiatric nosology has compartmentalized the compulsive pursuit of substance (e.g., alcohol, cocaine, heroin, nicotine) from nonsubstance (e.g., gambling, food, sex) rewards. Emerging brain, behavioral, and genetic findings challenge this diagnostic boundary, pointing to shared vulnerabilities underlying the pathological pursuit of substance and nonsubstance rewards [...] neurobiological data from problem gambling, obesity, and "normal" states of attachment (romantic infatuation, sexual attraction, maternal bonds) may help us in the task of carving addictions "at a new joint"»*²⁶.

D'altronde è proprio questa constatazione, assieme a molte altre evidenze neurobiologiche a far sì che nel DSM-5 (il Manuale dei Disturbi Mentali edito sin dal 1952), nel

²⁴ P. 244: «il metadone è una stampella e un surrogato e non ha posto in questo tribunale».

²⁵ <https://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/drug-misuse-addiction>. «Che cos'è l'*addiction* da sostanze? Si può definire l'*addiction* come un disturbo cronico-ricidivante caratterizzata da una ricerca compulsiva della sostanza e dall'uso nonostante le conseguenze avverse. Si può considerare una malattia del cervello perché essa implica modificazioni funzionali ai circuiti cerebrali deputati alla gestione del *reward*, dello *stress*, e dell'auto controllo e questi cambiamenti possono perdurare a lungo dopo che la persona ha smesso di assumere le sostanze. L'*addiction* assomiglia molto ad altre malattie, come quelle del cuore. Entrambe alterano il normale funzionamento salutare di un organo del corpo, entrambe hanno gravi effetti dannosi e entrambe sono in molti casi prevenibili e trattabili. Se non trattate esse possono durare tutta la vita e portare a morte».

²⁶ P. 264: «per più di mezzo secolo, a partire dall'inizio della diagnostica formale, la nostra nosologia psichiatrica ha suddiviso in compartimenti separati la ricerca compulsiva di sostanze (alcol, cocaina, eroina, nicotina) dai *rewards sine-substantia* (gambling, cibo, sesso). Evidenze crescenti cerebrali, comportamentali e genetiche sfidano i confini diagnostici orientando verso vulnerabilità condivise retrostanti la ricerca patologica di ricompense materiali e immateriali [...] dati neurobiologici su *gambling* patologico, obesità e stati "normali" di attaccamento (innamoramento, attrazione sessuale, legami materni) possono aiutarci nel compito di scolpire l'*addiction* con un nuovo punto di giuntura».

2013, il *gambling* sia stato inserito assieme ai Disturbi da uso di sostanze (D.U.S.) nell'ambito dei "*Substance-Related and Addictive Disorders*" (APA).

Il legislatore ignora totalmente il fatto che l'uso dipendente di nicotina, il disturbo da gioco d'azzardo, la dipendenza da eroina, il comportamento sessuale compulsivo, il disturbo da alimentazione incontrollata, lo shopping compulsivo (si potrebbe andare avanti a coprire alcuni comportamenti abituali di oltre la metà della popolazione), sono fenomeni clinici cui è sottesa una sovrapponibile condizione di vulnerabilità e disregolazione del funzionamento dei meccanismi appetitivi, del circuito della ricompensa e, a cascata, dei processi decisionali.

Ridicolmente esemplare è, a questo proposito, l'immagine che vede l'attuale Ministro degli Interni propugnare, a distanza di neppure 24 ore, la riapertura delle "case chiuse": «io continuo a ritenere che togliere alle mafie, alle strade e al degrado questo *business*, anche dal punto di vista sanitario, sia la strada giusta»²⁷, subito dopo la preannunciata stretta punizionistica sul T.U. 309/1990.

Peraltro, non solo il legislatore, ma spesso anche il giudice, è del tutto all'oscuro di ciò: si pensi a quando la giurisprudenza afferma, in modo del tutto ondivago, che una diagnosi di "dipendenza" sia in grado di costituire aggravante (dalla guida in stato di ebbrezza sino al nuovo istituto giuridico dell'omicidio stradale commesso da un alcolista o da un tossicodipendente) così come attenuante, sino alla parziale o totale non punibilità per vizio di mente ad esempio di un giocatore d'azzardo o di un soggetto con comportamento sessuale compulsivo.

Ciò riflette non solo la mancanza di una visione olistica del tema dell'*addiction*, ma anche un continuo oscillare della concettualizzazione del fenomeno tra colpa, vizio e malattia.

3.2. La cecità condivisa tra diritto e scienza medica: la sussistenza di un grading nel consumo, dall'uso sporadico a quello più frequente e controllato, alla perdita di controllo e il possibile ritorno all'uso controllato.

