

PURCHÉ SE NE PARLI TRANQUILLANTI E PUBBLICITÀ IN ITALIA NEGLI ANNI CINQUANTA

MIRIAM FRANCHELLA



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO
DIPARTIMENTO DI STUDI STORICI
"FEDERICO CHABOD"



Milano University Press

Miriam Franchella

PURCHÉ SE NE PARLI

**Tranquillanti e pubblicità
in Italia negli anni cinquanta**

Purché se ne parli. Tranquillanti e pubblicità in Italia negli anni cinquanta/ Miriam Franchella: Milano University Press, 2025. (Scritti di storia - Historical Writings - Écrits d'histoire; 22).

ISBN 979-125-510-286-1 (print)

ISBN 979-125-510-288-5 (PDF)

ISBN 979-125-510-290-8 (EPUB)

DOI 10.54103/scrittidistoria.247

Questo volume e, in genere, quando non diversamente indicato, le pubblicazioni della collana Scritti di storia - Historical Writings - Écrits d'histoire sono soggette a un processo di revisione esterno, vengono valutate e approvate dal Comitato editoriale e devono essere conformi alla politica di revisione tra pari, al codice etico e alle misure antiplagio espressi.

Le edizioni digitali dell'opera sono rilasciate con licenza Creative Commons Attribution 4.0 - CC-BY-SA, il cui testo integrale è disponibile all'URL:
<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0>



 Le edizioni digitali online sono pubblicate in Open Access su:
<https://libri.unimi.it/index.php/milanoup>.

© The Author(s), 2025

© Milano University Press per la presente edizione

Pubblicato da:

Milano University Press

Via Festa del Perdono 7 – 20122 Milano

Sito web: <https://milanoup.unimi.it>

e-mail: redazione.milanoup@unimi.it

L'edizione cartacea del volume può essere ordinata in tutte le librerie fisiche e online ed è distribuita da Ledizioni (www.ledizioni.it)

Indice

Introduzione	7
1. Il meprobamato negli Stati Uniti	9
1.1 Storia del meprobamato	10
1.2 La legislazione statunitense sui farmaci	12
1.3 Diffusione del meprobamato negli Stati Uniti	14
1.4 Qualche perplessità	19
2. Il contesto italiano	25
2.1 Il <i>framework</i> storico-sociale	25
2.2 La legislazione italiana sui farmaci	27
2.3 La pubblicità farmaceutica	39
3. Il meprobamato sulla stampa popolare	45
3.1 I quotidiani	45
3.1.1 Il “Corriere”	45
3.1.2. “L’Unità”	49
3.1.3. “Il Giorno”	53
3.1.4. “La Stampa”	57
3.2 Le riviste	63
3.2.1 “Epoca”	63
3.2.2. “Oggi”	66
3.2.3. “Gente”	68
3.2.4. “Domenica del Corriere”	68
3.2.5. “Famiglia Cristiana”	70
3.3 Prime riflessioni	70
4. Il meprobamato nelle riviste mediche	73
4.1 “Minerva Medica”	73
4.1.1 La pubblicità	73
4.1.2. Articoli sul meprobamato	87
4.2 “Il Policlinico”	97
4.3 Ulteriori riflessioni	101
Conclusioni	103
Bibliografia	111

Introduzione

Negli anni cinquanta, il panorama della medicina e della farmacologia visse una trasformazione profonda, con l'introduzione e la diffusione di nuove molecole psicotrope capaci di rispondere alla crescente domanda di gestione dell'ansia e di altre condizioni legate allo stress della vita moderna. Negli Stati Uniti, dove il primo farmaco tranquillante (il "Miltown") venne prodotto, la sua immissione nel mercato fu accompagnata da una massiccia campagna di promozione pubblicitaria, che non si limitò alle riviste mediche specializzate ma si estese anche a quelle popolari, coinvolgendo un vasto pubblico di lettori. Miltown venne fatto conoscere con toni entusiastici da scrittori freelance come Lawrence Galton e Donald Cooley, che ne enfatizzarono la sicurezza e la versatilità terapeutica attraverso articoli pubblicati su riviste popolari come *Cosmopolitan*. Inoltre, il successo di Miltown fu amplificato dalla cultura delle celebrità: il comico Milton Berle, affettuosamente noto come "zio Miltie", raccontò apertamente al pubblico televisivo come il farmaco avesse migliorato la sua vita, stimolando curiosità e imitazione, mentre l'introduzione del controverso "Miltini" – un cocktail che sostituiva l'usuale oliva del Martini con una pillola di Miltown – contribuì a solidificare il suo status iconico. Tali narrazioni e iniziative non fecero che incrementare la domanda, portando il nome del farmaco a diventare sinonimo di sollievo dall'ansia.

Volumi ed articoli sono stati dedicati¹ all'analisi degli aspetti sociali, economici e politici coinvolti in tale fenomeno non solo negli Stati Uniti, ma anche in altri Paesi quali il Regno Unito e la Francia. Quasi nulla,² invece, è stato fatto per osservare e comprendere quanto è avvenuto in Italia, allorché il farmaco è

1 Si vedano ad esempio M.C. Smith, *Small Comfort: A History of the Minor Tranquilizers*, Greenwood Press, Praeger 1985 e la sua edizione riveduta M.C. Smith, *A Social History of the Minor Tranquilizers: the quest for small comfort in the age of anxiety*, Pharmaceutical Product Press, Binghamton NY 1981; D. Herzberg, *Happy Pills in America: From Miltown to Prozac*, Johns Hopkins University Press, Baltimora 2009 e D. Herzberg, "Will Wonder Drugs Never Cease!": A Prehistory of Direct-to-Consumer Advertising, in "Pharmacy in History", 2009, 51/2, pp. 47-56; T. Lefebvre, D. Nourrisson, M. Tsikounas, *Quand les psychotropes font leur pub: cent trente ans de promotion des alcools, tabacs, médicaments*, Nouveau Monde éd., Paris 2010; R. Green, J.K. Aronson, P.M. Haddad, *Marketing medicines: charting the rise of modern therapeutics through a systematic review of adverts in UK medical journals (1950-1980)*, in "British Journal of Clinical Pharmacology", 2018, 84/8, pp. 1668-1685, e R. Green, J.K. Aronson, P.M. Haddad, *Examining the 'psychopharmacology revolution' (1950-1980) through the advertising of psychoactive drugs in the 'British Medical Journal'*, in "Journal of Psychopharmacology", 2018, 32/10, pp. 1056-1066.

2 Eccezione a questo vuoto è il testo: P. Lomagno, *Appunti per una storia della pubblicità farmaceutica*, Performance, Roma 1996, che dedica le pp. 87-94 al periodo che va dalla fine della Seconda Guerra Mondiale ai giorni nostri.

stato introdotto, nel luglio del 1956, inserendosi in un contesto medico e sociale profondamente diverso, che merita di essere studiato.

Attraverso una ricostruzione basata su quotidiani, settimanali popolari e riviste mediche, questo libro si propone di analizzare le strategie promozionali utilizzate nel nostro paese, nel quadro legislativo, farmaceutico e sociale in cui il farmaco comparve e che contribuì a modificare. L'obiettivo è offrire uno sguardo critico e approfondito su un capitolo fondamentale della storia della farmacologia e della salute pubblica del nostro Novecento.

Un ringraziamento caloroso va alla dottoressa Valeria Borrella per la pronta, sapiente e gentile assistenza alla consultazione delle preziose riviste custodite nella Biblioteca di Medicina del Lavoro dell'Università degli Studi di Milano.

1. Il meprobamato negli Stati Uniti

I sonniferi esistono da sempre, e hanno accompagnato sotto varie forme le notti degli uomini e delle donne che faticavano a prendere sonno. Si pensi alla camomilla, alla valeriana, alla melissa, al luppolo, alla lavanda, alla passiflora, all'escolzia, al tiglio, per considerare solo le sostanze con gli effetti più blandi. Nell'Ottocento si aggiunsero ad esse i primi farmaci di sintesi con effetto fortemente sedativo, nati come anti-convulsivanti – i sali di bromuro –, che, però, oltre al cattivo sapore, presentavano sgradevoli effetti collaterali: visione offuscata, vertigini, eruzioni cutanee, sonnolenza, irritabilità e, in caso di sovradosaggio, morte. Nel 1863 il chimico tedesco Adolf von Baeyer sintetizzò l'acido barbiturico e, quarant'anni dopo, due suoi allievi (Hermann Emil Fischer e Joseph von Mering) ottennero un suo derivato di cui constatarono gli effetti sonniferi sul cane e sull'uomo e che ovviava, almeno in parte, ai problemi del bromuro: il “Veronal” fu commercializzato nel 1903 dalla ditta Bayer e successivamente comparve il “Luminal”, nel 1912.

Essi, però, erano potenzialmente pericolosi, perché potevano essere fatali in caso di overdose che i pazienti potevano provocarsi da soli, anche inconsapevolmente, in quanto la dose letale poteva essere ottenuta prima che si raggiungesse un irresistibile addormentamento. L'etichetta di “tranquillante”¹ per un farmaco è stata attribuita per la prima volta negli Stati Uniti negli anni cinquanta al neonato meprobamato (il cui nome commerciale sarebbe stato “Miltown”), che si pone in linea di continuità con le varie sostanze ipnoinducenti che abbiamo visto sopra e che ne doveva costituire un notevole miglioramento per quanto riguarda i due fronti degli effetti collaterali e del rischio di suicidio, intenzionale e non. In seguito, nella letteratura medica, i tranquillanti sono stati suddivisi in tranquillanti maggiori (antipsicotici) e tranquillanti minori (ansiolitici). In questo capitolo vedremo la storia del meprobamato e la situazione legislativa e pubblicitaria in cui il meprobamato si è inserito al suo primo apparire al mondo, dunque negli Stati Uniti.

1 Secondo J. Moncrieff, *Magic Bullets for Mental Disorders*, in “Journal of the History of the Neurosciences”, 2013, 22/1, pp. 30-46, p. 35 il termine “tranquillizzante” (o “tranquillante”) è stato usato per la prima volta in relazione al meprobamato nel database MEDLINE nel marzo 1956. Più tardi nello stesso anno, a giugno, fu utilizzato per parlare della reserpina.

1.1 Storia del meprobamato

Il meprobamato fu scoperto – come valida alternativa ai barbiturici – da Frank Berger.² Egli nacque nel 1913 a Pilsen, allora parte dell’Impero austro-ungarico, da padre tedesco e madre ceca. Nel 1937 si iscrisse alla Facoltà di medicina e avviò uno studio sull’uso degli estrogeni nel trattamento locale della gonorrea. Inoltre, individuò nuovi metodi per identificare la salmonella. Nel 1938, quando Hitler acquisì i Sudeti, Berger si rese conto che Hitler avrebbe occupato l’intera Cecoslovacchia e che, quindi, si sarebbe creata una situazione difficile per lui, che era di origine ebraica e aveva simpatie socialiste. Allora, con la moglie, Bozena Jahodova, si ritirò a Londra. In quella sede lavorò come batteriologo, dove cercò di identificare composti chimici che potessero salvaguardare la penicillina, estremamente instabile, dopo che veniva isolata. Trovò che la mefenesina, un disinfettante modificato chimicamente, era adatto allo scopo; quindi lo somministrò ai topi per valutarne la tossicità. Rimase stupito nell’osservare che i topi diventavano silenziosi, i loro muscoli si rilassavano, mentre rimanevano completamente coscienti. La scoperta di queste proprietà della mefenesina fu, dunque, un caso di serendipità.³ Nel 1947 l’azienda farmaceutica Squibb iniziò a vendere questa sostanza negli Stati Uniti con il nome di Tolserol e le case farmaceutiche britanniche iniziarono a venderla nel Regno Unito con il nome di “Myanessin”. Il farmaco doveva essere somministrato per via endovenosa ai pazienti per indurre il rilassamento preoperatorio. La mefenesina è ancora oggi utilizzata per alleviare gli spasmi muscolari, ma presenta due inconvenienti principali: i suoi effetti sono transitori e i solventi necessari per convertirlo in una soluzione iniettabile possono indurre gravi trombosi, e non è possibile somministrarlo per via orale, perché in tal caso la sua efficacia è molto debole. Berger si trasferì negli Stati Uniti nel 1947, dove proseguì le sue ricerche con Bernie Ludwig presso i Wallace Laboratories, una filiale della Carter Product, famosa per le sue compresse per il fegato e per i prodotti da toilette. Berger e Ludwig sintetizzarono circa cinquecento composti per trovare quello che potesse superare la mefenesina. Berger ottenne risultati positivi con il meprobamato da uno studio su piccola scala e desiderava sperimentare il prodotto su scala più ampia. Di conseguenza, aveva bisogno di un’azienda che fosse in grado di produrre qualche centinaio di chilogrammi di prodotto sperimentale. La Berkeley Chemicals accettò e i risultati confermarono i dati preliminari. Ciononostante, Henry Hoyt, presidente di Carter, sospese il progetto a causa della schiacciante risposta negativa a un sondaggio condotto dalla Harris Poll

2 Su questo argomento si veda A. Tone, *The Age of Anxiety. A History of America's Turbulent Affair With Tranquilizers*, Basic Books, New York 2009, pp. 27-52 da cui sono state principalmente tratte le informazioni per questo paragrafo.

3 Si vedano, M.C. Smith, *Small Comfort*, pp. 20-22, T.A. Ban, *The role of serendipity in drug discovery*, in “Dialogues in Clinical Neuroscience”, 2006, 8/3, pp. 335-344, in particolare pp. 339-340.

per verificare l'interesse di duecento medici a prescrivere potenzialmente un ansiolitico. Berger perseverò e acquistò un'adeguata quantità di compresse, che poi inviò agli psichiatri che, fra quelli interpellati a tappeto, avevano acconsentito a partecipare alla sperimentazione: Joseph Borrus del New Jersey e Lowell Selling di Orlando. La sostanza si dimostrò inefficace nella schizofrenia, ma alleviava l'ansia in un numero significativo di pazienti. Nel 1955 la loro ricerca fu pubblicata su "JAMA" (Journal of the American Medical Association). Selling fu l'autore dell'espressione "un nuovo farmaco tranquillante". Nel frattempo, Berger presentò la domanda alla FDA con l'approvazione di Hoyt. Berger raccomandò a Hoyt che gli impianti di Berkeley continuassero a produrre la polvere di meprobamato e che Carter continuasse a occuparsi del confezionamento e dell'imbottigliamento nel caso in cui il farmaco fosse stato approvato. Per quanto riguarda il nome commerciale, dopo che "Mepheton" era stato acquisito da un'altra azienda per un farmaco diverso e poiché "Meprodiol", "Mepromate" e "Meprodiol" suonavano troppo simili a farmaci già in commercio, fu scelto il riferimento a Milltown, una località pittoresca situata a cinque chilometri dal laboratorio Wallace, che evocava un'idilliaca serenità. Il nome originale della città fu modificato attraverso l'eliminazione della lettera "l", poiché desideravano brevettare il nome ed era impossibile farlo per nomi geografici. Nathan Kline, uno psichiatra, propose il termine "tranquillante" durante una conversazione a cena: «Il mondo non ha bisogno di nuovi sedativi... Perché non chiamarlo "tranquillante"? Si decuplicheranno le vendite.»⁴

Milltown fu approvato e incluso nella categoria delle sostanze soggette a prescrizione medica. Di conseguenza, era indispensabile sensibilizzare i medici sui potenziali benefici della sostanza. Berger, insieme ai colleghi Thomas Lynes e Charles Henley, produsse nel suo laboratorio un filmato a basso costo intitolato *The Effect of Meprobamate (Milltown) on Animal Behavior*. Il filmato fu proiettato alla riunione della Federation of American Societies for Experimental Biology a San Francisco nell'aprile 1955. I dirigenti dei Wyeth Laboratories rimasero impressionati e acquistarono la licenza per commercializzare il farmaco con un nome diverso, "Equanil".

Il meprobamato fu introdotto nel mercato degli Stati Uniti il 9 maggio 1955. Il prezzo di una compressa era di circa 10 centesimi. Le vendite di Milltown in maggio e giugno furono di soli 7.500 dollari. Tuttavia, ad agosto erano salite a 85.000 dollari e a settembre avevano raggiunto i 218.000 dollari. A Natale, le vendite totali del 1955 avevano superato i 2 milioni di dollari.⁵

4 A. Tone, *The Age of Anxiety*, p. 52.

5 Ivi, p. 54.

1.2 La legislazione statunitense sui farmaci

A fine Ottocento, attraversato dalla crociata contro l'alcol promossa dall'American Temperance Union, e dalla campagna dell'American Medical Association (AMA) per ridurre le prescrizioni di oppiacei da parte dei medici, erano presenti, negli Stati Uniti, dal 1875, leggi che vietavano il fumo di oppio all'interno delle fumerie e, quindi, nella pratica, colpivano solo i cittadini cinesi, che preferivano questa forma di assunzione della sostanza, ma non colpivano i produttori di preparati come il laudano, una tintura di oppio e alcol, considerata una panacea dai bianchi americani. Solo un forte attivismo giornalistico, con autori come Samuel Hopkins Adams, che denunciò frodi nell'industria farmaceutica, e Upton Sinclair, il cui romanzo *La giungla* rivelò⁶ le condizioni insalubri dell'industria della carne portò, dopo decenni di tentativi legislativi (almeno 100 proposte dal 1879), il presidente Theodore Roosevelt a firmare il Food and Drugs Act del 1906⁷, noto come Wiley Act⁸, che vietava il trasporto interstatale di alimenti e farmaci adulterati o etichettati in modo ingannevole; affidava al Bureau of Chemistry (precursore della Food and Drug Administration) il compito di far rispettare la legge; imponeva standard basati sulla Farmacopea degli Stati Uniti e sul Formulario Nazionale per garantire la purezza e la qualità dei farmaci; richiedeva che le etichette indicassero la presenza di ingredienti pericolosi come alcol, eroina e cocaina; stabiliva norme sugli alimenti, vietando ingredienti dannosi o ingannevoli, ma senza definire standard di qualità chiari. La sua interpretazione restrittiva da parte della Corte Suprema nel 1911 stabilì che non si applicava alle false dichiarazioni terapeutiche, e, dunque, ne limitò l'efficacia nella regolamentazione dei farmaci. Dopo le dimissioni di Harvey Wiley nel 1912, il Bureau si concentrò maggiormente sulla regolamentazione dei farmaci, affrontando problemi legati a prodotti brevettati e alla contraffazione. Tuttavia, l'applicazione della legge rimase difficile.

Nel 1914, fu approvato l'Harrison Anti-Narcotic Act, la prima politica “federale” statunitense in materia di droga. Questa legge impose restrizioni alla produzione e alla vendita di sostanze come marijuana, cocaina, eroina e morfina e fu applicata in modo estremamente severo. I medici che prescrivevano farmaci ai tossicodipendenti nell'ambito di programmi di “mantenimento” furono perseguiti penalmente: tra il 1915 e il 1938, oltre 5.000 medici furono multati o incarcerati.⁹

6 U. Sinclair, *The Jungle*, Doubleday, New York 1906; trad. It. *La giungla*, PGreco, Sesto San Giovanni 2019.

7 Su questo atto e la storia della FDA si veda <https://www.fda.gov/about-fda/changes-science-law-and-regulatory-authorities/part-i-1906-food-and-drugs-act-and-its-enforcement>, (ultima consultazione: 31 gennaio 2025).

8 Dal nome di Harvey Washington Wiley, chimico capo del USDA Bureau of Chemistry.

9 A.S. Trebach, *The Heroin Solution*, Yale University Press, New Haven 1982, p. 125.

Nel 1919, con l'approvazione del 18° emendamento, fu vietata la produzione, vendita e trasporto di alcolici, sebbene fossero previste eccezioni per usi religiosi e medici. Nel 1920, il National Prohibition Act regolamentò l'attuazione del divieto. Tuttavia, nel 1933 il proibizionismo fu abrogato con l'introduzione del 21° emendamento.

Con l'atto del 14 giugno 1930 (46 Stat. 585), venne istituito il Federal Bureau of Narcotics (FBN), guidato da Harry Anslinger. La Corte Suprema conferì alle forze di polizia il potere di stabilire se le prescrizioni mediche fossero adeguate alle condizioni dei pazienti. Venne avviata una campagna contro i tossicodipendenti da droghe illegali, considerati la causa principale dei mali sociali, mentre i dipendenti da droghe legali furono largamente ignorati.

Il 14 giugno 1937, il presidente Roosevelt promulgò il Marijuana Tax Act. Sebbene la legge non vietasse espressamente l'uso, la vendita o la coltivazione della cannabis, impose una tassa di un dollaro su ogni transazione commerciale relativa alla pianta e ai suoi derivati, rendendone di fatto insostenibile l'utilizzo. Inoltre, venne introdotto un complesso sistema burocratico per regolamentare possessori e coltivatori. Qualsiasi violazione della legge poteva essere punita con cinque anni di prigione, una multa fino a 2.000 dollari, o entrambe le sanzioni, a discrezione della corte.

Negli anni trenta, la FDA (nata dalla trasformazione del Bureau) spinse per una riforma legislativa, evidenziando le carenze della legge del 1906 attraverso una mostra di prodotti pericolosi, chiamata "La camera degli orrori americana". Tra gli esempi: Radithor, un tonico radioattivo che causava gravi danni alla salute, Lash-Lure, una tintura per ciglia che portò a cecità permanente, Elixir Sulfanilamide, un farmaco tossico che uccise oltre 100 persone, tra cui molti bambini. Questo scandalo accelerò l'approvazione del Food, Drug, and Cosmetic Act del 1938, firmato dal presidente Franklin Roosevelt. Esso introdusse l'obbligo di approvazione preventiva per i nuovi farmaci, che dovevano dimostrare la sicurezza prima della commercializzazione, estese la regolamentazione ai cosmetici e dispositivi medici, proibì esplicitamente le false dichiarazioni terapeutiche, rafforzò il controllo sugli standard di qualità e sicurezza alimentare, autorizzò ispezioni nelle fabbriche.

A fine anni quaranta, Harry Isbell dimostrò¹⁰ che i barbiturici causavano dipendenza fisica.

Nel 1952, l'emendamento Durham-Humphrey alla legge federale sugli alimenti, i farmaci e i cosmetici autorizzò la FDA a classificare i farmaci come farmaci da banco (OTC) o con obbligo di prescrizione. I farmaci che non potevano essere utilizzati con relativa sicurezza in automedicazione dovevano riportare la dicitura «Attenzione: La legge federale ne vieta la dispensazione senza

10 H. Isbell, *Addiction to barbiturates and the barbiturate abstinence syndrome*, in "Annals of Internal Medicine", 1950, 33/1, pp.108-121.

prescrizione medica». Il farmacista diventava perseguibile se effettuava una vendita al banco di tali farmaci senza una prescrizione o un'autorizzazione orale da parte di un medico abilitato. Venivano consentite le prescrizioni con ricariche autorizzate (in precedenza le prescrizioni erano solo monouso).¹¹ Comunque, non esistevano restrizioni sul possesso per uso personale, né registri di produzione, distribuzione o vendita.

Nel 1955, il Little Boggs Bill inasprì le pene per i tossicodipendenti, in particolare per coloro che facevano uso di marijuana. La legge prevedeva la pena di morte per i trafficanti che rifornivano i giovani. I barbiturici, tuttavia, non vennero menzionati.

Nel frattempo, l'OMS (World Health Organization) analizzò e precisò il concetto di "dipendenza", ritornando più volte sul tema. Nel 1952 lo descrisse come "compulsione all'uso, tendenza all'aumento delle dosi". Nel 1957 introdusse la distinzione tra dipendenza e abitudine. La dipendenza era caratterizzata da un desiderio compulsivo, mentre l'abitudine implicava un uso controllato, senza aumento della dose e con effetti dannosi limitati all'individuo.

Nel 1965, si stabilì che ogni farmaco depressivo, stimolante o allucinogeno possedesse un potenziale di abuso, da valutare caso per caso. Gli emendamenti imposero limiti alla riutilizzabilità delle prescrizioni (non più di cinque volte in sei mesi) e obbligarono produttori, distributori e venditori a tenere registri accurati. L'applicazione della legge fu affidata alla FDA. Dobbiamo arrivare al 1967 per vedere riconosciuto il potenziale d'abuso del Miltown.

1.3 Diffusione del meprobamato negli Stati Uniti

Il Meprobamato è stato lanciato negli Stati Uniti nel 1955. Nel 1957 risultavano essere stati compilati 36 milioni di prescrizioni del farmaco. David Herzberg, professore di Storia all'università di Buffalo (New York), al fine di fare comprendere la complessità del fenomeno psicofarmacologico, che è uscito dai confini ospedalieri, coinvolgendo aspetti commerciali, sociali e politici, ha delineato¹² tre spiegazioni primarie per l'adozione diffusa del meprobamato.

In primo luogo, vennero usate tattiche da "backstage", poiché, pur non esistendo leggi che vietassero la pubblicità di farmaci psicotropi, le restrizioni della FDA di fatto bloccavano la pubblicità diretta dei farmaci su riviste popolari; «FDA regulations insisted that nondoctor advertising contains a complete and accurate accounting of risks as well as benefits, making them both impractical and legally risky».¹³ Il Medical and Pharmaceutical Information Bureau (MPIB)

11 Su questo tema si veda: J.A. Singer, M.F. Cannon *Drug Reform: End Government's Power to Require Prescriptions*, Cato Institute, Washington 2020, pp. 6-16.

12 D. Herzberg, *Happy Pills* e D. Herzberg, *"Will Wonder Drugs Never Cease?"*.

13 Ivi, p. 50.

implementò diverse iniziative: piccoli riquadri di testo, chiamati “short shorts”, incentrati su salute e farmaci, forniti gratuitamente ai giornali per riempire gli spazi tra gli articoli; riquadri più lunghi, denominati “Spotlight on Health”, destinati a giornali e riviste a basso budget, finalizzati a educare sulle marche farmaceutiche; e “backgrounders”, articoli redatti da autori che si presentavano come freelance ma erano pagati dal MPIB, focalizzati su tematiche mediche con riferimenti alle marche di farmaci.

In pubblicazioni popolari come “Cosmopolitan”, scrittori freelance come Lawrence Galton e Donald Cooley¹⁴ fornivano entusiastiche approvazioni di Miltown, enfatizzandone la sicurezza e la natura non tossicomane. Ad esempio, Lawrence Galton scrisse un articolo di elogio di Miltown come di un nuovo farmaco che portava sollievo a tensione ed ansia e capace di una quantità di benefici effetti curativi per il mal di stomaco, problemi dermatologici, depressione post-partum, ipersensibilità al caldo estivo, affaticamento, incapacità a concentrarsi, mancanza di “social ease”, problemi comportamentali dei bambini e insonnia. Il tutto «free of penalty, because Miltown is not habit-forming, and tolerance does not develop».¹⁵ Dal canto suo, Cooley lodò la capacità del farmaco di alleviare la fatica, di aiutare «le donne frigide che aborrissero i rapporti coniugali a rispondere più prontamente alle avances del marito» e di trasformare «i bambini che erano diretti verso la delinquenza giovanile in bambini calmi... tranquilli, cooperativi e meglio educati».¹⁶

In secondo luogo, il meprobamato fu introdotto al pubblico attraverso il fascino della celebrità. Nel suo programma televisivo, il comico Milton Berle, conosciuto col nome affettuoso di “zio Miltie”, parlò candidamente dei modi in cui Miltown aveva migliorato la sua vita, ispirando così curiosità e comportamenti imitativi. Il richiamo della droga fu reso più affascinante, anche se controverso, dall'introduzione del cocktail “Miltini”, che sostituiva l'oliva del Martini con una pillola di meprobamato. Il suo status di nome onnipresente fu solidificato dai resoconti dei media che ne documentavano la crescente richiesta nelle farmacie.

In terzo luogo, i tranquillanti come il meprobamato vennero accettati nei contesti psicoterapeutici che erano prevalentemente di marca freudiana. Negli USA degli anni cinquanta, «gli psicoanalisti erano a capo della grande maggioranza dei prestigiosi dipartimenti di psichiatria delle scuole mediche ... Pure l'American Psychiatric Association era dominata dagli analisti.»¹⁷ Questo avrebbe potuto costituire un ostacolo ai tranquillanti per una motivazione teorica: la

14 I due articolisti pubblicarono più di 100 articoli, perlopiù su questioni farmaceutiche, non limitate ai tranquillanti. Galton scrisse con regolarità su *Family Circle*, *Cosmopolitan* e *Successful Farming*, mentre Cooley su *Better Homes and Gardens*, *Science Digest*, *Cosmopolitan* e *Today's Health*.

15 D. Herzberg, “Will Wonder Drugs Never Cease!”, p. 51.

16 *Ibid.*

17 D. Herzberg, *Happy Pills in America*, p. 21.

psicoanalisi attribuisce il disagio mentale alle esperienze di vita piuttosto che agli squilibri neurochimici. Invece, gli psicoanalisti utilizzarono i tranquillanti per rendere più agevole il processo di analisi. Riporta Herzberg: «Secondo le prime indagini, la grande maggioranza degli psichiatri americani impiegava farmaci nella propria pratica, anche se dichiarava di preferire la terapia della parola. [...] Gli psichiatri, e anche gli psicoanalisti, usavano farmaci 'più di quanto apparentemente se ne rendessero conto'». ¹⁸ L'uso dei farmaci non era inteso come curativo, ma solo finalizzato ad abbassare le difese del paziente e farlo meglio procedere con la vera cura, quella della parola. Inoltre, la mentalità psicoanalitica, che sosteneva che l'ansia fosse la causa principale di numerose malattie psicosomatiche, era ampiamente diffusa nella società. Ad esempio, Herzberg riporta il caso (pubblicato ¹⁹ nel "JAMA" nel 1957) dell'allergologo Ben Eisenberg che, di fronte ad una paziente con un'allergia indomabile, dopo vani risultati con reserpina e clorpromazina, le somministrò il Miltown, all'interno di un esperimento che proseguì presso uno psicoterapeuta. Grazie all'effetto calmante del farmaco, la donna rivelò in una seduta i suoi sensi di colpa per aver internato una figlia gravemente handicappata in un istituto statale e, dopo varie sessioni di colloqui in cui si scaricò dei sensi di colpa, la sua condizione dermatologica migliorò molto. Il caso riferito da Eisenberg, dunque, mostra sia che l'origine psicosomatica di alcune malattie era ben presente anche a medici non psichiatri (egli stesso era un allergologo) sia che gli psicoterapeuti accettavano la preparazione di un paziente tramite Miltown.

La facilità dei medici di famiglia a mettere mano ai ricettari per prescrivere il meprobamato si radica nella fede di origine psicoanalitica nella causa psichica come elemento scatenante delle malattie psicosomatiche. ²⁰ Però, dal momento che il farmaco poteva funzionare, in casi meno complessi di questo sopra citato, anche in assenza di successiva psicoanalisi e poiché pochi pazienti potevano permettersi le lunghe terapie psicoanalitiche, somministrare loro un farmaco che alleviasse i sintomi appariva ai medici un grosso aiuto. Così «molti medici furono chiaramente d'accordo sul fatto che il Miltown fosse utile per alleviare le tensioni di uomini e donne di per sé sani, che dovevano affrontare le sfide della vita». In pratica, «un via libera al Miltown per tutti». ²¹

Andrea Tone, professoressa di Storia alla McGill University di Montreal, ha integrato ²² le motivazioni addotte da Herzberg sulla diffusione del meprobamato con ulteriori informazioni.

¹⁸ Ivi, p. 47.

¹⁹ B.C. Eisenberg, *Role of tranquilizing drugs in allergy*, in "Journal of the American Medical Association", 1957, 163/11, pp. 934-937.

²⁰ D. Herzberg *Happy pills in America*, p. 22.

²¹ *Ibid.*

²² A. Tone, *Listening to the past: history, psychiatry, and anxiety*, in "Canadian Journal of Psychiatry", 2005, 50/7, pp. 373-380, e A. Tone, *The Age of Anxiety*.

In primo luogo, ha sottolineato che il successo di Miltown è «in gran parte dovuto al desiderio di lunga data di uomini e donne di attenuare l'ansia», un desiderio che esiste dalla notte dei tempi. Tale ansia era aumentata nel secondo dopoguerra dall'evoluzione dei valori sociali:²³ la famosa egloga *The Age of Anxiety* di Wystan Hugh Auden²⁴ testimoniava l'affannosa ricerca di senso in una società in repentino mutamento. Inoltre, la migrazione suburbana e le pressioni del baby boom minarono ulteriormente le nozioni convenzionali di stabilità e comunità. Successivamente, la Federal Civil Defence Administration (FCDA) esacerbò queste ansie enfatizzando la possibilità di un attacco atomico catastrofico. Infine, osserva Tone, la mancanza di solidi movimenti antidroga ha facilitato l'uso diffuso di tranquillanti.²⁵

In secondo luogo, Tone ha identificato i fattori che hanno contribuito al successo del meprobamato a Hollywood.

Miltown prometteva un'energia rilassata a un'industria composta da donne e uomini troppo tesi che lottavano con la pressione nervosa, l'esaurimento, gli orari estenuanti e la paura che una sola cattiva performance potesse costare loro la carriera. Drammaturghi e giornalisti in corsa contro le scadenze, interpreti teatrali e televisivi sotto l'occhio dei riflettori, ballerini alle prese con audizioni per parti che fanno carriera: non c'è da stupirsi che Miltown abbia fatto propria questa cultura della celebrità affannata.²⁶

Gli individui di Hollywood erano particolarmente suscettibili alle pressioni e si erano talmente acclimatati alle droghe da essere pronti ad accettare una nuova sostanza come una valida alternativa. Tone situa la creazione di Miltini, così come di altri alcolici e gadget, nel contesto hollywoodiano che «trasformò un intruglio farmaceutico in un feticcio per celebrità»:²⁷

Vennero disegnati appositamente eleganti portapillole; Cartier vendette un ciondolo con bracciale a forma di pillola con spazio sufficiente per due pillole della pace; vennero create anche nuove tentazioni alcoliche, in cui la pillola era l'ingrediente principale: il Miltown Cocktail (un Bloody Mary con l'aggiunta di una pillola), il Guided Missile (doppia vodka e due Miltown) e il popolare Miltini, un Martini secco in cui l'oliva era sostituita da una pillola.

Tone ha messo in rilievo che Miltown veniva frequentemente distribuito alle feste e alle prime, e le piccole pillole bianche venivano “passate come noccioline”.²⁸

23 A. Tone, *Listening to the past*, p. 376.

24 W.H. Auden *The Age of Anxiety: a Baroque Eclogue*, Faber and Faber, London 2008.

25 A. Tone, *The Age of Anxiety*, p. 105.

26 Ivi, p. 55.

27 *Ibid.*

28 Ivi, p. 59.

In terzo luogo, Tone ha individuato i gruppi demografici più sensibili ai tranquillanti. Inizialmente, la maggior parte dei consumatori di Miltown era costituita da dirigenti, medici, militari e atleti che cercavano sollievo da stress, spasmi e insonnia. È importante notare che le dinamiche di genere prevalenti nell'America della metà del XX secolo davano gli uomini come i primi utilizzatori.²⁹ Tuttavia, le dinamiche di mercato e le conseguenti critiche mosse dalle femministe alle nuove pubblicità furono ridefinite³⁰ quando, con il passare degli anni, le donne divennero le consumatrici dominanti di tranquillanti.³¹

Inoltre, Tone ha fornito ulteriori giustificazioni per la popolarità del farmaco, tra cui la diffusa fiducia (sia tra i medici che tra i pazienti) nell'efficacia di farmaci recentemente introdotti sul mercato, come la penicillina e il cortisone; l'impatto positivo sull'economia e sulla società in termini di maggiore attenzione al lavoro che il farmaco poteva fornire; la comparsa di Miltown nei film;³² la maggiore accessibilità economica del trattamento farmacologico rispetto a quello psicoanalitico e l'etica terapeutica che enfatizzava l'importanza di trasformare se stessi piuttosto che l'ambiente;³³ la disponibilità di medici e farmacisti: «I tranquillanti erano facilmente accessibili grazie alla loro diffusa prescrizione da parte dei medici, e i farmacisti spesso compilavano le prescrizioni senza ricetta». Circolavano voci che alcuni farmacisti californiani li vendessero al banco.³⁴

Infine, Tone ci informa che negli anni cinquanta «le critiche pubbliche più persistenti ai tranquillanti minori non attaccavano né i rischi medici né quelli sociali, ma la loro inaccessibilità per le famiglie a basso reddito».³⁵ Miltown 400 mg era effettivamente confezionato in un flacone da 50 compresse. Per i droghieri americani il costo era di circa 3,25 dollari, mentre era di 1,77 dollari in Italia, 1,48 dollari in Gran Bretagna e 0,69 dollari in Germania. Le delibere della

29 Tone cita *Aspects of Anxiety*, un manuale prodotto dai Roche Laboratories (C.H.H. Branch, *Aspects of Anxiety*, J. B. Lippincott, Philadelphia 1965): «Nella società competitiva di oggi, dove la mascolinità e persino la virtù sono così spesso equiparate al successo, il maschio americano può raramente permettersi di rilassarsi» e «quando questa pulsione virile causava uno stress acuto, Roche raccomandava dei tranquillanti poiché è quasi impossibile cambiare le condizioni di impiego» (A. Tone, *The Age of Anxiety*, p. 110).