Il consumo controllato tutt'ora rappresenta una sorta di "fratellastro" tra gli obiettivi praticabili.

Già oltre vent'anni fa, l'allora presidente della Società Italiana Tossicodipendenze, prof. Alessandro Tagliamonte, proponeva al II Congresso nazionale della Società (Tagliamonte, 1996) una relazione dal provocatorio titolo *L'uso controllato di eroina* (pur riferito nel contesto di un trattamento farmacologico con un oppio-agonista) che riprendeva gli argomenti di un precedente articolo, scritto con alcuni collaboratori (Bianchi, Maremmani, Meloni, Tagliamonte, 1992), nel quale si concludeva che «*in a condition of adequate compliance the episodic use of heroin is of no harm to patients on methadone maintenance therapy, that is, methadone maintenance treatment permits a controlled use of heroin*»²⁸.

Nel 2003 il sociologo Daniele Scarscelli, nella ricerca dal titolo *Riuscire a smettere. La tossicodipendenza tra devianza e normalità: uno studio sulla remissione spontanea e assistita*, studiando per la prima volta in Italia le carriere di consumo di soggetti che mai si erano rivolti ai

²⁷ Redazione ANSA, *Prostituzione, Salvini: sì alla riapertura delle case chiuse*, ANSA, 28 febbraio 2019 (http://www.ansa.it/sito/notizie/politica/2019/02/28/prostituzione-salvini-si-alla-riapertura-delle-case-chiuse_3b6f2ae2-03aa-4b00-88fe-1f3766458011.html).

²⁸ Pp. 383 ss. «in una condizione di *compliance* adeguata l'uso episodico di eroina non comporta alcun danno al paziente in mantenimento metadonico, e, quindi, si può concludere che il mantenimento metadonico permette un uso controllato di eroina».

servizi, confrontava il percorso dei consumatori che vi si erano rivolti rispetto a quelli che avevano smesso autonomamente di assumere stupefacenti, concludendo che «a forza di studiare solo le persone tossicodipendenti in trattamento si finisce con il confermare in modo autoreferenziale i paradigmi vigenti, quello della devianza e quello medico. Si resta dentro un circolo vizioso della conoscenza» (Scarscelli, 2003a). L'indagine riguardava il cosiddetto “*self recovery*”, ovvero la remissione spontanea, cioè il raggiungimento dell'astensione – o comunque l'uscita da uno stato di consumo problematico di droghe – senza il ricorso ai trattamenti accreditati e ai servizi preposti.

Parcela da soli, insomma.

Dallo studio emerge che non c'è un modo, una ricetta per uscire dall'eroina da soli, le strategie personali sono varie e dipendono da contesto, soggettività, abilità sociali. Gli “*untreated*” – ci ricorda Scarscelli – «raccontano una storia personale in cui il consumo di droghe è sostanzialmente normalizzato, tenuto dentro carriere lavorative, reti relazionali, vita quotidiana. Si ripetono racconti di strategie di consumo mirate a reggere il lavoro, calibrate sui ritmi produttivi della giornata, pensate per non essere visibili e dunque attaccabili. Sono persone che sono riuscite a non disperdere il proprio capitale sociale e a mantenere vivi i loro funzionamenti sociali, per dirla con Amartya Sen» (Scarscelli, 2003 b)²⁹.

Il che non vuol dire che non abbiano avuto problemi: alcuni sono passati dai tribunali, altri hanno avuto problemi di salute, ma questo non ha comportato una rottura drammatica della loro vita personale e sociale. Ma come se la cavano da sé questi consumatori? Cercano di “tenere” il più possibile nelle attività di tutti i giorni, attivano strategie per cui l'uso non metta in crisi la loro vita sociale.

Ed è ovvio, ricorda ancora Scarscelli, «perché i cosiddetti funzionamenti sociali sono validi finché vengono esercitati, perderli e poi riacquistarli è molto faticoso e difficile»³⁰.

Il concetto di consumo controllato è stato ripreso anche in ambito medico da Shewan (Shewan, 2005) che, con uno studio longitudinale su 126 consumatori cronici di eroina che non avevano mai frequentato servizi specialistici per il trattamento del consumo problematico di droghe rilevava come i partecipanti avessero livelli di condizione occupazionale e di istruzione paragonabili a quelli della popolazione generale del Regno Unito e di gran lunga più alti di quelli trovati nelle consuete ricerche su eroinomani in trattamento. Concludeva che le proprietà farmacologiche di specifiche sostanze non devono essere considerate come tali da portare inevitabilmente a *pattern* di consumo di droghe addittivi e distruttivi.

Ancora nel 2010 Grazia Zuffa (Zuffa, Ronconi, a cura di, 2010) proponeva la prima ricerca italiana sull'uso controllato di cocaina, che, partendo da una revisione dei principali studi condotti in campo internazionale sui controlli nell'uso di diverse sostanze (cocaina, canapa, eroina), sviluppava una ricerca qualitativa sui percorsi dei consumatori di cocaina. La scoperta più interessante riguardava le “carriere”, ossia lo sviluppo del consumo nel tempo, laddove la gran parte delle carriere di consumo evolve verso un maggior controllo e verso la moderazione (spesso fino all'astinenza), invece che verso la “perdita di controllo”, come ipotizzato dalle teorie “farmacocentriche”. Ciò non significa che non esistano periodi di consumo intensivo e di diminuito controllo. Molti consumatori sperimentano infatti un picco, o più picchi nei consumi, per poi tornare a livelli più moderati. In altri termini, i consumatori imparano dalle loro esperienze, anche da quelle negative, a “dominare” la sostanza invece che esserne “dominati”.

²⁹ P. 8.

³⁰ *Ibidem*.

Molto recentemente Harald Klingemann, sociologo dell'Università di Berna, nella propria presentazione alla Summer School di Forum Droghe (Klingemann, 2016), ha fatto il punto della situazione su *self-change* e consumo di droghe. Si rammenta che l'auto-cambiamento, definito in termini clinici come "remissione spontanea", è il processo attraverso cui una persona riesce a uscire da una condizione sfavorevole, non voluta, senza un aiuto professionale. Il motore di tale scelta risiede nel trovare un nuovo significato nella vita e nel valutare i pro e i contro legati alla continuazione o interruzione dei comportamenti auto-distruttivi.

«Il *self change* non è affatto raro, al contrario è la regola, come dimostrano le persone che smettono di fumare, facendo a meno di una sostanza pur "pesante" come la nicotina. La ricerca documenta l'esistenza della 'remissione spontanea' per tutte le droghe, mostrando come i consumatori utilizzino uno straordinario apparato creativo di strategie quotidiane di *coping*»³¹.

Prosegue Klingemann:

«perché il *self change* è ignorato dai servizi e pressoché sconosciuto all'opinione pubblica? Perché si pensa che il mondo sia come lo si vede: il *bias* nella percezione della realtà dovuto allo stigma attribuito alla dipendenza. Sappiamo che solo una minoranza delle persone con consumo problematico è in contatto con i servizi, ma gli operatori tendono a generalizzare partendo dalla "punta dell'iceberg": prendendo i casi più gravi che conoscono dalla loro pratica come rappresentativi della popolazione generale. La remissione spontanea non dipende solo dalle capacità delle persone, ma anche da fattori sociali»³².

Che cosa può fare la società per favorire l'auto-cambiamento?

«Per cominciare, una società "amica del *self change*" elimina le barriere per chi è in cerca di aiuto: la più importante è la non volontà degli operatori di negoziare gli obiettivi del cambiamento e il trattamento con gli utenti, proponendo l'astinenza come obiettivo unico. Eppure, sappiamo che ci sono molte strade che conducono alla *addiction*, e altrettante per uscirne. Secondo: una società *self change friendly* cerca di facilitare l'auto-cambiamento. Il *self change* può sembrare un termine individualistico, ma le condizioni del cambiamento, ossia il "capitale di recupero" (sociale e materiale) gioca un ruolo importante ed è distribuito in maniera diseguale. Per alcuni il cambiamento è più facile che per altri, e questi ultimi hanno diritto al trattamento»³³.

Eliminare lo stigma della dipendenza, afferma Klingemann, è un fattore cruciale per promuovere l'auto cambiamento. Una società «amica del *self change*» dovrebbe lanciare campagne alla popolazione per sostenere l'idea che i comportamenti additivi possono cambiare, che il cambiamento è assai comune e merita il sostegno sociale. Una società amica del cambiamento fa sì che le persone che sono uscite da sé dalla dipendenza non debbano più nascondere il loro successo, in previsione dello stigma, del venir meno della fiducia altrui, della perdita del lavoro; al contrario, le spinge a parlare con orgoglio della propria storia, per incoraggiare gli altri sulla stessa strada.

³¹ Intervento 9 settembre 2016, Summer School Forum Droghe "Alcol e riduzione del danno", Fiesole.

³² *Ibidem*.

³³ *Ibidem*.