30 Ivi, p. 106.

31 J.M. Metzl, 'Mother's Little Helper': *The Crisis of Psychoanalysis and the Miltown Revolution*, in "Gender and History" 2003, 15/2, pp. 228-255, citando l'elogio di Cooley a Miltown in "Cosmopolitan" per aver sbloccato le donne frigide, afferma che Miltown eliminò (a differenza della psicoanalisi, che non era riuscita a farlo) l'espressione corporea di una ribellione contro il patriarcato, aprendo così la strada alle pubblicità esplicite degli anni sessanta delle benzodiazepine come «aiutino della mamma» («mother's little helper»).

32 Per esempio, in *Feliz Año*, un violinista oberato di lavoro ignora la raccomandazione del suo medico di prendere il Miltown (e di andare in vacanza) a favore dell'adulterio, che alla fine porta alla morte della moglie. (A. Tone, *The Age of Anxiety*, p. 61).

33 Ivi, p. 103.

34 Ivi, p. 58.

35 Ivi, p. 115.

sottocommissione sull'antitrust e il monopolio del senatore Estes Kefauver sottolinearono proprio l'importanza di garantire a tutti gli americani un accesso equo ai tranquillanti.³⁶

1.4 Qualche perplessità

David Herzberg riferisce della presenza in riviste popolari anche di voci dissenzienti in mezzo a narrazioni di promozione e accettazione. Si trattava di “critici di genere”, che incominciavano ad affacciarsi, anche se le pubblicità iniziali del Miltown lo proponevano (nella maggior parte dei casi) come un rimedio per entrambi i generi. Tuttavia, nota Herzberg, il farmaco

per coloro che erano preoccupati della ‘crisi della mascolinità’ di metà secolo, era un simbolo perfetto delle forze che trascinavano gli uomini del ceto medio in una passività confortevole e conformista [...] Nei media popolari, i racconti divertenti e spiritosi erano subito accompagnati da oscuri ammonimenti su quella che il *Business Week* chiamava la ‘tranquilla estinzione in arrivo’.³⁷

Sul fronte scientifico, negli anni 1956 e 1957 la letteratura internazionale era generalmente favorevole al meprobamato, e solo alcuni articoli iniziarono a sollevare preoccupazioni sui potenziali effetti collaterali. Queste preoccupazioni sono evidenziate di seguito.

Nelle sue comunicazioni intitolate *Habit-Forming Properties of Meprobamate (Miltown or Equanil)* e *Drug Habituation* Frederick Lemere³⁸ volle rivedere un precedente rapporto³⁹ in cui aveva inizialmente affermato che il meprobamato non creava dipendenza. In realtà, ulteriori esperienze cliniche avevano condotto Lemere a rivedere quell'opinione, poiché aveva osservato che alcuni pazienti sviluppavano dipendenza dal farmaco. Il meprobamato portò alcuni pazienti (9 su 600) a un aumento della tolleranza – per cui erano necessarie dosi maggiori nel tempo per mantenere lo stesso effetto –, e alcuni pazienti manifestarono sintomi di astinenza quando ebbero smesso improvvisamente di assumerlo. Questi sintomi includevano un aumento del nervosismo e una sensazione di maggiore tensione rispetto a prima dell'assunzione del farmaco. In alcuni casi, i pazienti notarono una sensazione di allucinazione dopo aver saltato una dose, suggerendo che si potesse essere sviluppata una dipendenza fisica in loro. Lemere descrisse anche casi in cui i pazienti, in particolare quelli con una storia di dipendenza da alcol o barbiturici, riconobbero lo sviluppo di una dipendenza

³⁶ *Ibid.*

³⁷ D. Herzberg, *Happy Pills in America*, p. 77.

³⁸ F. Lemere, *Drug Habituation, Correspondence*, in “JAMA”, 1956, 160/16, p. 1431 e F. Lemere, *Habit-forming properties of meprobamate*, in “AMA Archives of Neurology and Psychiatry”, 1956, 76/2, pp. 205-206.

³⁹ F. Lemere, *New Tranquilizing Drugs*, in “Northwest Medicine”, 1955, 54, p. 1098.

da meprobamato e scelsero di smettere di usarlo. In un caso degno di nota, un paziente ebbe una convulsione dopo aver interrotto bruscamente l'assunzione del farmaco, una reazione simile ai sintomi di astinenza osservati nei soggetti dipendenti da alcol o barbiturici. Sebbene si trattasse di un evento raro, ciò indicava la possibilità di una dipendenza fisica in alcuni pazienti.

Anche la dipendenza psicologica emerse come un problema. Molti pazienti si sentivano significativamente meno tesi durante l'assunzione del farmaco e, in alcuni casi, questo portava a un senso esagerato di benessere o addirittura di euforia. Sebbene in genere innocuo, questo effetto portò talvolta a un'eccessiva automedicazione, con l'assunzione di dosi più elevate di quelle prescritte, nella convinzione che una maggiore quantità di farmaco ne avrebbe aumentato i benefici. Tra gli oltre 600 pazienti trattati da Lemere, 13 dovettero sospendere il farmaco a causa dell'uso eccessivo. Questi soggetti, in particolare gli alcolisti, mostravano segni di intossicazione, come il rallentamento della parola, la mancanza di coordinazione e, in alcuni casi, incidenti causati dal rallentamento dei riflessi e dalla lentezza mentale.

Sebbene questi casi di abuso fossero relativamente rari, sollevarono importanti preoccupazioni. Lemere osservò che gli alcolisti in fase di recupero erano particolarmente inclini ad abusare del meprobamato, così come spesso tendono ad abusare di qualsiasi sostanza sedativa; inoltre, sottolineò che, sebbene il meprobamato rimanesse un farmaco valido e generalmente sicuro per il trattamento del nervosismo e della tensione emotiva, i medici dovevano monitorarne attentamente l'uso per evitare che si formasse un'abitudine nella percentuale di pazienti a rischio di abuso.

H.T. Friedman e W.L. Marmelzat descrissero⁴⁰ i seguenti effetti collaterali: gli effetti cutanei, osservati in cinque casi, che erano principalmente purpurici e accompagnati da intenso prurito; una paralisi temporanea dei muscoli extra-oculari che produsse diplopia in un caso; una grave diarrea; tre casi di reazioni cerebrali paradossali sotto forma di estrema eccitazione; cinque casi di comparsa di rash purpureo accompagnato da intenso prurito. Anche W.J. Carmel e T. Dannenberg segnarono tre casi⁴¹ di porpora, edema e eritema osservati nell'arco di tre mesi e F.J. Gottlieb descrisse⁴² un caso di porpora estesa. Su questa base e tenendo anche conto di quanto aveva evidenziato Lemere, una nota sul "British Medical Journal" del 24 novembre 1956 metteva in guardia⁴³ dalla facile etichettatura del meprobamato come farmaco ideale privo di effetti collaterali e deplorava la pubblicità che ne era stata fatta negli Stati Uniti, mettendo

40 H.T. Friedman, W.L. Marmelzat, *Adverse Reaction to Meprobamate*, in "JAMA", 1956, 162/7, pp. 628-630.

41 W.J. jr Carmel, T. Dannenberg, *Nonthrombocytopenic Purpura due to Miltonin (2-Methyl-2-n-Propyl-1, 3-Propanediol Dicarbamate)*, in "New England Journal of Medicine", 1956, 255, pp. 770-771.

42 F.J. Gottlieb, *Tranquilizers and Purpura Hemorrhagica, Correspondence*, in "JAMA", 1956, 161/1, p. 96.

43 *Toxic Effects of Meprobamate*, in "British Medical Journal", 24 novembre 1956, pp. 1227-1228.

anche in luce il fatto che il meprobamato costasse 24 volte di più di una dose equivalente di barbiturico a breve azione. A questa nota, però, replicò lo stesso Berger⁴⁴ sottolineando che una pubblicità presso il largo pubblico non esisteva né aveva senso che esistesse, dal momento che il farmaco richiedeva ricetta medica; che rash cutanei erano presenti nel meprobamato in misura comunque inferiore a quella di farmaci ampiamente usati; che i casi di suicidio, sia intenzionali che dovuti a stati confusionali, col meprobamato erano sempre stati fallimentari, cosa che compensava largamente il suo costo rispetto ai barbiturici.

Lo studio condotto da Lemere ispirò Ewart A. Swinyard, L. Chin ed E. Fingl, che esaminarono⁴⁵ il problema dell'ipereccitabilità da astinenza nei topi a cui erano state somministrate cronicamente grandi dosi di meprobamato. L'indagine confermò che i topi incontravano difficoltà quando si ritiravano bruscamente da dosi così elevate di meprobamato. Successivamente, K. Tucker e H. Wilensky riferirono⁴⁶ i risultati della loro valutazione completa condotta presso il Franklin D. Roosevelt VA Hospital. Lo studio si era concentrato sulla procedura di valutazione dei pazienti schizofrenici cronici in terapia con meprobamato. I risultati vennero ottenuti in un esperimento in cieco. Trentadue pazienti vennero avviati a dosi di 400 mg di meprobamato, con successivi incrementi ogni quindici giorni in assenza di miglioramenti, fino a un dosaggio massimo di 1.200 mg. Il farmaco venne somministrato per una durata di 12 settimane e poi interrotto bruscamente. Nel corso della terapia, otto pazienti riportarono temporanei disturbi gastrointestinali. Nessuno, tuttavia, richiese una particolare forma di terapia. Due pazienti manifestarono singole crisi epilettiche di tipo *grand mal* alla brusca interruzione, mentre altri pazienti accusarono sintomi meno gravi, come un aumento dell'ansia e dello stress, indicando la necessità di un processo di sospensione prolungato.

Carl F. Essig e John D. Ainslie riportarono⁴⁷ le loro osservazioni sulle conseguenze dell'interruzione improvvisa del meprobamato in pazienti che ne avevano assunto dosi elevate. I ricercatori giunsero a una conclusione chiara: i dati dimostrano chiaramente che l'assunzione prolungata di dosi elevate di meprobamato può portare alla dipendenza fisica, che si verifica quando il farmaco viene interrotto bruscamente e comporta un aumento dell'irritabilità del sistema nervoso centrale e delle convulsioni. La dipendenza indotta dal meprobamato è simile a quella derivante dal consumo eccessivo e prolungato di barbiturici o di alcol. Come nel caso dei barbiturici, la dipendenza da meprobamato può svilupparsi solo in una piccola percentuale di individui che utilizzano il farmaco

44 F.M. Berger, *Toxic Effects of Meprobamate*, in "British Medical Journal", 22 dicembre 1956, p. 1489.

45 E.A. Swinyard, L. Chin, E. Fingl, *Withdrawal Hyperexcitability Following Chronic Administration of Meprobamate to Mice*, in "Science", 1957, 125, pp. 739-741.

46 K. Tucker, H. Wilensky, *A Clinical Evaluation of Meprobamate Therapy in a Chronic Schizophrenic Population*, in "American Journal of Psychiatry", 1957, 113/8, pp. 698-703.

47 C.F. Essig, J.D. Ainslie, *Addiction to Meprobamate, Correspondence*, in "JAMA", 1957, 164/12, p.1382.

a scopo terapeutico. Tuttavia, concludono i ricercatori, è necessario prestare attenzione quando si prescrive il meprobamato. È necessaria una stretta sorveglianza dei pazienti che ricevono meprobamato e occorre intervenire tempestivamente in caso di aumento dell'uso del farmaco. La somministrazione di meprobamato ad alcolisti o tossicodipendenti deve essere effettuata con cautela. Le prescrizioni ripetute di meprobamato devono essere evitate. I pazienti che assumono il farmaco da molto tempo dovrebbero sospenderlo gradualmente, piuttosto che interromperlo improvvisamente.

Analogamente, John A. Ewing e R.R. Fullilove riferiscono⁴⁸ il caso di un paziente che aveva sviluppato una dipendenza sia psicologica che fisica dal meprobamato: i suoi tentativi di ridurre l'uso del farmaco avevano prodotto un'eccitabilità corticale e uno stato di ansia che lo avevano indotto a tornare alla dose iniziale. Inoltre, altri pazienti avevano riferito di sentirsi nervosi, irrequieti e depressi. Gli autori osservarono che il meprobamato può facilmente subentrare come sostituto nella dipendenza da alcol o barbiturici, per cui raccomandarono la supervisione medica per l'uso del farmaco e che, in particolare, per i pazienti con una precedente storia di alcol o droghe l'uso di meprobamato fosse consigliato per il più breve tempo possibile.

Infine, Herman A. Dickel e Henry H. Dixon aprono il loro articolo⁴⁹ mettendo a fuoco l'etichetta "età dell'ansia". Ammettono che sia un termine descrittivo abbastanza adeguato ad un'epoca che presenta abbondanza di tensioni, paure, preoccupazioni, che tutti sanno, grazie ai nuovi mezzi di comunicazione, essere comuni a ogni razza e settore geografico del mondo. Parimenti consapevoli si è dell'esistenza dei disturbi psicosomatici. Gli stessi mezzi di comunicazione favoriscono l'esplosione dei fenomeni ansiosi, proponendo argomenti che li suscitano e anche semplicemente parlandone. I medici hanno sempre avuto interesse per l'ansia e l'hanno trattata con ciò che avevano a disposizione ai loro tempi, come l'oppio, l'alcol o i barbiturici. Ora, invece, anche i pazienti non solo conoscono questa patologia, ma anche i nuovi farmaci che man mano entrano in commercio per controllarla: dunque sono i pazienti stessi a richiedere le pillole tranquillanti ai medici e ad aspettarsi dalle case farmaceutiche nuovi prodotti per i loro sintomi. Il cerchio che si autoalimenta si conclude con nuovi prodotti messi sul mercato e pubblicizzati dalle aziende.

Grazie all'interesse della professione medica, delle case farmaceutiche, degli scienziati ricercatori, delle agenzie sanitarie laiche e del pubblico in generale, influenzato in modo caratteristico dalla pubblicità e dalle agenzie di comunicazione negli Stati Uniti, gli ultimi 10 anni potrebbero essere davvero l'età dell'ansia.⁵⁰

48 J. A. Ewing, R.E. Fullilove, *Addiction to Meprobamate*, in "New England Journal of Medicine", 1957, 257/2, pp. 76-77.

49 Dickel H.A., Dixon H.H. *Inherent dangers in use of tranquilizing drugs in anxiety states*, in "JAMA", 1957, 163/6, pp. 422-426.

50 Ivi, p. 423.

Poi Dickel e Dixon passano a descrivere la loro sperimentazione dei tranquillanti su 8.200 pazienti in cui l'ansia era il sintomo principale. Erano comparsi fenomeni allergici in 96, fenomeni di effetti tossici generali in 78, di assuefazione in 72, di gravi disturbi epatici in 31, di altri sintomi gravi in 97 e addirittura di morte in 4. Due dei decessi erano stati suicidi. Inoltre, era emerso un turbamento della salute emotiva dei pazienti in 1.700 casi di persone essenzialmente normali e un aggravamento dei sintomi in 827 casi. Gli autori, quindi, mettono in guardia pazienti e medici: «C'è un grave pericolo per la società nell'idea che le tensioni debbano essere ridotte con tecniche di rilassamento e somministrazione di farmaci piuttosto che con lo sforzo costruttivo necessario per soddisfare i bisogni e rimuovere i pericoli.»⁵¹ Il medico deve prima effettuare (o far effettuare da uno specialista) una diagnosi accurata e poi, se è il caso, prescrivere i tranquillanti curandone costantemente i dosaggi: «il nostro atteggiamento di cautela non è rivolto solo ai farmaci, perché essi sono preziosi in una certa misura se usati con saggezza. Il nostro atteggiamento è rivolto al medico, che deve informarsi bene se usare questi tranquillanti o qualsiasi altro farmaco.»⁵² Inoltre, Dickel e Dixon sottolineano il fatto che i farmaci tranquillanti sono altrettanto bisognosi di restrizioni legali quanto gli altri ed esortano i farmacisti, pur benintenzionati, a limitare la frequente somministrazione di questi farmaci ai pazienti. Infine suggeriscono:

Si potrebbe chiedere ai gruppi di ricerca di fornirci tecniche di laboratorio speciali per misurare di volta in volta il dosaggio migliore per ogni singolo paziente, come hanno fatto con bromuri, sulfonamidi, ormoni e antibiotici. Le aziende farmaceutiche e i loro dipartimenti di pubblicità, volenterosi e capaci, dovrebbero essere sollecitati ad avviare un'opera di educazione pubblica su questi farmaci, proprio come hanno fatto alcune commissioni statali per il controllo degli alcolici.⁵³

51 Ivi, p. 422.

52 Ivi, p. 426.

53 *Ibid.*

2. Il contesto italiano

Tratteggiamo ora il contesto in cui si inserisce il meprobamato in Italia, analizzando, dopo un sintetico quadro della situazione storico-sociale, due aspetti fondamentali: la legislazione sui farmaci e la situazione della pubblicità farmaceutica, con un focus particolare sui decenni dall'Unità d'Italia agli anni cinquanta. Dal punto di vista normativo, il contesto italiano è segnato da un progressivo affinamento delle leggi che regolano la produzione, la distribuzione e l'uso di sostanze farmaceutiche. La legge del 1934 rappresenta un primo tentativo organico di classificare e limitare gli stupefacenti,¹ ma è solo con la legge n. 1041 del 1954 che si assiste a una regolamentazione più complessa e dettagliata, anche in risposta a un crescente utilizzo di farmaci per il trattamento dei disturbi mentali. Parallelamente, la pubblicità farmaceutica si sviluppa seguendo l'evoluzione sociale e tecnologica. Dagli annunci su giornali e riviste mediche del XIX secolo, si passa a forme di promozione sempre più sofisticate dal punto di vista artistico per poi indirizzarsi verso altre modalità pubblicitarie indirizzate ad un pubblico di volta in volta diverso (il paziente, il medico, il farmacista). Questo triplice inquadramento – storico, normativo e comunicativo – fornisce i riferimenti indispensabili per comprendere quale spazio ci fosse affinché il meprobamato si potesse affermare sul mercato come trattamento d'elezione per ansia e tensioni emotive in un'Italia in rapida trasformazione.

2.1 Il *framework* storico-sociale

Proviamo ad immergerci nell'atmosfera degli anni cinquanta. Dopo gli orrori e le distruzioni della seconda guerra mondiale, l'Italia si trovò di fronte alla difficile sfida della ricostruzione. Le città portavano ancora le cicatrici dei bombardamenti, l'economia era in ginocchio e milioni di italiani vivevano nella precarietà. Fu in questo contesto che arrivarono gli aiuti del Piano Marshall,

1 La definizione e classificazione di ciò che è “psicofarmaco”, “farmaco psicotropo” e “sostanza stupefacente” è assai complessa e varia nel tempo. (Si veda C. Faravelli, *Psicofarmacologia per psicologi*, Il Mulino, Bologna 2010, pp. 15-20). Si potrebbe pensare ad una distinzione a seconda della finalità per cui vengono assunti: a scopo ricreativo (sostanze stupefacenti), a scopo terapeutico (farmaci psicotropi). Quelli assunti a scopo ricreativo sono, a grandi linee, cannabis e derivati, oppio e derivati, anfetamine, allucinogeni. I farmaci psicotropi sono: antipsicotici (tranquillanti maggiori), antidepressivi, stabilizzatori dell'umore, sedativi ipnotici, ansiolitici (tranquillanti minori). Si tratta comunque di sostanze dotate di attività farmacologica selettiva sulle funzioni superiori del sistema nervoso centrale. Le sostanze stupefacenti danno assuefazione e dipendenza, così come le danno anche, in misura variabile, sedativi ipnotici e ansiolitici. Questo è chiaro, osservando anche solo la morfina, derivata dell'oppio, che può essere considerata psicotropa nel momento in cui viene prescritta per il dolore post-operatorio, ma può essere considerata stupefacente se presa oltre il periodo strettamente necessario a questo scopo.

ufficialmente noto come *European Recovery Program* (1948-1952), un'iniezione di risorse economiche che permise al Paese di rialzarsi. Le industrie ripresero a funzionare, le infrastrutture vennero ricostruite e il volto dell'Italia iniziò lentamente a cambiare.

Il Nord, con città come Torino, Milano e Genova, divenne il cuore pulsante della produzione industriale, grazie soprattutto all'automobile, all'industria siderurgica e al tessile. Il Sud, invece, rimase ancorato alla sua vocazione agricola, ma iniziò a beneficiare di interventi mirati, come la Cassa per il Mezzogiorno, istituita per ridurre il divario economico tra le due metà del Paese. Nel frattempo, le campagne si svuotavano: migliaia di italiani lasciavano i borghi rurali per cercare fortuna nelle città del Nord o all'estero, inseguendo un futuro migliore.

La società italiana degli anni cinquanta restava profondamente legata ai suoi valori tradizionali. La famiglia era il fulcro della vita quotidiana e la Chiesa Cattolica esercitava una forte influenza, sia culturale che morale. Tuttavia, qualcosa stava cambiando. L'Italia guardava agli Stati Uniti come a un modello di modernità e benessere, e questa fascinazione si fece ancora più evidente con l'arrivo della televisione. Le prime trasmissioni nazionali iniziarono il 3 gennaio 1954, anche se i costi elevati rendevano l'apparecchio un lusso per pochi.

Dal punto di vista politico, la scena era dominata dalla Democrazia Cristiana, all'interno di forti tensioni ideologiche tra destra e sinistra. Sul piano internazionale, l'Italia si allineò con il blocco occidentale, aderendo alla NATO e partecipando alla costruzione dei primi trattati europei, che gettarono le basi per la futura Unione Europea. Il mondo, però, era entrato in una nuova era di tensione: la Guerra Fredda. Le bombe atomiche che avevano distrutto Hiroshima e Nagasaki nel 1945 non erano più un'esclusiva americana. Anche il Regno Unito e l'Unione Sovietica disponevano ora di testate nucleari, dando vita ad un equilibrio del terrore in cui i due blocchi sapevano di potersi annientare a vicenda. Nel 1957, per cercare di controllare questa corsa agli armamenti, venne istituita l'Agenzia Internazionale per l'Energia Atomica, con sede a Vienna. Ma lo sviluppo delle armi nucleari non si fermò: l'Unione Sovietica realizzò la spaventosa bomba Zar, il più potente ordigno nucleare mai costruito. Questi eventi erano seguiti con apprensione dai giornali e dalle riviste dell'epoca, con poche eccezioni.

Se la politica e la tecnologia correvano veloci, i cambiamenti sociali procedevano con più lentezza, soprattutto per le donne. Gli anni cinquanta furono un periodo di transizione: da un lato, la società continuava a imporre rigidi ruoli femminili, con la donna vista come moglie, madre e custode del focolare domestico; dall'altro, si facevano strada i primi segnali di emancipazione. Le donne iniziarono a entrare nel mondo del lavoro, specialmente nelle fabbriche del Nord. Le condizioni erano dure e i salari bassi, ma per molte rappresentava un primo passo verso l'indipendenza economica. Sempre più ragazze riuscivano a completare la scuola dell'obbligo, sebbene l'università restasse un traguardo per poche.

Gli anni cinquanta furono un decennio di grandi contrasti: il passato e il futuro convivevano, la tradizione resisteva ma il cambiamento era già nell'aria.

2.2 La legislazione italiana sui farmaci

Lento è stato in Italia, dalla sua nascita come Stato, il cammino verso una regolamentazione dei farmaci. La prima vera e propria legge è la n. 396 del 1923. Precedentemente, tra fine Ottocento e inizio Novecento, due erano stati i riferimenti giuridici generici per sostanze dannose per la salute². In primo luogo, l'articolo 320 del Codice Penale Zanardelli³ (30 giugno 1889, n. 6133): «Chiunque pone in vendita sostanze alimentari o altre cose non contraffatte né adulterate, ma pericolose per la salute, senza che questo pericolo sia noto al compratore, è punito con la reclusione sino a sei mesi e con la multa da lire cento a tremila.» In secondo luogo, l'articolo 62 del Testo Unico delle Leggi Sanitarie (1 agosto 1907, n. 636):

I farmacisti, i droghieri, i fabbricanti di prodotti chimici, i venditori di colori non possono vendere veleni che a persone ben cognite, o che, non essendo da loro conosciute, siano munite di attestato dell'autorità di sicurezza pubblica indicante il nome e cognome, l'arte o la professione del richiedente, e dopo constatato che

2 Per completezza, precisiamo che, per quanto riguarda le farmacie, dopo un iniziale periodo regolato dall'allegato C alla legge di unificazione amministrativa (legge 20 marzo 1865, n. 2243), che prevedeva per loro il mantenimento dello status quo pre-unificazione, la legge Crispi (legge 22 dicembre 1888, n. 5849) riaffermò il principio del libero esercizio della farmacia. La farmacia si configurava come un bene patrimoniale privato, liberamente trasferibile come qualsiasi altro, anche a non farmacisti, e poteva essere aperta senza vincoli e limitazioni territoriali; solo la conduzione effettiva della farmacia era riservata al farmacista laureato (art.26). Si veda <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/1888/12/24/301/sg/pdf>, pp. 5799-5800 (ultima consultazione: 12 febbraio 2025).

Con la legge Giolitti (n. 468) del 22 maggio 1913, invece, l'assistenza farmaceutica alla popolazione veniva riconosciuta come un'attività primaria dello Stato, esercitata attraverso gli Enti locali oppure delegata a privati, in regime di concessione governativa vitalizia attraverso concorso pubblico, per esami, senza possibilità d'acquisto, vendita, o trasferimento per successione. La stessa figura del farmacista passava dall'essere quella di semplice commerciante ad assumere il carattere di servizio pubblico. Per l'apertura di nuove farmacie fu istituita la pianta organica in base al numero di residenti. Si veda <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/1913/05/31/126/sg/pdf>, pp. 3199-3203 (ultima consultazione: 12 febbraio 2025).

La successiva stesura del Testo unico delle leggi sanitarie in materia di servizio farmaceutico, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e del Regolamento per il servizio farmaceutico, approvato con regio decreto 30 settembre 1938, n. 1706, si basò sulla legge Giolitti. Sino al 1968, l'ordinamento Giolitti rimase in vigore.

(<https://www.ordinefarmacistivicensa.it/farmacia/la-farmacia.html>, (ultima consultazione: 12 febbraio 2025).)

3 <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/1889/06/30/153/sg/pdf> e <https://www.normativa.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:regio.decreto:1889-06-30;6133> (ultima consultazione: 30 gennaio 2025).

le dette persone ne abbisognino per l'esercizio della loro arte o professione. In ogni caso devono notare in un registro speciale, da presentarsi all'autorità ad ogni richiesta, la quantità e la qualità del veleno venduto, il giorno della vendita, col nome e cognome, domicilio, arte e professione dell'acquirente. La contravvenzione al disposto del presente articolo è punibile con pena pecuniaria estensibile a L. 250, alla quale può aggiungersi la sospensione dell'esercizio della professione fino a 3 mesi.⁴

A questi si aggiunse nel 1914, l'art. 49 del Regio Decreto 13 luglio 1914, n. 829:

Qualora il farmacista nello spedire veleni sopra ordinazione di medici-chirurghi in conformità di quanto è disposto dall'art. 61 del testo unico delle leggi sanitarie, riconosca in una ricetta la prescrizione di sostanze velenose a dosi non medicamentose o pericolose, deve esigere che il medico chirurgo dichiari per iscritto nella ricetta stessa che la somministrazione è sotto la sua responsabilità ed a quale uso deve servire.⁵

La legge del 18 febbraio 1923 ebbe come relatore al Senato il medico Badaloni,⁶ che manifestò una profonda preoccupazione per la crescente diffusione degli stupefacenti, soprattutto tra i giovani reduci di guerra.⁷ Nel progetto di legge, però, non si prevedeva un programma riabilitativo per chi avesse sviluppato dipendenza da stupefacenti. Il neuropsichiatra e deputato socialista Ferdinando Cazzamalli insistette, invano, nel passaggio della legge alla Camera, sulla necessità di creare strutture idonee alla riabilitazione dei tossicomani: «A questo punto ci si accorge che il progetto di legge è pervaso dalla scienza del diritto, assai più che della scienza medica. Il progetto di legge non contempla la cura degli intossicati e non si cura di esaminarli nella loro figura di malati.»⁸

4 <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/1907/09/26/228/sg/pdf>, p. 5880 (ultima consultazione 30 gennaio 2025).

5 <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/1914/08/22/201/sg/pdf>, p. 4639 (ultima consultazione 30 gennaio 2025).

6 ASS, Atti Parlamentari, leg. XXVI, sess. 1°, tornata del 15 giugno 1921 (1-A), Provvedimenti per la repressione e l'abusivo commercio di sostanze velenose aventi azione stupefacente; v. <https://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/DF/423927.pdf>, p. 31 (ultima consultazione: 12 febbraio 2025).

7 Così si esprime Badaloni: «i nostri giovani, che, tornati dalla guerra, dopo quattro anni di sofferenze, di fatiche, di sacrifici, di passione sotto una disciplina di ferro, menomati nella loro resistenza nervosa, anche se originariamente immuni da ogni labe degenerativa, accorrono, come assetati a dissetarsi, a cercare in codesti ritrovi [dove viene venduta la cocaina], più o meno eleganti, più o meno equivoci, il piacere, la gioia, la vita». ASS, Atti Parlamentari, leg. XXVI, sess. 1°, XIX tornata del 4 agosto 1921, <https://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/DF/423942.pdf>, p. 405 (ultima consultazione: 12 febbraio 2025).

8 ASCD, Atti Parlamentari, leg. XXVI, sess. 1°, 1° tornata del 10 febbraio 1923, p.8955. <https://storia.camera.it/regno/lavori/leg26/sed198.pdf>, p. 8955 (ultima consultazione: 12 febbraio 2025).

La discussione alla Camera, però, fu molto veloce e la legge n. 396 fu approvata nella versione licenziata dal Senato. Con tale legge, anche l'Italia ratificò la Convenzione internazionale sull'oppio firmata all'Aia nel 1912 (e incorporata nel Trattato di Versailles del 1919), che affondava le sue radici nella Commissione internazionale sull'oppio, convocata da Theodore Roosevelt a Shanghai nel 1909 per combattere il contrabbando e l'abuso di oppio in Cina e nel Sud-est asiatico. La Convenzione dell'Aia stabiliva⁹ la definizione di oppio greggio, preparato e medicinale; le formule chimiche di morfina, cocaina ed eroina; controlli sulla produzione e distribuzione di morfina, cocaina e rispettivi sali.

Qui nel seguito riportiamo in sintesi gli articoli della legge 396 del 1923 interessanti per i nostri fini.¹⁰

Art. 1. Chiunque, senza autorizzazione e non vendendo abitualmente prodotti medicinali, vende o somministra cocaina, morfina o altre sostanze velenose con effetto stupefacente è punito con la reclusione da 2 a 6 mesi e una multa da 1.000 a 4.000 lire.¹¹ Se l'autore del reato esercita una professione che agevola il crimine, è prevista la sospensione della professione per 3-6 mesi. In caso di recidiva, la pena aumenta: reclusione da 3 a 9 mesi e multa da 2.000 a 6.000 lire.

Art. 2. Le stesse pene dell'articolo precedente si applicano a fabbricanti e commercianti che forniscono tali sostanze a persone non autorizzate. I venditori di sostanze tossiche devono ottenere un'autorizzazione speciale dall'autorità di pubblica sicurezza.

Art. 3. Chi, essendo autorizzato a vendere medicinali, somministra le sostanze senza ricetta medica o in quantità superiore a quella prescritta, è punito con la reclusione da 3 a 7 mesi e una multa da 1.500 a 5.000 lire. In caso di recidiva, la pena aumenta a 4 mesi-1 anno di reclusione e 3.000-8.000 lire di multa, con aggiunta della sospensione dall'esercizio professionale e, eventualmente, l'interdizione dai pubblici uffici.

Art. 4. Se la vendita o somministrazione di sostanze stupefacenti avviene a minori, le pene degli articoli precedenti aumentano di un quarto o metà.

Art. 5. I medici che non indicano chiaramente i dati del paziente nelle ricette per stupefacenti, così come i farmacisti che non seguono le disposizioni legislative sulle ricette, sono soggetti a multe da 2.000 a 5.000 lire.

9 https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/41/670_692_686/it (ultima consultazione: 31 dicembre 2024).

10 <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/1923/03/05/53/sg/pdf>, pp. 1530-1531 (ultima consultazione: 30 gennaio 2025).

11 1000 lire del 1923 equivalevano a circa 981 euro nel 2025. Si veda https://www.infodata.ilsole24ore.com/2016/05/17/calcola-potere-dacquisto-lire-ed-euro-dal-1860-2015/?refresh_ce=1 (ultima consultazione: 12 febbraio 2025).

Art. 8. Chi consente che locali o esercizi siano utilizzati per incontri dove si consumano stupefacenti¹² è punito con le pene previste dall'art. 1.

Art. 10. Chi partecipa a tali incontri è punito con una multa da 1.000 a 5.000 lire.

Art. 12. Il Ministero dell'Interno pubblicherà un elenco delle sostanze tossiche aventi effetto stupefacente, modificabile tramite decreto ministeriale previo parere del Consiglio Superiore di Sanità.

Si noti che non c'è indicazione di punibilità né dell'uso individuale né della detenzione di qualunque quantitativo ad esso finalizzato, poiché il bene giuridico tutelato era l'ordine sociale.

Il meccanismo previsto all'art. 12, basato su elenchi costantemente aggiornabili, sarebbe rimasto pressoché invariato nelle normative successive.

Un provvedimento particolarmente significativo comparve, poi, nel testo unico del 1926 (Regio Decreto del 6 novembre 1926 n. 1848), dove l'Art. 154 prevedeva che

[...] agli effetti della vigilanza dell'autorità di pubblica sicurezza, gli esercenti la professione di medico chirurgo siano obbligati a denunciare all'autorità locale di pubblica sicurezza, entro due giorni, le persone affette da malattia di mente, pericolose a sé stesse o ad altri, alle quali essi abbiano prestato l'opera loro o delle quali siano venuti comunque a conoscenza nell'esercizio della loro professione. L'obbligo si estende anche per le persone che risultano affette da cronica intossicazione prodotta da alcool o da altre sostanze inebrianti o stupefacenti.¹³

Il codice Rocco (Regio decreto 19 ottobre 1930, n. 1398) si concentrò ancora¹⁴ sulla tutela della salute psicofisica dei cittadini che veniva compromessa dalla diffusione di sostanze nocive, e puniva venditori/spacciatori e chi accedesse a locali dove consumare tali sostanze. Non era prevista la punibilità per chi possedesse droghe per uso personale. Inoltre, l'art. 93 estendeva sia la non punibilità per chi commetteva reati non essendo in grado di intendere o di volere

12 I senatori erano, infatti, convinti che in tali ritrovi i giovani, adescati da donne di malcostume, fossero avviati al consumo delle droghe. Così si esprimeva Badaloni: «[...] ritrovi, nei quali si verificano quelle scene orgiastiche che sono state descritte dalla stampa e che hanno potuto determinare al di fuori l'impressione, che in essi realmente si possano raggiungere forme insuete di eccitazione, di piacere, di gioia e di ebbrezza.» (<https://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/DF/423942.pdf>, p. 390; ultima consultazione: 12 febbraio 2025).

13 <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/1926/11/08/257/sg/pdf>, p. 4835 (ultima consultazione 30 gennaio 2025).

14 <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/1930/10/26/251/sg/pdf> e <https://www.normattiva.it/atto/caricaDettaglioAtto?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1930-10-26&atto.codiceRedazionale=030U1398&tipoDettaglio=originario&qId=862d6c79-935c-42dd-b69c-cb229dcbebb0>, (ultima consultazione: 30 gennaio 2025).

a causa dell'ubriachezza (stabilita dall'art. 91) a quanti li commettersero sotto effetto di sostanze stupefacenti non dovuto a caso fortuito o di forza maggiore, sia estendeva la punibilità prevista dall'art. 92 per chi commettesse reati in stato di ubriachezza volontaria a chi li commettesse a seguito di uso volontario di sostanze stupefacenti. L'art. 94 prevedeva l'aumento della pena ad autori di reati se alcolisti abituali o se dediti abitualmente alle droghe. L'art. 95 estendeva le norme (artt. 88 e 89) relative alla non punibilità (o minore punibilità) di chi fosse (parzialmente) incapace d'intendere o di volere a chi fosse in stato di intossicazione cronica da alcol o da sostanze stupefacenti. Vediamo questi articoli:

Art. 88. (Vizio totale di mente): Non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da escludere la capacità d'intendere o di volere.

Art. 89. (Vizio parziale di mente): Chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da scemare grandemente, senza escluderla, la capacità d'intendere o di volere, risponde del reato commesso; ma la pena è diminuita.

Art. 91. (Ubriachezza derivata da caso fortuito o da forza maggiore): Se una persona commette un reato in stato di piena ubriachezza dovuta a caso fortuito o forza maggiore, non è imputabile. Se l'ubriachezza riduce parzialmente la capacità di intendere e volere, la pena viene diminuita.

Art. 92. (Ubriachezza volontaria o colposa ovvero preordinata): L'ubriachezza volontaria, colposa o preordinata non esclude né riduce l'imputabilità.

Art. 93. (Fatto commesso sotto l'azione di sostanze stupefacenti): Le stesse disposizioni degli articoli 91 e 92 si applicano ai reati commessi sotto l'effetto di sostanze stupefacenti.

Art. 94. (Ubriachezza abituale): Per chi commette un reato in stato di ubriachezza abituale, la pena è aumentata. Questo vale anche per chi è abitualmente dedito a sostanze stupefacenti.

Art. 95. (Cronica intossicazione da alcool o da sostanze stupefacenti): Se il reato è commesso in stato di cronica intossicazione da alcol o droghe, si applicano le norme sugli infermi di mente (artt. 88 e 89).