Nella legge si fa invece, un po' a casaccio, una grande insalata di situazioni estremamente diversificate: qua e là troviamo il già citato «**dedito all'uso**», qui e là rinforzato dall'avverbio «**abitualmente**», un più sbrigativo e sciatto «**che comunque abbia problemi di tossicodipendenza**», un caritatevole «**bisognevole di cure e di assistenza**», ma anche «**tossicofilo**» (un vecchio termine della medicina militare degli anni '70 e '80 del secolo scorso – un fratellino minore della tossicodipendenza – che era una delle possibili cause di esonero dalla leva obbligatoria) – e ancora, «**stato di tossicodipendenza**» (locuzione *d'antan*, che richiama la terminologia anni '70 della l. 685/1975), un sorprendentemente quasi neutro «**persona tossicodipendente**» e, infine, «**assuntore di sostanze stupefacenti o psicotrope**».

Banalmente, di consumatore più o meno problematico di sostanze psicoattive il legislatore non riesce a parlare.

3.3. *La cecità delle neuroscienze, un moderno riduzionismo meccanicistico: la mente è ben altro che il cervello.*

Maurizio Coletti (Coletti, 2018) cita un illuminante contributo della psichiatra statunitense Sally Satel, che, nel rendere i concetti espressi nel suo volume *Brainwashed: the seductive appeal of mindless neuroscience*, scritto insieme a Scott Lilienfeld, sottolinea argutamente come ci sia una radicale differenza tra cervello e mente.

«Il dominio neurobiologico include il cervello e le cause organiche, i meccanismi che sono dietro ai nostri pensieri ed emozioni. Il dominio psicologico, il regno della mente, è quello della persona – i suoi desideri, le intenzioni, gli ideali e le ansie. Entrambi sono essenziali per una piena comprensione del perché agiamo come agiamo»³⁴.

Il progressivo stratificarsi delle evidenze neurobiologiche ha portato con sé, accanto ad alcuni importanti progressi nella comprensione dei fenomeni (non altrettanto nel loro trattamento clinico, sostanzialmente fermo da alcuni decenni), un forte irrobustimento del cosiddetto modello scotomizzante “*disease*” dell'uso di sostanze psicoattive a scapito di altri modelli.

Ciò sicuramente rientra nel progressivo appropriarsi, a opera della scienza medica (per scopi più o meno consapevolmente commerciali), di spazi un tempo lasciati alla fisiologia della vita (la nascita e la morte *in primis*) e al libero arbitrio dei comportamenti individuali (l'alterazione del proprio stato mentale), già ben descritta oltre 40 anni fa da Ivan Illich nel suo famoso *Nemesi medica* (Illich, 1977) e ripresa in tempi recenti da Atul Gawande (Gawande, 2016).

È messo all'angolo il modello dell'apprendimento sociale (Bandura, 1977), ma soprattutto viene progressivamente sacrificata l'ipotesi che si sia di fronte a scelte, seppur potenzialmente foriere di problemi di salute, “normali”, volontarie, come tante altre nella vita della maggior parte delle persone; scelte di “presa a credito” oggi di un piacere da pagarsi, come sempre, e con gli interessi, domani. Senza significative differenze – come già detto – rispetto ai comportamenti relativi all'alimentarsi, alla sessualità, all'acquistare beni durevoli o di consumo, al muoversi con automezzi e al relazionarsi in genere.

³⁴ P. 65.

È anche del tutto ignorata la questione della malattia, la tossicodipendenza, come costruito sociale. La tossicodipendenza non è sempre esistita; l'*homo sapiens* da alcune decine di migliaia di anni, le droghe da milioni o centinaia di milioni di anni, il loro uso da parte dell'uomo da alcune migliaia di anni ma la "tossicodipendenza" è invenzione dell'età moderna.

Abbiamo già visto come il termine sia molto giovane risalendo al dibattito parlamentare propedeutico al licenziamento della l.685/1975.

A questo proposito vale la pena ricordare il lavoro di Mirko D. Grmek (Grmek, 1989), uno dei maggiori storici contemporanei della medicina.

Secondo questo Autore le malattie non esistono come cose, ma come idee, e per la precisione come le idee di Platone, ognuna delle quali non esiste senza le altre e senza un'idea che le somma tutte, vale a dire l'idea di unità. Nella realtà patologica questa idea è la malattia in sé, intesa come specifica della condizione degli organismi e in particolare degli esseri umani che vivono in società. È a questo punto che assumono tutto il loro rilievo le abitudini di vita, i fattori culturali, il modo stesso del pensiero umano di concepire la malattia, la tendenza delle società a strutturarsi come sistemi di sicurezza collettiva avverse ai morbi.