Inoltre, comparivano i seguenti articoli riguardanti il nostro tema:

Art. 446. (Commercio clandestino o fraudolento di sostanze stupefacenti): Chiunque commercia, detiene per commercio, somministra o procura sostanze stupefacenti in modo clandestino o fraudolento è punito con la reclusione da 1 a 3 anni e una multa non inferiore a 1.000 lire. La pena aumenta se le sostanze sono vendute

o consegnate a persone minorenni (sotto i 18 anni), a persone con problemi mentali, o a chi è dedito all'uso di stupefacenti.

Art. 447. (Agevolazione dolosa dell'uso di sostanze stupefacenti): Chiunque permette che un locale, pubblico o privato, sia utilizzato per incontri di persone che consumano stupefacenti è punito con la reclusione da 6 mesi a 2 anni e una multa da 500 a 10.000 lire. Chi partecipa a tali incontri può essere punito con una reclusione fino a 6 mesi o una multa da 1.000 a 5.000 lire.

Art. 729. (Abuso di sostanze stupefacenti): Chiunque è sorpreso in un luogo pubblico o aperto al pubblico, o in circoli privati, in stato di grave alterazione psichica dovuta all'uso di stupefacenti, è punito con l'arresto fino a 6 mesi o con un'ammenda da 100 a 2.000 lire.

Art. 730. (Vendita di sostanze stupefacenti o velenose a minori): Chiunque, autorizzato alla vendita o commercio di medicinali, consegna sostanze stupefacenti o velenose a persone minori di 16 anni, anche su prescrizione medica, è punito con un'ammenda fino a 5.000 lire. Chi vende o somministra tabacco a minori di 14 anni è soggetto a un'ammenda fino a 1.000 lire.

Gli artt. dal 93 al 95 del codice Rocco indussero un ripensamento degli obiettivi di fondo della regolazione: successivamente la tutela legislativa si spostò dalla preoccupazione per la salute psicofisica dei cittadini che veniva compromessa dalla diffusione di sostanze nocive alla difesa della società dal presunto pericolo rappresentato da individui che, in base ai suddetti articoli, venivano ritenuti impuniti per i reati commessi sotto l'azione di sostanze stupefacenti.

Nel 1924 e 1925, si erano tenute due conferenze a Ginevra, che portarono alla seconda Convenzione internazionale sull'oppio del 1925, che introduceva un Comitato Centrale Permanente e restrizioni sul commercio di nuove sostanze come la cannabis. Nonostante queste misure, paesi come Stati Uniti, Cina e Italia rifiutarono di firmare, ritenendo il testo insufficiente. Nel 1931, si svolse un'altra conferenza a Ginevra, che culminò in una nuova convenzione sugli stupefacenti che stabiliva una regolamentazione diretta della produzione globale. Ogni paese doveva stimare la quantità di oppiacei necessaria per scopi legittimi (medici e scientifici) e limitare la produzione a tali necessità. Inoltre, la convenzione stabiliva meccanismi per il monitoraggio delle scorte e delle esportazioni. In questa occasione furono emanate in Italia nuove norme¹⁵ sugli stupefacenti (Regio Decreto Legge 15 gennaio 1934 n. 151 convertito nella Legge 7 giugno 1934 n. 1145) e il testo unico¹⁶ delle leggi sanitarie (Regio Decreto 27 luglio 1934

15 <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/1934/02/19/41/sg/pdf>, pp. 838-841, (ultima consultazione: 31 gennaio 2025).

16 <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/1934/08/09/186/so/186/sg/pdf>, pp. 2-50, (ultima consultazione: 31 gennaio 2025).

n. 1265). In base ad essi, le persone dedite a sostanze stupefacenti potevano essere ricoverate in ospedale psichiatrico, in modo coatto, per la disintossicazione. Da un lato, infatti, la legge 7 giugno 1934 n. 1145, prevedeva quanto segue:¹⁷

Art. 1. Chiunque coltiva clandestinamente il papavero, produce oppio grezzo, raccoglie papaveri spontanei o traffica in modo illecito con oppio, foglie di coca o cannabis, è punito con la reclusione da 1 a 3 anni e una multa di almeno 1.000 lire.

Art. 2. Chiunque permette che un locale pubblico o privato sia utilizzato per incontri di persone che consumano stupefacenti è punito con la reclusione da 6 mesi a 2 anni e una multa da 500 a 10.000 lire.

Art. 3. Se una persona autorizzata a coltivare papavero, produrre oppio o commerciare stupefacenti supera le quantità consentite o fornisce tali sostanze a persone non autorizzate, è punito con la reclusione da 2 a 4 anni e una multa di almeno 5.000 lire.

Art. 4. Chi vende o somministra stupefacenti senza prescrizione medica, in quantità eccessiva o in forme vietate (morfina, cocaina in pomata o soluzione) è punito con la stessa pena dell'art. 3.

Art. 5. I medici che prescrivono stupefacenti senza necessità curativa o in quantità eccessive sono soggetti alla stessa pena dell'art. 3. Inoltre, chi vende o somministra stupefacenti senza autorizzazione è punito con la reclusione da 2 a 6 mesi e una multa da 1.000 a 4.000 lire.

Art. 6. Le pene degli articoli precedenti sono aumentate se le sostanze vengono fornite a minori di 18 anni, persone con disabilità mentale o dipendenti da droghe. In caso di recidiva, le pene sono ulteriormente incrementate, con interdizione dai pubblici uffici e, in caso di reato professionale, interdizione definitiva dalla professione.

Art. 7. Chiunque viene colto in stato di grave alterazione psichica per uso di stupefacenti in luoghi pubblici o privati è punito con l'arresto fino a 6 mesi o una multa da 100 a 2.000 lire.

Art. 8. Chi vende stupefacenti senza seguire le procedure previste per le prescrizioni mediche (mancanza di data, firma, registrazione) è punito con l'arresto fino a 1 anno o con una multa da 2.000 a 5.000 lire.

Art. 9. I medici che non specificano dettagli nella prescrizione (nome, dose, modalità di somministrazione) sono puniti con una multa fino a 2.000 lire.

17 <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/1934/02/19/41/sg/pdf>, pp. 839-840, (ultima consultazione: 31 gennaio 2025).

Art. 10. I medici che non denunciano tossicodipendenti entro due giorni dall'incontro con loro sono puniti con una multa fino a 2.000 lire.

Art. 12. Chiunque sia colto in grave alterazione psichica per uso di stupefacenti può essere ricoverato coattivamente per una cura disintossicante, su ordine dell'Autorità giudiziaria o di pubblica sicurezza.

Dall'altro lato, il testo unico delle leggi sanitarie prevedeva quanto segue:¹⁸

Art. 148. L'elenco delle sostanze tossiche con azione stupefacente è approvato dal Ministro dell'interno, sentito il Consiglio Superiore di Sanità, e in conformità alle convenzioni internazionali.

Art. 149. La coltivazione del papavero e la raccolta delle capsule sono consentite solo con autorizzazione del Ministro dell'interno, che stabilisce le condizioni. Chi coltiva senza autorizzazione o viola le condizioni è punito con l'arresto fino a un anno o una multa da 500 a 5.000 lire. In caso di recidiva, la pena è sempre l'arresto.

Art. 150. La produzione di oppio grezzo o altre sostanze stupefacenti richiede autorizzazione del Ministro dell'interno. Chi produce senza autorizzazione è punito con l'arresto da 6 mesi a 2 anni o con una multa da 2.000 a 10.000 lire. In caso di recidiva, la pena è l'arresto.

Art. 151. L'importazione, esportazione o commercio di oppio grezzo o altre sostanze stupefacenti richiedono l'autorizzazione del prefetto della provincia di residenza. La violazione comporta le pene previste dall'art. 446 del Codice Penale, escluse le farmacie per la vendita a scopo medicinale.

Art. 152. Chi vende stupefacenti senza prescrizione, in quantità eccessiva o a persone prive di documenti, o somministra morfina, cocaina o simili in forme vietate, è punito con l'arresto da 6 mesi a 2 anni e una multa da 1.000 a 10.000 lire, salvo casi più gravi.

Art. 153. Le pene dell'art. 446 del Codice Penale si applicano anche ai medici o veterinari che favoriscono l'abuso di stupefacenti prescrivendoli senza necessità curativa o in quantità eccessiva.

Art. 154. I medici devono indicare nelle ricette per stupefacenti il nome e domicilio del paziente, la dose in lettere e le modalità di somministrazione. Le violazioni comportano una multa da 200 a 2.000 lire. Le strutture sanitarie devono tenere un registro di carico e scarico delle sostanze stupefacenti.

18 <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/1934/08/09/186/so/186/sg/pdf>, pp. 21-22, (ultima consultazione: 31 gennaio 2025).

Art. 155. Chi vende stupefacenti senza rispettare le norme sulle prescrizioni o a persone senza documenti è punito con l'arresto fino a un anno o una multa da 2.000 a 5.000 lire. In caso di recidiva, l'arresto è obbligatorio e si aggiunge la sospensione dall'esercizio professionale.

Art. 156. I medici che assistono persone affette da intossicazione cronica da stupefacenti devono denunciarle all'autorità entro due giorni. La violazione comporta una multa da 200 a 2.000 lire, e in caso di recidiva l'arresto fino a un anno con sospensione dall'attività.

Art. 157. Chi diventa pericoloso per sé o per gli altri a causa dell'abuso di stupefacenti può essere ricoverato coattivamente in una casa di cura per la disintossicazione, su richiesta dei parenti o dell'autorità di pubblica sicurezza, con autorizzazione del pretore. In caso di urgenza, il ricovero è disposto provvisoriamente dall'autorità di pubblica sicurezza.

La prima legge (n. 1145) si concentra sulla giustizia penale, stabilendo pene severe per chi coltiva o commercia clandestinamente papavero, cannabis, coca e derivati, con sanzioni penali per i medici che prescrivono sostanze senza necessità terapeutica o in eccesso, e obblighi di denuncia dei tossicodipendenti. La seconda legge affida il controllo principalmente al Ministero dell'Interno e al Consiglio Superiore di Sanità, a cui è delegata la regolamentazione delle autorizzazioni per la coltivazione e il commercio di oppio e altre sostanze, adottando un approccio più burocratico e attento alla conformità internazionale.

L'Italia continuò ad essere sede del traffico mondiale di stupefacenti, ma la seconda guerra mondiale e la ricostruzione postbellica distolsero l'attenzione dei governi da quel tema.

Prima di passare alla fase postbellica, è utile ricordare qui la prima legge di regolamentazione dei manicomi¹⁹, detta "legge Giolitti" dal nome dell'allora ministro degli Interni, che interveniva sulle 124 strutture dedicate all'assistenza psichiatrica, di cui 43 manicomi pubblici, che fino ad allora si erano governate autonomamente. La legge 14 febbraio 1904, n. 36, introduceva disposizioni sui manicomi e sugli alienati, stabilendo le norme per il ricovero, la gestione dei manicomi e le responsabilità amministrative e sanitarie. Riportiamo qui le parti più interessanti dei suoi articoli relativi alla "custodia e cura degli alienati".

Art. 1. Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri o riescano di pubblico scandalo o non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi.

¹⁹ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/1904/02/22/43/sg/pdf>, pp. 818-820 (ultima consultazione: 31 gennaio 2025).

Art. 2. L'ammissione degli alienati nei manicomi deve essere chiesta dai parenti, tutori o protutori, e può esserlo da chiunque altro nello interesse degli infermi e della società. Essa è autorizzata, in via provvisoria, dal pretore sulla presentazione di un certificato medico e di un atto di notorietà, redatti in conformità delle norme stabilite dal Regolamento, ed in via definitiva dal tribunale in Camera di Consiglio sulla istanza del pubblico ministero, in base alla relazione del Direttore del manicomio e dopo un periodo di osservazione che non potrà eccedere in complesso un mese.

Art. 3. Il licenziamento dal Manicomio degli alienati guariti è autorizzato con decreto del Presidente del Tribunale sulla richiesta o del Direttore del Manicomio, o delle persone menzionate nel primo comma dell'articolo precedente o della Deputazione provinciale. (...).

Il Direttore del Manicomio può ordinare il licenziamento, in via di prova, dell'alienato che abbia raggiunto un notevole grado di miglioramento, e ne darà immediatamente comunicazione al Procuratore del Re ed all'Autorità di Pubblica Sicurezza.

Art. 4. Il Direttore ha piena autorità nel servizio interno sanitario e l'alta sorveglianza su quello economico per tutto ciò che concerne il trattamento dei malati, ed è responsabile dell'andamento del manicomio e dell'esecuzione della presente legge nei limiti delle sue attribuzioni. Esercita pure il potere disciplinare nei limiti del seguente articolo.

Art. 5. Regolamenti speciali di ciascun manicomio dovranno contenere le disposizioni d'indole mista sanitaria ed amministrativa (...) Detti Regolamenti dovranno essere deliberati, sentito il Direttore del manicomio, dall'Amministrazione provinciale o dalla Commissione amministrativa, se trattasi d'Opera pia, e saranno approvati dal Consiglio superiore di sanità con le forme e modi stabiliti dall'articolo 198 della legge comunale e provinciale.

Era una legge incentrata sul contenimento del paziente, che veniva internato in relazione alla pericolosità e ad un non ben definito pubblico scandalo che disturbava la società, non in relazione ad un suo stato di sofferenza che gli rendesse impossibile la conduzione della vita quotidiana. Quest'ottica di protezione della società è stata prontamente sfruttata dal fascismo per liberarsi di numerosi nemici politici, etichettandoli con le diagnosi più disparate: mania politica, schizofrenia, paranoia, isterismo, distimia, depressione.²⁰

20 Si vedano: M. Petracci, *I matti del duce*, Donzelli, Roma 2012 e A. Valeriano, *Malacarne. Donne e manicomio nell'Italia fascista*, Donzelli, Roma 2014.

Riprendiamo il percorso della legislazione sui farmaci. La legge²¹ n. 1041 del 22 ottobre 1954, la prima sugli stupefacenti nell'Italia repubblicana, fu caldeggiata dalle Nazioni Unite e dagli Stati Uniti. Essa conteneva diverse disposizioni riguardanti la regolamentazione della produzione, distribuzione e vendita delle sostanze stupefacenti. Aveva un carattere fortemente repressivo ed era diretta a colpire tutti coloro che avevano a che fare con qualsiasi sostanza ritenuta stupefacente, senza distinzione tra spacciatore e consumatore.

Di seguito una sintesi degli articoli principali:²²

Art. 3. L'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica compila l'elenco delle sostanze o preparati ad azione stupefacente, tenuto conto delle Convenzioni internazionali, sentito il Consiglio superiore di sanità. L'elenco degli stupefacenti di cui al comma precedente e le relative variazioni sono pubblicati nella Gazzetta Ufficiale e inseriti nella "Farmacopea ufficiale".

Art. 4. La coltivazione di piante da cui si possono estrarre stupefacenti, come il papavero, richiede un'autorizzazione annuale rilasciata dall'Alto Commissariato, con condizioni e garanzie specifiche.

Art. 5. La produzione di oppio e di altri stupefacenti è vietata senza autorizzazione dell'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica.

Art. 6. Chiunque intenda importare, esportare, ricevere per il transito, commerciare a qualsiasi titolo, impiegare o comunque detenere oppio grezzo, foglie o pasta di coca o altre droghe, sostanze o preparati indicati nell'elenco degli stupefacenti, deve munirsi dell'autorizzazione dell'Alto Commissario per l'igiene e la sanità pubblica. Dall'obbligo dell'autorizzazione sono escluse le farmacie, sia per quanto riguarda l'acquisto di stupefacenti che per la vendita o la somministrazione delle sostanze e dei preparati suindicati in dose e forma di medicamento. L'importazione, il transito o l'esportazione di stupefacenti, da parte delle persone munite dell'autorizzazione di cui al primo comma, sono subordinati alla concessione di un permesso rilasciato dall'Alto Commissario per l'igiene e la sanità pubblica in conformità delle Convenzioni internazionali. Chiunque, senza autorizzazione, acquisti, venda, ceda, esporti, importi, passi in transito, procuri ad altri, impieghi o comunque detenga sostanze o preparati indicati nell'elenco degli stupefacenti, è punito con la reclusione da tre a otto anni e con la multa²³ da lire 300.000 a lire 4.000.000. Le stesse pene si applicano per l'importazione, transito od esportazione effettuati da imprese o società che, pur essendo autorizzate ai sensi del primo comma, non siano in possesso del permesso indicato nel terzo comma.

21 <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/1954/11/12/260/sg/pdf>, pp. 3690-3694 (ultima consultazione: 31 gennaio 2025).

22 <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/1954/11/12/260/sg/pdf>, pp. 3690-3693 (ultima consultazione: 31 gennaio 2025).

23 1000 lire del 1954 equivalgono a circa 16 euro nel 2025. Si veda: https://www.infodata.ilsole24ore.com/2016/05/17/calcola-potere-dacquisto-lire-ed-euro-dal-1860-2015/?refresh_ce=1 (ultima consultazione: 12 febbraio 2025).

Chiunque, essendo munito dell'autorizzazione o del permesso di cui al presente articolo, mette o procura che altri metta illecitamente in commercio stupefacenti, è punito con la reclusione da tre a dieci anni e con la multa da lire 500.000 a lire 5.000.000.

Art. 7. L'Alto Commissariato fissa annualmente le quantità massime di stupefacenti che ogni impresa autorizzata può produrre e vendere, rispettando i limiti previsti dalle convenzioni internazionali.

Art. 8. L'Alto Commissariato controlla le quantità di materie prime e stupefacenti prodotte e detenute dalle officine autorizzate. Le imprese devono presentare rapporti trimestrali dettagliati.

Art. 9. Le imprese che producono stupefacenti devono inviare dati riassuntivi alle prefetture, riguardanti la lavorazione, produzione, e distribuzione di stupefacenti.

Art. 13. La vendita di stupefacenti può essere fatta solo a persone autorizzate o a farmacie, con specifiche norme di registrazione. Produttori di medicinali contenenti stupefacenti possono inviare campioni a medici e veterinari su richiesta.

Art. 14. La consegna di stupefacenti deve essere effettuata seguendo procedure precise, come la consegna personale, tramite corriere, o pacco postale. I trasporti di grandi quantità devono essere comunicati alle autorità competenti.

Il fatto più notevole viene dall'articolo 6 che, seppur ritenuto bisognoso di specifiche interpretazioni,²⁴ ha sancito l'equiparazione fra consumatori e spacciatori, rendendo punibili anche coloro che detenessero stupefacenti per uso personale.

In generale, il passaggio dal 1934 al 1954 mostra un controllo più stringente e una maggiore complessità normativa. La legge del 1954 introduceva un sistema centralizzato di controllo, tracciabilità delle sostanze, e imponeva un monitoraggio costante per prevenire abusi e garantire l'uso delle sostanze solo per scopi autorizzati e medicinali. La legge del 1934, infatti, delegava la gestione degli stupefacenti principalmente al Ministro dell'Interno, compresi compiti come autorizzare la coltivazione del papavero e l'importazione delle sostanze, mentre la legge del 1954 trasferiva la supervisione all'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità Pubblica, rendendo centrale il ruolo di questa autorità in collaborazione con il Consiglio Superiore di Sanità. Inoltre, la legge del 1954 formalizzava ancora di più il processo di autorizzazione e richiedeva, oltre all'approvazione dell'Alto Commissariato, anche una regolamentazione periodica della produzione per garantire il rispetto delle convenzioni internazionali.

24 A. Geraldini, *Commette reato chi detiene stupefacenti per uso personale*, in "Corriere della sera", 11 dicembre 1957.

L'elenco delle Sostanze Stupefacenti regolamentate era prima aggiornato a discrezione del Ministro dell'Interno; con la legge del 1954, l'elenco era stilato e aggiornato con maggiore frequenza e pubblicato regolarmente, garantendo una revisione continua in base agli sviluppi internazionali. In aggiunta, entrambe le leggi prevedono l'eccezione per le farmacie, permettendo loro di acquistare e vendere stupefacenti a scopi terapeutici. Infine, le disposizioni del 1954 inasprivano il controllo sulle quantità prodotte e vendute e rafforzavano l'obbligo di reportistica trimestrale e annuale, aumentando così il grado di sorveglianza rispetto alla legge del 1934.²⁵

2.3 La pubblicità farmaceutica

La pubblicità, come strumento per attirare l'attenzione sui prodotti, accompagna la storia del commercio fin dalle sue origini. Già nell'antica Grecia, Roma e Pompei, i commercianti utilizzavano segnali visivi e colorati, spesso dipinti o realizzati in mosaico, con scritte e immagini pensate per una popolazione in gran parte analfabeta. Nel caso dei rimedi medici, l'immagine del silfio (una pianta ombrellifera originaria della Cirenaica) impressa sulle monete d'argento locali e le rappresentazioni di Filottete o di una capra, simboli dell'isola di Lemno, erano forme di pubblicità dei prodotti e delle terre di origine.²⁶ Con Carlo Magno, il *Capitulaire de villis* divenne una forma di promozione dei "semplici" (cioè delle piante medicinali), regolamentando la coltivazione negli orti pubblici e nei monasteri e conferendo approvazione imperiale a determinate erbe. Nei secoli successivi, lo sviluppo della pubblicità fu influenzato dall'evoluzione "tecnologica" e dalle necessità delle nuove classi sociali.²⁷ In particolare, nel XVII secolo, con l'avvento della stampa, furono introdotte nuove forme pubblicitarie, come i ricettari, gli antidotari (farmacopee ufficiali), i piccoli libri dei segreti e i fogli affissi nei luoghi pubblici o distribuiti in farmacia. Per le classi più abbienti, anche la preziosità dei vasi farmaceutici esposti nelle vetrine era parte della strategia promozionale. Il popolo, invece, era raggiunto dai ciarlatani che nelle piazze proponevano rimedi miracolosi.²⁸ Nello stesso periodo apparvero le "gazzette", pubblicazioni settimanali destinate a un pubblico colto, che ospitavano le prime "réclames". Tra le prime spiccano il "Mercurius Britannicus" (1625) in

25 Sulla storia della legislazione italiana delle sostanze stupefacenti si veda anche M.E. Cantilena, *"Sul petto Mao, nelle vene la droga". Storia del consumo di droga in Italia negli anni sessanta e settanta*, Tesi di dottorato, XXXIII ciclo, Università degli studi di Trieste, Trieste 2020, <https://arts.units.it/retrieve/e2913fde-5865-f688-e053-3705fe0a67e0/Cantilena%2C%20%3FSul%20Petto%20Mao%2C%20nelle%20vene%20la%20droga%3F.pdf> (ultima consultazione: 12 febbraio 2025).

26 V. Codeluppi, *Storia della pubblicità italiana*, Carocci, Roma 2013, p. 13 e P. Lomagno, *Appunti*, pp. 8-11.

27 Ivi, p. 12.

28 Ivi pp. 19-22.

Inghilterra e “La Gazette” (1630) in Francia. In Italia, il primo annuncio pubblicitario documentato risale al 1691 sul “Protogiornale Perpetuo Veneto”, un almanacco che informava su feste, mercati e fiere²⁹. Nel XVIII secolo, la pubblicità si diffuse anche in America grazie a figure come Benjamin Franklin, che introdusse gli annunci sulla “Pennsylvania Gazette” (1729). Negli Stati Uniti, i giornali – privi di tasse – divennero veicoli pubblicitari ideali, offrendo spazi economici e dedicando talvolta metà delle pagine agli annunci.³⁰

All'inizio dell'Ottocento, con l'isolamento della chinina, si trasferì la produzione delle materie prime in officine al di fuori delle farmacie, segnando una separazione tra le industrie farmaceutiche, dedite alla sintesi di sostanze base, e le farmacie, incaricate della miscelazione e vendita al pubblico. Per promuovere i propri prodotti, le aziende iniziarono a distribuire alle farmacie listini annuali o semestrali con descrizioni e prezzi, inaugurando una nuova forma di pubblicità. In Italia, fu il farmacista bresciano Attilio Manzoni a cogliere il potenziale pubblicitario dei quotidiani e appaltò una parte degli spazi nei giornali italiani per sé e per i suoi partner commerciali. Gli spazi pubblicitari vennero inizialmente utilizzati per promuovere i prodotti della sua azienda e di case farmaceutiche estere di cui Manzoni aveva ottenuto l'esclusiva rappresentanza in Italia, e poi si ampliarono ad accogliere prodotti di ogni genere. Attilio Manzoni creò così una nuova attività, fino ad allora inesistente in Europa: l'amministrazione della pubblicità sui giornali e sulle riviste, corredata di un “ufficio tecnico” dedicato alla scrittura e al disegno delle réclames per i clienti. Questo reparto fu responsabile, nel 1888, delle prime campagne pubblicitarie nazionali in Italia, promuovendo le acque minerali di Fiuggi e quelle di Santa Caterina Valfurva. Contemporaneamente, l'apertura della sede italiana della tedesca Haasenstein & Vogler (1886) favorì la nascita di un sistema pubblicitario strutturato, consolidando il manifesto come mezzo di comunicazione visiva.

Tra il 1860 e il 1880, con l'avvento di nuovi farmaci sintetici, la pubblicità si rivolse principalmente ai medici attraverso pubblicazioni scientifiche, affidandosi al prestigio di luminari per avvalorare i nuovi ritrovati. Infine, nell'ultimo quarto di secolo,³¹ che vede il proliferare di “specialità medicinali” (in assenza di vere e proprie cure per le grandi malattie dell'epoca: tubercolosi, sifilide, tifo, polmonite), le industrie farmaceutiche si rivolsero direttamente all’“uomo della strada” (alfabetizzato) tramite opuscoli sanitari a domicilio, inserzioni su giornali locali e distribuzione di cartoline illustrate. Per gli analfabeti, la promozione rimaneva orale, affidata a parroci e barbieri.³²

29 V. Codeluppi *Storia della pubblicità*, p. 14.

30 Ivi p. 16.

31 Vedi anche L. De Frenza, *L'informazione in pillole. Alle origini della pubblicità farmaceutica in Italia*, in F.P. de Ceglia, L. Dibattista (a cura di), *Il bello della scienza. Intersezioni tra storia, scienza e arte*, Milano, Franco Angeli, 2013, pp. 73-92.

32 P. Lomagnò, *Appunti*, pp 37-48.

Le pubblicità farmaceutiche a inizio Novecento³³ si caratterizzarono per un uso sofisticato di immagini e messaggi, con l'obiettivo di rendere i prodotti attraenti e affidabili. Venivano utilizzate immagini storiche per sottolineare l'autenticità e la veridicità dell'efficacia del prodotto, riproduzioni di opere artistiche per evocare bellezza e serenità, figure femminili e scene naturali per trasmettere vitalità, e messaggi umoristici. Lo stile Liberty, amato dalla borghesia – il target principale –, contribuiva a rendere i prodotti piacevoli anche visivamente. Questo approccio trasformava la pubblicità da mero strumento di memorizzazione a un mezzo per enfatizzare le qualità distintive dei prodotti. Nel settore farmaceutico, tuttavia, le risorse limitate delle aziende ostacolavano grandi investimenti pubblicitari. Un'eccezione fu la Bisleri, che basava il suo fatturato sulla vendita di un antimalarico (l'Esanofele) e di un antimalarico-ricostituente (il Ferro-China), e che rischiò di veder crollare i profitti quando lo Stato italiano decise di produrre chinino di Stato e di distribuirlo a prezzi bassissimi. Pertanto, dovette attuare un'intensa campagna pubblicitaria per “salvare” almeno il Ferro-China (venduto come liquore amaro tonico e non più come antimalarico) e l'Acqua Nocera umbra.

In Italia, nuove agenzie pubblicitarie come quelle fondate da Goffredo Bedeschi (1900) e Massimo Fano (1911) arricchirono il panorama comunicativo, sebbene mancassero veri professionisti del settore. Spesso, infatti, gli industriali si affidavano ad artisti per ideare i messaggi pubblicitari. Un esempio emblematico fu Arturo Gazzoni, abile imprenditore, autore di *Vendere, vendere, vendere*³⁴ e di *Lezioni di pubblicità*,³⁵ raccolta delle sue esperienze pionieristiche nel campo. Egli, per promuovere la Pasticca del Re Sole - contenente liquirizia, ipecacuana, belladonna e menta piperita – si rivolse a Trilussa che gli confezionò il sonetto *Il pappagallo raffreddato* per affascinare il pubblico con toni poetici e leggeri, indimenticabili:

*Loreto è un pappagallo ammaestrato/ Se quanno parlo co' Ninetta mia/
s'accorge ch'entra in cammera la zia/ tosse e fa finta d'esse raffreddato/
e noi che lo sapemo, appena tosse/ se damo l'aria come gnente fosse
Però la zia ch'è furba e che capisce,/ ieri se ne sortì co' ste parole:
- Je darò le Pasticche der Re Sole,/ perché co' quelle è certo che guarisce;
ma se per caso seguita a sta' male/ è segno ch'è una tosse artificiale*

33 Per un'ampia carrellata di pubblicità farmaceutiche di Ottocento e Novecento, si veda il blog di Giulia Bovone: <https://blog.libero.it/lfde/>. Per approfondire il tema della presenza di citazioni di farmaci nella letteratura, si veda il suo volume: G. Bovone, *I farmaci nella letteratura*, Ed. N.O.S.M., Vicchio 2016.

34 A. Gazzoni, *Vendere, vendere, vendere*, A. Mondadori, Milano 1927.

35 A. Gazzoni, *Lezioni di pubblicità*, N. Zanichelli, Bologna 1943.

Gazzoni fece anche ampio uso di testimonianze di medici per l'antinevrotico De Giovanni e l'Idrolitina. Nel caso dell'antinevrotico De Giovanni,³⁶ incluso nella *Farmacopea ufficiale del Regno d'Italia* del 1909, contenente valeriana, genziana, strofanto ispido (simile alla digitale) e nux vomica, per promuoverlo, Gazzoni pubblicò testimonianze di Cesare Lombroso, Guido Baccelli e Paolo Mantegazza.

L'Idrolitina³⁷ fu commercializzata come polvere, in bustine, da aggiungere alla comune acqua potabile, dal 1907 con impressa a stampa sulla scatola la scritta «approvata dal prof. Dioscoride Vitali, della regia Università di Bologna». Dunque ebbe come testimonial il direttore dell'Istituto di Chimica farmaceutica e tossicologica di Bologna. Essa merita una trattazione più particolareggiata, perché costituisce anche un esempio di passaggio di un prodotto da pubblicità farmaceutica a pubblicità alimentare. Inizialmente l'Idrolitina serviva ad ottenere un'acqua con un'alta percentuale di litio, elemento che fu isolato nel 1800 da un allievo del chimico svedese Jöns Jacob Berzelius. A metà Ottocento alcuni medici notarono che i composti di litio potevano dissolvere l'acido urico (unendosi con l'acido urico per formare l'urato di litio, un sale solubile) e il chimico Alexander Lipowitz lo provò sperimentalmente.³⁸ Alfred Baring Garrod riuscì a sciogliere un deposito gottoso in una soluzione di carbonato di litio. Sulla base di questo successo, Garrod comunicò nel 1859³⁹ che la gotta era dovuta ad un eccesso di acido urico e che il litio ne era un ottimo rimedio (anche se non l'aveva sperimentato su persone ma solo in laboratorio). Propugnò anche l'idea che l'eccesso di acido urico (detto “diatesi dell'acido urico”) stesse alla radice di molte altre malattie (mal di testa, diabete, ecc.). Così la diffusione dell'ipotesi della diatesi dell'acido urico come spiegazione di molteplici malattie lanciò le acque minerali che lo contenevano e le tavolette di litio (nel nostro caso una polvere) che potevano essere assunte per fini medici. Così l'Idrolitina si guadagnò un posto nella *Farmacopea ufficiale*. Nel 1911, Gazzoni iniziò a collegare l'efficacia dell'Idrolitina, nel pubblicizzarla, anche a miglioramenti dell'umore. Un manifesto di Augusto Majani raffigurava Giolitti che, distribuendo Idrolitina ai soldati in partenza per la Libia, sembrava suggerire che il prodotto potesse sollevare lo spirito. Quando, però, decenni dopo, il litio venne considerato ufficialmente un farmaco credibile nel trattamento del disturbo bipolare come stabilizzatore dell'umore, la ditta Gazzoni, ormai passata agli eredi di Arturo, dovette rivedere la formula dell'Idrolitina e trasferirla in una categoria commerciale diversa: quella delle acque minerali non medicinali.

36 L'antinevrotico fu sviluppato dal medico clinico e senatore del Regno Achille De Giovanni.

37 Per una storia dettagliata dell'Idrolitina, si veda L. De Frenza, *Idrolitina Gazzoni: frizzante ... ma non solo*, in “Atti e memorie. Rivista di Storia della Farmacia”, 2015, 31/3, pp. 160-169.

38 Per una storia dettagliata del litio, si veda W.A. Brown, *Lithium. A Doctor, A Drug, and A Breakthrough*, Liveright Publishing Corporation, New York, London 2019.

39 A.B. Garrod, *The Nature and Treatment of Gout and Rheumatic Gout*, Walton, London 1859.

Durante gli anni Venti e Trenta, la pubblicità divenne un elemento chiave nella nascente società dei consumi. Figure come il farmacista Camillo Rocchietta di Pinerolo, con il suo ricostituente “Proton”,⁴⁰ dimostrarono l’efficacia di campagne nazionali affidate ad artisti come Bompard, che in questa sede abbandonò lo stile Liberty per tinte calde e rassicuranti. Ricorda la nipote Maristella:

Per dare maggiore risalto ai suoi messaggi pubblicitari il dott. Rocchietta li fece illustrare dai migliori pittori: Dudovich, Bompard, Mettlicovitz, Pizio, Onetti, Carpanetto, Golia. Sono rimaste famose le belle copertine a colori de “La Lettura” e del “Romanzo Mensile”, come pure i calendari artistici con dipinti di Grosso, Amisani, Alciati, Farello.⁴¹

Rocchietta mandò i suoi messaggi pubblicitari anche in radio⁴² e oltre i confini europei, ottenendo notevole successo negli Stati Uniti.

Parallelamente, le aziende farmaceutiche iniziarono a produrre oggetti promozionali e materiali informativi specifici per i medici, accompagnando i prodromi del progresso farmacologico, cioè l’introduzione dei sulfamidici nel 1932 e della penicillina nel 1943.⁴³

Negli anni cinquanta, la produzione farmaceutica in Italia vide una crescita significativa, pur continuando a dipendere dalle scoperte americane. Prodotti rivoluzionari come la clorpromazina (1952), gli antidiabetici orali (1955), il meprobamato (1955) e i contraccettivi orali (1956) cambiarono radicalmente la medicina. Tuttavia, il settore italiano era caratterizzato da una frammentazione produttiva e da scarsa ricerca indipendente.⁴⁴ Di conseguenza, molte ditte si concentrarono sul marketing, puntando su medici e farmacisti come principali veicoli di vendita tramite informatori scientifici, poiché il boom farmacologico (non ancora scosso da eventi quali gli effetti sui feti della talidomide)⁴⁵ aveva

40 L. De Frenza, *Pubblicità dei farmaci e riviste d’informazione professionale nella prima metà del Novecento*, “Atti e Memorie. Rivista di Storia della Farmacia”, 2015, 31/2, pp. 127-140.

41 <https://www.pralymania.com/RocchiettaMaristella.html> (ultima consultazione il 2/1/2025).

42 Il lassativo Euchessina presentò il primo messaggio radiofonico italiano con musica nel 1927 (V. Codeluppi *Storia della pubblicità*, p. 68).

43 Per l’arrivo degli antibiotici in Italia, si veda L. De Frenza, *L’arrivo degli antibiotici in Italia tra cura, ricerca e informazione*, in “Atti e Memorie. Rivista di storia della farmacia” 2024, 40/1, pp. 29-39.

44 V. A. Sironi, *Le Officine della salute: storia del farmaco e della sua industria in Italia*, Laterza, Roma-Bari 1993, p.172.

45 Il farmaco fu inventato dalla Chemical Industry Basel e nel 1957 acquisito dalla Chemie Grünenthal. Venne sperimentato per due anni su 300 pazienti, senza rilevare particolari effetti collaterali. Considerato, dunque, sicuro, venne commercializzato a partire dal 1957 in oltre 50 Paesi. La talidomide veniva utilizzata soprattutto come sedativo, antiemetico ed ipnotico nelle donne in gravidanza. La sua somministrazione causava nei neonati embriopatia se l’assunzione avveniva tra i 20 e i 36 gg. dal concepimento (vedi R. W. Smithells, *Defects and disabilities of thalidomide children*, in “British medical journal”, 1973, 1/5848, pp. 269–272). La mortalità neonatale associata all’embriopatia da talidomide era del 40%. L’embriopatia da

instillato grande fiducia da parte delle persone nella figura del medico e del farmacista.

Parallelamente, la pubblicità televisiva, lanciata in Italia nel 1957 col famoso Carosello, ampliò le possibilità di raggiungere un pubblico più vasto, ma solo prodotti come l'Amaro medicinale Giuliani e il confetto lassativo Falqui passarono per quei canali, pur in assenza di un codice di regolamentazione o di autoregolamentazione.⁴⁶

talidomide è caratterizzata da focomelia, amelia, anomalie della porzione anteriore degli arti e delle mani (assenza dell'omero e/o della porzione anteriore delle braccia, del femore e/o della porzione inferiore delle gambe, anomalie dei pollici). Altre anomalie comprendono gli emangiomi facciali e le malformazioni delle orecchie (anotia, microtia), degli occhi (microftalmia, anoftalmo, coloboma, strabismo), degli organi interni (reni, cuore e tratto gastrointestinale), dei genitali (si veda: <https://www.orpha.net/it/disease/detail/331>, ultima consultazione: 2 gennaio 2025). Circa 10.000/20.000 bambini subirono uno sviluppo incompleto. I primi casi di focomelia furono discussi durante un convegno di pediatri tedeschi nel 1961. Il pediatra Widikund Lenz ipotizzò per primo in quella sede una correlazione con l'assunzione di talidomide in gravidanza (W. Lenz, *Discussion contribution by Dr W Lenz, Hamburg, on the lecture by R.A Pfeiffer and K Kosenow 'On the exogenous origin of malformations of the extremity'*, in Meeting of the Association of Paediatricians in Rhineland-Westphalia, Dusseldorf 1961), che poi presentò ad un pubblico più vasto in: W. Lenz, R.A. Pfeiffer, W. Kosenow, D.J. Hayman, *Thalidomide and Congenital Abnormalities*, in "The Lancet" 1962, 279/7219, pp. 45-46. Sempre nel 1961, William Griffith McBride sperimentò il farmaco su animali da laboratorio gravidi evidenziando, indipendentemente da Lenz, gli effetti teratogeni (W.G. McBride, *Thalidomide and Congenital Abnormalities. Letter to the Editor*, in "The Lancet" 1961, 278/7216, p. 1358.)

In Italia fu ritirato dal commercio nel settembre 1962. Nel medesimo anno fu introdotto l'obbligo di sperimentare i nuovi farmaci anche su animali gravidi per testarne gli effetti sui feti. Sulla storia della talidomide si vedano: H. Sjöström, R. Nilsson *Thalidomide and the power of the drug companies*, Penguin Books, London 1972; tr. it. *Il talidomide e il potere dell'industria farmaceutica*, Feltrinelli, Milano 1973;

<https://www.thalidomide.ca/wp-content/uploads/2017/12/Dr-Lenz-history-of-thalidomide-1992.pdf> (ultima consultazione: 15 gennaio 2025 e <http://www.fedoa.unina.it/12815/1/06%20colonna.pdf>, p. 100 (Ultima consultazione: 2 gennaio 2025).

46 V. A. Sironi, *Le Officine della salute*, p. 196. Ricordiamo, infatti, che il primo Codice di Autodisciplina Pubblicitaria risale solo al 1966. Gli sforzi precedenti, come il "Codice morale della pubblicità" (1951) e i codici della Federazione italiana della pubblicità (1952), erano focalizzati su singole componenti pubblicitarie piuttosto che su divieti completi. In pratica, non esisteva un divieto esplicito della pubblicità diretta ai consumatori di farmaci.

3. Il meprobamato sulla stampa popolare

Questo capitolo si concentrerà sul meprobamato, il primo tranquillante ad essere introdotto nel mercato italiano e ad aver riscosso in breve tempo una notevole popolarità. Verrà accertata la presenza di pubblicità e il contenuto effettivo degli articoli sui tranquillanti, in particolare sul meprobamato, nei quotidiani e nelle riviste più diffuse in Italia nell'arco di tempo che va dalla seconda metà del 1956 alla fine del 1957. L'analisi includerà quotidiani come il "Corriere della Sera", "La Stampa", "Il Giorno" e "L'Unità", nonché riviste popolari come "Epoca", "Corriere della Domenica", "Oggi", "Gente" e "Famiglia Cristiana". L'obiettivo è ricostruire in che modo tali mezzi di comunicazione abbiano presentato il farmaco al pubblico italiano e con quali strategie.

3.1 I quotidiani

L'introduzione in Italia del meprobamato avviene in un'epoca di assenza di brevettabilità dei farmaci¹, assenza di disciplina sulla pubblicità e una legislazione già rigida per le sostanze stupefacenti che viene resa ancor più punitiva proprio nell'anno 1957. Esso, comunque, poteva essere venduto senza ricetta medica. Nei quotidiani si trovano (con presenze più o meno massicce, a seconda delle testate) pubblicità di ricostituenti (il Proton impazza ancora), lassativi, digestivi, antidolorifici (in particolare per il mal di testa e i malesseri influenzali), sulfamidici. Andiamo a vedere che ne è dei tranquillanti e, in particolare, del meprobamato nei quotidiani "Corriere della Sera", "La Stampa", "Il Giorno" e "L'Unità".

3.1.1 Il "Corriere"

Il "Corriere della sera" e la sua edizione pomeridiana – il "Corriere dell'informazione" – contenevano varie pubblicità di farmaci come il "Proton"², ma non di tranquillanti. Invece, iniziarono già nel 1949 a riportare notizie sull'abuso di sonniferi in diversi Paesi, tra cui la Germania³ e gli Stati Uniti⁴.

1 Su questo tema si vedano la nota a sentenza di Claudio Chiola, *La brevettabilità dei medicinali: dagli speciali alle multinazionali (Corte Costituzionale, 20 marzo 1978, n. 20)*, in "Giurisprudenza costituzionale", 1978, 23/1, pp. 677-691; e <https://www.iusinitinere.it/la-regolamentazione-del-brevetto-farmaceutico-dal-1939-ad-oggi-10575> (ultima consultazione: 12 febbraio 2025), e il § 4.1.1. di questo volume.

2 Questa è la lista degli altri: Supposta Knapp, Lassativo Giuliani, Rim, Filokein, Riberina, Citrato espresso S. Pellegriano, Vicks Vaporub.

3 S. Volta *I paradisi artificiali affascinano tutta la Germania*, in "Corriere della Sera", 12 agosto 1949.

4 H.A. Giusti, *C'è qualcuno a Nuova York che non soffre d'insonnia?*, in "Corriere dell'informazione", 13 settembre 1950 e H.A. Giusti, *La città degli insonni*, in "Corriere dell'informazione", 23 febbraio 1954.

Hedy Giusti⁵ pubblicò il primo articolo centrato sul meprobamato il 12 settembre 1956, in cui sottolineava la crescente diffusione dei tranquillanti negli Stati Uniti. L'autrice li descriveva come farmaci che non davano assuefazione e non avevano effetti negativi, ed erano persino disponibili per l'acquisto nei grandi magazzini senza prescrizione medica. Essi, spiegava la Giusti, erano farmaci che, presi più volte al giorno (tre pastiglie), dopo i pasti, inducevano uno stato di rilassamento che, alla sera, permetteva di addormentarsi (o agevolava l'effetto dei sonniferi) senza provocare assuefazione (non occorre aumentare la dose dopo qualche settimana) e senza contenere barbiturici o stupefacenti. Erano stati sperimentati, in dosi molto più alte, prima nei manicomi dove avevano permesso anche a molti pazienti *furiosi* di potersi calmare senza essere costretti in camicie di forza e senza dover essere isolati. Campioni omaggio venivano distribuiti nelle farmacie e perfino nei grandi magazzini, in scatolette a forma di trifoglio. Occorreva la ricetta medica ma, essendo appurata l'assenza di effetti dannosi e di assuefazione, anche i medici più restii a prescrivere sonniferi concedevano ai loro malati i *tranquillizers*.

Da notare che questo articolo fu pubblicato un mese dopo la commercializzazione del meprobamato in Italia.

Il 9 dicembre 1956 apparve un articolo di Mario Musella⁶ che esprimeva le gravi preoccupazioni degli psichiatri americani per la diffusa prescrizione di tranquillanti – tra cui il meprobamato (35 milioni di confezioni nel 1956) – e ne sconsigliava l'uso sconsiderato per l'ansia lieve.

Il 9 maggio 1957, sempre Mario Musella pubblicò un articolo⁷ riguardante la limitata efficacia dei tranquillanti nel trattamento dell'ansia. Musella sottolineava la necessità della psicoterapia per i nevrotici e degli interventi farmacologici solo per gli psicotici gravi.

Le relazioni di varie conferenze, tra cui il Simposio Internazionale di Milano sugli psicofarmaci e il meeting della British Medical Association di Newcastle, illustrarono i rischi e i benefici limitati dei tranquillanti. In particolare, la relazione del dottor Federico Pizzetti sul simposio di Milano del 1957,⁸ tenutosi al Museo Nazionale della Scienza e della Tecnica, precisò la classificazione degli psicofarmaci in tranquillanti, barbiturici sedativi, rilassanti e atarassici. Inoltre, Pizzetti esprime ottimismo sui progressi nel trattamento farmacologico delle nevrosi e delle psicosi, pur sottolineando i potenziali rischi associati a droghe come la cocaina e le anfetamine. Il 18 luglio 1957, la relazione (anonima) del

5 H.A. Giusti, *Tranquillizers. I tranquillizzatori*, in "Corriere dell'informazione", 12 settembre 1956.

6 M. Musella, *Esce dal laboratorio la sostanza che svelerà i misteri della pazzia*, in "Corriere della Sera", 9 dicembre 1956.

7 M. Musella, *Dibattito fra gli specialisti sui farmaci contro l'ansia*, in "Corriere della Sera", 9 maggio 1957.

8 F. Pizzetti, *Si conclude il "Symposium" dei farmaci tranquillizzanti*, in "Corriere dell'informazione", 11 maggio 1957 e F. Pizzetti, *Medici a congresso da tutto il mondo*, in "Corriere dell'informazione", 1 giugno 1957.

meeting di Newcastle della British Medical Association evidenziò⁹ l'allarmante consumo di tranquillanti nel Regno Unito, sottolineando che nel 1955 erano state ivi consumate 48 tonnellate di barbiturici.¹⁰ Precisò che tale tendenza veniva attribuita all'"età dell'ansia", caratterizzata da ritmi di vita rapidi, notizie inquietanti e crisi politiche, che inducevano le persone a cercare sollievo nei tranquillanti. Nel meeting si era criticata la pubblicità farmaceutica per la pressione esercitata sul pubblico e sui medici e si erano citati studi che dimostravano che i tranquillanti erano veramente benefici solo per i pazienti schizofrenici, mentre gli individui ansiosi provavano sollievo solo nella prima settimana di utilizzo.

Il 19 ottobre 1957 comparve¹¹ in un articolo sul "Corriere dell'informazione", in forma anonima, l'anticipazione di quello che la Chiesa cattolica avrebbe comunicato sull'"Osservatore della domenica" del 20 ottobre 1957:¹² la critica dell'uso eccessivo di tranquillanti, e l'esortazione a ricorrere alla forza spirituale interiore anziché a farmaci. L'articolo iniziava con la constatazione dell'aumento dell'uso di "pillole della felicità", e attribuiva questo fenomeno alla "frenesia di consumare la vita in fretta" osservata in alcune aree e tra specifici gruppi sociali del Paese.¹³ Poi aggiungeva che le persone si rivolgevano a queste sostanze nella speranza di ottenere un maggiore senso di fiducia in se stessi e di far fronte a problemi apparentemente insormontabili. Nonostante l'uso diffuso, mancava la conoscenza del meccanismo preciso con cui queste droghe agiscono sul sistema nervoso. Quello che si sapeva era che queste pillole agiscono sull'ipotalamo, smistando le emozioni che raggiungono la corteccia cerebrale e creando una sottile barriera che impedisce una stimolazione troppo intensa. Le conseguenze dell'abuso, tuttavia, erano chiare e allarmanti. Erano stati segnalati casi di eczema, aumento dell'ansia, problemi digestivi e persino alcuni casi mortali. Questi pericoli rendevano immediatamente evidente che non si dovrebbe abusare di queste sostanze. Si poneva, allora, la domanda (retorica): «Sarebbe auspicabile il concetto di una generazione maturata nell'ovatta, cioè nell'apatia dei farmaci tranquillanti, perennemente immersa in un beato ottimismo?». Questa domanda era propedeutica all'appello finale all'azione: si esortava la società ad abbandonare l'idea che le droghe potessero offrire la tranquillità e la sicurezza di sé «che continuano ad essere, unicamente, vittorie dello spirito».

9 *Allarme in Gran Bretagna per l'abuso dei sedativi*, in "Corriere dell'informazione", 18 luglio 1957.

10 Anche i barbiturici sono stati etichettati come "tranquillanti" dall'autore.

11 *La parola della Chiesa sui tranquillanti*, in "Corriere dell'informazione", 19 ottobre 1957.

12 R. D'Albisola, *Attenzione alle pillole della tranquillità*, in "Osservatore della domenica", 20 ottobre 1957.

13 «Ci sono individui che, per puro spirito competitivo, cercano nuove fonti di occupazione e di reddito, nonostante il fatto che guadagnino anche un reddito sostanzioso. [...] devastati dalle loro occupazioni, anelano a 'fuggire' [...] e, nella maggior parte dei casi, questo comporta un viaggio di qualche centinaio di chilometri in un veicolo, che può provocare danni ai reni [...] Si tratta di tornare il lunedì con un nuovo senso di spossatezza e un'agitazione che è stata soppressa senza successo nel sangue. Cosa c'è di più allettante che raggiungere la tranquillità desiderata ingerendo qualche pillola?».

Il 3 novembre 1957 di nuovo Mario Musella pubblicò un articolo¹⁴ intitolato *A quanti soffrono d'ansia i tranquillanti servono a poco*. Musella esordì facendo riferimento a una dichiarazione di Dickel e Dixon¹⁵ secondo i quali (come abbiamo visto nel capitolo precedente) i tranquillanti rappresentavano una minaccia per la società americana, perché il loro uso diffuso avrebbe potuto soffocare la motivazione al progresso. Musella affermò che i rischi fisici dei tranquillanti come la clorpromazina, la reserpina, l'idrossizina e il meprobamato erano minimi e causavano effetti collaterali minori come mal di stomaco e reazioni allergiche. Riferì anche di effetti misti sulla capacità di guida, riportando l'opinione del dottor Jonathan Cole del National Institute for Mental Illness di Bethesda. Infine, Musella ricordò la distinzione tra nevrotici e psicotici. I nevrotici, che sperimentavano ansia o isteria come risultato di conflitti interni, necessitavano di sostegno emotivo e psicoterapia piuttosto che di tranquillanti. Gli psicotici, i cui stati mentali erano caratterizzati da confusione e allucinazioni, necessitavano di interventi medici come l'elettroshock, gli interventi al cervello e i tranquillanti.

In un articolo del 9 novembre 1957 comparve¹⁶ un'intervista a Rodolfo Margaria, direttore dell'Istituto di Fisiologia umana dell'Università degli Studi di Milano, relativamente alle statistiche che additavano Milano come la città italiana dove si consumavano maggiormente i tranquillanti. Margaria fece notare che

a parte l'attendibilità della cifra di un milione di pastiglie vendute ogni mese a Milano, la percentuale è infima: rappresenta meno dell'uno per cento. Milano non è malata e non adopera il nuovo farmaco per guarire, soltanto è la città più ricca e spendereccia. [...] Il 'tranquillante' è una medicina in un certo senso voluttuaria ed è logico che a Milano abbia incontrato maggiore diffusione. A Milano si comprano più 'tranquillanti' come si acquistano più whisky, scarpe, profumi, giornali e altre cose non di stretta necessità. Non è vero che Milano sia una città nevrotica [...] Accanto al cumulo imponente di lavoro, di preoccupazioni, di ansietà, mettiamo sull'altro piatto della bilancia i divertimenti, i passatempi, le distrazioni, tutto ciò che rallegra la vita dei milanesi, che serve quale valvola di sicurezza alla loro scarica psichica ed emotiva. Il peso della pena di vivere, per fortuna, è molto esiguo.

Precisò anche: «L'abuso è dannoso ma non mi risulta che la salute pubblica sia in pericolo». Inoltre, assicurò che il pericolo di non poter più fare a meno del farmaco era trascurabile e lo correavano solamente coloro che si abituavano a dosi eccessivamente alte.

Inoltre, Margaria smentì l'opinione secondo la quale i tranquillanti rimuovevano lo stato di ansietà lasciando inalterate le altre funzioni nervose, in

14 M. Musella, *A quanti soffrono d'ansia i tranquillanti servono a poco*, in "Corriere della Sera", 3 novembre 1957.

15 H.A. Dickel, H.H. Dixon, *Inherent dangers in use of tranquilizing drugs in anxiety states*, p. 422.

16 A. Macchiavello, *Milano capitale dei tranquillanti?*, in "Corriere dell'informazione", 9 novembre 1957.

particolare quelle psichiche: essi, in realtà, esercitavano un'azione depressiva su funzioni elementari del midollo spinale, un rallentamento dell'impulso nervoso da una cellula ad un'altra. Le reazioni subivano un rallentamento che si manifestava con sonnolenza e torpore. Dunque, essi erano assai utili per calmare l'attività nervosa di tipo aggressivo (categoria in cui spesso rientrano i timidi, i chiusi di carattere), mentre erano controindicati per i pazienti depressi, se la loro malattia era dovuta a una depressione generalizzata del sistema nervoso centrale anziché da preoccupazioni.

In sintesi, le due edizioni del "Corriere" hanno offerto un'ampia gamma di contributi. Hanno esordito col reportage di Hedy Giusti, che ha riferito il fenomeno statunitense della rapida diffusione negli Stati Uniti dei farmaci tranquillanti, descrivendoli come farmaci non assuefacenti, disponibili senza ricetta anche nei grandi magazzini. Qualche mese dopo, però, hanno segnalato (Mario Musella) le preoccupazioni psichiatriche sull'abuso dei tranquillanti per ansie lievi. Durante il 1957 il reportage dal meeting di Newcastle ha denunciato l'eccessivo consumo di barbiturici nel Regno Unito e la pressione pubblicitaria che lo alimentava. Federico Pizzetti, che ha riferito il simposio internazionale sui farmaci tranquillizzanti, ha informato i lettori circa la corretta classificazione dei farmaci psicotropi e ha condiviso coi lettori l'ottimismo che la psicofarmacologia istillava negli psichiatri. In ottobre viene comunicato l'allarme della Chiesa cattolica per la diffusione dei tranquillanti e la sua esortazione ad abbandonare il loro uso – che costituisce un rifugio effimero – per riscoprire la forza interiore data dalla vita spirituale. Informativo è stato Mario Musella, nel distinguere fra psicotici e nevrotici e nel precisare che i primi necessitavano di tranquillanti, i secondi di psicoterapia. La carrellata degli articoli che si riferiscono al meprobamato termina con Rodolfo Margaria che butta acqua sul fuoco allarmistico considerando i tranquillanti più oggetto di un desiderio voluttuario che un segnale di patologia diffusa, pur riconoscendone effetti depressivi sul sistema nervoso centrale. Come si vede, il Corriere non ha invitato i lettori a fare uso dei tranquillanti, ma ha fornito (anche) informazioni mediche in proposito, anche se l'articolo di Hedy Giusti può aver ispirato una curiosità, un senso di emulazione verso gli Stati Uniti, e il reiterato riferirsi alle pillole della felicità può aver comunque suggerito di provarle.

3.1.2 "L'Unità"

Fondato da Antonio Gramsci nel 1924, "L'Unità", il giornale ufficiale del Partito Comunista Italiano, negli anni 1956-1957 ospitava una pubblicità minima dei farmaci¹⁷ (nessuna del meprobamato) e riportava ampiamente l'abuso e i pericoli dei barbiturici.

17 Rim e Pillole Foster.

Il 10 marzo 1957, nella rubrica “Opinioni del mondo”, sotto il titolo *L'orgia dei calmanti* “L'Unità” citava¹⁸ (senza firma) la rivista “Time” per parlare dell'allarmante proliferazione dei tranquillanti negli Stati Uniti. Precisò che, nonostante le restrizioni, i medici continuavano a prescriberli grazie alla pressione dell'opinione pubblica e alla consapevolezza che solo un piccolo numero di persone poteva permettersi uno psichiatra.

Il 22 ottobre 1957, Giovanni Berlinguer riferì i contenuti¹⁹ del convegno internazionale di Cannes sulle malattie del lavoro, con particolare attenzione alle nevrosi da lavoro in fabbrica, causate dall'eccessivo ritmo di lavoro. I sintomi includevano astenia, disturbi dell'umore e del sonno. Berlinguer criticò l'uso di stimolanti e sonniferi, invitando, invece, i sindacati a «esercitare un controllo sull'intensificazione dei ritmi di lavoro» e ad introdurre «una legislazione che estenda alla fatica psichica quella protezione che oggi, almeno in teoria, è accordata alla fatica fisica».

Il 25 novembre 1957, Arturo Sani esprese²⁰, sotto forma di interrogativi, preoccupazioni riguardo ai tranquillanti, affermando che «il nostro tempo ci ha abituati alla popolarizzazione dei rimedi, nati e studiati per specifiche malattie e successivamente consigliati anche a chi non è malato, ma soltanto ai confini fra salute e malattia». Fra questi si trovano, appunto, i “tranquillizzanti”, che hanno suscitato interrogativi “persino morali” intorno al loro uso.

Il primo interrogativo era: «Fino a che punto gli interessi industriali hanno contribuito a diffondere i ‘tranquillizzanti?’», subito seguito dall'affermazione «la propaganda, *rivolta più ai medici che al grande pubblico*, è stata abile ed incessante» e dalla constatazione che «il loro effetto farmacologico è grossolanamente sintetizzato quale rilasciamento della tensione nervosa, dell'ansia, della emotività esagerata che colpisce l'uomo moderno, vivente in città e grandi città». Sani aggiunse, poi, che si trattava di una ricomparsa degli stupefacenti, «cacciati dalla porta da leggi giustamente severe, appena migliorati farmacologicamente», miranti al medesimo fine, cioè evasione da un mondo che «offre troppe incertezze, troppe ansie, troppi stimoli innaturali.» L'agricoltore, infatti, che conduceva una vita all'aria aperta «che assicura un migliore equilibrio emotivo, neurovegetativo e psichico, lontano dai fumi mefitici dei grandi e medi centri e dal rumore», non sentiva l'esigenza di assumere tranquillizzanti. L'uomo di città sì. Sani spiegò anche l'azione dei tranquillizzanti: bloccare i circuiti inter-neuronici lunghi, specie a livello del talamo. «Si è paragonata la loro azione al famoso taglio dei lobi frontali, introdotto da poco in psichiatria in casi ribelli di gravi psicosi». È ben vero che il taglio in questo caso è temporaneo, ma si tratta pur sempre «di una sorta di mutilazione funzionale, la cui azione ricorda da vicino

18 *L'orgia dei calmanti*, in “L'Unità”, 10 marzo 1957.

19 G. Berlinguer, *Le nevrosi in aumento tra le malattie del lavoro*, in “L'Unità”, 22 ottobre 1957.

20 A. Sani, *Processo ai tranquillizzanti*, in “L'Unità”, 25 novembre 1957.

il comportamento dello struzzo, che ficca la testa in un buco per non vedere i pericoli che lo circondano».

A questo punto, l'autore introduceva come spontaneo il secondo interrogativo, "filosofico-morale": vivere da essere umano (e non come animale o vegetale) era "controllare l'ambiente", "adattarsi all'ambiente" mediante le proprie sensazioni, o pensare a un farmaco che le attutiva? Chiaramente la domanda era posta in modo retorico, lasciando intendere la risposta negativa di chi la poneva. A sostegno di questa, Sani ricordò il romanzo del 1925 *Brave New World* di Aldous Huxley,²¹ in cui si immaginava, dopo sette secoli, l'esistenza di un farmaco (detto "soma") per mezzo del quale si sarebbe potuto evadere dalla realtà. Ad ogni sentore di rivolta, polverizzazioni di soma la sedavano inducendo ottimismo, facile contentatura, mancanza di iniziativa, fiacchezza di volontà. Il contenuto del romanzo descriveva esattamente ciò che si stava realizzando coi tranquillizzanti (a soli trent'anni dalla sua redazione). Sani sottolineò che i tranquillizzanti rappresentavano un progresso per la cura di psicosi maniacali sotto controllo dello psichiatra e aggiunse che questa stessa indicazione lasciava ben capire che essi non potessero essere assunti come normali antinevralgici. I danni collaterali a soli due anni di introduzione dei farmaci non erano esattamente calcolabili, anche se nel caso dei giovani si potevano ipotizzare danni biologici dell'accumulo, dell'assuefazione, dell'eliminazione e di tutti gli altri pericoli inerenti all'uso prolungato e sistematico di un farmaco. Inoltre, «esiste un danno certo sociale dato dalla perdita di ogni senso di responsabilità». Concludeva sostenendo che non bastava limitarne l'uso: «ciò che importa è il mutamento di quelle condizioni che favoriscono il grande successo dei tranquillizzanti». L'autore, dunque, sottolineava come problema principale dell'uso dei tranquillizzanti fosse il fatto che toglievano la spinta al cambiamento delle condizioni che rendono la realtà stressante: anziché eliminare le cause dello stress, facevano percepire di meno lo stress.

Nel secondo articolo²², del 25 dicembre 1957, Sani ci informa del fatto che "una grande fabbrica nazionale di prodotti medicinali" aveva inviato ai medici un opuscolo con l'elenco dei danni da tranquillanti emersi negli Stati Uniti in un decennio d'uso, e del giudizio sintetico di un convegno medico in Inghilterra dove i tranquillizzanti venivano etichettati come 'pericolo pubblico'. Sani considerava la diffusione del succitato opuscolo come facente parte della lotta fra industriali che producono i classici calmanti e quelli che producono i nuovi tranquillizzanti, ma sottolineò che esso aveva l'effetto positivo di far emergere la complessità delle questioni farmacologiche. Fece notare che la casistica sugli effetti collaterali dei tranquillanti era ancora troppo ristretta per avere dati certi, ma che indicazioni si potevano ottenere analizzando le molecole attive presenti

21 A. Huxley, *Brave New World*, Chatto & Windus, London 1932.

22 Sani A., *Sempre aspra la contesa intorno ai tranquillanti*, in "L'Unità", 25 dicembre 1957.

in esse. Qui considerò (insieme ad altri farmaci psicotropi quali la promazina e la hidroxizyna) il meprobamato, e rilevò che esso era costituito dalla carbamide, in uso da decenni in vari calmanti diurni e sonniferi blandi, dimostratasi innocua in pazienti con fegato e reni perfettamente funzionanti. Tuttavia, restava il fatto che era un farmaco distensivo e, dunque, svolgeva «un'azione sul sistema nervoso e muscolare che è antagonista delle loro manifestazioni funzionali». Sani sostenne che l'opinione pubblica chiedeva di disciplinare la vendita dei tranquillanti, imponendo loro la ricetta indicante nome e cognome del paziente, non ripetibile e da trattenersi in farmacia. Concluse, infine, ribadendo quanto aveva già scritto il mese prima: «L'illusione di acquistare senza controlli la pace interiore [...] in un flacone di tranquillanti non è libertà, è abdicazione alla lotta per la conquista del senso di responsabilità e di maturità, da cui sono possibili disastrosi effetti nel campo sociale e morale».

Si vede, quindi, che la posizione generale de "L'Unità" è stata di opporsi all'uso disinvolto dei tranquillanti, affrontando la questione nei suoi vari aspetti. Un primo aspetto riguardava il contesto sociale che ne aveva favorito la diffusione. I farmaci vengono descritti come una risposta accessibile a una crescente richiesta di sollievo dall'ansia e dallo stress, soprattutto per chi non poteva permettersi una terapia psichiatrica. L'ampia diffusione dei tranquillanti non rispondeva solo a esigenze mediche, ma era anche frutto della pressione sociale sui medici e delle aspettative crescenti nei confronti della medicina moderna. In questo contesto, il farmaco veniva rappresentato come uno strumento di evasione dalla realtà urbana, caratterizzata da ansie, stimoli innaturali e incertezze. Un altro aspetto cruciale emerge dalle riflessioni di Giovanni Berlinguer sulle nevrosi da lavoro: l'aumento dei ritmi produttivi nelle fabbriche genera disturbi psichici e fisici nei lavoratori, tra cui astenia, disturbi dell'umore e del sonno. Berlinguer critica apertamente l'uso di farmaci come soluzione palliativa e invita piuttosto a intervenire sulle cause strutturali dello stress lavorativo. La sua proposta si concentra sulla necessità di estendere la protezione legislativa dalla fatica fisica a quella psichica, promuovendo il controllo dei ritmi di lavoro da parte dei sindacati. Arturo Sani, ponendosi da un punto di vista etico e filosofico, va nella sua stessa direzione paragonando l'effetto dei tranquillanti a una lobotomia temporanea, e sostenendo che questi farmaci riducono la percezione della realtà senza modificarne le cause. Il riferimento al romanzo *Brave New World* di Aldous Huxley serve a rafforzare la sua critica, evocando un mondo in cui il controllo sociale avviene attraverso la somministrazione di un farmaco capace di indurre ottimismo artificiale e passività. Un ulteriore aspetto trattato è quello farmacologico e regolamentare. Viene analizzato il meprobamato, principio attivo considerato relativamente sicuro in pazienti con organi funzionanti correttamente, ma non privo di rischi se usato in modo prolungato. Sani sottolinea come la casistica sui danni collaterali fosse ancora limitata, e mette in guardia contro fenomeni di accumulo, assuefazione e danni biologici nei giovani.

In questo contesto, emerge anche una proposta di regolamentazione più stringente, con l'obbligo di prescrizioni non ripetibili e il monitoraggio delle vendite. Infine, attraversa tutto il testo un conflitto implicito tra industria farmaceutica e salute pubblica. Sani evidenzia come la competizione tra produttori di calmanti tradizionali e quelli di nuovi tranquillanti abbia influenzato il dibattito pubblico. Tuttavia, riconosce anche un effetto positivo: la diffusione di opuscoli informativi contribuì a far emergere questioni complesse legate all'uso di questi farmaci.

In conclusione, l'«L'Unità» denuncia l'illusione di poter trovare la pace interiore in un flacone di tranquillanti, sottolineando come questa soluzione farmacologica rappresenti, più che una cura, una forma di rinuncia alla lotta per un cambiamento delle condizioni sociali e lavorative che generano ansia e malessere.

3.1.3 “Il Giorno”

“Il Giorno”, fondato il 21 aprile 1956, presentava al suo esordio una pubblicità minima di farmaci²³ (e, in particolare, nessuna del meprobamato) e affrontava frequentemente temi legati al traffico illecito di droga, agli stupefacenti e ai tranquillanti. Il giornale riportò casi di medici e farmacisti coinvolti nel traffico illecito di droga, in particolare di morfina e cocaina. Il 17 luglio e il 18 luglio furono pubblicati articoli di rilievo che descrivevano dettagliatamente casi di medici professionisti che fornivano illegalmente narcotici.²⁴ Questi articoli sollevavano preoccupazioni sull'integrità del personale sanitario e mettevano in discussione le severe norme della legge del 1954, concepita per controllare la distribuzione di narcotici. Il 13 ottobre 1956 l'articolo²⁵ del professor Cornelio Fazio, direttore della Clinica malattie nervose e mentali dell'Università di Genova, aprì gli orizzonti su una questione fondamentale: l'inadeguatezza dell'assistenza sociale psichiatrica italiana. Egli espose il suo punto di vista in risposta alle accuse che erano sorte spontanee nelle persone comuni di fronte ad un caso di malato psichiatrico in libera circolazione che aveva preso in ostaggio bambini e insegnanti di una scuola elementare di Rho e che aveva ucciso un giovane intervenuto in aiuto dei piccoli. Perché era stato dimesso dall'ospedale? Errata valutazione da parte dello psichiatra? Il dott. Fazio mise il dito nella piaga degli ospedali psichiatrici: erano pochi e con carenza di posti e di personale, per cui si dimettevano i pazienti che non presentavano un'immediata pericolosità. Essi, comunque, avrebbero dovuto essere seguiti sul territorio, ma in Italia mancava un'assistenza sociale psichiatrica sul territorio.

23 Questo è l'elenco: Algostop, Rabarbarol, Astenul, Butisulfina, Toluina, Proton, Riberina, Sulfalex.

24 *Un armadio segreto per gli stupefacenti senza ricetta*, in “Il Giorno”, 17 luglio 1957, e *Nelle farmacie l'ultima trincea dei tossicomani a corto di droga*, in “Il Giorno”, 18 luglio 1957.

25 C. Fazio, *Manca in Italia l'assistenza sociale psichiatrica*, in “Il Giorno”, 13 ottobre 1956.

Il giornale si occupò di tranquillanti e meprobamato nel 1957. Il 4 gennaio, nel delineare un sunto dei progressi della medicina nell'anno precedente, l'endocrinologo Paolo Sforzini ricordò²⁶ che, nell'ambito della regolazione nervosa, era stato messo a fuoco in particolare il problema delle nevrosi per le quali era stato immesso sul mercato il meprobamato, un rilassante per i muscoli che «comporta anche un benefico effetto tranquillante sulla psiche ed è privo di effetti collaterali». Profeticamente, egli aggiunse: «Prevediamo purtroppo, nel 1957, un uso e anche un abuso di prodotti di questo genere». Il 12 maggio comparve l'articolo²⁷ *Aggressività e ansietà vinte dagli 'psicotropi'* sempre di Paolo Sforzini che, in riferimento al "Simposio sui farmaci psicotropi", mise in luce come "fattori ed enzimi" all'interno del cervello intervengano a condizionare le attività psichiche, secondo quanto intuito dai positivisti. Lo sviluppo di farmaci che agissero su tali componenti del cervello si configuravano, quindi, tanto rivoluzionari dal punto di vista sia medico sia sociale quanto lo erano stati gli antibiotici. Descrisse l'attività cerebrale del meprobamato come diretta a colpire il nucleo dell'ansietà. Concluse riportando il grande ottimismo dei congressisti sugli sviluppi futuri della psicofarmacologia.

Il 27 settembre comparve un articolo dal titolo curioso *Le galline tranquille fanno più uova* di Claudio Nizza. L'autore descrisse²⁸ in realtà solo alla fine dell'articolo un esperimento in cui a polli e animali da pascolo erano stati somministrati tranquillanti (non specificati). Esordì invece con l'affermazione generale che i tranquillanti, dopo aver sfondato il mercato statunitense, si apprestavano a sbarcare in quello europeo. Precisò il significato di tranquillante: «sostanza chimica che poteva esercitare azione tranquillizzante senza indurre uno stato ipnotico», come, invece, accadeva con i barbiturici. Spiegò che tre sono le loro fonti: per sintesi chimica; per estrazione da sostanze naturali; per riesame di composti già noti eventualmente usati per altri scopi (ad esempio, la clorpromazina era conosciuta come antistaminico). I tranquillanti, sottolineò Nizza, erano utili anche nel caso di malattie mentali serie, in quanto predisponavano meglio il paziente ad altri trattamenti, ma da soli non risolvevano i problemi mentali e potevano avere effetti collaterali seri. Riferiva, però, che «L'opinione degli scienziati è che se ne faccia un uso eccessivo.» Aggiunse anche il dubbio relativo all'eticità di tali farmaci, perché si sarebbe potuto arrestare il progresso se gli esseri umani fossero rimasti in uno stato permanente di quiete e beatitudine. Infine, profetizzò che, come nel caso di tutti i farmaci, i tranquillanti avrebbero attraversato tre fasi caratteristiche: 1) fase di entusiasmo generale; 2) fase di valutazione delle criticità; 3) fase di riconoscimento dell'azione terapeutica. In quel momento si trovavano nella seconda fase. L'autore concluse ritornando al titolo del suo pezzo. Descrisse un esperimento condotto su galline e animali da pascolo cui

26 P. Sforzini *Un anno di lotta contro il male*, in "Il Giorno", 4 gennaio 1957.

27 P. Sforzini, *Aggressività e ansietà vinte dagli 'psicotropi'*, in "Il Giorno", 12 maggio 1957.

28 C. Nizza, *Le galline tranquille fanno più uova*, in "Il Giorno", 27 settembre 1957.

erano stati somministrati tranquillanti (imprecisati) ottenendo come risultato che «essi divengono indifferenti alle condizioni ambientali di affollamento, si agitano meno, con conseguente aumento di peso. Le mucche producono più latte e migliore; le galline arrivano ad aumentare la produzione di uova persino del 20%».

Il 18 ottobre il giornale riportò²⁹ anonimamente da Londra che il “Daily Express” aveva saputo da un portavoce del Vaticano della decisione di esprimere, alla prima occasione che si presentasse, una precisa condanna dei tranquillizzanti e delle altre droghe calmanti. Si sottolineava che si trattava di una moda diffusasi negli Stati Uniti, a partire dagli uomini d'affari, che si erano affidati ad essi per riprendersi dalle fatiche eccessive cui si sottoponevano, fino a tutte le varie categorie di lavoratori. Il Vaticano aveva costituito un gruppo di medici che avevano espresso il loro parere di preoccupazione specialmente per gli abitanti di Milano, sottoposti ad un particolare ritmo lavorativo. Inoltre, avevano attribuito all'uso di tranquillanti certe malattie della pelle, ulcere gastriche e «persino un'accresciuta malinconia in chi ne abusa». La Chiesa era, però più preoccupata degli aspetti morali di tale moda, e non accettava che una generazione crescesse in uno stato di ottimismo artificiale e visse nell'apatia. «La pace mentale e la fiducia non devono essere prodotte chimicamente, ma devono risultare da una coscienza pulita, e dall' accettazione della volontà divina.»

Il 24 ottobre, un'intervista³⁰ a tutta pagina con otto specialisti fornì opinioni contrastanti sui tranquillanti.

Il chirurgo Mauro Paolini sottolineò subito che si trattava di farmaci che richiedevano una «rigida e controllata prescrizione» e chiari che non era possibile vincere l'angoscia di marca kierkegaardiana, che è intrinseca all'essere umano, con qualche “pillola magica” quali il meprobamato e la clorpromazina. Ci potevano, però, essere delle situazioni in cui la medicina traeva “modesto vantaggio” da questi farmaci: quando la reazione emotiva e ansiosa era sproporzionata ed eccessiva rispetto agli stimoli che l'avevano provocata (ad esempio, in prossimità di interventi chirurgici non rischiosi), perché non tutti gli uomini riescono a controllare le reazioni «secondo fede e ragione».