La storia delle malattie non è immediatamente storia della medicina ma, in quanto scandisce il comportamento dell'uomo sempre in procinto di ammalarsi, getta una luce potente sul modo scelto per associarsi, per mettere a punto sempre nuove tecniche e arti della guarigione, per fare di queste arti una scienza prioritaria, per l'appunto la medicina, che oggi, specie come biomedicina, è sul punto di diventare la finestra privilegiata per osservare la vita dell'umanità.

Molto importante il concetto sviluppato da Grmek di "patocenosi", l'insieme delle malattie presenti in una popolazione in un determinato periodo e in una determinata società che è assolutamente interdipendente.

La tossicodipendenza e l'AIDS si può quindi dire che stiano al Novecento come la tisi o la sifilide stavano all'Ottocento.

Nel nostro tempo il mettere in atto un comportamento rischioso sempre più è rubricato come un qualcosa di anomalo, da oggettivare con un deficit o un eccesso di un certo neuro-oromone, spesso dimenticando come una certa dose di *risk taking* sia il motore del progresso dell'umanità.

La scoperta è rischio, la conoscenza è rischio, sin da prima dei tempi di Ulisse.

Esiste, ma è molto poco conosciuta, una concettualizzazione rivoluzionaria proposta in una prima versione sin dagli anni '80 da un famoso psico-farmacologo californiano, Ronald Siegel (Siegel 1989 e 2005) – professore al Dipartimento di Psichiatria e Scienze Biocomportamentali della UCLA a Los Angeles – che ha pubblicato, in due momenti distinti, due saggi molto ben documentati in cui propone l'interpretazione del consumo di sostanze psicoattive come originato da un meccanismo incentivante fisiologico, da un *drive* primario che si posiziona accanto – con pari dignità – a quelli che incentivano la pratica sessuale, il dissetarsi, lo sfamarsi e l'accudire la prole. Afferma già nel 1989 Ronald Siegel che i dati «dimostrano che la ricerca e l'assunzione delle droghe sono comportamenti biologicamente normali» e poi che «la capacità di una droga di servire come ricompensa o rafforzante per il comportamento non dipende da alcuna abnormalità nel cervello. Piuttosto, quelle droghe che gli animali selezionano per l'uso sono quelle

in grado di interagire con i normali meccanismi del cervello sviluppatasi attraverso l'evoluzione per mediare comportamenti biologica mente essenziali diretti verso il cibo, l'acqua e il sesso. In altre parole, la ricerca delle droghe inebrianti è una regola piuttosto che un'aberrazione» (Siegel, 1989)³⁵.

L'ebbrezza, sia negli animali che negli uomini, avrebbe un valore evolutivo adattatore.

Giorgio Samorini, in un suo piccolo saggio sugli animali che si drogano (Samorini, 2013), propone un interessante collegamento tra il lavoro di Siegel e il pensiero di un neuroscienziato *ante litteram*, Edward De Bono (De Bono, 1969), psicologo che negli anni '60 del Novecento ebbe un breve periodo di notorietà per il costrutto relativo al cosiddetto "pensiero laterale". De Bono ipotizzava anche la sussistenza di un fattore di deschematizzazione, o fattore PO (PO sta per *provoking* o *provocative operation*), funzione fondamentale che ha lo scopo di agire da strumento «per scompigliare i modelli consolidati»³⁶. Il principio di conservazione di ciò che è stato acquisito tende a preservare schemi consolidati e per modificarsi, per cercare nuovi "percorsi", è necessario ricorrere a uno strumento di *depatterning*, essere cioè dotati di una "funzione deschematizzante" che sia in grado di opporsi, per lo meno in determinati momenti, al principio di conservazione³⁷.

L'uso di droghe potrebbe avere in questa chiave una funzione di stimolo per la ricerca di percorsi inconsueti, vantaggiosi sul piano evolutivo; una funzione che ciascuna specie affida ad una piccola minoranza di «esploratori», quelli che Cloninger definisce i «*novelty seekers*», che svolgerebbe, rischiando in proprio, una funzione non solo per sé stessa bensì per tutta la specie (Cloninger, 1986)³⁸.

Né matti, né malati, né criminali, né tutte queste cose insieme, ma spericolati esploratori

D'altronde Luigi Cancrini, all'inizio degli anni '80, diede al suo pionieristico saggio sulle tossicodipendenze in Italia il suggestivo titolo, *Quei temerari sulle macchine volanti* (Cancrini, 1982).

4. Il faticoso arrancare della risposta organizzativa sanitaria.

Gran parte dei Servizi pubblici italiani per le dipendenze (i vecchi Ser.T., ora perlopiù Ser.D.) hanno nel corso degli anni sostituito la T di tossicodipendenze con la D di dipendenze, senza però operare una riflessione a 360 gradi su che cosa questo comportasse.