Il medico legale C. Mario Cattaboni ribadì che si trattava di «importanti strumenti di terapia» medica, specialmente per i problemi psichiatrici, ma ne andava evitato l'uso indiscriminato e al di fuori del controllo medico. Andava anche evitata l'etichetta di “pillole della felicità” che generava fraintendimenti analogamente a quando si era parlato di “siero della verità”. Bene aveva fatto la Chiesa a «elevare un monito di altissima ispirazione morale».

Paolo Sforzini (autore di altri articoli su “Il Giorno”) elencò i casi di interesse, nel suo specifico settore – l'endocrinologia –, dei tranquillanti: distiroidismo,

29 *La Chiesa condanna le pillole della felicità?*, in “Il Giorno”, 18 ottobre 1957.

30 *I ‘tranquillanti’ sono utili? Sì, ma è opportuno evitare abusi*, in “Il Giorno”, 24 ottobre 1957.

disfunzioni sessuali, sofferenze nervose diencefaliche. Sottolineò che potevano insorgere indifferenza, sonnolenza, isolamento dall'ambiente, euforia, dovuti a iperdosaggi, causati da uso al di fuori della sorveglianza medica (uso indiscriminato, favorito dalla non-tossicità del farmaco). Tuttavia tali farmaci, in soggetti eretistici ed ansiosi, quali gli endocrinopatici, «creano condizioni meno sfavorevoli» alla loro soluzione.

Il ginecologo-ostetrico Marco Carbonini elencò gli effetti per cui i tranquillanti – in particolare il meprobamato – venivano usati per ottenere un parto indolore «secondo i concetti di Pavlov e Read»: attività rilassante sulla muscolatura striata senza compromettere la capacità contrattile, azione depressiva sui riflessi spinali, azione anticonvulsivante. Precisò che l'uso andava limitato a soggetti eretistici ed ansiosi e doveva essere preceduto da un corso di preparazione, altrimenti non avrebbe funzionato.

Il primario medico Alfredo Pontano applaudiva l'intervento moralistico dell'Osservatore sui tranquillanti, ma ricordava che erano state prese posizioni critiche anche su base fisiologica. Espresse poi la sua opinione. I ritmi di lavoro dell'epoca rendevano le persone ansiose ed irritabili, ma non bisognava prendere farmaci per sentirsi meglio: occorreva modificare l'alimentazione, il tenore di vita, l'alternanza lavoro-riposo.

Il pediatra Venzoni sosteneva l'uso dei tranquillanti per i bambini nei casi in cui l'approccio con l'ambiente medico li traumatizzava. Lamentava, però, il fatto che la non-tossicità di tali farmaci avesse favorito un loro uso indiscriminato, con possibili conseguenze negative, perché ciò aveva gettato un'ombra su altri farmaci veramente importanti.

Il neurochirurgo Badeschi affermava l'utilità dei farmaci psicotropi nelle fasi sia pre- sia post-operatorie, ma ribadì che l'uso andava limitato ai casi di competenza medica.

Infine, un articolo del 15 novembre 1957 ancora di Paolo Sforzini offrì³¹ indicazioni per riconoscere i sintomi lievi o gravi dell'ansia e dell'astenia, in se stessi e negli altri, ma non dava consigli farmacologici.

La posizione del quotidiano sui tranquillanti appare equilibrata e sfaccettata, riflettendo sia entusiasmo per le potenzialità terapeutiche di questi farmaci sia preoccupazione per i rischi di un uso indiscriminato.

Da un lato, il giornale riconosce i benefici dei tranquillanti, in particolare del meprobamato, per il trattamento di condizioni legate all'ansia, alle nevrosi e ad altre problematiche psichiche. Esperti come Paolo Sforzini e altri specialisti ne evidenziano l'utilità in contesti medici specifici (chirurgia, endocrinologia, ostetricia, pediatria).

Dall'altro lato, emergono forti preoccupazioni etiche e sociali. Si teme un abuso di questi farmaci, favorito dalla loro relativa non-tossicità, e vengono

31 P. Sforzini, *Che tipo sei?*, in "Il Giorno", 15 novembre 1957.

sollevati dubbi sulla possibilità che il loro utilizzo massiccio porti a una sorta di «ottimismo artificiale» e a un appiattimento emotivo. Anche il Vaticano, il cui intervento in materia è riportato dal quotidiano, esprime critiche morali, sottolineando che la serenità non dovrebbe derivare da sostanze chimiche.

In definitiva, il quotidiano assume una posizione di cauta valutazione: riconosce il valore terapeutico dei tranquillanti, ma avverte dei pericoli legati a un uso non regolamentato, all'abuso e alla loro possibile deriva etica e sociale.

Il giornale sottolinea anche la necessità di migliorare il supporto sociale psichiatrico e gli sforzi normativi per gestire efficacemente i problemi di salute mentale.

3.1.4 “La Stampa”

Negli anni che stiamo considerando, il giornale ha presentato pubblicità per una varietà di farmaci,³² ma non per tranquillanti. Il giornale ha trattato, come gli altri, argomenti relativi al traffico di droga e alle morti per barbiturici.

La Stampa esordiva sul tema “tranquillanti” il 9 agosto 1956 con l'articolo *Si vende in farmacia la celebre flemma inglese* di Riccardo Aragno³³, ideale *pendant* dell'articolo³⁴ di Hedy Giusti sul “Corriere”, relativo all'analoga situazione negli Stati Uniti, che sarebbe comparso il mese successivo. In esso l'autore riportava la notizia che in Gran Bretagna erano in vendita pillole (non nominate espressamente) che permettevano di variare forza e umore durante la giornata – a seconda dei bisogni – avevano, rispettivamente, un effetto rilassante ed un effetto eccitante:

Se nell'intervallo che passa fra la prima tazza di tè del mattino e il breakfast ci si continua a sentire ‘miserabile’, basta inghiottire una pasticca il cui compito è di ‘tirare su’. Questa darà energia sufficiente per recarsi a prendere il treno suburbano, salutare con cortesia i compagni di viaggio, leggere il “Times” durante il viaggio e magari risolvere le sue difficilissime parole incrociate e accogliere garbatamente la segretaria che arriva con la posta [...] Se la politica del Cancelliere dello Scacchiere ha ridotto a metà il volume di affari e gli importatori australiani hanno cancellato gli ordini, è forse opportuno, per non agitarsi, inghiottire, con il caffè delle 10 e mezza, una pillola che, favorendo il rilassamento dei muscoli e riducendo l'eccessiva sensibilità vi accompagna fino all'ora di colazione senza eccessiva agitazione. Una telefonata improvvisa porta un invito di una commissione alla quale bisogna essere molto brillanti e magari improvvisare un brindisi per un importante ospite straniero? Niente di più semplice: due pasticche [...] Nel pomeriggio con la stessa disinvoltura e lo stesso numero di pasticche, l'uomo d'affari moderno sarà pronto

32 I soliti Proton, Algostop (che occupa addirittura intere pagine), Phos Kelemata, Pillole di Santa Fosca, Magnesina Bisurata, Rim, Cibalgina, Formitrol, Tisana Ticalma, Coricidin, Aspirina, Rabarbarol, Amaro Giuliani.

33 R. Aragno, *Si vende in farmacia la celebre flemma inglese*, in “La Stampa”, 8 settembre 1956.

34 H.A. Giusti, *Tranquilizers*.

a sopportare la notizia che la moglie è scappata con l'autista, ad essere brillante ad un cocktail party, a tenersi sveglio all'Opera – dove ha promesso di accompagnare i direttori di filiale venuti dalla provincia – e infine, al momento opportuno, un'altra pillola gli farà cascare le ciglia sul sonno previsto. Se vuole un sonno con i sogni, dovrà prendere una pasticca che agisce come un 'interruttore' e permette al cervello di continuare a lavorare per conto suo mentre il corpo riposa. Se invece ha paura anche dei propri sogni, si affidi ad un altro genere di pasticche che provocano un 'ipnotismo notturno'.

Questa possibilità di mercato, aggiungeva Aragno, era talmente diventata di moda che una classe aveva regalato alla maestra che stava per andare in pensione una scatoletta d'oro per tenervi le "pillole della serenità". Egli fornì anche dati di diffusione: «Il 20% di coloro che si presentano al medico hanno guai psichici. Il 10% delle ricette che vengono distribuite riguarda questi tipi di pillole degli stati d'animo». Spiegò anche perché i medici si sentivano indotti a prescrivere ricette di questo genere: «La gente va dal medico facilmente perché è un servizio statale... Il medico a sua volta è pagato un tanto alla visita dallo Stato. Il paziente vuole una ricetta, altrimenti non è soddisfatto. Il medico ha tutto l'interesse a tenere calmo e soddisfatto il paziente.» E bastano cinque minuti per spiegare il problema e ottenere la pillola adeguata. Aggiunse anche una precisazione, interna al sistema sanitario britannico: le case farmaceutiche duplicano i farmaci (con nomi diversi) per cui con un nome un tipo di farmaco viene prescritto ai pazienti solventi, con un altro agli assistiti dallo Stato. Infine, spiegò come gli ospedali psichiatrici fossero fatiscenti e stracolmi: motivo in più per tenere calme le persone con le pillole, in modo da limitare ulteriori ammissioni.

L'articolista prevede gravi conseguenze da quella situazione: chi avrebbe fatto uso di queste pillole, non sarebbe guarito ma avrebbe sviluppato «una spettacolare nevrosi che lo costringerà un bel giorno a cercar ricovero in una vera e propria casa di cura; ma intanto tira avanti e le pillole nascondono i sintomi dei suoi guai, esattamente come i ceroni nascondono le rughe dei divi di mezza età». Si immaginava, infatti, possibili crisi di astinenza (almeno psicologica) quando, per esempio, uno si trovasse in viaggio ad affrontare la notte avendo dimenticato a casa la pillola per dormire.

Il 10 agosto 1956 Angelo Viziano fece seguito con l'articolo *La tensione nervosa malanno dei nostri giorni*,³⁵ in cui stigmatizzava la tensione nervosa come uno dei mali principali della società moderna, causata sia da eventi traumatici esterni (crisi politiche, catastrofi) sia da fattori individuali, come ambizioni smodate, insicurezze economiche e ritmi di vita frenetici. Inoltre, l'incessante flusso di notizie attraverso stampa, radio e televisione contribuiva a creare uno stato di "allergia emotiva cronica", che poteva sfociare in malattie dalla sintomatologia fisica come ulcere gastriche o trombosi coronariche, attraverso l'alterazione dei

35 A. Viziano, *La tensione nervosa malanno dei nostri giorni*, in "La Stampa", 10 agosto 1956.

segnali inviati dal diencefalo agli organi periferici. La soluzione suggerita passava soprattutto attraverso la prevenzione: tecniche di rilassamento, riposo periodico e respirazioni lente e profonde possono aiutare a ristabilire l'equilibrio tra corpo e mente.

L'11 novembre 1956, in *È necessario al mondo d'oggi l'intervento della psichiatria*, Francesco Argenta riportò³⁶ l'opinione degli psichiatri riuniti al Congresso di Medicina sociale a Bologna, che rilevava come fossero necessari interventi di psichiatri per rimediare alle psiconevrosi che incombevano su «tutti o quasi i componenti del genere umano all'epoca nostra» e riportò quanto era stato sostenuto dal Congresso mondiale di salute mentale di Londra: la psichiatria può fare prevenzione sulle cause che poi inducono gli esseri umani a dare inizio alle guerre.

Il 2 dicembre 1956 in *Epidemia di stati ansiosi creata dalla situazione mondiale* di nuovo Angelo Viziano fece riferimento³⁷ ai meprobamati come tranquillanti che venivano dati per rimediare a ulcere, coliche, crisi asmatiche, causate dal clima di incertezza che si vive, presi dal timore di una guerra nucleare. Concluse: «I farmaci attenuano le nostre reazioni emotive, ma sarebbe meglio rimuovere la causa di tali nostre reazioni.»

Il 9 gennaio 1957 in *Lo spettro della nevrosi attorno a noi. Quante ore deve dare al sonno un ragazzo per crescere sano* Nicola Adolfi ribadì:³⁸ «Mai gli uomini sono stati più deboli di ora, scossi da paura, incertezze, sdoppiamenti di personalità» e invitò a salvare i giovani da tali problemi «con un prudente equilibrio tra studio e riposo» ed evitando un tipo di educazione che, puntando sui castighi, spingesse verso l'ansia da esami, e che volesse far crescere troppo in fretta, imponendo tempi di lavoro e di studio eccessivi.

Il 31 maggio 1957 in *Contro l'angoscia non si ricorre più al coraggio interiore ma alla chimica* Gino Tomajuoli offrì³⁹ un reportage dagli USA, in cui si sottolineava come gli americani avessero nel DNA federale, la Costituzione, il diritto alla felicità, che sentivano, dunque, come fondamentale. L'industrializzazione aveva sollevato le persone da molte attività faticose e aveva offerto benessere materiale, ma non aveva dato loro la felicità, perché le aveva sottoposte a ritmi serrati di attività e aveva tolto loro il ristoro che poteva venire dal contatto con la natura. Negli ultimi tempi, alcuni farmaci offrivano sollievo dall'ansia, motivo per cui gli americani si erano tuffati ad acquistarne in quantità, per risparmiarsi la

36 F. Argenta, *È necessario al mondo d'oggi l'intervento della psichiatria*, in "La Stampa", 11 novembre 1956.

37 A. Viziano, *Epidemia di stati ansiosi creata dalla situazione mondiale*, in "La Stampa", 2 dicembre 1956.

38 N. Adolfi, *Lo spettro della nevrosi attorno a noi. Quante ore deve dare al sonno un ragazzo per crescere sano*, in "La Stampa", 9 gennaio 1957.

39 G. Tomajuoli, *Contro l'angoscia non si ricorre più al coraggio interiore ma alla chimica*, in "La Stampa", 31 maggio 1957.

fatica di attingere le energie dalle proprie risorse interiori. In questo modo, però, distruggevano la propria personalità e vivevano abulici ed avviliti, privati della loro libertà dalle “pillole della felicità”. Queste persone – come anche aveva rilevato il “Washington Post” – erano preda assai facile di demagoghi e dittatori.

Il 17 luglio 1957 apparve l'articolo *I medicinali 'tranquillizzanti' sono un pericolo pubblico?* in cui il corrispondente da Londra (che si firmava r.a.) riassumeva⁴⁰ i contributi dei membri dell'Associazione Britannica dei Medici, riuniti a convegno a Newcastle, riportandone i richiami allarmati ad un uso più moderato dei tranquillizzanti (i cui nomi commerciali non venivano esplicitati). L'articolista riferiva che i medici esortavano alla cautela nell'uso di tali sostanze, perché avrebbero potuto condurre, in caso di abuso, ad effetti addirittura mortali; inoltre, attutendo la reattività nervosa ed emotiva, quei farmaci erano assolutamente sconsigliati a chi si doveva mettere alla guida di un'auto e comunque rischiavano di far rimanere le persone pietrificate in situazioni che avrebbero dovuto essere modificate in maniera attiva. Infine, si forniva la (da noi già vista) precisazione che tali farmaci erano adatti per gli psicotici, mentre erano inutili per i nevrotici.⁴¹

Tre interessanti articoli comparvero tra settembre e ottobre 1957. Nel primo⁴² (*Milano capitale dei tranquillanti*) si faceva notare come Milano fosse la capitale dell'uso dei tranquillanti in Italia: il rapporto era di 1 milione di pillole al mese contro i 5 milioni di tutta l'Italia. Come cause venivano prospettate: «l'orgoglioso ritmo di lavoro, l'avidità ricerca di successo e dello svago» che rendevano più difficile vivere ed invecchiare. L'autore avvisava anche del fatto che si diffondevano la “malattia del capo” (*boss disease*) e la “neurosi della domenica” tipicamente americane.

Il secondo articolo aggiornava⁴³ i lettori sulle “pillole della felicità”, affermando che quattro milioni di italiani ne facevano uso. Si precisava che i tranquillanti, a differenza dai sedativi, rilassavano senza stancare o provocare deconcentrazione e che, per questo, si segnalava un loro incremento di acquisti da parte degli studenti in vista degli esami. A tutti coloro che ne facevano uso, l'autore, in attesa di dettagliati pronunciamenti da parte del Vaticano, ricordava, come monito, l'osservazione di Pio XII nel discorso agli anestesisti, in cui aveva affermato: «Non si può vivere in uno stato crepuscolare!».

Il terzo articolo illustrava⁴⁴ con la metafora dello struzzo il giudizio negativo dell'autore sull'uso diffuso dei tranquillanti: essi rappresentavano una effettiva

40 *I medicinali 'tranquillizzanti' sono un pericolo pubblico?*, in “La Stampa”, 17 luglio 1957.

41 Evidentemente i vari medici del convegno si riferivano a diversi farmaci, ma il corrispondente li riuniva tutti sotto l'etichetta di “tranquillizzanti”.

42 A. Todisco, *Milano capitale dei tranquillanti*, in “La Stampa”, 19 settembre 1957.

43 *Quattro milioni di italiani usano le pillole della felicità*, a firma “g. fr.”, in “La Stampa”, 18 ottobre 1957.

44 E. Emanuelli, *Le pillole dello struzzo*, in “La Stampa”, 26 ottobre 1957.

decadenza dell'Occidente il quale, anziché ricercare attivamente emozioni forti, desiderava attutirle abbrutendosi per nascondersi i problemi «in una vigliaccheria collettiva», che portava a sopportare tutto ciò che accadeva “come facevano gli indigeni del Perù” (questi ultimi con l'aiuto delle foglie di coca).

Infine, “La Stampa”, nel periodo novembre-dicembre 1957, presentava il 14 novembre 1957 un articolo a firma di Francesco Rosso, che affermava⁴⁵ già nel titolo: *Non sono i 'tranquillanti' a rimuovere le cause del male*. Rosso esordiva con «è convinzione di molti specialisti che almeno il 50% della popolazione attiva soffre di psiconevrosi», cioè di malattie causate da nevrosi. Tali malattie portavano con sé, se non la necessità di stare a casa dal lavoro, sicuramente un impegno ridotto nell'attività. La nevrosi, infatti, causava continui disturbi psicosomatici che mettevano le persone in stato d'allerta fino a un continuo stato di ipocondria che li assorbiva totalmente. L'esempio che l'autore proponeva era quello di un impiegato di banca che, preoccupato di perdere la memoria, passava tutto il suo tempo a ripassare i nomi dei familiari anziché impegnarsi sul lavoro. Le categorie che venivano più toccate dalla nevrosi erano coloro che avevano incarichi di responsabilità: direttori di azienda, impiegati di concetto, insegnanti. Per quanto riguardava questi ultimi, riportava un confronto statistico proveniente dagli USA, secondo il quale il 25% degli insegnanti avrebbe sofferto di psiconevrosi contro il solo 9% dei contadini. Poi, con uno stile più narrativo che argomentativo, Rosso passava a spiegare che non sempre l'ansia esplodeva con sintomi che richiedevano l'intervento di un medico: a volte si manifestava con uno stato di «irritabilità o di sottile fastidio che sfocia nella noia», definita come senso di insoddisfazione derivata dal divario percepito fra le nostre aspettative dalla vita ed i risultati conseguiti.

Rosso proseguiva osservando che «Le cause della nevrastenia sono già state ampiamente discusse. Il male del nostro tempo è la fretta, non abbiamo tempo sufficiente per i recuperi», seguendo con «Per quanto possa sembrare paradossale, non siamo riusciti ad adeguarci al mondo in cui viviamo. Le forze da noi stessi liberate hanno preso il sopravvento». Ma era apparsa una novità:

la ricerca di uno specifico che consenta di attenuare gli urti con la realtà [...] ha avuto successo, sono nati i tranquillanti, ma le pilloline di meprobamato non risolvono la situazione né risolvono la causa del male [...] Il meprobamato crea una specie di diaframma tra l'individuo e la sua attività [...] il suo pensiero agisce come al rallentatore.

Ne conseguiva che il rendimento risultava rallentato. Inoltre, c'erano casi nevrastenici in cui i tranquillanti non funzionavano affatto bene: si trattava degli astenici e degli ipotesici, che necessitavano piuttosto di una cura tonificante. Rosso ricordò anche le critiche morali che erano state sollevate contro i

45 F. Rosso, *Non sono i 'tranquillanti' a rimuovere le cause del male*, in “La Stampa”, 14 novembre 1957.

tranquillanti: favorivano il ripiegarsi su se stessi per sfuggire alle responsabilità. Esistevano certamente casi in cui i tranquillanti offrivano «il sollievo a chi ne ha bisogno», ma questa decisione andava affidata ai medici e non ai pazienti, che, invece, potevano andare liberamente in farmacia ad acquistarli, così come si fa con il vino. Come conclusione, Rosso additava un motivo di ottimismo nella concreta speranza di trovare farmaci che consentissero «di affrontare le difficoltà con animo sereno senza togliere slancio all'attività quotidiana» e nel diffondersi di una nuova mentalità che conducesse le persone che sentivano avvicinarsi una crisi a rivolgersi direttamente alle strutture manicomiali, senza temere che venissero loro inflitti sofferenze o stigma.

Nei vari articoli emerge una critica ricorrente all'abuso dei tranquillanti, accusati di mascherare i problemi senza affrontarne le cause profonde. L'uso eccessivo di questi farmaci viene visto come una soluzione superficiale a disagi complessi, che rischia di aggravare piuttosto che risolvere le nevrosi. Si viene informati del fatto che i tranquillanti possono interferire con l'attenzione di coloro che guidano auto; dunque, occorre evitarli quando si ha intenzione di guidare.

Un altro tema centrale è la pressione sociale e lavorativa, con ritmi di vita sempre più frenetici e aspettative irrealistiche che contribuiscono all'aumento dei disturbi legati all'ansia. L'ambizione, la competizione e l'insicurezza economica emergono come fattori chiave nella diffusione di questo fenomeno. Tutto ciò comincia già nell'infanzia/adolescenza, durante le quali si esercita pressione ansiogena sui ragazzi che studiano, e finiscono per assumere anche loro tranquillanti in prossimità degli esami.

I rischi per la salute mentale sono costantemente messi in luce. Si evidenziano la dipendenza psicologica dai tranquillanti, i potenziali effetti collaterali e il rallentamento delle funzioni cognitive, che possono compromettere sia l'efficienza lavorativa sia la qualità della vita quotidiana.

Viene, inoltre, sottolineata la necessità di prevenire, promuovendo uno stile di vita equilibrato che includa periodi di riposo adeguati, supporto psicologico e tecniche di rilassamento per ristabilire l'equilibrio emotivo.

Infine, viene riconosciuto il ruolo fondamentale della psichiatria, considerata essenziale per affrontare in modo sistematico e strutturato i problemi legati all'ansia e alle nevrosi. Un intervento globale, che non si limiti alla somministrazione di farmaci, appare indispensabile per affrontare le radici profonde di questi disturbi.

3.2 Le riviste

3.2.1 “Epoca”

“Epoca”, lanciata il 14 ottobre 1950 a Milano da Arnoldo Mondadori editore, si ispira alle riviste illustrate americane come “Life”. Per tutto il 1956 e il 1957 non si trovano pubblicità di psicofarmaci.⁴⁶ Invece, compare un angolo della pagina che sembra essere una rubrica con contenuti garantiti dal medico che li firma di volta in volta. Essa va sotto il nome di “Echi di Medicina” e, al termine di narrazioni di situazioni quotidiane tipicamente problematiche, pubblicizza in modo martellante il tonico “Tonergil” e il “Nirvotin”, sedativo contenente «derivati etinilici di alcoli insaturi». In modo analogo, un certo dottor Plinio raccomanda ripetutamente il “Neurastenal” per la stanchezza e la nevrastenia.

La rivista trattò vari argomenti relativi a farmaci psicotropi, tra cui episodi di ingestione accidentale di analgesici, tentativi di suicidio di personaggi pubblici con l’uso di barbiturici e il parere del neuropsichiatra Dino Origlia contro l’uso di farmaci per risolvere la timidezza.

Per quanto riguarda i tranquillanti, troviamo Carlo Petró, direttore dell’Istituto Ospedaliero “Paolo Pini” di Milano, che consigliò il meprobamato su “Epoca” solo una volta, il 10 novembre 1957, rispondendo alla domanda di un lettore, per l’insonnia e l’irrequietezza strascico della pandemia di influenza asiatica di quell’anno, ma l’intervento più importante per il nostro tema è la puntata della rubrica “L’Italia domanda” dedicata ai tranquillanti⁴⁷. In essa si posero domande a esperti di morale e a medici sull’uso dei tranquillanti.

Il primo gruppo di domande, che ricevette risposta da parte di monsignor Pietro Palazzini, professore di teologia morale al Pontificio Ateneo Lateranense, fu: «Ritiene che l’uso o l’abuso dei cosiddetti tranquillizzanti possano alterare in modo tale l’equilibrio psichico del soggetto da far insorgere serie preoccupazioni morali e igieniche? È giusto che la Chiesa si preoccupi della questione?» Monsignor Palazzini elencò le tre ripercussioni sull’organismo umano dei tranquillanti che andavano tenute sotto osservazione: «conseguenze sinistre per la salute del corpo, effetti stimolanti sull’eretismo, inibizione temporanea dell’uso della ragione» e nota che, se fossero stati dimostrati gli effetti collaterali dannosi che erano stati accennati su qualche giornale (manifestazioni cutanee, disturbi intestinali, addirittura eventi mortali), «la Chiesa dovrebbe ricordare che non è lecito comprarsi uno stato euforico, più o meno lungo, a scapito della salute.» Invece, escluse con certezza che essi potessero dare obnubilazione della ragione, e sostenne che, anche se era moralmente illecito privarsi di intelletto e volontà

46 Troviamo, invece, pubblicità per Kalmine, Algostop, Aspichinina, Cibalgina, Coricidin, Formitrol, Proton, Veramon.

47 *Il diavolo in pillola*, in “Epoca”, 17 novembre 1957.

senza motivo o per motivi edonistici, se non vi fossero altri effetti nocivi, si sarebbe potuto considerare accettabile l'uso dei tranquillanti «se si dimostrassero utili a riparare la stanchezza e a dare al corpo una giusta ricreazione per poter compiere bene il proprio lavoro, come strumento dell'anima».

Il secondo gruppo di domande venne affrontato da Mario Gozzano, direttore della clinica neuropsichiatrica dell'università di Roma: «Qual è l'effetto dovuto ai tranquillizzanti più deleterio dal punto di vista sociale e morale? Quali particolari funzioni del meccanismo psichico essi alterano?». Il docente dichiarò che non erano ancora ben noti i meccanismi di funzionamento dei tranquillanti sul cervello, però essi bloccavano o almeno frenavano l'emotività con scarsissima tossicità. Dunque, il pericolo sociale principale consisteva nella tentazione di ricorrere ad essi in ogni occasione «rinunciando a ricorrere a quelle forze morali che sono in noi e che sono necessarie per affrontare le avversità». In casi estremi, infine, quando si faceva un uso continuo del farmaco, «una emotività troppo torbida può renderci indifferenti anche di fronte a situazioni di vitale importanza» togliendoci la capacità di reagire in tempo.

La terza domanda fu affrontata dal prof. Pietro Bucalossi: «Esiste, secondo lei, la possibilità che un uso abitudinario dei tranquillizzanti alteri pericolosamente il sistema nervoso e quindi psichico?». La risposta di Bucalossi riprese in parte quella di Gozzano: i tranquillanti provocavano un distacco della persona dai problemi della vita quotidiana e, quindi, in questo senso alteravano la volontà del soggetto. Dunque, era giusto evitare il ricorso indiscriminato e abitudinario a tali farmaci, e occorreva attenersi alle indicazioni di carattere clinico.

Alla quarta domanda, «Ritiene che le preoccupazioni che circolano al riguardo negli ambienti cattolici siano in qualche modo giustificate?» rispose Arturo Carlo Jemolo, ordinario di diritto ecclesiastico dell'Università di Roma. Esordì con un dubbio per i medici: esistono dei tranquillizzanti che non siano pure stupefacenti? Poi espresse un suo parere generale: era auspicabile che le persone fossero padrone del proprio sistema nervoso sapendo dosare le proprie effettive capacità di fatica e sapendo affrontare situazioni difficili. Tuttavia, «non mi sentirei di dare un bando assoluto, di dire di soffrir dolori senza un calmante, od insonnie protratte, quando è possibile ottenere il sonno che ristora; ma temerei l'abitudine». Infine affrontò la questione da un punto di vista "religioso". Egli sostenne che l'unico problema si sarebbe posto se i tranquillizzanti avessero comportato una attenuazione del senso di responsabilità, ma ciò era evento poco frequente. Concluse con una preoccupazione sul futuro dei giovani che già facessero uso di tranquillanti: «Quello che mi assilla, perché è ormai vicenda quotidiana, è il ragazzo che comincia fin dalle scuole secondarie ad avere in tasca la scatolina, di pillole forse anche innocue: ma che rischia di sentirsi menomato o smarrito, senza fiducia in sé, il giorno che la scatolina gli manchi.»

Alla quinta domanda, «Fino a che punto i farmaci (sic) psicotropici influiscono sulla nostra libera volontà?» rispose Cherubino Trabucchi, direttore

dell'ospedale psichiatrico di Verona, che puntualizzò come la volontà dovesse risultare da «informazioni esatte fornite dagli organi di senso e rettamente elaborate da un normale procedimento ideativo in atmosfera di equilibrio effettivo, nella tranquillità, e quando si è bene organizzato quel senso morale che si definisce come il senso del bene e del male». Su questa base, vedeva positivamente quei farmaci che eliminavano le anomalie che impedirebbero la realizzazione della volontà. Ad esempio, la clorpromazina eliminava quelle anomalie sensoriali che erano le allucinazioni e quei procedimenti anormali del ragionare che costituiscono la dissociazione del pensiero. Reserpina, clorpromazina e meprobamati attenuavano la burrasca affettiva data dall'ansia. La benactazina proteggeva dalle influenze esterne traumatizzanti. Inoltre, spiegò Trabucchi, si potevano usare tutti quei farmaci per la loro azione frenatrice che veniva dall'effetto collaterale costituito della sedazione. Ma farmaci che agissero direttamente sul senso del bene e del male non esistevano. Infine, ricordò Trabucchi, il dosaggio costituiva un elemento essenziale.

In sintesi, Monsignor Pietro Palazzini affrontò le implicazioni morali dell'uso dei tranquillanti, sottolineando tre principali conseguenze dei tranquillanti: effetti negativi sulla salute fisica, stimolazione dell'eretismo e inibizione temporanea della ragione. Pur escludendo che tali farmaci causassero un'obnubilazione permanente dell'intelletto, Palazzini ammise che l'uso dei tranquillanti poteva essere moralmente accettabile se limitato al recupero delle energie fisiche ed emotive necessarie per svolgere adeguatamente i propri compiti quotidiani. Mario Gozzano evidenziò che i meccanismi d'azione dei tranquillanti sul cervello non erano ancora del tutto chiari, ma era certo che frenassero l'emotività con scarsa tossicità. Il rischio maggiore, secondo lui, era la tendenza a usare i tranquillanti come scorciatoia per evitare di affrontare le difficoltà con le proprie forze morali, il che poteva portare a un pericoloso stato di apatia di fronte a situazioni critiche. Pietro Bucalossi sottolineò che l'uso abituale dei tranquillanti poteva distaccare il soggetto dalla realtà e indebolire la volontà. Egli raccomandò quindi un uso controllato e guidato dalle indicazioni mediche per evitare una dipendenza psicologica e funzionale. Arturo Carlo Jemolo affrontò il tema da una prospettiva giuridica e morale, dubitando della distinzione netta tra tranquillanti e stupefacenti. Pur riconoscendo l'utilità dei farmaci in situazioni di dolore o insonnia, esprime preoccupazione per l'abitudine precoce all'uso dei tranquillanti, specialmente nei giovani. Egli temeva che l'uso sistematico di questi farmaci potesse minare l'autonomia emotiva e la fiducia in sé stessi. Cherubino Trabucchi esplorò l'effetto dei tranquillanti sulla volontà umana. Egli sottolineò che i farmaci psicotropi potevano avere un effetto positivo quando eliminavano anomalie sensoriali o dissociazioni del pensiero che ostacolavano il processo decisionale. Tuttavia, Trabucchi ribadì che nessun farmaco poteva agire direttamente sul senso morale o sulla percezione del bene e del male, e che un uso appropriato dipendeva strettamente dal corretto dosaggio.

Questi interventi, pur provenendo da prospettive diverse, convergevano sulla necessità di un uso prudente e consapevole dei tranquillanti, che evitasse sia l'abuso sia l'abitudine psicologica, e sottolineavano l'importanza di un approccio clinico e morale bilanciato. In generale, dunque, "Epoca", nell'unico articolo del periodo che ha affrontato il tema "tranquillanti", ha presentato un esame a ventaglio delle considerazioni etiche, dei rischi e dei benefici associati all'uso di tranquillanti e psicofarmaci alla fine degli anni cinquanta.

3.2.2 "Oggi"

"Oggi", fondata da Angelo Rizzoli nel 1939 e successivamente rifondata nel 1945, diventò la seconda rivista settimanale italiana dopo la "Domenica del Corriere". Pur presentando pubblicità di diversi prodotti farmaceutici (Cibalgina, Magnesina bisurata, Coricidin, Proton, Vicks sciroppo, Algostop, Formitrol, Acorizin, Knapp, Valerocamomilla, Veramon, Amaro Giuliani), nel periodo considerato non ha presentato pubblicità di tranquillanti. Tuttavia, anche qui compaiono, come su "Epoca", angoli della pagina dal titolo "Echi di medicina" che sembrano essere rubriche, e che pubblicizzano in modo martellante il "Nirvotin".

Il 25 aprile 1957, una "nota medica" anonima intitolata *Quando si usano i tranquillanti* esaminava⁴⁸ il successo e l'arrivo dei tranquillanti dagli Stati Uniti. Le proprietà sedative di questi farmaci, tra cui la clorpromazina, la promazina, la reserpina e il meprobamato, venivano impiegate per affrontare squilibri neurovegetativi, cambiamenti di personalità e ansia. Non erano tossici, non creavano dipendenza ed erano adatti a individui di tutte le età. Negli Stati Uniti, i tranquillanti erano utilizzati anche per alleviare l'ansia da esame, la timidezza e il pessimismo. Tuttavia, quella pratica aveva occasionalmente portato a risultati paradossali, come studenti che maltrattavano gli esaminatori o diventavano eccessivamente composti. L'articolo sottolineò che l'ansia moderata era un fenomeno comune e non richiedeva un trattamento medico. Inoltre, avvisò che l'uso dei tranquillanti non era raccomandabile per tutti gli individui. Poi, però, precisò il fatto che i tranquillanti potevano anche essere utili per la preparazione dei pazienti all'intervento chirurgico e per affrontare una serie di condizioni, tra cui l'enuresi notturna, l'insonnia, l'isteria, la nevrosi ossessiva, l'arrossamento, la sudorazione e le anomalie del comportamento affettivo nei bambini. L'articolo concludeva ribadendo che i tranquillanti dovevano essere somministrati con cautela e solo dietro prescrizione del medico.

La storia e gli effetti dei nuovi farmaci tranquillanti sono stati, poi, oggetto di un articolo apposito,⁴⁹ *Felicità in pillole*, pubblicato il 15 agosto 1957, a cura dello psicologo Antonio Miotto. L'autore aveva già pubblicato due articoli che

48 *Quando si usano i tranquillanti*, in "Oggi", 25 aprile 1957.

49 A. Miotto, *Felicità in pillole*, in "Oggi", 15 agosto 1957.

illustravano i danni causati dall'ansia.⁵⁰ In *Felicità in pillole*, sottolineò la capacità dei farmaci di facilitare il rilassamento muscolare e di ridurre l'ansia. Tuttavia, mise anche in guardia dall'uso eccessivo di questi farmaci, citando il potenziale di dipendenza e le conseguenze negative per la salute. Miotto esordì con: «A giudicare dalla impressionante quantità di sedativi e di analgesici che vengono consumati quotidianamente in tutte le contrade del luogo, si deve concludere che l'uomo moderno non vuole e non sa più sopportare un lieve dolore o una insignificante tensione psichica». Poi passò a descrivere la storia dei nuovi farmaci, che avevano sostituito i precedenti sedativi carichi di un duplice difetto: possibile tossicità e depressione (poiché agiscono sulla corteccia cerebrale). Ricordò la reserpina, la clorpromazina e il meprobamato. Miotto sottolineò che quest'ultimo farmaco non solo riduceva l'agitazione psico-motoria (per cui veniva utilizzata in caso di alcolisti cronici o di maniaci aggressivi) ma produceva uno stato di rilassamento muscolare che «viene accompagnato da un ricco corredo di atteggiamenti psichici: sentimento di sicurezza emotiva, leggera euforia, capacità di concentrarsi mentalmente, liberazione dall'ansia.» Pertanto, in particolare per l'ultimo effetto causato, ha avuto successo. Miotto precisò che non si sapeva esattamente come tali sostanze agissero sul cervello, però era sensato ipotizzare che esse bloccassero il passaggio degli impulsi dal diencefalo (zona centrale e profonda) alla corteccia. Infatti, se le ondate di impulsi istintivi e di ondate emotive vengono smorzate, l'ansia non compare più. Dal punto di vista medico, i tranquillanti erano assai utili per i malati psichiatrici, perché consentivano di accantonare le terapie convulsivanti, la terapia del sonno e la lobotomia nei casi di psicosi. Non riuscivano, tuttavia, a far guarire dalla schizofrenia: c'erano recidive in misura del 67% con l'uso della reserpina, e la clorpromazina cessava il suo prezioso effetto a seguito anche di una sua saltuaria interruzione. Un discorso a parte riguardava i nevrotici. Qui l'autore ribadiva che l'eccessiva diffusione di tali farmaci, specialmente nella società anglosassone, dimostrava che «l'uomo moderno... rifiuta di affrontare onestamente e coraggiosamente le difficoltà dell'esistenza. Non crede più nella più semplice delle verità: nulla si ottiene senza sforzo, senza tensione e senza sacrificio». Le persone preferivano una pasticca che in breve tempo riportasse umore ed efficienza ad un livello alto. Bisognava, invece, evitare questa tentazione, perché già si erano registrati casi di assuefazione e di disturbi al fegato, all'intestino e alla pelle in soggetti abusanti. L'autore, dunque, terminò con l'invito a «seguire il preciso consiglio del medico e non dare troppa retta alle proprie suggestioni o agli echi della moda scientifica».

La linea della rivista sembra caratterizzata da un equilibrio tra il riconoscimento dei benefici medici dei tranquillanti e un atteggiamento critico verso

50 A. Miotto, *L'ansietà causa la calvizie*, in "Oggi", 24 gennaio 1957 e A. Miotto, *L'ansietà fa ingrassare*, in "Oggi", 14 marzo 1957.

il loro abuso e la loro diffusione indiscriminata. Da un lato, si sottolineano le potenzialità terapeutiche dei farmaci, soprattutto nel campo della psichiatria, evidenziando il loro ruolo nel ridurre l'ansia, facilitare il rilassamento muscolare e rappresentare un'alternativa meno invasiva rispetto a terapie come la lobotomia. Dall'altro, emerge una forte preoccupazione per l'impatto sociale e morale del loro utilizzo, con critiche verso la tendenza a ricorrere ai tranquillanti come soluzione rapida per affrontare difficoltà comuni della vita moderna.

“Oggi” sembra, quindi, promuovere una visione prudente, che invita alla moderazione e alla responsabilità nell'uso dei tranquillanti. Viene più volte ribadita l'importanza di seguire le indicazioni mediche e di evitare l'automedicazione, criticando l'eccessiva dipendenza da farmaci come una scorciatoia che può portare a dipendenza, danni fisici e una perdita di resilienza personale.

3.2.3 “Gente”

Edilio Rusconi fondò il settimanale dopo aver interrotto il suo lungo incarico di direttore del settimanale “Oggi”. La rivista fu pubblicata inizialmente il 2 ottobre 1957 e non ha presentato alcun riferimento a tranquillanti, fino alla fine del periodo che stiamo considerando, né tra le pubblicità farmaceutiche (aveva Algostop e Amaro Giuliani) né tra gli articoli.

3.2.4 “Domenica del Corriere”

La “Domenica del Corriere” era solita, nel supplemento⁵¹, pubblicizzare, nel periodo che stiamo considerando, numerose specialità farmaceutiche,⁵² ma non i tranquillanti. Inoltre, vi erano – come in “Epoca” – due pubblicità di “Nirvotin” e “Tornergil” camuffate da consigli medici. Troviamo riferimenti alle malattie psicosomatiche⁵³ (*I dispiaceri fanno venire i reumatismi* a firma “Pincus”) e un articolo – *Domani con una pillola cureremo i pazzi* – ancora a firma Pincus, che in occasione del cinquantesimo della psicoanalisi sottolineava⁵⁴ l'ambito limitato a cui essa si applicherebbe (psiconevrosi e non, per esempio, schizofrenia), il suo costo eccessivo – che pochi potevano permettersi – e la bassa percentuale di successo (1%). La critica di Pincus si estendeva alla psicoterapia in generale: «In

51 Disponibile gratuitamente al link: <http://digiteca.bsmc.it/#>.

52 Proton, Algostop, Aspro, Coricidin, Vicks Vaporub, dr. Knapp, Aspirina, Magnesia Bisurata, Grano di Vals, Veramon, Tonol, Amaro lassativo Giuliani, Formitrol, Rim, Acorizi, Bronchiolina, Aspichinina, Istamile, Sanadon, Juventus Aicardi, Pillole Foster, Fosforo glutammico, Tisana Kelemata (pillole), Sali Andrews, Elmitolo, Citrovit, Amaro medicinale Giuliani, Magnogene, Rabarmill, Valerocamomilla, Polveri D. Monti, Okasa, Pillole di S. Fosca, Toneril, Orospirol, linimento Sloan, Fosfocodarsin.

53 *I dispiaceri fanno venire i reumatismi* a firma “Pincus”, in “Domenica del Corriere”, 24 novembre 1957.

54 *Domani con una pillola cureremo i pazzi*, a firma “Pincus”, in “Domenica del Corriere”, 24 aprile 1957.

ogni forma di psicoterapia, comunque, sono in gioco troppi fattori soggettivi, tanto da parte del malato come da parte del medico, perché questa forma di terapia possa diventare una ‘cura’ di tutte le malattie mentali, indiscriminatamente». La conclusione evocava la speranza nella farmacologia: «[...] anche per le malattie mentali possiamo confidare più nelle medicine di domani che nelle buone parole di oggi. Queste sono e rimarranno, purtroppo, sempre e solo ‘parole’ mentre quelle sono o saranno i ‘fatti’ ai quali ancorare, con fiducia, le sofferenze della umanità».

Più specificamente, in un articolo⁵⁵ del 29 settembre 1957, ancora a firma “Plancus”, sull’emicrania, dopo una dettagliata descrizione delle varie tipologie di emicranie e dei rimedi di emergenza per il trattamento degli attacchi, c’è un riferimento esplicito al meprobamato tra le possibili cure preventive per l’emicrania nei termini seguenti:

Tali cure si basano sui farmaci sedativi e anti-ansiosi (barbiturici, bromici, meprobamati), sulla realizzazione di una vita igienica al cento per cento, tanto dal punto di vista morale che dal punto di vista fisico (all’aria aperta, in climi salubri, rinunciando a tutti gli eccessi voluttuari e specialmente al tabacco), sull’adozione di una dieta conveniente, come pure di trattamenti collaterali, intesi a migliorare stati morbosi favorenti l’emicrania (ipertensione arteriosa, stitichezza, colecistite, gastro duodenite) [...] Un vero e proprio trattamento psichiatrico (in certi casi financo psicanalitico) può giovare agli ‘emicranici’ interiormente tormentati e ossessionati da idee coatte.

Infine, compare un’esortazione⁵⁶ a non abusare di tranquillanti nella rubrica “La parola del medico” (15 dicembre 1957) a firma “dott. Albis”, senza menzionare esplicitamente il meprobamato. Albis faceva presente che negli Stati Uniti si erano evidenziati problemi di fegato, stomaco, pelle e sistema nervoso e che in Inghilterra i medici stavano additando i tranquillanti come pericolo pubblico: «Si è giunti persino ad affermare che essi sarebbero capaci di sopprimere il senso di colpa nei pervertiti e il senso di responsabilità nei guidatori d’auto». Invitava, dunque, ad usare l’antico rimedio della valeriana. Se il medico non prescriveva i tranquillanti, niente fai-da-te.

La linea della “Domenica del Corriere” quindi, pur riportando informazioni sul loro utilizzo e sul potenziale terapeutico, è di un atteggiamento prudente, che oscilla tra l’interesse per le innovazioni farmacologiche e una critica ai rischi derivanti dal loro abuso. Si scoraggia esplicitamente l’uso non prescritto di questi farmaci, evidenziando i pericoli associati, come problemi al fegato, allo stomaco, alla pelle e al sistema nervoso, oltre al rischio di perdita di responsabilità personale, come indicato nella rubrica “La parola del medico”. Il settimanale

55 Plancus, *Gli antichi cinesi non sapevano nemmeno cosa fosse*, in “Domenica del Corriere”, 29 settembre 1957.

56 Albis, *Tranquilli...ma non troppo*, in “Domenica del Corriere”, 15 dicembre 1957.

evita di pubblicizzare direttamente i tranquillanti, preferendo indicare rimedi più tradizionali come la valeriana, e sottolineando la necessità di approcci complessi e integrati, che includano una vita igienica, una dieta sana e trattamenti psichiatrici o psicoanalitici. La posizione della rivista è quindi stata di apertura alle novità scientifiche, ma di critica verso l'uso indiscriminato dei tranquillanti, promuovendo responsabilità medica, moderazione e attenzione agli effetti collaterali.

3.2.5 “Famiglia Cristiana”

Sebbene la rivista, negli anni che stiamo prendendo in considerazione, contenga alcune pubblicità di farmaci,⁵⁷ non ne ha nessuna di psicofarmaci, barbiturici o tranquillanti in genere. Non ci sono articoli che parlino di pillole della felicità o che sottolineino lo stress della vita moderna, con l'eccezione⁵⁸ di *Ansietà e pasti frettolosi possono causare la carie* del 29 settembre 1957. Anche le già menzionate considerazioni del Vaticano sui tranquillanti,⁵⁹ pubblicate sull'“Osservatore della domenica” il 20 ottobre 1957, non vennero affrontate, probabilmente per evitare (per quanto ciò fosse possibile) di far conoscere ai lettori l'esistenza di un'ansia serpeggiante e di pillole, pur da prendere *cum grano salis* e prescrizione medica, in grado di fronteggiarla.

3.3 Prime riflessioni

Alla fine di questa indagine iniziale si può trarre la conclusione che le aziende farmaceutiche non hanno pubblicizzato il meprobamato sui giornali o sulle pubblicazioni tradizionali.

La maggior parte dei giornali e delle riviste sottolineava il clima ansiogeno dell'epoca, indotto dalle condizioni di lavoro altamente impegnative (e dal volontario attaccamento diuturno alla professione), dalla vita di città, sottoposta a forti rumori (che rendevano difficile anche il riposo notturno) e privata del contatto confortante e rilassante della natura, e da nuove paure come quelle legate a una possibile guerra nucleare (anche se questo scenario era percepito come meno imminente e meno vicino che negli Stati Uniti). Tuttavia, la maggior parte degli articoli che affrontarono il tema dell'“uso del meprobamato” (e di altri tranquillanti) dimostrò la fiducia degli autori nell'innata capacità degli esseri umani di superare anche le sfide più attuali. Le sostanze che impediscono agli individui di essere confinati in strutture psichiatriche e di essere sottoposti a

57 Rim, Vicks Sirup, Coricidin, Veramon, Felsol.

58 *Ansietà e pasti frettolosi possono causare la carie*, in “Famiglia cristiana”, 29 settembre 1957 (senza firma).

59 R. D'Albisola, *Attenzione alle pillole della tranquillità*, in “L'Osservatore della domenica”, 20 ottobre 1957.

trattamenti dolorosi o invalidanti (elettroshock, insulina, lobotomia) sono per tutte queste pubblicazioni necessarie solo per i malati mentali, in particolare per gli psicotici, che rischiano di diventare aggressivi e non mantengono un contatto coerente e adeguato con la realtà. D'altra parte, gli individui ansiosi (definiti "nevrotici") possono impegnarsi in una forma di "problem solving", che consiste nell'identificare e radicare le fonti del loro malessere, piuttosto che influenzare farmacologicamente le loro emozioni. Da parte cattolica, c'è un invito (nell'"Osservatore della domenica") a confidare nella capacità di superare questo tipo di difficoltà tramite una più profonda vita spirituale. Da parte laica, c'è un semplice invito a trovare le risorse nella propria interiorità. Tuttavia, è unanime il timore che le nuove generazioni vivano nell'atarassia e, di conseguenza, non abbiano gli stimoli necessari per riformare la società. La posizione del Vaticano è omessa da "Famiglia Cristiana", che probabilmente vuole evitare che il suo pubblico ceda al fascino degli psicofarmaci, e perciò evita di presentare allarmi nucleari o di sottolineare gli stress della vita contemporanea.

L'allarme per la diffusione del meprobamato appare fondato negli Stati Uniti e in Gran Bretagna; la situazione italiana appare sotto controllo a partire dal 1957. Sebbene Milano sia il luogo di maggior consumo, un articolo tra quelli presi in esame impedisce di demonizzarla notando che Milano offre una pletora di attività diverse e piacevoli, oltre al suo impegnativo ambiente di lavoro. La compressa tranquillante è una sostanza voluttuaria; di conseguenza, è ampiamente diffusa a Milano, al pari di numerosi prodotti del tutto superflui.

Sembra che non ci sia nessun articolo che incoraggi l'acquisto di meprobamato, e la maggior parte dei contributori è sfavorevole ad esso, per via dei potenziali effetti collaterali negativi. Tuttavia, solo un piccolo numero di medici è a conoscenza di questi effetti collaterali, che quasi sempre non sono gravi e sono generalmente il risultato di un dosaggio eccessivo e prolungato, che viene assunto indipendentemente dai medici. Inoltre, risulta evidente che nessuna pubblicità, implicita o esplicita, si sia rivolta specificamente a un pubblico femminile per addomesticarlo e plasmarlo in modo da soddisfare le esigenze degli uomini.

Nonostante uno scenario sia descritto in una luce negativa, può comunque generare una propria pubblicità. Si può quindi sostenere che, a parte l'articolo di Giusti sul "Corriere" del 12 settembre 1956, la comparsa di pubblicità del meprobamato su riviste e quotidiani italiani *mainstream* nel periodo 1956-1957 sia costituita solo da narrazioni che descrivono criticamente le tendenze consolidate negli Stati Uniti e quelle emergenti in Italia. Si può però, in ogni caso, riferirsi al fenomeno psicologico per cui anche parlare negativamente costituisce una forma di pubblicità e inoltre sostenere che qualsiasi moda (ancorché negativa) proveniente dagli Stati Uniti avesse comunque la carica attrattiva del fascino del vincente.

4. Il meprobamato nelle riviste mediche

Dopo aver compreso che, a livello di quotidiani e periodici maggiormente diffusi, non c'è stata negli anni 1956 e 1957 nessuna campagna pubblicitaria a favore del meprobamato, ma solo un'ampia presenza di articoli che, criticandone l'uso massiccio, menzionavano la sua esistenza in termini di “pillole della felicità”, vogliamo qui accertare la presenza di pubblicità esplicite del farmaco e di articoli relativi a sue sperimentazioni cliniche come documentato in due riviste significative del medesimo periodo rivolte ai medici generici: “Minerva Medica” e “Il Policlinico”.

4.1 “Minerva Medica”

“Minerva Medica” è stata una fonte fondamentale di conoscenze e progressi in campo medico, soprattutto in Italia. Nata per soddisfare le esigenze dei professionisti del settore medico, la rivista ha svolto un ruolo cruciale nel diffondere i risultati di ricerche, studi clinici e recensioni su vari argomenti medici. I suoi contenuti abbracciavano un'ampia gamma di discipline mediche, riflettendo il suo approccio generalista rivolto a un vasto pubblico in campo medico. Si trattava di una rivista settimanale per il medico di base, pubblicata in italiano con abstract in inglese/francese degli articoli. Fu fondata nel 1909 e pubblicata grazie a una propria tipografia da un medico generico di Torino, Guglielmo Oliaro. Il 9 giugno 1934 Oliaro fondò le Edizioni Minerva Medica S.p.A., una società per azioni con l'obiettivo di fornire alla comunità medica italiana pubblicazioni scientifiche e manuali di medicina. La creazione di Edizioni Minerva Medica S.p.A. diede il via a un proficuo rapporto con famosi specialisti universitari e ospedalieri italiani, contribuendo a diffondere la scienza medica italiana a livello internazionale. Alla morte prematura del padre, il 7 febbraio 1936, il prof. Tomaso Oliaro prese il suo posto alla guida dell'azienda. Egli riunì sotto l'ombrello di Minerva Medica altre riviste specializzate in ogni campo della medicina.

Minerva Medica offriva due sezioni, denominate rispettivamente “Scientifica” e “Varia”.

4.1.1 La pubblicità

A partire dall'agosto 1956 e per tutto il 1957, il meprobamato venne promosso in Minerva Medica Varia con una serie di nomi diversi. I farmaci, infatti, in Italia sono diventati brevettabili solo a partire dal 1978¹, al termine di una lunga

1 V. <https://www.iusinitinere.it/la-regolamentazione-del-brevetto-farmaceutico-dal-1939-ad-oggi-10575>.

serie di discussioni che vedevano opposte da un lato la necessità di calmierare i prezzi e dall'altro la necessità di ripagare (e, quindi, incentivare) le aziende che avevano investito nella ricerca scientifica. A partire dalla legge piemontese n. 782 del 12 marzo 1855 che all'art. 6 così recitava:

Non possono costituire argomento di privativa: 1.° Le invenzioni o scoperte concernenti industrie contrarie alle leggi, alla morale ed alla sicurezza pubblica; 2.° Le invenzioni o scoperte che non hanno per iscopo la produzione d'oggetti materiali; 3.° Le invenzioni o scoperte puramente teoriche; 4.° I medicamenti di qualunque specie,

L'Italia ha sempre tutelato la piena fruibilità dei farmaci escludendone la brevettabilità, mantenendo anche in età repubblicana il comma 1 dell'art. 14 del Decreto Regio n. 1127 del 1939: «Non possono costituire oggetto di brevetto i medicamenti di qualsiasi genere, né i processi per la loro produzione». È stata, molti decenni dopo, la Corte di Cassazione con la sentenza n. 20 del 9 marzo 1978 a segnare il cambio di orientamento in Italia, dichiarando l'incostituzionalità del primo comma dell'art. 14 e quindi aprendo la strada alla creazione del brevetto in campo farmaceutico. La Corte constatò che: il 1° comma violava l'art. 3 della Costituzione «per l'ingiustificato sacrificio di diritti anche di particolare valore morale che determinerebbe»; l'art. 9 in quanto il brevetto garantisce anche un'incentivazione patrimoniale e l'impossibilità d'applicarlo in tale materia «intralocerebbe la ricerca scientifica e tecnica nel campo dei medicamenti, dissuadendo l'industria farmaceutica dall'effettuarvi i necessari investimenti»; gli artt. 41, 42 e 43 in quanto oltre a negare i diritti patrimoniali, impediva l'attribuzione dell'invenzione all'ideatore, o agli aventi diritto, relegandoli, in contrasto con la legge superiore, nell'oblio e lasciando il settore della ricerca non regolato, sottratto all'iniziativa privata, ma non demandato a quella pubblica.

Non lascia, dunque, perplessi il fatto che aziende diverse pubblicizzassero il meprobamato, appena introdotto sul mercato, ciascuna sotto un proprio nome commerciale: Tensol, Ansietan, Quamil, Miltaun, Sedanyl, Sedazil.²

2 Per il resto, questo è l'elenco degli psicofarmaci pubblicizzati nel 1956: Atarax (due volte), Cardiostenol, Cebrina B12 (due volte), Coresan (7 volte), Distonal (desipramina-antidepressivo tricyclico) tre volte, Doriden Largactil (clorpromazina) due volte, Mialgone (fenil-etil-barbiturato) due volte, Natisedina (feniletilbarbiturato di chinidina), Nesal, Neutrinile B12+Psicosterone, Nirvotin e Nirvotinal e Nirvegil (pubblicizzati insieme - 3 volte), Passiflorine (4 volte), Promanizil, Psiconal (clorpromazina + reserpina) 7 volte, Psiconeurina (vitamina + androsterone), Regosten (ricostituente tonico), Suavitil (benactizina), Valeroformiol (4 volte). E questo è l'elenco degli psicofarmaci pubblicizzati nel 1957: Raupres (8 volte), Promazinil (26 volte), Mialgone (4 volte), Bellaravil (6 volte), Atarax (6 volte), Passiflorine (4 volte), Sanalepsi (7 volte), Actiphos anfetamina, Bellasanol (7 volte), Sedagin (due volte), Valeroformiol (4 volte), Bellaravil (5 volte), Nesal (2 volte), Doriden, Glutagone, Tripnol, Suavitil (3 volte), Bi-sonn, Medomina, Serpatonil (Serpasil+Ritalin) 3 volte, Nordies, Nirvegil, Sensiperle (2 volte), Neutrafillina Houdé.

Nel 1956 il Tensol è apparso cinque volte, a partire dal 4 agosto e l'Ansietan è apparso quindici volte dal 20 ottobre. Nel corso del 1957 sono apparse tredici pubblicità del Quanyl, dal 14 febbraio; sei pubblicità del Miltaun, a partire dal 24 febbraio; il Sedanyl è stato citato quattro volte sul giornale dal 27 febbraio 1957 in poi, e sette volte sulla rivista; il Sedazil è apparso due volte dal 21 marzo.

Tutti gli studi clinici sul meprobamato pubblicati sulla rivista *Minerva medica* nel 1956 sono stati condotti con Perequil, il farmaco della casa farmaceutica Lepetit. Tuttavia, questo prodotto non fu mai pubblicizzato, nemmeno l'anno successivo alla pubblicazione delle sperimentazioni.

Analizziamo, ora, da vicino ciascuna di queste pubblicità.

Tensol



Figura 1. *Minerva Medica* 1956, 47/61-62, p. 135

A proposito di Tensol si osserva che questa pubblicità comprende i seguenti elementi:

1. Design e layout: è strutturato in modo chiaro con intestazione, piè di pagina e un disegno al centro della pagina, seguito dal nome in grassetto del farmaco “Tensol”.
2. Titolo: si legge: *Ansia tensione stress mentale*. Sotto il titolo, un sottotitolo recita: “Le compresse tranquillizzanti”.
3. Centro: troviamo la testa di Medusa, come si può vedere dal confronto con la Medusa Rondanini (https://it.wikipedia.org/wiki/Medusa_Rondanini), possibile simbolo di un allontanamento delle emozioni fino a raggiungere una calma “di pietra”. Sotto il nome del prodotto, viene indicata la composizione chimica di Tensol: “2-metil-2-n-propil-1,3 propandiolo dicarbammato”, che indica il principio attivo (seguito dal nome meprobamato).
4. In basso: il produttore è indicato come “Istituti Albanesi - Milano”, con il suo logo, a indicare che il prodotto è realizzato da un istituto farmaceutico di Milano.

La pubblicità di Tensol vuole trasmettere un messaggio di calma, affidabilità e modernità scientifica, evidenziando le proprietà del prodotto come soluzione efficace per combattere ansia, tensione e stress mentale. Presenta chiarezza e professionalità: il design strutturato con un’intestazione chiara, un elemento visivo centrale e il nome del farmaco in grassetto comunicano professionalità e credibilità. L’organizzazione del layout suggerisce che il prodotto è sviluppato con attenzione e precisione, e infonde fiducia nel consumatore. C’è un rafforzamento visivo del messaggio: la raffigurazione della testa classica, con richiami all’arte greco-romana, evoca una sensazione di equilibrio, serenità e stabilità mentale, valori associati all’efficacia del farmaco. Gli ornamenti che sembrano alleggerire la testa enfatizzano visivamente l’idea di sollievo dallo stress. Viene trasmessa l’idea di scientificità: l’indicazione della composizione chimica del principio attivo, “2-metil-2-n-propil-1,3 propandiolo dicarbammato”, conferisce al prodotto un’aura di rigore scientifico e trasparenza. Infine l’enfasi sul produttore, “Istituti Albanesi - Milano”, con il logo aziendale, richiama la fiducia nella qualità italiana e nella competenza di un istituto farmaceutico ben definito.

In sintesi, il messaggio della pubblicità è che Tensol offre un sollievo efficace e sicuro per il disagio mentale, combinando scienza moderna e un’immagine di serenità classica, garantendo al contempo la qualità di un’azienda affidabile.

Ansietan

NOVITA'

La **YATROS FARMACEUTICI**, contraria a premature segnalazioni, solo oggi ad avvenuta Registrazione da parte dell'A.C.I.S., comunica ai Sigg. Medici di aver messo in vendita in tutta Italia il più moderno ed efficace medicamento per la cura degli stati ansiosi.

ANSIETAN

Meprobamato

estere dicarbamico del 2 metil 2 n propil 1,3 propandiolo

Il moderno farmaco
per il male dei nostri tempi

l' **ANSIA**

Da oggi in vendita in tutta Italia nelle confezioni
da 25 e 50 compresse

Campioni e letteratura a disposizione dei Signori Medici

 **YATROS Farmaceutici - Torino**

Figura 2. *Minerva Medica* 1956, 47/88, p. 697

A proposito di Ansietan si osserva che questa pubblicità comprende i seguenti elementi:

1. Design e layout: abbiamo solo il testo, che enfatizza il nome del prodotto e i suoi benefici. Il layout è pulito, con una chiara gerarchia delle informazioni che ne facilita la lettura.
2. Titolo: esordisce con *Novità*, seguito da una sorta di comunicato stampa: «La Yatros farmaceutici, contraria a premature segnalazioni, solo oggi ad avvenuta registrazione da parte dell'ACIS, comunica ai Sigg. Medici di aver messo in vendita in tutta Italia il più moderno ed efficace farmaco per la cura degli stati ansiosi».
3. In alto al centro: il nome del prodotto “Ansietan” (che contiene già in sé un riferimento all'ansia) è visualizzato in grande evidenza a caratteri cubitali al centro della pubblicità, bianco su nero. Sotto, il principio attivo e la sua formula chimica.

4. Al centro in basso: la descrizione del prodotto come «Il moderno farmaco per il male dei nostri tempi l'ANSIA», dove ansia è bianco su nero come il nome del farmaco, è seguita dalla specifica della disponibilità del prodotto: «da oggi in vendita in tutta Italia nelle confezioni da 25 e 50 compresse». Subito dopo il piè di pagina, è presente una dichiarazione sulla possibilità per i medici di ottenere maggiori informazioni: «campioni e letteratura a disposizione dei signori medici».
5. Piè di pagina: Mostra il nome e il logo di YATROS Farmaceutici - Torino.

La pubblicità di Ansietan comunica un messaggio di innovazione, efficacia e affidabilità, posizionando il prodotto come una risposta moderna e scientificamente avanzata per affrontare l'ansia, definita "il male dei nostri tempi". Il design semplice e privo di elementi visivi rafforza un tono diretto e professionale, orientato a trasmettere informazioni chiare e precise, adatte a un pubblico medico.

L'uso della parola "novità" nel titolo cattura immediatamente l'attenzione, sottolineando l'esclusività e la modernità del prodotto, mentre il riferimento all'approvazione dell'ACIS conferisce autorità e credibilità. La scelta di presentare il nome "ANSIETAN" in grande evidenza con caratteri bianchi su sfondo nero enfatizza la sua centralità e lo rende immediatamente riconoscibile, richiamando l'idea che il farmaco è stato progettato specificamente per combattere l'ansia.

La descrizione al centro rafforza il messaggio, definendo il prodotto come "moderno" e sottolineando la sua rilevanza per una problematica diffusa. L'enfasi sulla disponibilità immediata in tutta Italia e sui formati delle confezioni suggerisce praticità e accessibilità, mentre l'invito per i medici a richiedere campioni e informazioni posiziona Ansietan come un prodotto professionale pensato per un uso responsabile e informato.

Infine, la presenza del nome e del logo di YATROS Farmaceutici - Torino nel piè di pagina garantisce una chiusura autorevole e credibile, associando il farmaco a un produttore affidabile e rinomato. Complessivamente, la pubblicità mira a rassicurare sia i medici che i pazienti sull'efficacia e sulla sicurezza di Ansietan, presentandolo come un trattamento innovativo e adeguato per un disturbo complesso e diffuso.

Quanil

**Dottore, si affidi al prodotto originale,
garantito da due anni di esperienza pratica**

QUANIL
(in America "Equanil")
Meprobamato discoidi

il nuovo fattore anti-ansia

Il **QUANIL**, frutto di un'esperienza tecnica ed industriale vastissima, è il Meprobamato originale della Wyeth - una delle Case farmaceutiche più grandi del mondo - che ha dato al Medico altri prodotti originali come la Wycillina A. P., la Tri-Wycillina, il Thiomerin e lo S-M-A.

- o distende la mente
- o rilaccia i muscoli
- o facilita il sonno naturale
- o non ipnotico
- o è praticamente atossico
- o non dà assuefazione
- o non agisce direttamente sul sistema vegetativo
- o massima purezza
- o senza controindicazione

DAL 1880 AL SERVIZIO  DELLA CLASSE MEDICA

WYETH - Philadelphia - U.S.A.
Concessionaria per l'Italia: Wyeth S.p.A. - Milano - Via Imbonati, 24 - Telefoni 606.993 - 637.774

Figura 3. *Minerva Medica* 1957, 48/15, p. 309

A proposito di Quanil si osserva che questa pubblicità comprende i seguenti elementi:

1. Design e layout: il design è semplice e ricco di testo. Lo sfondo è bianco con testo nero. Il testo è organizzato in diverse sezioni.
2. Titolo: contiene un'esortazione per i medici: «Dottore si affidi al prodotto originale garantito da due anni di esperienza pratica».
3. In alto al centro: una linea ovale che sottolinea il grande testo «Quanil, il nuovo fattore anti-ansia» in grassetto con la specificazione del nome americano dello stesso prodotto ("Equanil"), e del principio attivo (senza la sua formula chimica). Una linea centrale, che parte dalla parola "Meprobamato", porta al logo Wyeth in fondo alla pagina.
4. Al centro a sinistra: si afferma che Quanil, frutto di un'esperienza tecnica ed industriale vastissima, è il Meprobamato originale della Wyeth - una delle

più grandi aziende farmaceutiche del mondo – che ha dato al medico altri prodotti originali come la Wycillina A.P., Tri-Wycillina, la Tyomerina e lo S-M-A.

5. Al centro a destra: il blocco di testo più grande descrive il prodotto e i suoi benefici: distende la mente, rilascia i muscoli, facilita il sonno naturale, non ipnotico; è praticamente atossico; non dà assuefazione; non agisce direttamente sul sistema vegetativo; massima purezza; senza controindicazioni.
6. Sezione inferiore: accanto al logo la dicitura «dal 1860 al servizio della classe medica». In basso, un testo sulla sede statunitense di Wyeth seguito, in caratteri più piccoli, dall'indirizzo e dai numeri di telefono della sede Wyeth di Milano.

La pubblicità di Quanil veicola un messaggio di autorevolezza, sicurezza ed efficacia, rivolgendosi esplicitamente ai medici e posizionando il prodotto come un'opzione affidabile per il trattamento dell'ansia. Il design essenziale, con testo nero su sfondo bianco, riflette un approccio professionale e focalizzato sull'informazione, piuttosto che su elementi decorativi o emotivi.

Il titolo punta sull'esperienza pratica e sull'originalità del prodotto, sottolineando la fiducia che i medici possono riporre in un farmaco collaudato. La scelta di evidenziare il legame con il nome americano "Equanil" e il principio attivo "Meprobamato" suggerisce continuità e riconoscibilità internazionale, garantendo una base scientifica solida.

Il blocco di testo al centro ribadisce la superiorità del prodotto, enfatizzando che Quanil è il risultato della competenza tecnica e industriale di Wyeth, una casa farmaceutica di lunga tradizione. Questo accresce la percezione di qualità e affidabilità del farmaco, legandolo a una gamma di altri prodotti di successo.

I benefici descritti – distensione mentale, rilassamento muscolare, facilità nel sonno naturale senza effetti ipnotici, atossicità, assenza di assuefazione e controindicazioni – creano un'immagine di un farmaco efficace, sicuro e adatto a un'ampia gamma di pazienti. Questi attributi sono formulati in modo da rispondere direttamente alle esigenze e alle preoccupazioni dei medici.

Il richiamo all'esperienza storica dell'azienda «dal 1860 al servizio della classe medica» chiude il messaggio rafforzando la reputazione e la tradizione della Wyeth, mentre le informazioni di contatto per le sedi statunitensi e italiane confermano la trasparenza e la disponibilità dell'azienda. Complessivamente, la pubblicità costruisce un'immagine di eccellenza e professionalità, comunicando che Quanil è il farmaco originale e di alta qualità che i medici possono prescrivere con fiducia.

Miltaun

COMUNICATO PER I SIGNORI MEDICI

Anche in Italia da oggi è possibile prescrivere il

MILTAUN
COMPRESSE

il celebre farmaco tranquillizzante, che tanto successo ha avuto in America ed in tutti gli altri paesi del mondo, assolutamente privo di tossicità, di straordinaria efficacia in tutti gli stati di ansietà, di tensione nervosa, d'insonnia, qualunque sia la loro origine.

I Laboratori Lederle di New York, famosi in tutto il mondo per i prodotti **Aureomicina, Acromicina, Diamox, Artane, Aminopterina, Leucovorin, Teropterina, etc.**, sono particolarmente lieti di poter mettere a disposizione della Classe Medica Italiana questo nuovo prodotto, frutto di laboriose indagini originali.



LEDERLE LABORATORIES DIVISION
American Cyanamid Company - 30 Rockefeller Plaza, New York, 20 N. Y.

CONCESSIONARIA ESCLUSIVA PER L'ITALIA
ALFAR - Azienda Laboratori Farmaceutici - CATANIA

* Marchio della Carter Products Inc.

Figura 4. *Minerva Medica* 1957, 48/16, p. 327

A proposito di Miltaun si osserva che questa pubblicità comprende i seguenti elementi:

1. Visual e layout: il design dell'annuncio è professionale e ricco di testo, incentrato sulla fornitura di informazioni dettagliate ai professionisti del settore medico. Il testo è organizzato in diverse sezioni:
2. Intestazione: l'annuncio si presenta qui come un "Comunicato per i Signori Medici" e procede come se fosse una lettera.
3. Al centro in alto: il testo informa che «Anche in Italia da oggi è possibile prescrivere il MILTAUN COMPRESSE» e ricorda subito che ha avuto un grande successo in America e in *tutti gli* altri paesi del mondo, che i suoi risultati sono straordinari e che è assolutamente privo di effetti nocivi: «il celebre farmaco tranquillante, che tanto successo ha avuto in America ed in tutti gli altri paesi del mondo, assolutamente privo di tossicità, di straordinaria

efficacia in tutti gli stati di ansietà, di tensione nervosa, d'insonnia, qualunque sia la loro origine.»

4. Al centro in basso: si concentra sul produttore “I Laboratori Lederle di New York”, ricordando i suoi prodotti precedenti (in grassetto): «I laboratori Lederle, famosi in tutto il mondo per i prodotti Aureomicina, Areomicina, Diamox, Artane, Amonopterina, Leucovorin, Teropterina, ecc, sono particolarmente lieti di poter mettere a disposizione della Classe medica italiana, questo nuovo prodotto, frutto di laboriose indagini originali».
5. Piè di pagina: c'è una menzione di “Lederle” in un carattere stilizzato, che funge da logo o marchio, seguita dal riferimento agli uffici generali della Lederle Laboratories Division a New York e al distributore italiano (ALFAR - Azienda Laboratori Farmaceutici - CATANIA).

La pubblicità di Miltaun veicola un messaggio di prestigio, efficacia e sicurezza, indirizzato in modo esplicito ai professionisti della medicina. Presentandosi come un comunicato ufficiale per i medici, adotta un tono formale e autorevole, mirato a costruire fiducia nel prodotto e nella sua casa produttrice.

L'intestazione e il formato “lettera” evocano un senso di comunicazione diretta e personalizzata, sottolineando che l'informazione è rivolta esclusivamente alla classe medica. Questo approccio distingue l'annuncio come informativo e professionale, non commerciale.

L'introduzione in alto enfatizza la disponibilità del farmaco in Italia, posizionandolo come una novità rilevante e una risorsa avanzata. La ripetuta menzione del grande successo internazionale e l'accento sulla sua atossicità e straordinaria efficacia in una varietà di condizioni (ansia, tensione nervosa, insonnia, indipendentemente dalla causa) puntano a rafforzarne la credibilità e l'universalità come soluzione terapeutica di alta qualità.

Il riferimento ai Laboratori Lederle, noti a livello globale per una gamma di prodotti innovativi, rafforza ulteriormente la percezione di affidabilità e innovazione del Miltaun. L'elenco di prodotti precedenti conferisce una storia di successi, suggerendo che il nuovo farmaco si inserisce in una tradizione consolidata di eccellenza scientifica e industriale.

Il piè di pagina, con il logo Lederle e il riferimento al distributore italiano ALFAR, chiude il messaggio con un richiamo alla connessione tra la casa madre americana e la distribuzione in Italia, rendendo evidente l'impegno dell'azienda a supportare la classe medica italiana.

In sintesi, il messaggio trasmette l'idea che Miltaun non sia solo un farmaco efficace, ma anche il risultato di una ricerca innovativa e internazionale, offerto da una casa farmaceutica di comprovata esperienza e prestigio, e ora disponibile per i medici italiani.

Sedazil

SEDASIL

RASSERENANTE
RILASSANTE DELLA TENSIONE MUSCOLARE

Indicazioni:

- Insonnia
- Stato di ansietà e di agitazione
- Affanno d'attesa
- Tensione nervosa
- Psiconevrosi ansiose
- Spontanea intellettuale
- Reazioni psicosomatiche durante le mestruazioni
- Cefalea

Benefici:

Riporta a normalità il sistema nervoso variamente irritato e sovraccaricato.
Non modifica la funzione respiratoria e quella cardiovascolare.
Non dà luogo ad assuefazione ed è praticamente atossico.

SCATOLA DI 20 COMPRESSE
contenenti ognuna mg. 400 di:
2-metil-2-n-propil 1,3 propandiolio dicarbammato.