In tutta Italia, con un'ovvia gradualità nord-sud (ma anche ovest-est, in Lombardia 4-5 anni dopo che in Piemonte), gli allora Centri Medici e di Assistenza Sociale si sono strutturati negli anni '80 e '90 del secolo scorso attorno alla gestione del tema sul quale c'era un esplicito mandato politico (e che era poi quello che suscitava il maggiore allarme sociale) – il consumo più o meno problematico di una specifica droga, l'eroina – in una peculiare fascia di popolazione, quella adolescenziale/giovanile.

³⁵ P.100.

³⁶ Pp. 246-265.

³⁷ *Ibidem*.

³⁸ Pp. 167 ss.

Sino all'entrata in vigore della l. 162/1990 i Servizi erano per lo più costituiti da personale (medici, assistenti sociali e psicologi) "a scavalco" su altre funzioni, spesso "confinati" a lavorare in ambienti inadatti e per scelta non sempre volontaria.

Nel 1990 sia con la legge 5 giugno 1990, n. 135, sull'AIDS che con la l. 162/1990 sulle tossicodipendenze sono per la prima volta stabiliti gli standard relativi alla dotazione organica dei servizi, che nelle realtà più grandi debbono diventare organizzazioni sanitarie pubbliche dotate di un certo livello di autonomia funzionale; accanto alle precedenti figure professionali compaiono quelle dell'educatore professionale e dell'infermiere (e in alcune Regioni anche quella del sociologo).

Per i gruppi di lavoro più piccoli (sino a 60 utenti) il d.m. Salute 444/90 prevede ben 11 operatori; per quelli più grossi (oltre 300 utenti) 22.

Da allora non è mai più stata fatta a livello nazionale una nuova parametrizzazione ed anche dopo la Riforma del titolo V della Costituzione le stesse Regioni non hanno più ripreso in mano in modo organico la questione della quantificazione delle risorse umane attribuite ai Servizi per le dipendenze.

Dagli anni '80, in 40 anni si sono via via aggiunte al *core business* iniziale nuove competenze; si è dapprima a metà degli anni '80 aggiunto il grosso fardello dell'AIDS (spesso attribuendo ai servizi per le dipendenze responsabilità assistenziali anche sui malati non tossicodipendenti), poi si è superato il muro dell'illegalità includendo tra la fine degli anni '80 e l'inizio degli anni '90 il consumo problematico di alcol e nel corso degli stessi anni '90 il fumo di tabacco, per poi ricomprendere, nel nuovo millennio, anche l'attività nei confronti delle cosiddette dipendenze comportamentali, il gioco d'azzardo *in primis*. Questo ha comportato ovviamente – accanto all'invecchiamento dei giovani consumatori di eroina degli anni '70 e '80 – il doversi occupare di fasce di popolazione via via più estese, uscendo dal paradigma del cosiddetto "disagio giovanile".

Poi ancora sono stati attribuiti compiti istituzionali nei confronti delle categorie di persone non "dedite all'uso" – per usare la terminologia normativa – ma per le quali si doveva certificare il "non uso": i lavoratori addetti a particolari lavorazioni rischiose, i conduttori di autoveicoli, sino addirittura i futuri genitori nelle loro pratiche per le adozioni internazionali.

Tutto ciò si è via via aggiunto senza che l'inserimento di nuove risorse umane all'interno dei servizi le quali, anzi, per effetto del blocco delle assunzioni perdurato per gran parte degli ultimi due decenni, sono andate progressivamente decrescendo rispetto agli stessi standard previsti dalla l. 162/1990 e dal citato Decreto attuativo 444 del Ministero della Sanità.

Per citare un esempio concreto nel territorio dell'ASL TO3 del Piemonte Servizi come quelli di Collegno, Rivoli, Orbassano e Pinerolo sarebbero tutti "ad alta utenza" secondo i parametri del 1990 e dovrebbero ciascuno avere una dotazione organica di 22 operatori e un proprio "primario"; attualmente ciascuno di essi ha mediamente 11-12 operatori ed è diretto da un solo Responsabile di Struttura Complessa che sovrintende un territorio di circa 600.000 abitanti con 3.000 persone assistiti per patologia delle dipendenze.

Il ridimensionamento delle risorse avrebbe ancor più imposto una razionale riorganizzazione dell'offerta, in modo proporzionale alla dimensione di salute pubblica delle tematiche sanitarie da fronteggiare; anche solo un ragionamento in termini di mortalità connessa ai diversi comportamenti addittivi (in Italia oltre 80.000 persone muoiono per fumo di tabacco,

oltre 25.000 per consumo eccessivo di alcol e alcune centinaia – le cifre ufficiali sono poco attendibili a causa del basso tasso di riscontri autoptici nel nostro paese – per droghe), avrebbe imposto un’organizzazione del *planning* settimanale dei servizi in cui il lavoro sui problemi droga-correlati avrebbe dovuto progressivamente essere confinato in una piccola porzione del calendario (non più di un pomeriggio), riservando tutto il resto del tempo al lavoro – soprattutto fuori dagli ambulatori, laddove si concentra oltre il 90% dei potenziali utenti – alle dipendenze legali; nicotina, alcol e azzardo.

Invece, al più si sono create alcune nicchie di potere – le Strutture semplici di alcologia o per le dipendenze comportamentali – per promuovere qualche dirigente intermedio o per confinare l’intervento su questi temi in luoghi e tempi separati dal *core business* sulle droghe.

L’equivoco fondamentale è che, all’interno del Sistema sanitario nazionale, in tema di comportamenti addittivi si ragiona ancora in un’ottica di servizi – seppur ricompresi nei Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.) gratuiti, senza la corresponsione di un *ticket* – a domanda individuale, nei quali in assenza di una richiesta (più o meno libera o forzata dalla pressione giudiziaria) non è possibile intervenire nei normali contesti di vita in una dimensione di salute pubblica.

Sarebbe invece fondamentale trasformare i Servizi che intervengono sui cosiddetti “stili di vita” in servizi di sanità pubblica, che mettano in atto in modo proattivo, secondo il moderno modello della cosiddetta “medicina d’iniziativa”, interventi su vasta scala di prevenzione, limitazione dei rischi e riduzione del danno prima ancora che trattamenti terapeutici in senso stretto.

Ciò sarebbe imposto dal fatto che gli svariati milioni di consumatori problematici di tabacco, alcol e azzardo si traducono (per ora) in poche decine di migliaia di utenti dei servizi.

Il trincerarsi dietro la giustificazione della carenza di risorse non regge; è proprio la carenza di risorse che avrebbe imposto e tutt’ora impone una rivoluzione organizzativa che porti a dedicare ai vari temi le risorse in proporzione alla loro dimensione pubblica e non alla minore o maggiore attenzione prestata ad essi dalla politica del momento.

5. Un ultimo accenno; una politica che non fa “politiche” ma che insegue gli umori della “gente”.

Poche righe per concludere.

La politica è resa cieca e incapace di strutturare *policies* razionali perché accecata dalla ricerca del consenso facile, quello che poggia sugli umori viscerali della gente.

Una *politique politicienne*.

Del tutto esemplificativa è la già citata recentissima presa di posizione del Ministro degli Interni che riesuma una polemica dimenticata dai più sulla «modica quantità», che invece – lo si deve affermare ad alta voce – era un intelligente *escamotage* giuridico per dare discrezionalità al giudice in un ambito nel quale la variabilità della tolleranza individuale ai principi attivi delle diverse droghe rendeva impossibile stabilire in modo tabellare il limite tra detenzione a scopo di consumo o di spaccio.

Il fatto che in quasi 30 anni non si sia riusciti, con maggioranze di centro-sinistra e centro-destra e con quest'ultima giallo-verde, a produrre alcun aggiornamento della normativa rende pessimisti sulla possibilità che questo accada nei decenni a venire.

I consumatori di droghe continueranno ad essere “carne da macello” per la costruzione del consenso, al pari degli immigrati.

Ed è un peccato, perché in realtà l'opinione pubblica potrebbe esser pronta, su questi temi (non su quello dell'immigrazione su cui si giocano fantasmi più spaventosi), a un cambio di marcia; il tossicodipendente è diventato una figura domestica, quasi familiare dei nostri panorami urbani, ed un Paese che in ben due regioni meridionali è riuscito ad eleggere (in un caso per ben due volte di seguito) presidenti dichiaratamente omosessuali sarebbe sicuramente pronto ad una diversa tolleranza dei comportamenti di consumo di oggetti psicoattivi.

E invece, da 10 anni esatti, la politica non ha più neppure convocato la triennale Conferenza Nazionale sulle Politiche Antidroga e sui problemi connessi alla diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope. Né Monti, né Letta, né Renzi, né Gentiloni e neppure Conte.

Bibliografia

A. Bandura, *Social Learning Theory*, Prentice Hall, 1977.

E. Bianchi, I. Maremmani, D. Meloni, A. Tagliamonte, *Controlled use of heroin in patients on methadone maintenance treatment*, in *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 4, 1992, pp. 383 ss.