ISTITUTO BIOLOGICO **CHEMIOTERAPICO TORINESE**

Figura 5. *Minerva Medica* 957, 48/23, p. 501

A proposito di Sedazil si osserva che questa pubblicità comprende i seguenti elementi:

1. Visual e layout: il design della pubblicità è incentrato sia sul nome che sull'immagine del farmaco. Uno sfondo grigio divide verticalmente lo spazio in due parti.
2. Intestazione: non esiste un'intestazione comune. A sinistra in alto troviamo il nome "Sedazil" in grande carattere e grassetto. Sotto, la specifica dei suoi benefici: «rasserenante; rilassante della tensione muscolare». In alto a destra un elenco di indicazioni: «insonnia, stato di ansietà e di agitazione; affanno d'ansia; tensione nervosa; psiconevrosi ansiose; spossatezza intellettuale; reazioni psicosomatiche durante le mestruazioni; cefalea».
3. Al centro a sinistra: l'immagine di due scatole e sei discoidi solubili.

4. In centro a destra: la specifica che ogni scatola contiene 20 compresse e la formula del principio attivo. Tra la parte superiore e quella centrale c'è un riquadro che collega destra e sinistra, contenente le caratteristiche rilevanti del farmaco: «Riporta a normalità il sistema nervoso variamente irritato e sovraffaticato. Non modifica la funzione respiratoria e quella vascolare. Non dà luogo ad assuefazione ed è praticamente atossico.»
5. Footer: contiene sia il nome (Istituto biologico chemioterapico milanese) sia il logo del produttore.

La pubblicità di Sedazil veicola un messaggio che enfatizza l'efficacia, la sicurezza e la versatilità del farmaco, rivolgendosi in particolare ai professionisti medici. Il design pulito e ben organizzato trasmette un senso di ordine e professionalità, contribuendo a rafforzare la fiducia nel prodotto.

L'assenza di un'intestazione comune e la presenza del nome del farmaco in grande evidenza a sinistra mettono immediatamente in risalto il brand "Sedazil". La specifica dei suoi benefici («rasserenante; rilassante della tensione muscolare») e l'elenco dettagliato delle indicazioni cliniche rafforzano il posizionamento del prodotto come una soluzione completa e ad ampio spettro per una varietà di condizioni legate all'ansia, alla tensione nervosa e ai disturbi psicosomatici.

L'immagine delle scatole del farmaco e delle compresse al centro a sinistra fornisce un elemento visivo che rende il prodotto facilmente riconoscibile, mentre il riquadro che collega le due sezioni principali mette in risalto le caratteristiche chiave del farmaco: la capacità di riportare alla normalità un sistema nervoso affaticato, l'assenza di alterazioni respiratorie o vascolari, e la garanzia di essere atossico e non dare assuefazione. Questo rafforza l'idea di Sedazyl come un rimedio sicuro, efficace e ben tollerato.

Infine, il footer con il nome e il logo del produttore ("Istituto Biologico Chemioterapico Milanese") sottolinea l'affidabilità e il prestigio dell'azienda, aggiungendo un elemento di autorevolezza.

In sintesi, il messaggio comunica che Sedazil è un farmaco innovativo, sicuro e privo di effetti collaterali significativi, ideale per il trattamento di una vasta gamma di disturbi legati all'ansia e alla tensione, e prodotto da un'azienda di fiducia.

Sedanyl

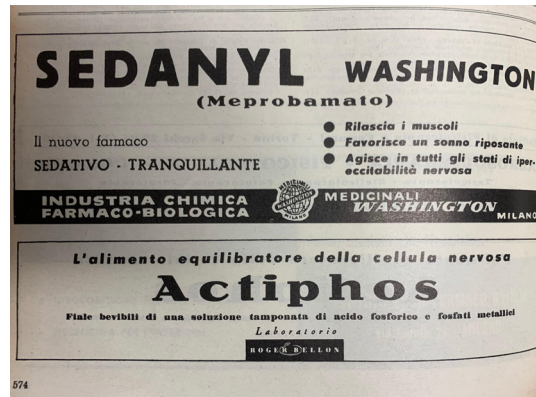


Figura 6. *Minerva Medica* 1957, 48/27, p. 574

La pubblicità che promuove “Sedanyl, Washington” (di dimensioni più ridotte rispetto alle altre e posta alla fine della pagina della rivista) presenta le seguenti caratteristiche:

1. Design e layout: il design è semplice e ricco di testo. Lo sfondo è bianco con testo nero. Il piè di pagina ha colori invertiti. Il testo è organizzato nelle seguenti sezioni:
2. Intestazione: un nome in grassetto e grande “Sedanyl, Washington” occupa l’intestazione. Sotto, più piccola e tra parentesi, la specifica del principio attivo (Meprobamato).
3. Al centro a sinistra il Sedanyl viene presentato come “Il nuovo farmaco” e descritto come «sedativo - tranquillante».
4. Centro destra: il blocco di testo, suddiviso in tre punti, descrive i benefici del prodotto: «Rilascia i muscoli», «Favorisce un sonno riposante», «Agisce in tutti gli stati di ipereccitabilità nervosa».
5. Piè di pagina: si parla di “Medicinali Washington”, indicando il marchio e la sede di Milano. È presente anche un logo, che aggiunge un elemento visivo per aumentare la credibilità e la riconoscibilità del marchio.

La pubblicità di Sedanyl, Washington evoca un’immagine di semplicità, professionalità e affidabilità. Nonostante le dimensioni ridotte rispetto ad altre pubblicità, riesce a trasmettere efficacemente il suo messaggio grazie a un layout ben strutturato e alla scelta di elementi visivi e testuali che mirano a ispirare fiducia.

L’intestazione con il nome del farmaco in grassetto e ben visibile (“Sedanyl, Washington”) cattura immediatamente l’attenzione, mentre la specifica del

principio attivo (Meprobamato) conferisce un senso di trasparenza scientifica, suggerendo un prodotto basato su ricerche consolidate. La descrizione come “Il nuovo farmaco” e la doppia etichetta “sedativo - tranquillante” posizionano Sedanyl come una soluzione moderna ed efficace per il trattamento di problemi legati all’ansia e alla tensione. Inoltre, il nome del produttore posto accanto al nome del farmaco consente una corretta differenziazione del nome del farmaco (molto simile a Sedazil). La suddivisione dei benefici in tre punti chiari e concisi («Rilascia i muscoli», «Favorisce un sonno riposante», «Agisce in tutti gli stati di ipereccitabilità nervosa») rende il messaggio facilmente utilizzabile dal medico coi pazienti per spiegarsi in modo diretto e concreto.

Il piè di pagina con il nome “Medicinali Washington”, la sede di Milano e il logo del marchio conferiscono un senso di autorevolezza e credibilità. L’aggiunta del logo, pur semplice, serve a rafforzare la riconoscibilità del marchio e a comunicare la solidità dell’azienda produttrice.

In sintesi, la pubblicità evoca modernità, affidabilità ed efficacia, e promuove Sedanyl come un rimedio semplice ma potente per alleviare l’ansia e le tensioni quotidiane, supportato dalla professionalità di un’azienda rispettabile.

Riassumendo, possiamo affermare che i messaggi di queste pubblicità sono i seguenti:

- Tensol: Efficacia nell’alleviare l’ansia e lo stress mentale.
- Ansietan: Un farmaco moderno ed efficace per l’ansia, di cui si sottolinea l’uscita tempestiva e l’ampia disponibilità.
- Miltaun: introduzione di un nuovo tranquillante sicuro con un’esperienza di successo a livello mondiale.
- Quanyl: è il meprobamato originale di Wyeth, garanzia di sicurezza ed efficacia.
- Sedazil: si posiziona come una soluzione completa per ansia e tensione.
- Sedanyl Washington: è un rimedio affidabile e moderno per i disturbi nervosi. Non va confuso con il quasi omofono Sedazil.

Tutte queste pubblicità, presentate in bianco e nero, senza particolare attenzione (salvo un caso) alle figure, mirano a costruire fiducia e autorità attraverso la professionalità e pongono l’accento sulla qualità, sulla scientificità e sull’affidabilità delle aziende produttrici, promuovendo questi farmaci come soluzioni moderne e sicure per l’ansia e i disturbi correlati³.

3 Per amor di completezza, occorre citare la pubblicità a colori di “Oasis”, meprobamato prodotto da “La cardioterapica” di Milano, che, oltre ad un’ovvia immagine di oasi e di un cuore, riportava sulla destra la seguente dichiarazione: “Solo al medico noi attribuiamo il criterio terapeutico discriminativo che otterrà nei diversi casi la più giusta prescrizione del nostro Oasil. Le indicazioni dell’Oasil che investono l’intera gamma dei fenomeni compresi nel complesso morbo ansietà sono rese particolarmente interessanti e vaste anche dal suo migliore dosaggio”, che poi veniva suggerito sotto (1-3 compresse da 400 mg. al dì). Questa pubblicità

4.1.2 Articoli sul meprobamato

Passiamo, ora, a vedere gli articoli sul meprobamato comparsi nella rivista, per capire in che termini presentano, con l'autorità degli scienziati sperimentatori, gli effetti del farmaco.

4.1.2.1 Anno 1956

Su "Minerva Medica Scientifica" sono apparsi molti articoli sul meprobamato il 3 novembre 1956, raggruppati sotto l'intestazione *Meprobamato in terapia*.

Il primo era *L'uso del 2-metil-2-N-propil-1,3 propandiolo dicarbammato in psichiatria* scritto da Vincenzo Floris e Lanfranco Rambelli (Clinica delle malattie nervose e mentali dell'Università di Roma). Il testo iniziava⁴ con una concisa memoria storica, seguita da una panoramica delle indagini cliniche condotte da diversi autori e infine procedeva a fornire i risultati del loro studio. Dei 21 casi di nevrosi d'ansia trattati, 10 erano guariti e 8 migliorati; nei 2 deliri di gelosia trattati, uno solo era migliorato; dei 2 casi di alcolismo trattati, uno era guarito, l'altro migliorato; dei 4 casi di schizofrenia paranoide, tre erano guariti, uno migliorato; dei 2 casi di isterismo da conversione, uno era guarito, l'altro migliorato; dei 10 casi di psiconevrosi ossessiva, 7 erano migliorati; dei due casi di eccitamento maniaco, uno era migliorato; dei 6 casi di depressione reattiva, tre erano guariti e uno migliorato; dei tre casi di psicosi depressiva, uno era migliorato.

Gli autori fornivano un commento sul farmaco, notando che era mirato a sintomi specifici piuttosto che a una particolare condizione patologica. Quei sintomi includevano tensione emotiva, paura, ansia e tachicardia. Inoltre, il farmaco era efficace per il mal di testa accompagnato da un senso di oppressione o confusione, nonché per l'insonnia. Una o due compresse assunte la sera offrivano il vantaggio di non provocare sonnolenza al risveglio mattutino, distinguendolo da altri sonniferi.⁵ L'alcolismo ne traeva sollievo, poiché il farmaco riduceva i tremori e sopprimeva il bisogno di consumare alcol. Invece, non era molto efficace nel trattamento della psicosi distimica ciclica, sia nella fase maniaco che in quella melanconica. Gli autori sottolineavano che la modalità di funzionamento del farmaco rimaneva incerta, ipotizzando: «È altamente probabile che uno dei bersagli primari del farmaco sia l'inibizione delle sinapsi inter-neuronali nelle regioni mesodiencefaliche». Concludevano che il meprobamato rappresentava un progresso significativo nella terapia psichiatrica e la sua

comparve nel Supplemento al numero 12 di "Minerva medica cardiologica" (mese di dicembre, p. V), rivista del gruppo Minerva con un pubblico di specialisti.

4 V. Floris, L. Rambelli, *L'impiego del 2-metil-2-N-propil-1,3 propandiolo dicarbammato in psichiatria*, in "Minerva medica", 1956, 3 novembre 1956, 47/88, pp. 1455-1457.

5 Il grande vantaggio rispetto agli altri sonniferi era l'assoluta mancanza di sonnolenza al risveglio del mattino.

sicurezza lo rendeva adatto a un uso esteso nel trattamento di varie forme di nevrosi e psicosi accompagnate da ansia e disturbi del sonno: «È quindi chiaro che il meprobamato è efficace nel trattamento dei disturbi psichiatrici».

Il secondo articolo era *Il meprobamato in psichiatria. Osservazioni cliniche*, scritto da Davide Ferrari dell'Ospedale "Duchessa di Galliera" di Genova. Dopo un riassunto della storia e della letteratura sul meprobamato, l'autore proponeva⁶ una sperimentazione su 20 pazienti ricoverati nel reparto di Neurologia dell'Ospedale Duchessa di Galliera di Genova, con varie diagnosi (schizofrenia, psiconevrosi, ciclotimia). In seguito al trattamento con meprobamato, l'ansia era scomparsa in 9 pazienti, era diminuita in 6 ed era rimasta invariata in 5. I disturbi dell'ideazione, presenti in 7 pazienti, erano scomparsi solo in 2. L'insonnia era stata risolta in 5 casi su 9. Gli effetti collaterali erano stati pochi e non gravi: lieve sonnolenza in 4 pazienti, debolezza agli arti inferiori in 4 (uno con dolore alle gambe) e sensazione di calore nel corpo in un caso. Le dosi efficaci erano medio-alte (da 5 a 10 compresse da 400 mg al giorno). La sospensione del trattamento, «sempre effettuata con una riduzione molto rapida», era avvenuta nell'arco di pochi giorni senza effetti spiacevoli. La valutazione era, dunque, positiva per quanto riguardava il trattamento dell'ansia.

Il terzo articolo, *Osservazioni sull'uso del meprobamato, con particolare riguardo agli stati ansiosi dei soggetti enteropatici*, era stato scritto da Pasquale Cicala dell'Istituto di semeiotica medica dell'Università di Napoli. Lo studio aveva incluso⁷ 18 persone che soffrivano di questa patologia e che erano state divise in due gruppi. Il primo gruppo era composto da persone che soffrivano di ansia a causa di una lesione viscerale. La somministrazione di una compressa al giorno aveva fatto sì che i pazienti sperimentassero inizialmente una condizione di rilassamento mentale, seguita poi da uno stato di serenità durante la prima settimana. L'aumento del dosaggio aveva provocato uno stato indesiderato di sonnolenza, nonostante il continuo miglioramento dei sintomi. Dopo 8-10-15 giorni di trattamento, si era verificata una consistente ricomparsa dell'ansia (tuttavia, osservava Cicala, era possibile che il prolungamento del trattamento potesse nuovamente alleviare i sintomi del paziente). Il secondo gruppo era composto da individui con nevralgia tumorale che non sperimentarono alcun alleviamento del dolore, ma semplicemente avevano trovato più facile dormire la notte. Un paziente con miocardite acuta aveva goduto dei benefici indotti dal farmaco: diminuzione della frequenza cardiaca ed "espansione della coscienza".

In sintesi, il farmaco non ha causato alcun inconveniente e ha agito efficacemente sui riflessi vegetativi patologicamente accentuati, nonché sullo stato di tensione psichica e sull'insonnia. Nei giorni successivi, nonostante il perdurare dell'impatto positivo sui riflessi vegetativi e sull'insonnia, lo

6 D. Ferrari, *Il meprobamato in psichiatria. Osservazioni cliniche*, in "Minerva medica", 1956, 3 novembre 1956, 47/88, pp. 1458-1461.

7 P. Cicala, *Osservazioni sull'impiego del meprobamato, con particolare riguardo agli stati ansiosi di soggetti enteropatici*, in "Minerva medica", 1956, 3 novembre 1956, 47/88, pp. 1463-1464.

stato di preoccupazione è riapparso, anche se limitato alle sue manifestazioni psico-affettive.

Il quarto articolo era *Meprobamato: alcune indicazioni d'uso in medicina interna. Studio clinico e sperimentale* a cura di Giuseppe Castrovilli, Roberto Ginoulhiac e Gian Mario Merli dell'Istituto ospedaliero Resnati di Milano. La sperimentazione prevedeva⁸ un ampliamento dell'uso del meprobamato oltre il campo della psichiatria. Nei 139 casi il farmaco si era rivelato utile per alleviare l'insonnia da varie cause: stati erettili, nevrosi viscerali, neurodistonie, disturbi della menopausa, dipendenza da narcotici o alcolici; nonché come potenziatore analgesico nelle sindromi algesiche ribelli e come tranquillante durante rachicentesi, paracentesi, ecc. L'azione ipotensiva (probabilmente dovuta alla sedazione dei centri diencefalici) era stata osservata soprattutto nei pazienti ipertesi.

Il quinto articolo – *Possibilità di impiego del meprobamato in chirurgia* – di G. Damia e A. Fantoni dell'Istituto di patologia Chirurgica dell'Università di Milano trattava⁹ ulteriormente un uso extra-psichiatrico del farmaco, in chirurgia, ambito da cui preveniva la mefenesina, antenata del meprobamato. Il farmaco fu testato da un lato nel periodo pre-operatorio (800 mg la sera prima dell'intervento e la stessa quantità due ore prima dell'intervento). I risultati furono notevoli: i pazienti dormirono tranquillamente. Si verificò un caso di allergia con febbre ed eruzione cutanea. Il farmaco non aveva interferito con i narcotici e aveva evitato l'agitazione nel passaggio dal sonno narcotico a quello fisiologico. Dall'altro lato, negli esami della funzione respiratoria (che richiedevano lucidità mentale e buona collaborazione da parte del paziente durante la fastidiosa introduzione di sonde e cateteri) «l'uso del meprobamato ci ha dato grande soddisfazione». Gli autori prevedevano l'ortopedia come ulteriore campo di applicazione del farmaco.

Nel sesto articolo – *Sull'uso del meprobamato in ginecologia. Primi risultati* – scritto da G. Ermiglia dell'Istituto di Clinica ostetrica e ginecologica dell'Università di Genova, la ricerca orientativa era stata condotta su piccoli gruppi di pazienti con tumore all'utero. Secondo l'autore¹⁰, in 11 casi su 14 era stato osservato un effetto calmante. Inoltre, ipotizzò che il suo uso in ostetricia fosse una possibilità grazie al fatto (stabilito da F.M. Berger¹¹) che non era tossico né per l'organismo materno né per il feto.

8 G. Castrovilli, R. Ginoulhiac, G.M. Merli, *Il meprobamato: alcune indicazioni del suo uso in medicina interna. Studio clinico e sperimentale*, in "Minerva medica", 1956, 3 novembre 1956, 47/88, pp. 1465-1474.

9 G. Damia, A. Fantoni, *Possibilità di impiego del meprobamato in chirurgia*, in "Minerva medica", 1956, 3 novembre 1956, 47/88, pp. 1474-1476.

10 G. Ermiglia, *Sull'impiego del meprobamato in ginecologia. Primi risultati*, in "Minerva medica", 1956, 3 novembre 1956, 47/88, pp. 1477-1478.

11 F.M. Berger, *The pharmacological properties of 2-methyl-2-n-propyl-1, 3-propanediol dicarbamate (Miltown), a new interneuronal blocking agent*, in "Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics", 1954, 4, pp. 413-423, p. 418.

Il settimo articolo – *Metil-propandiolo-dicarbammato (meprobamato) in dermatologia* – aveva come autori Aaron Kaminsky, B. Sevinsky e A. Kaplan dell'Ospedale israelitico di Buenos Aires. Gli autori iniziarono¹² affermando che i tranquillanti «sono venuti a chiudere il circuito tra 'stress' e 'sindrome generale di adattamento', aperto dalle concezioni storiche di Selye¹³ e che fin dalla loro prima apparizione avevano trovato applicazione in dermatologia, poiché la pelle presentava numerosi esempi di azione del sistema nervoso nella patologia generale». Gli autori avevano utilizzato il "Mepantin" (nome commerciale argentino del "Perquil") con un dosaggio di 2 o 3 compresse al giorno. I pazienti non erano a conoscenza dell'obiettivo del trattamento, eliminando così la potenziale influenza dell'effetto placebo, che si può creare quando il paziente ha determinate aspettative da un certo trattamento. La tensione emotiva dei pazienti era diminuita, provocando occasionalmente sensazioni di euforia e di benessere generale prolungato. Non si erano rilevate emozioni paragonabili a quelle indotte dagli oppioidi. I pazienti avevano espresso il desiderio di riprendere l'uso del farmaco dopo la sua interruzione per sperimentare nuovamente quei vantaggi. Nella maggior parte dei casi, un dosaggio giornaliero di 100-200 mg era stato sufficiente a sostenere un buon livello di benessere emotivo. I risultati del trattamento del prurito erano stati molto soddisfacenti, equivalenti ai risultati ottimali ottenuti con farmaci alternativi. Infine, gli autori sottolinearono che i risultati dello studio non erano definitivi a causa delle dimensioni limitate del campione di pazienti e della breve durata dello studio (solo quattro mesi). Tuttavia, credevano fermamente che il meprobamato, se usato per affrontare i disturbi emotivi, fosse un metodo molto efficace per prevenire vari pruriti dermatologici.

Una seconda raccolta di articoli sul meprobamato apparve su *Minerva Medica Scientifica* il 22 dicembre 1956 con il titolo collettivo *Meprobamato: farmaco tranquillizzante*.

Il primo articolo era: *Un nuovo farmaco tranquillante: il meprobamato. Esperienze cliniche* di F. Fasanaro e D. Ventra della Clinica per le malattie del sistema nervoso

12 A. Kaminsky, B. Sevinsky, A. Kaplan, *Il metil-propil-propandiolo-dicarbammato (meprobamato) in dermatologia*, in "Minerva medica", 1956, 3 novembre 1956, 47/88, pp. 1478-1480.

13 Hans Hugo Bruno Selye introdusse in letteratura il concetto di stress. A partire da riflessioni che aveva fatto da studente di medicina al secondo anno nel 1926 (v. H. Selye, *The Evolution of the Stress Concept: The originator of the concept traces its development from the discovery in 1936 of the alarm reaction to modern therapeutic applications of syntoxic and catatonic hormones*, in "American Scientist", 1973, 61/6, pp. 692-699) aveva ipotizzato che esistesse una reazione universale dell'organismo alle patologie: «ogni volta che dal corpo si esige una prestazione molto impegnativa, esso reagisce nello stesso modo». (Ivi, p. 693) Mentre ogni malattia ha i suoi specifici sintomi, questi sono accompagnati da una reazione aspecifica ed universale: «Che uno soffra per una grave emorragia, o per una malattia infettiva, o per una forma di cancro in stato avanzato, sempre perde l'appetito, la forza muscolare e la volontà di agire; di solito diminuisce anche di peso e mostra persino nell'espressione del volto di essere malato». (*Ibid.*).

Università di Napoli. Gli autori esordivano¹⁴ affermando che i medici avvertivano l'esigenza di farmaci "tranquillanti" da parte dell'opinione pubblica, alimentata dalla stampa popolare e propagandistica. A proposito del meprobamato, ricordarono la sua rapida diffusione in Nord America, accompagnata da preoccupazioni per l'abuso, e sottolinearono che in Italia questo farmaco di recente introduzione era ancora poco sperimentato e solo descritto nelle pubblicità mediche. Elencarono, poi, invece, un gran numero di applicazioni di successo del farmaco da parte di autori stranieri, e si concentrarono, in modo unico rispetto agli altri autori di articoli sulla rivista, sul tema della "tolleranza, assuefazione", riportando studi che indicavano una tolleranza limitata. Per quanto riguardava la tolleranza,

la letteratura è quasi unanime sulla mancanza di tossicità del farmaco, anche a dosi elevate: i casi di vera intolleranza sono rari (e si manifestano con lipotimia e un paio di giorni di febbre seguiti da orticaria, o con edema angioneurotico), mentre quelli di intolleranza lieve alle dosi giornaliere abituali sono costituiti in lieve ipotensione arteriosa, peso dello stomaco, astenia, accentuazione della cefalea preesistente, un caso di vomito.

Per quanto riguardava l'assuefazione, gli autori citavano Lemere¹⁵ che la descriveva composta da tre fasi: la necessità di aumentare gradualmente la dose, il *craving* psichico e l'insorgenza di disturbi da astinenza improvvisa. La prima fase con meprobamato non si verificava mai, mentre le altre due fasi, «anche se raramente, possono effettivamente verificarsi in soggetti che fanno un uso prolungato del prodotto».¹⁶

Infine, presentarono i risultati della loro sperimentazione a Nocera Inferiore. Il farmaco era stato somministrato per lo più alla dose di 4 compresse al giorno per un periodo da 10 a un massimo di 40 giorni. I risultati vennero presentati ordinati in tre gruppi di affezioni: psicosi, psico-nevrosi, reazioni psicogene. Sulle psicosi non si erano avuti effetti; sulle psico-nevrosi non si erano avuti risultati brillanti, ma «in considerazione del fatto che alcune delle forme trattate – in particolare quelle fobico-ossessive – sono affezioni non facilmente influenzabili e che molti casi si erano dimostrati resistenti a precedenti terapie (compreso l'elettroshock)», il meprobamato poteva essere considerato «un importante rimedio terapeutico contro alcune manifestazioni di psico-nevrosi, anche se non sempre sicuro e risolutivo». Il farmaco agiva sulla componente affettiva della malattia (ansia, irrequietezza, depressione), sull'insonnia e sulla tachicardia, mentre l'idea compulsiva e le manifestazioni somatiche dell'isteria (paralisi, singhiozzo) erano resistenti al trattamento. Tuttavia, quando la componente emotiva veniva

14 F. Fasanaro, D. Ventra, *Un nuovo farmaco tranquillante: il meprobamato. Esperienze cliniche*, in "Minerva medica" 1956, 22 dicembre 1956, 47/102, pp. 2169-2175.

15 F. Lemere, *Habit-forming properties of meprobamate*.

16 F. Fasanaro, D. Ventra, *Un nuovo farmaco tranquillante*, p. 2172.

rimossa, queste manifestazioni risultavano fastidiose ma sopportabili¹⁷. Nelle reazioni psicogene si ottenevano risultati positivi nel 70% dei casi. Tali risultati si ottenevano anche con i comuni sedativi o neuroplegici, ma il meprobamato evitava l'astenia indotta da questi ultimi e la depressione psichica indotta dai barbiturici. La conclusione fu:

In definitiva, pur non condividendo l'eccessivo entusiasmo di alcuni autori nordamericani e mettendo in guardia da possibili eccessi, riteniamo che il meprobamato sia un farmaco molto utile come tranquillante in alcune forme di nevrosi endogene o reattive, dove la componente emotiva gioca un ruolo notevole nella sintomatologia clinica.¹⁸

Il secondo articolo, *L'azione tranquillante di un nuovo farmaco neurolettico*, era di S. Colombati della Clinica delle Malattie Nervose e Mentali dell'Università di Bologna. Era descritto¹⁹ uno studio su 32 pazienti con vari disturbi, tra cui ansia e depressione. Il meprobamato, pur non risultando utile per la psicosi, si era dimostrato efficace nel ridurre la tensione muscolare e lo stress senza effetti collaterali significativi. Dei 32 pazienti, 12 erano ricoverati e 20 ambulatoriali. I primi erano così suddivisi:

tre affetti da una forma di nevrastenia ansiosa grave, con manifestazioni di carattere cenestopatico piuttosto intense che li rendevano inattivi, scoraggiati e non rispondenti alla psicoterapia, tre affetti da una forma di 'depressione minore' nel senso specificato da Delay, due con manifestazioni comiziali di tipo psicomotorio con disturbi del carattere, due con una forma di distimia ansiosa e due psicastenici con manifestazioni cefalalgiche.

I pazienti ambulatoriali «appartenevano a quell'ampio gruppo di pazienti che si presentano allo psichiatra con un facile esaurimento, con occasionali crisi d'ansia e difficoltà di concentrazione, per lo più astinenti e irrequieti con una lunga serie di disturbi soggettivi che vanno dal dolore diffuso alla cefalea e sui quali l'insonnia è il sintomo dominante».²⁰ Il farmaco fu somministrato anche a quattro studenti che si sentivano particolarmente ansiosi e tesi in vista degli esami (con un dosaggio ridotto rispetto agli altri soggetti) e si constatò che non vi era alcun disturbo degli aspetti ideo-motori della personalità. Nessun paziente aveva lamentato stanchezza e i valori ematici rimasero invariati in tutti.

Nel terzo articolo, *Sull'uso di un nuovo farmaco ad azione sedativa: il 2-metil-2-N-propil-1,3 propandiolo dicarbammato*, S. Rigotti della Clinica delle Malattie Nervose

17 Ivi, p. 2174.

18 Ivi, p. 2175.

19 S. Colombati, *L'azione tranquillante di un nuovo farmaco neurolettico*, in "Minerva medica", 1956, 22 dicembre 1956, 47/102, pp. 2175-2178.

20 Ivi, p. 2177.

e Mentali dell'Università di Padova descrisse²¹ la sua sperimentazione che aveva coinvolto principalmente pazienti con psiconevrosi nevrastenica, trattati con 2-4 compresse di meprobamato al giorno, fornite da Lepetit nel 1955. L'unico effetto collaterale osservato fu la sonnolenza in 5 pazienti, che si risolse in 3 casi dopo una settimana e portò all'interruzione del trattamento negli altri 2. La maggior parte dei pazienti, soprattutto quelli affetti da psiconevrosi ossessiva, aveva mostrato ottimi risultati, mentre nelle distimie il miglioramento aveva riguardato solo l'insonnia. Non c'era stato adattamento al farmaco e non c'erano stati problemi al momento dell'interruzione. Il saggio si concludeva sottolineando l'utilità dei nuovi tranquillanti nella comprensione dei meccanismi della nostra psiche, in particolare degli stati d'ansia: essi sono dovuti a un malfunzionamento dei centri sottocorticali e alla presenza di sensazioni anomale provenienti dalla periferia.

Il quarto articolo fu: *Effetti della somministrazione di 2-metil-2-N-propil-1,3 propandiolo dicarbammato (meprobamato) nel folle* di S. Imberciadori e D. Manganaro, rispettivamente della Clinica delle malattie Nervose e mentali dell'Università di Ferrara e dell'Ospedale neuropsichiatrico "S. Girolamo" di Volterra.²² Dopo aver analizzato i risultati confortanti della letteratura esistente, gli autori riportavano il loro studio clinico che comprendeva 75 pazienti, per lo più ricoverati presso l'Ospedale neuropsichiatrico "S. Girolamo" di Volterra. Lo studio aveva coinvolto 39 maschi e 36 femmine, di età compresa tra i 24 e gli 82 anni, con diverse diagnosi: 26 schizofrenici, 22 distimici, 9 dementi, 8 epilettici, 5 alcolisti, 3 psiconevrotici, 1 psicastenico e 1 ammalato di corea di Huntington. Tra gli schizofrenici, 8 avevano mostrato un miglioramento dei sintomi. I pazienti con epilessia e demenza avevano registrato una riduzione dell'aggressività e dell'irrequietezza. I soggetti dipendenti dall'alcol avevano beneficiato di un monitoraggio prolungato e quelli con psiconevrosi avevano sperimentato calma e normalizzazione del sonno, anche se il mal di testa era stato più difficile da trattare. Gli psicastenici avevano ridotto l'ansia e i soggetti affetti da corea avevano trovato un sollievo dall'agitazione psicomotoria. Il meprobamato era risultato sicuro ed efficace, in particolare per l'ansia e l'agitazione mentale, anche a basse dosi. L'eventuale sonnolenza poteva essere alleviata riducendo il dosaggio. Conclusione: «I risultati sono notevoli e quindi degni di grande attenzione.»

Il quinto articolo – *Esperienza terapeutica con i meprobamati in psichiatria* – di C. Catalano-Nobili e G. Cerquetelli della Casa di cura "Villa santa Rita" di Roma, dopo una rassegna di altri tranquillanti, si soffermava²³ sulla loro esperienza con

21 S. Rigotti, *Sull'impiego di un nuovo farmaco ad azione sedativa: il 2-metil-2-N-propil-1,3 propandiolo dicarbammato*, in "Minerva medica", 1956, 22 dicembre 1956, pp. 2178-2181.

22 S. Imberciadori, D. Manganaro, *Effetti della somministrazione di 2-metil-2-N-propil-1,3 propandiolo dicarbammato (meprobamato) nei malati di mente*, in "Minerva medica", 1956, 22 dicembre 1956, 47/102 pp. 2181-2184.

23 C. Catalano-Nobili, G. Cerquetelli, *Esperienza terapeutica con i meprobamati in psichiatria*, in "Minerva medica" 1956, 22 dicembre 1956, 47/102, pp. 2185-2191.

il meprobamato, somministrato a 39 pazienti (400 mg, 2-4 volte al giorno per 2-4 mesi). Non avevano riscontrato effetti collaterali preoccupanti, solo un caso di lieve secchezza delle fauci. L'analisi per disturbi specifici aveva mostrato che il farmaco era stato efficace nei distimici (alcuni con depressione grave), permettendo loro di avere una vita sociale quasi normale, anche se non tutti erano tornati al lavoro. Nelle nevrosi d'ansia, aveva ridotto i sintomi, compresi quelli fobici, e molti pazienti erano stati in grado di tornare al lavoro. Nei disforici, aveva alleviato rapidamente le crisi, permettendo la ripresa delle attività quotidiane, senza alterare il loro carattere di base. Tuttavia, negli anancastici solo 2 pazienti avevano goduto di miglioramenti, limitati all'ansia. Gli autori commentarono: «In definitiva, riteniamo che questa sostanza, più di altri tranquillanti, possa diventare una parte standard del trattamento medico generale grazie alla sua comoda somministrazione, all'assenza di controindicazioni e di effetti collaterali e ai suoi ampi effetti tranquillanti.»²⁴

Nel sesto articolo, *Azione del meprobamato sui bambini piccoli. Risultati clinici ed elettroencefalografici* scritto da E. Lanzoni e G.B. Cavazzuti dell'Istituto di Clinica Pediatrica dell'Università di Modena, i due sperimentatori spiegavano²⁵ che avevano somministrato il farmaco a pazienti della prima infanzia per ottenere uno stato di calma sufficiente a sottoporli all'elettroencefalogramma, senza avere, però, interferenze sulla rilevazione. I risultati erano stati eccellenti, anche perché la sedazione era stata ottenuta senza indurre il sonno (che avrebbe interferito con il tracciato) e non era stata rilevata alcuna tossicità nel preparato.

4.1.2.2 Anno 1957

In *Minerva Medica Scientifica* del 1957 troviamo i seguenti riferimenti al meprobamato:

1) Il meprobamato in geriatria. Nell'articolo *Aspetti farmacoterapeutici della riabilitazione: l'uso del meprobamato in geriatria*, M. Repaci e L. Vergani descrissero²⁶ un'esperienza limitata a 14 pazienti trattati per 20 giorni con tre compresse al giorno (400 mg ciascuna). I risultati erano stati quasi sempre positivi: tra i cinque casi di marcata aggressività, due avevano mostrato un miglioramento sorprendente, due un discreto miglioramento e solo un caso (un alcolista cronico) non aveva tratto beneficio. Tre dei quattro pazienti disorientati nello spazio e nel tempo avevano migliorato l'orientamento spaziale. I pazienti psicotici erano migliorati solo nell'insonnia, mentre il caso di demenza era rimasto invariato. Non erano stati segnalati effetti collaterali, a parte la sonnolenza iniziale in due casi.

²⁴ Ivi, p. 2191.

²⁵ E. Lanzoni, G.B. Cavazzuti, *Azione del meprobamato sui bambini della prima infanzia. Rilevi clinici ed elettroencefalografici*, in "Minerva medica", 1956, 22 dicembre 1956, 47/102, pp. 2191-2192.

²⁶ M. Repaci, L. Vergani L., *Aspetti farmaco-terapeutici della riabilitazione: l'uso del meprobamato in geriatria*, in "Minerva medica", 1957, 21 febbraio 1957, 48/15, pp. 606-607.

2) Il meprobamato nelle malattie reumatiche. In una breve nota²⁷ D. Campanacci riferiva un articolo di R.T. Smith, L.F. Hermann, K.M. Kron e W.P. Peak,²⁸ che riportava i loro esperimenti con il meprobamato nelle malattie reumatiche, in particolare fibrositi e contratture muscolari. Somministrato alla dose di 400 mg al giorno, il meprobamato aveva migliorato i sintomi nell'83,3% dei 232 casi studiati. Il farmaco si era rivelato efficace anche quando era stato utilizzato in associazione alla terapia steroidea, consentendo di ridurre i dosaggi degli steroidi.