G. Bignami, *L'alba del metadone*, Bignami G. Fuoriluogo, marzo 2002.

L. Cancrini, *Quei temerari sulle macchine volanti. Studio sulle terapie dei tossicomani*, Carocci, 1982.

C.R. Cloninger, *A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states*, in *Psychiatric Developments*, 3, 1986, pp. 167 ss.

M.Coletti, *Neurocentrismo e neuroriduzionismo, le ricadute nella ricerca*, in G. Zuffa, S. Anastasia, F. Corleone(a cura di), *Nono libro bianco sulle droghe*, 2018, Fuoriluogo, pp. 65 ss.

J. Csete, H. Catania, *Methadone treatment providers' views of drug court policy and practice: a case study of New York State*, in *Harm Reduct J*, 10:35, 2013, pp. 1 ss.

E. De Bono, *The Mechanism of Mind*, Penguin Books, 1969.

V.P. Dole, M. Nyswander, *A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction. A clinical trial with methadone hydrochloride*, in *JAMA*, 193, 1965, pp. 646 ss.

J. Frascella, M.N. Potenza, L.L. Brown, A.R. Childress, *Shared brain vulnerabilities open the way for nonsubstance addictions: carving addiction at a new joint?* In *Ann N Y Acad Sci*, 1187, 2010, pp. 294 ss.

- A. Gawande, *Being mortal. Illness, medicine and what matters in the End*, Malcom Gladwell, 2014, trad. it. D. Sacchi (a cura di) *Essere mortale. Come scegliere la propria vita fino in fondo*, Einaudi, 2016.
- A. Giobbi, *Tossicodipendenza e trattamento sostitutivo con metadone*, in *Droga*, 141,1981, pp. 119 ss.
- E. Gori E, *Il metadone – Trattamento e risultati*, in *Aggiornamenti Sociali*, 1980, pp. 699 ss.
- M. Grmek, *Aids. Storia di una epidemia attuale*, Laterza, 1989.
- I. Illich, *Medical Nemesis. The Expropriation of Health*, Pantheon Books, 1976, trad. it. D. Barbome (a cura di), *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Mondadori, 1977.
- P. Jarre, *A brief history of substitution in Italy*, in *Harm reduction in practice, SWAPS*, European Edition, 1, 2018, pp. 44 ss.
- H. Joseph, J.S. Woods, *Changing the Treatment Direction for Opiate Addiction: Dr. Dole's Research*, in *Subst Use Misuse*, 28;53(2), 2018, pp. 181 ss.
- H. Klingemann, *Dal self change e dal natural recovery agli interventi sulle dipendenze*, Intervento alla Summer School Fuoriluogo, Fiesole (Fi), 2016.
- A.T. Mc Lellan, D.C. Lewis, C.P. O'Brien, H-D. Kleber, *Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation*, in *JAMA*, 4;284(13), 2000, pp.1689 ss.
- A.T. McLellan, *Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective*, in *Addiction*, 97(3), 2002, pp. 249 ss.
- G. Samorini, *Animali che si drogano*, ShaKe Edizioni, 2013.
- D. Scarscelli (a), *Riuscire a smettere*, Edizioni Gruppo Abele, 2003, pp. 17 ss.
- D. Scarscelli (b), *Intervista*, in *Fuoriluogo*, 2, 2003.
- D. Shewan, P. Dalgarno, *Evidence for controlled heroin use? Low levels of negative health and social outcomes among non-treatment heroin users in Glasgow*, in *Br. J. Health Psychol.*, 10, 1, 2005, pp. 33 ss.
- R.K. Siegel, *Intoxication: Life in pursuit of artificial paradise*, Pocket, 1989.
- R.K. Siegel, *Intoxication: the universal drive for mind altering substances*, Park Street Press, 2005.
- A. Tagliamonte, *L'uso controllato dell'eroina*, Società Italiana Tossicodipendenze, Atti del II Congresso Nazionale, Piccin, 27-28 settembre 1996.
- M.A. Woods, H. Joseph, *Stigma from the Viewpoint of the Patient*, in *Journal of Addictive Diseases*, 34:2-3, 2015, pp. 238 ss.

P. Wye, *Once an alcoholic, always an alcoholic*, in *Br Med J*, Dec 22; 2(6205), 1979, pp. 1665 ss.

N. Zingarelli, *Lo Zingarelli 2009. Vocabolario della lingua italiana*, Zingarelli, 2009.

G. Zuffa, S. Ronconi (a cura di), *Droghe e autoregolazione, note per consumatori e operatori*, Ediesse, 2017.