3) Il meprobamato in chirurgia e traumatologia. Nel suo studio *Studio clinico e considerazioni generali sulla possibilità di utilizzare i cosiddetti 'farmaci tranquillanti' - il meprobamato - in chirurgia generale e traumatologia*, il Dr. Aldo Assi riferiva²⁹ dell'uso del meprobamato in pazienti in fase pre- e post-operatoria. Il regime di trattamento prevedeva la somministrazione di 88 mg di farmaco la sera prima dell'intervento, 800 mg due ore prima dell'intervento e altri 800 mg la sera dopo il risveglio completo del paziente dall'anestesia. L'obiettivo era quello di utilizzare le proprietà di rilassamento muscolare del farmaco per alleviare l'ansia dei pazienti al momento dell'intervento, con successo in una buona percentuale di casi. La somministrazione del farmaco vicino al momento dell'anestesia mirava a migliorare l'anestesia di base senza ridurre il dosaggio dell'anestetico. Questo approccio aveva portato a un'anestesia di base più completa e profonda, a una riduzione del periodo di induzione e a una diminuzione dell'eccitazione e del delirio, mentre lo stadio dell'anestesia chirurgica e il dosaggio dell'anestetico erano rimasti invariati. Tuttavia, i benefici non erano stati abbastanza sostanziali da giustificare l'uso di routine del farmaco, soprattutto considerando alcuni inconvenienti, come l'aumento delle secrezioni salivari e bronchiali e la facilità di transizione dall'anestesia chirurgica alla paralisi bulbare. Questi aspetti suggerivano una potenziale intolleranza o tossicità, evidenziando la necessità di ulteriori ricerche per confermare la sicurezza e l'efficacia del meprobamato prima di approvarne l'uso diffuso. In traumatologia, i risultati erano stati più favorevoli, con una chiara, se non completa, remissione dei sintomi associati allo "shock" in molti casi. Il farmaco aveva mostrato buoni effetti anche nella gestione dell'ipertono muscolare. Il meprobamato si era dimostrato efficace per condizioni quali tensione, agitazione, ansia, manciniismo, nevrosi, psiconevrosi, confusione, depressione e crisi epilettiche traumatiche, con vere e proprie guarigioni o notevoli miglioramenti in alcuni casi. Tuttavia, concludevano gli autori,

27 D. Campanacci, *Il meprobamato nelle malattie reumatiche*, in "Minerva medica", 1957, 19 maggio 1957, 48/40 p. 1795.

28 R.T. Smith, L.F. Hermann, K.M. Kron, W.P. Peak, *Meprobamate (Miltown) in rheumatic disease*, in "JAMA", 1957, 163/7, pp. 535-538.

29 A. Assi, *Studio clinico e considerazioni generali sulla possibilità di usare le cosiddette 'droghe tranquillanti' - Meprobamato - in chirurgia generale e traumatologia*, in "Minerva medica", 1957, 9 giugno 1957, 48/46 p. 2034.

erano necessarie ulteriori ricerche prima di accettare incondizionatamente l'uso del meprobamato.

4) Meprobamato e tentato suicidio: tre casi. S. Rocchietta riferì³⁰ quanto presentato da M. G. Woodward³¹. Un paziente aveva ingerito 96 compresse da 400 mg, un altro (in stato di ubriachezza) 50 compresse e l'ultimo 48. Nessuno era morto. La durata del coma era stata proporzionale alla quantità di farmaco ingerito; gli effetti tossici erano stati: incoscienza con shock cardiovascolare e probabile depressione del centro respiratorio; il trattamento era consistito nel ripristino della funzione respiratoria e circolatoria. La conclusione fu: «la possibilità di uso suicida dovrebbe essere tenuta presente quando si prescrive il meprobamato».

5) Il meprobamato potenziato per eliminare gli svantaggi del meprobamato: D. De Maio, A. Zubiani e F. Luckenbach riportarono³² un'esperienza di un anno su pazienti ricoverati presso l'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Milano o trattati in un dispensario. I pazienti avevano ricevuto una combinazione di Cronaxil e Meprobamato, fornita dalla ditta Maggioni di Milano. Il Cronaxil era stato somministrato in dosi da 10-20 mg a 20-60 mg al giorno insieme a una dose dimezzata di meprobamato (800 mg al giorno). I risultati dell'esperimento avevano dimostrato che il Cronaxil da solo non aveva alcun effetto sui sintomi psichici dei pazienti e che il meprobamato a metà dose era inefficace. Tuttavia, la combinazione aveva portato a cure efficaci nell'80% dei casi, riducendo l'ansia, l'irritabilità, l'irrequietezza e la tensione muscolare, eliminando rapidamente il mal di testa, regolando il sonno, migliorando la cenestesia e normalizzando rapidamente la funzione sessuale. Non era stato osservato alcun effetto collaterale, contrariamente a quanto riferito sull'uso del solo meprobamato, che comprendeva effetti gravi come porpora emorragica, diarrea, paralisi temporanea dei muscoli oculari, agitazione psicomotoria paradossale, depressione acuta, dipendenza e casi fatali.

6) Il meprobamato nei disturbi cardiovascolari. F. Fontanini e A. Rivi dell'Istituto di Patologia Medica di Modena descrissero la loro esperienza³³ col meprobamato (Oasis, fornito dalla ditta Simea di Milano) su pazienti non psichiatrici, esperienza motivata dagli studi in letteratura che suggerivano potenziali benefici al di fuori dell'ambito psichiatrico. In particolare, i due autori erano stati interessati all'azione sedativa sottocorticale del meprobamato senza effetti

30 S. Rocchietta, *Tre casi di tentato suicidio con meprobamato*, "Minerva medica scientifica", 1957, 15 settembre 1957, 48/47 p. 2947.

31 M.G. Woodward, *Attempted suicide with meprobamate*, in "Northwest Medicine", 1957, 56/3, pp. 321-322.

32 D. De Maio, A. Zubiani, F. Luckenbach, *Sull'impiego, in terapia psichiatrica, di un meprobamato potenziato (Cronaxil-Meprobamato)*, in "Minerva medica scientifica" 1957, 47/102, pp. 4464-4466.

33 F. Fontanini, A. Rivi, *Prime esperienze sull'impiego del meprobamato nella terapia delle affezioni cardiovascolari*, in "Minerva medica", 1957, 26 dicembre 1957, 48/103, pp. 4499-4503.

collaterali e alla teoria che gli stimoli psicogeni potessero influenzare il sistema neuro-vegetativo attraverso i centri diencefalici, causando disturbi funzionali in vari organi. Avevano coinvolto 52 pazienti ospedalizzati con sindromi cardiache funzionali, cardiopatie organiche e sindromi ipertensive. Nei pazienti con sindromi cardiache funzionali, i risultati erano stati significativi; nei pazienti con cardiopatia organica, i risultati erano stati molto variabili; nei pazienti con sindromi ipertensive, i risultati erano stati eccellenti. Inoltre, il farmaco era stato ben tollerato da tutti i pazienti. Il giudizio finale degli autori fu complessivamente molto favorevole.

Possiamo concludere questa indagine notando che i giudizi sul meprobamato in “Minerva Medica” sono stati ampiamente positivi per tutto il periodo 1956-1957. Quasi tutti i medici – di varie specialità – che riportarono le loro esperienze confermarono l’efficacia del farmaco nel trattamento dell’ansia e dell’insonnia, auspicando anche future applicazioni in campi delicati come l’ostetricia. Quasi nessuno segnalò effetti collaterali diretti: Fantoni citò un caso di eritema accompagnato da febbre; Rigatti, Manganaro e Repaci notarono sonnolenza in alcuni casi iniziali. Tuttavia, si trattava di effetti collaterali lievi. Solo Assi e Demaio aprirono una finestra su questo aspetto. Assi, che aveva sperimentato il farmaco in analgesia, aveva riscontrato alcuni importanti inconvenienti (aumento delle secrezioni salivari e bronchiali e facilità di passaggio dall’anestesia chirurgica alla paralisi bulbare) e aveva sollevato il sospetto di una possibile intolleranza o tossicità del farmaco, che avrebbe dovuto essere ulteriormente indagata. De Maio riportò la presenza di effetti collaterali del meprobamato, che potevano essere eliminati dimezzando le dosi e associandolo a Cronaxil. L’elenco comprendeva disturbi significativi: porpora emorragica, diarrea, paralisi temporanea dei muscoli oculari, agitazione psicomotoria paradossa, depressione acuta, dipendenza e casi fatali. Kaminnsky, B. Sevinsky e A. Kaplan sottolinearono l’esiguità di casi clinici in cui il farmaco era stato testato; tuttavia, questi avvertimenti erano accompagnati da un gran numero di recensioni positive. Non sorprende quindi che il farmaco si sia diffuso così tanto in Italia nel 1957. Era comprensibile aspettarsi una sua facile prescrizione da parte dei medici di base.

4.2 “Il Policlinico”

La rivista “Il Policlinico” iniziò le sue pubblicazioni nel 1893 sotto gli auspici della casa editrice Luigi Pozzi di Roma. Inizialmente la rivista era divisa in due sezioni (medica e chirurgica), dirette dai professori Guido Baccelli e Francesco Durante, titolari delle cattedre di Medicina Generale e Chirurgia Generale dell’Università “La Sapienza” di Roma. Due anni dopo si aggiunse la “Sezione pratica”, finalizzata all’aggiornamento dei medici. Nel corso del tempo, è stata diretta dai vari direttori che si sono succeduti alla cattedra di Medicina Generale dell’Università “La Sapienza” di Roma. Dal 1925, la casa editrice si espanse

anche nella produzione di volumi di medicina, chirurgia, psicologia e diritto sanitario. Ci concentriamo su *Il Policlinico* - sezione pratica. Il volume riportava pochissime pubblicità (Mydazil, Irradyol b12 ricostituente e Decavit multivita-mine) e nessuna del meprobamato. Al contrario, ha considerato il meprobamato molte volte in articoli scientifici e in relazioni di articoli scientifici.

Nel 1956, troviamo solo la traduzione dell'articolo di D. M. Leiberman e G.F. Vaughan.³⁴ In esso, gli autori presentarono i farmaci che alleviavano l'agitazione e l'ansia, fornendo calma senza causare sonnolenza o compromettere la coscienza. Li classificarono in due gruppi: 1) quelli efficaci nelle psicosi e nelle condizioni organiche del cervello (ad esempio, clorpromazina, reserpina) e 2) quelli per le nevrosi e i disturbi funzionali minori (ad esempio, antistaminici, meprobamato). Mentre i meccanismi del primo gruppo erano stati in parte compresi, quelli del secondo rimanevano poco chiari. Gli autori sottolinearono il successo del meprobamato nel ridurre la paura e l'ansia nella vita moderna: «a piccole dosi riesce a vincere gli stati di paura e di angoscia che non si manifestano in nevrosi ben definite e che sono così comuni nella vita agitata moderna». Tuttavia, rimarcarono che era stato ampiamente utilizzato «anche senza precise indicazioni mediche da persone che cercano di calmare i loro spiriti turbati dagli eventi della vita quotidiana». Pertanto, raccomandavano che le dosi fossero commisurate alle reazioni collaterali individuali, che potevano essere: sonnolenza, debolezza muscolare, disturbi gastrici, eruzioni cutanee. Infine, misero in guardia da un uso improprio che avrebbe potuto portare alla dipendenza: «non devono essere usati per sfuggire a preoccupazioni e affezioni contingenti, per evadere dalla realtà, e quindi portare all'abitudine e alla dipendenza e quindi a una nuova tossicodipendenza».

Nel 1957, invece, «*Il Policlinico*» presentò una serie di riferimenti al meprobamato. Nell'editoriale del giugno 1957 si lanciava³⁵ l'allarme per l'eccessiva diffusione del meprobamato a partire dal febbraio 1957 e si sottolineava che il boom riguardava solo quello specifico tranquillante. Si trattava di un boom simile a quello degli Stati Uniti (dove fino al 1956 erano stati venduti 30 miliardi di compresse). Venivano individuate quattro cause del fenomeno: 1) la reale efficacia del farmaco; 2) la sua bassa tossicità; 3) l'ampia campagna pubblicitaria; 4) la preoccupante diffusione del disturbo che si intende trattare, cioè l'ansia.³⁶ La diagnosi e la prescrizione dovrebbero sempre essere fatte da un medico, invece «Questo si compra in farmacia come ansiolitico o come cerotto, dopo essere stato consigliato da un amico o conoscente in ufficio, sul tram, al bar». Inoltre,

34 D.M. Leiberman, G.F. Vaughan, *Current Therapeutics. CVII. Tranquillizers*, in "Practitioner", 1956, 177/1061, pp. 632-638; trad. it. *I farmaci "tranquillizzanti"*, in "Il Policlinico", 1956, 63/51, pp. 1846-1848.

35 *Un 'tranquillante' che comincia a preoccupare*, in "Il Policlinico", 1957, 64/22, pp. 825-827.

36 A questo proposito, l'editorialista ricordava come già alla fine del XIX secolo, quando si iniziò a parlare di nevrastenia, tutti «volevano essere nevrastenici».

esistevano casi in cui l'ansia era un sintomo di una malattia organica, come un tumore al cervello, l'ipertensione arteriosa, la sclerosi a placche, il diabete mellito, la sindrome sideropenica: eliminarla conduceva a ritardarne il riconoscimento e poteva essere fatale. L'articolo metteva pure in guardia dagli effetti collaterali³⁷ che erano sempre possibili, anche se fino ad allora si erano verificati in piccole percentuali: ciò accadeva sempre nel caso dei farmaci di nuova introduzione. Concludeva con una pesante nota etica, evidenziando come «gli effetti più importanti prodotti sul paziente consistono, come si dice comunemente, nel 'rendere il suo comportamento socialmente più accettabile'». ³⁸ In questo modo, l'interesse del malato veniva sacrificato a favore di quello di chi lo circonda. Non sembrava giusto, per fare un esempio banale, che il marito cercasse di creare un ambiente domestico più sereno per sé somministrando meprobamato alla moglie più o meno legittimamente «nervosa». Se l'ansia era una «variazione fisiologica o addirittura logica del nostro comportamento e della nostra reattività individuale agli stimoli dell'ambiente esterno, era più giusto cercare di cambiare l'ambiente ed eliminare innanzitutto le cause esterne che sostenevano l'ansia!»³⁹ Inoltre, un «ragionevole e contenuto stato di ansia, di insoddisfazione» era la molla del progresso umano

e sarebbe forse pericoloso per l'individuo, per il medico e per la società, se si potesse smorzare a piacimento questa fiamma che arde nel meglio. E anche se si volesse aderire a un'etica stoica ed epicurea, vedendo nell'atarassia la suprema aspirazione dell'uomo, questa non deve essere 'patologica, provocata artificialmente a comando', ma deve derivare da un'autonoma maturazione interiore.

Infine, l'editorialista riassume i benefici (sottolineando che «i risultati sono eccellenti e i fenomeni di intolleranza trascurabili»), ma metteva in guardia da una diffusione indiscriminata «non più controllata dal medico, ma sostenuta soprattutto da una volgarizzazione superficiale, inesatta e interessata».⁴⁰

Proseguiamo con gli altri riferimenti al meprobamato.

37 Questi erano: edema angioneurotico, orticaria, eritema, febbre artralgica, porpora con o senza trombocitopenia, broncospasmo, aritmie cardiache, lipotimia, eccitabilità nervosa, diarrea, pirosi o dolore epigastrico, cefalea, diplopia, eccessiva euforia (per lo più in seguito a dosi eccessive del farmaco), disartria, incoordinazione, sonnolenza e diminuzione della prontezza di riflessi (pericolosa per la guida). «È possibile anche la dipendenza (come ha sottolineato l'OMS): In questo caso, la sospensione del farmaco può essere penosa, ma senza causare una vera e propria sindrome da astinenza, poiché la dipendenza da meprobamato è di natura puramente psichica» (Ivi, p. 827).

38 *Ibid.*

39 Ivi, p. 828.

40 *Ibid.*

1) Il dr. Pagliari, nella rubrica “Il Policlinico risponde”, definì⁴¹ il farmaco «ideale per un uso prolungato e ripetuto al bisogno nella tensione premestruale».

2) Il Dr. Pauluzzi, nella rubrica “Note per il medico praticante”, riferì⁴² l’articolo di Schneider e Villa.⁴³ Essi avevano dimostrato sperimentalmente che il meprobamato era efficace (i risultati positivi superavano nettamente quelli dovuti al placebo) ma solo nelle psiconevrosi reattive e nelle depressioni endogene o miste (non nella schizofrenia, nei disturbi psicosomatici, nelle psicosi organiche e nell’epilessia). Gli effetti collaterali erano stati scarsi, anche con un uso prolungato per mesi, e si erano verificati solo due casi di reazione allergica (leucopenia nel primo e sonnolenza diurna all’inizio della terapia nel secondo). Pauluzzi concluse affermando che: «La scarsità di effetti collaterali non deve tuttavia indurre a un uso indiscriminato del meprobamato, come sembra essere di moda.»⁴⁴

3) Un trafiletto a firma “a.a.” riportò⁴⁵ un rapporto dell’OMS sui pericoli dei tranquillanti «il cui uso si è diffuso in tutto il mondo negli ultimi tempi, destando preoccupazione»: esso includeva gli ansiolitici tra quelli che causano dipendenza (si faceva riferimento al caso di un paziente che, dopo un mese di meprobamato, era stato colto da fenomeni convulsivi quando il farmaco era stato sospeso) e richiamava l’attenzione sulla possibilità che questi farmaci potessero causare anche veri e propri fenomeni di accumulo. Raccomandò di continuare gli studi clinici per accertare le caratteristiche di questi farmaci e auspicò che fossero venduti solo su prescrizione medica e che i controlli fossero effettuati su tutto il territorio nazionale.

4) Di nuovo Pauluzzi intervenne⁴⁶ riportando la sperimentazione clinica riferita da Leimgardt e Kittel,⁴⁷ svolta su pazienti affetti da distonia neurovegetativa, ulcera peptica gastro-duodenale, disturbi pre e post climaterici, osteocondrosi cervicale e in pazienti cranici post-operatori. Gli effetti terapeutici erano stati generalmente eccellenti e rapidi e il farmaco era stato ben tollerato, con un solo caso di orticaria riportato come effetto collaterale.

Vediamo che ne “Il Policlinico”, pur facendo riferimento a casi di efficacia, sicurezza e tolleranza del farmaco, c’è la consapevolezza che il ridotto numero di casi con effetti collaterali significativi può essere dovuto alla novità del farmaco

41 Pagliari, *Il meprobamato nella tensione premestruale*, in “Il Policlinico”, 1957, 64/34, p. 1242.

42 Pauluzzi, *Il meprobamato nella pratica psichiatrica ambulatoriale*, in “Il Policlinico”, 1957, 64/45, p. 1682.

43 P.B.Schneider, J.-L.Villa, *Le Méprobamate dans la pratique psychiatrique ambulatoire*, in “Schweizerische Medizinische Wochenschrift”, 1957, 87, pp. 976-980.

44 Pauluzzi, *Il meprobamato nella pratica psichiatrica ambulatoriale*, p. 1682.

45 *Indagini dell’OMS sui farmaci “tranquillanti”*, in “Il Policlinico”, 1957, 64/16, p. 614.

46 Pauluzzi, *Esperienze cliniche col Miltan*, in “Il Policlinico”, 1957, 64/46, p. 1480.

47 Leimgardt H., Kittel E., *Klinische Erfahrungen mit Miltan*, in “Medizinische Klinik”, 1957, 52, p. 1271.

(e al conseguente numero limitato di utilizzatori), e che il meprobamato è ormai largamente diffuso, analogamente a quanto è avvenuto negli USA. Inoltre, viene espressa un'importante preoccupazione etica: con il meprobamato si rischia di sottomettere le persone per costringerle ad accettare situazioni che causano loro grande sofferenza, mentre l'ansia (una volta esclusa un'origine fisiologica, come conseguenza di altre malattie) dovrebbe essere vista come un segnale che spinge la persona che ne è affetta a mutare certi aspetti della propria vita.

4.3 Ulteriori riflessioni

Le due riviste, "Minerva Medica" e "Il Policlinico", offrono prospettive significativamente diverse sul meprobamato, riflettendo approcci distinti al nuovo farmaco tranquillante che si stava rapidamente diffondendo in Italia a metà degli anni cinquanta.

"Minerva Medica" accoglie con entusiasmo il meprobamato, evidenziandone l'efficacia in una vasta gamma di contesti clinici. Gli articoli pubblicati sottolineano i successi ottenuti nel trattamento dell'ansia, dell'insonnia e di disturbi psichiatrici minori, presentando risultati clinici generalmente positivi. Le applicazioni del farmaco si estendono anche ad ambiti extra-psichiatrici, come la chirurgia, la ginecologia e persino la dermatologia, dove il meprobamato sembra offrire benefici rilevanti. Pur riconoscendo qualche effetto collaterale, gli autori tendono a minimizzarne l'importanza, descrivendoli come lievi e transitori. Tuttavia, non mancano voci che richiamano l'attenzione sui possibili rischi legati alla dipendenza e agli effetti collaterali più gravi, sollecitando ulteriori ricerche per consolidare le conoscenze sul farmaco. Complessivamente, la rivista veicola un'immagine del meprobamato come un'importante innovazione terapeutica, destinata a diventare un pilastro nel trattamento di diverse patologie.

Diverso è l'atteggiamento de "Il Policlinico" che, pur riconoscendo l'efficacia del meprobamato, assume una posizione più critica e riflessiva. La rivista esprime preoccupazione per la rapida diffusione del farmaco, sottolineando come spesso venga utilizzato in modo indiscriminato, senza un adeguato controllo medico. Un editoriale del 1957 evidenzia come il meprobamato stia diventando una "soluzione facile" per affrontare le ansie della vita moderna, favorito da una massiccia campagna pubblicitaria. Viene inoltre sollevata una questione etica: l'uso del farmaco rischia di essere finalizzato a rendere i pazienti più "socialmente accettabili" piuttosto che a curare le cause profonde della loro ansia. In particolare, si critica il fatto che il meprobamato venga spesso somministrato per comodità di chi circonda il paziente, anziché come parte di una terapia mirata. La rivista avverte anche sui rischi legati alla dipendenza e sugli effetti collaterali, pur riconoscendo che questi ultimi siano relativamente rari.

Mentre "Minerva Medica" celebra il potenziale terapeutico del meprobamato, contribuendo alla sua accettazione nel panorama medico italiano, "Il

Policlinico” invita alla cautela, richiamando l’attenzione sui rischi di abuso e sulle implicazioni etiche della sua ampia diffusione.

In conclusione, è abbastanza comprensibile che i medici di famiglia nel 1956-1957 fossero inclini a prescrivere il meprobamato con poca esitazione. In quel periodo, “Minerva Medica”, la rivista medica più letta e influente per i medici, non solo presentava numerose pubblicità che promuovevano il farmaco, ma pubblicava anche una serie di articoli che dipingevano un quadro altamente positivo del suo profilo di sicurezza. Questi articoli rassicuravano i medici sul fatto che il meprobamato non era tossico, non induceva dipendenza e non poneva problemi significativi di astinenza. Questa comunicazione coerente e ottimistica ha probabilmente contribuito a diffondere la convinzione che il farmaco fosse un’opzione sicura ed efficace per la gestione dell’ansia dei pazienti e di altre condizioni correlate. È ben vero che “Il Policlinico” metteva in guardia contro l’eccessiva prescrizione di meprobamato, evidenziando i potenziali effetti collaterali del farmaco e mettendo in dubbio la moralità dell’uso per sedare i pazienti e indurli a tollerare situazioni familiari o lavorative difficili che, dal punto di vista etico, avrebbero dovuto essere affrontate o modificate. Purtroppo, a causa della portata limitata della rivista e della pubblicazione di tali critiche a metà del 1957 – quando il meprobamato era in circolazione da quasi un anno –, queste avvertenze potrebbero non aver avuto un impatto significativo sulle pratiche di prescrizione, messe in ombra dal discorso più pervasivo e rassicurante presente nelle pubblicazioni più grandi e influenti.

Conclusioni

Nel suo testo *Appunti per una storia della pubblicità farmaceutica*, citato nell'introduzione del presente libro, Lomagno afferma che la pubblicità farmaceutica dagli anni 1950-1955 muta radicalmente a causa di due fenomeni principali: la scoperta dei sulfamidici e della penicillina, che col loro successo clinico ed economico provocarono una rivalutazione anche della figura sociale del medico, un aumento della richiesta di cure da parte della popolazione, l'investimento da parte delle industrie farmaceutiche di grandi capitali nella ricerca che condussero alla scoperta di nuove sostanze farmacologicamente attive le quali stimolarono la ricerca anche in altri settori; la diffusione in Italia della mutualità sanitaria, che comportò un rapido incremento dei consumi sanitari. Poiché la figura chiave per orientare i consumi sanitari era diventata il medico, le industrie diressero i loro sforzi in questa direzione.

La pubblicità su quotidiani e riviste praticamente scomparve. Quella dei farmaci da banco, pochi, in quanto molti dei prodotti che avrebbero potuto rientrare in questa categoria erano prescrivibili a carico delle casse mutue, era rivolta esclusivamente ai farmacisti e si avvaleva di mezzi prevalentemente commerciali, quali sconti particolarmente allettanti, omaggi di espositori od altro materiale, premi collegati al raggiungimento di acquisto, ecc. La vecchia e gloriosa grafica pubblicitaria aveva perso gran parte della sua importanza ed era utilizzata solo più per realizzare i cartelli da esporre nelle vetrine delle farmacie.¹

Lomagno aggiunge che nasce in quegli anni una nuova figura: il propagandista medico, pronto ad aggiornare i medici circa le novità prodotte dalla sua ditta e a costituire un punto di riferimento a cui rivolgersi quando sorgeva qualche problema coi farmaci. Il materiale di cui disponevano i propagandisti erano campioni gratuiti da consegnare ai medici e una serie di documentazioni riguardanti le caratteristiche delle varie specialità.

Per quanto riguarda il meprobamato, possiamo confermare, sulla base dell'analisi che abbiamo condotto, quanto Lomagno ha asserito in generale, cioè che in Italia le aziende farmaceutiche non pubblicizzarono direttamente quel farmaco attraverso giornali o riviste tradizionali, né utilizzarono, come invece facevano con farmaci quali il Nervitin, l'escamotage dei trafiletti di note mediche per farlo conoscere, anche se il meprobamato era considerato all'epoca un farmaco da banco e anche se mancava una regolamentazione della pubblicità, ma attuarono una martellante pubblicità sulle riviste mediche. Tuttavia, il meprobamato trovò spazio nel dibattito pubblico grazie agli articoli su quotidiani e riviste che ne parlavano. Il "Corriere della Sera" fornì una copertura inizialmente positiva,

1 P. Lomagno *Appunti*, pp. 89-91.

con il reportage di Hedy Giusti che descriveva il successo statunitense dei tranquillanti come una moda accessibile, alimentando curiosità ed emulazione. Successivamente, altri autori come Mario Musella e Federico Pizzetti aggiunsero sfumature critiche, analizzando i rischi di abuso e riportando preoccupazioni espresse a livello internazionale.

“L’Unità”, invece, si pronunciò con toni apertamente critici, contestualizzando la diffusione dei tranquillanti come risposta inadeguata a problemi sociali e lavorativi più ampi. Giovanni Berlinguer evidenziò come l’aumento dei ritmi produttivi nelle fabbriche e l’ansia indotta dallo stress lavorativo fossero all’origine della domanda di tranquillanti, criticando l’approccio palliativo rappresentato dal farmaco. L’uso del meprobamato, secondo questa linea, non era una soluzione ma una rinuncia a modificare le condizioni strutturali che generavano disagio.

“Il Giorno” adottò una posizione equilibrata e attenta nei confronti del meprobamato, sottolineando sia i benefici del farmaco che i rischi di un uso indiscriminato. Riconobbe i suoi effetti positivi nel trattamento di ansia e nevrosi, nonché la sua utilità in specifici contesti medici, come la chirurgia e la pediatria. Tuttavia, il quotidiano evidenziava preoccupazioni etiche e sociali, in particolare il rischio che un uso massiccio di tranquillanti potesse portare a un “ottimismo artificiale” e a un appiattimento emotivo.

“La Stampa” trattò il tema dei tranquillanti, incluso il meprobamato – di cui riferì per primo –, all’interno di un dibattito più ampio sulle condizioni sociali e lavorative che favorivano la diffusione di tali farmaci. Pur riconoscendo il potenziale terapeutico dei tranquillanti, il quotidiano non solo sottolineava come essi non affrontassero le cause, ma anche poneva enfasi sulla necessità di un’educazione pubblica e di una regolamentazione per limitare gli abusi, suggerendo soluzioni più strutturali per affrontare le pressioni psicologiche dell’epoca.

Particolarmente interessante è stato il fronte cattolico. L’ “Osservatore romano” si esprime, a fine 1957, in maniera molto negativa verso i tranquillanti attribuendo il loro abuso alla “frenesia di consumare la vita in fretta”, rilevando da un lato la mancanza di conoscenza del meccanismo preciso con cui queste droghe agivano sul sistema nervoso e dall’altro la chiarezza delle conseguenze dell’abuso: casi di eczema, aumento dell’ansia, problemi digestivi e persino alcuni casi mortali. Esortò la società ad abbandonare l’idea che le droghe potessero offrire la tranquillità e la sicurezza di sé e a ricordarsi che solo lo Spirito può darle. “Famiglia Cristiana” evitò sia di sottolineare quanto fossero stressanti le condizioni lavorative e abitative dell’epoca sia (addirittura) di riferire le esortazioni del Vaticano, però la linea di pensiero era la medesima: evitare di far assumere tranquillanti alla leggera. Semplicemente, l’idea di “Famiglia Cristiana”, che forse aveva già capito quanto anche il semplice parlare di una sostanza contribuisse a farle pubblicità, fu di non parlarne in assoluto e di non buttare paglia sul fuoco del clima ansiogeno.

Le riviste generaliste considerate furono tutte molto caute nei confronti dei tranquillanti: “Epoca”, “Oggi”, “La Domenica del Corriere” scoraggiarono tutte l’uso indiscriminato dei suddetti farmaci, mettendo in luce soluzioni alternative per la gestione dello stress.

Tuttavia, le condizioni lavorative stressanti, l’urbanizzazione, i rumori cittadini e la paura di un conflitto nucleare creavano una pressione sociale che favoriva la ricerca di soluzioni immediate e pratiche. Perciò anche gli articoli critici, che mettevano in guardia contro l’abuso del farmaco e ne problematizzavano l’uso indiscriminato, possono aver paradossalmente contribuito a consolidarne la notorietà. Questa dinamica riflette il fenomeno psicologico per cui il semplice “parlarne”, anche in toni negativi, può fungere da pubblicità indiretta.

Un peso sui pazienti ebbe anche l’effetto moda, il fascino esercitato dagli Stati Uniti, in un’epoca non lontana dalla seconda guerra mondiale che aveva visto l’America come grande potenza salvatrice, all’avanguardia della scienza e della tecnologia, generosa negli aiuti per la ricostruzione e che, dunque, la indicava come modello da imitare.

Per quanto riguarda i medici, “Minerva Medica” si fece portavoce di una narrativa estremamente positiva, rassicurando i medici sulla sicurezza e sull’efficacia del farmaco e favorendone la prescrizione. L’immagine diffusa di un tranquillante versatile e privo di rischi ha certamente giocato un ruolo fondamentale nel convincere i medici di famiglia a prescriberlo con facilità. D’altro canto, l’approccio critico e riflessivo de “Il Policlinico”, che invitava alla cautela etica e medica, arrivò tardivamente e con una portata di lettori limitata, non riuscendo a contrastare efficacemente l’ottimismo diffuso dalle pubblicazioni più influenti.

Altre motivazioni per il consenso da parte dei medici sono emerse nel corso della nostra lettura: la consapevolezza (e diffusione) delle malattie psicosomatiche e l’eccessivo costo di terapie alternative, quali la psicoanalisi, la cui efficacia, peraltro, era scientificamente difficilmente comprovabile. Le motivazioni a favore della sua assunzione sembrano, quindi, essere state le medesime degli Stati Uniti e del Regno Unito, anche se in Italia il meprobamato era venduto come farmaco da banco.

Nel compiere il nostro percorso lungo giornali e riviste popolari e mediche abbiamo osservato un’epoca di snodo per la psicofarmacologia. Abbiamo sentito nominare la clorpromazina, primo farmaco antipsicotico, sintetizzato nel 1951 da Paul Charpentier e di cui vennero riconosciuti i potenziali per l’uso in psichiatria da Henri Laborit l’anno seguente. La clorpromazina fu il primo farmaco veramente efficace in casi di schizofrenia, nella fase maniacale dei pazienti affetti da disturbo bipolare, nelle psicosi senili e da abuso di sostanze psicotrope, non solo perché agiva come sedativo, ma anche perché riduceva le allucinazioni.

Esso avviò quel processo di liberazione dei pazienti dall'internamento nei manicomi e dai trattamenti brutali che venivano loro precedentemente imposti: bagni ghiacciati, camicie di forza, induzione del coma tramite insulina, elettro-shock. In Italia si poté così giungere – potremmo dire grazie a questo sostegno “materiale” – nel 1978 alla legge 180 che prevedeva² l'abolizione dei manicomi e istituiva i servizi di igiene sui territori. Il lato “non materiale” ma “ideologico” era stato il dibattito che aveva avuto luogo a partire dall'opera dello psichiatra Franco Basaglia sulla pari dignità dei pazienti rispetto agli altri esseri umani e, dunque, sui loro diritti. La legge porta il suo nome proprio per questo motivo, anche se non realizzava pienamente il suo progetto³ di riduzione del potere verticale delle istituzioni psichiatriche e dei suoi dirigenti/operatori (medici, infermieri) sui pazienti, a favore di un approccio orizzontale, da persona a persona, mirato non a difendere la società da un pericolo, ma a riportare alla vita sociale il paziente.

Inoltre, abbiamo visto, attraverso gli articoli sui tranquillanti, che lentamente in quegli anni si imparò sperimentalmente a distinguere i target dei vari medicinali (il meprobamato si rivelò adatto, ad esempio, ai nevrotici e non agli psicotici). Lentamente si avvertì la necessità di protocolli regolamentati per l'immissione in commercio dei farmaci (esperimenti in doppio cieco con attribuzione casuale del farmaco o del placebo, numero significativo di casi, controllo degli effetti sui feti, ecc.). Attualmente, l'iter che una molecola deve seguire per essere considerata un farmaco prevede una sperimentazione pre-clinica e una clinica. Nella pre-clinica, inizialmente sono eseguiti gli studi “in vitro”, cioè la sostanza viene messa in provetta insieme a colture cellulari o a microrganismi e sottoposta a una serie di test per verificare i suoi potenziali terapeutici; poi si eseguono studi “in vivo”, sugli animali, per verificare l'efficacia, la farmacocinetica⁴ e la tossicità del prodotto. La sperimentazione clinica prevede, poi, quattro fasi. La prima (finalizzata a evidenziare possibili effetti collaterali in relazione al dosaggio) coinvolge nella maggior parte dei casi un numero limitato di volontari sani (e non predisposti a malattie): solo se il farmaco è mirato per gravi patologie, questi studi possono essere condotti direttamente su pazienti che ne sono affetti. I volontari vengono divisi in più gruppi, ciascuno dei quali riceve una diversa dose di farmaco. Se e solo se il farmaco dimostra di avere un livello di tossicità accettabile rispetto al beneficio previsto, può passare alla fase 2, biennale, nella quale si indagano l'attività terapeutica del prodotto e il suo dosaggio migliore in relazione ad alcuni parametri indicatori della salute del paziente (es. la pressione sanguigna). La sostanza è somministrata a soggetti volontari affetti dalla

2 Vedi <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/05/16/078U0180/s> (ultima consultazione: 28 gennaio 2025).

3 Si veda ad esempio F. Basaglia (a cura di), *L'istituzione negata*, Einaudi, Torino 1968.

4 Ossia verificare i dati relativi a assorbimento, distribuzione all'interno dei tessuti, metabolismo ed escrezione del prodotto da parte dell'animale.

patologia per cui il farmaco è stato pensato, divisi in più gruppi, a ciascuno dei quali è somministrata una dose differente del farmaco e, quando eticamente possibile, un placebo (una sostanza priva di efficacia terapeutica). Per evitare che la somministrazione del placebo influenzi le aspettative dei partecipanti, le valutazioni sono condotte senza che paziente (studio in cieco singolo), o medico e paziente (studio in doppio cieco), conoscano il tipo di trattamento utilizzato. Se il prodotto si dimostra efficace, si passa alla fase 3, che serve a determinare se il farmaco ha qualche beneficio in più rispetto a farmaci simili già in commercio e qual è il rapporto tra rischio e beneficio. Vengono arruolati centinaia o migliaia di pazienti, ai quali viene assegnato casualmente (random) il nuovo principio attivo o un farmaco standard usato per la patologia oggetto della ricerca. Per questo, lo studio è definito “studio clinico controllato randomizzato”. L’attribuzione casuale garantisce che i due gruppi siano simili per tutte le caratteristiche salvo che per il medicinale assunto. Durante questa fase, che dura alcuni mesi, vengono controllate con molta attenzione l’insorgenza, la frequenza e gravità degli effetti indesiderati. Gli effetti del farmaco vengono poi monitorati per un periodo che va da 3 a 5 anni. Se i benefici superano i rischi, il farmaco può entrare in commercio. Seguirà la fase 4 di suo controllo ulteriore post-marketing, per far emergere eventuali effetti collaterali riscontrabili solo attraverso un uso di massa del prodotto.⁵

È stata proprio la sorveglianza farmacologia (farmacovigilanza) a portare il meprobamato fuori commercio. La sua attrattività era già stata offuscata nei primi anni sessanta, allorché vennero sintetizzate le prime benzodiazepine (meglio conosciute col nome commerciale di Librium e Valium) che costituivano un ulteriore progresso nella riduzione dell’ansia e di minori effetti collaterali. Poi, nel 2011 le autorità regolatorie francesi hanno annunciato la loro intenzione di sospendere le autorizzazioni all’immissione in commercio dei medicinali per uso orale contenenti meprobamato, a causa dei gravi effetti constatati, in particolare su pazienti anziani. L’Agenzia Europea per il Farmaco ha così avviato un processo di revisione dei medicinali contenenti meprobamato. Il Comitato per i Prodotti Medicinali per Uso Umano (CHMP), il 20 gennaio 2012, si è espresso nel modo seguente:

Il CHMP ha osservato che sussiste un rischio di effetti indesiderati gravi e potenzialmente fatali, come il coma, nei pazienti che assumono medicinali contenenti il principio attivo meprobamato in condizioni normali di utilizzo. Il Comitato ha ritenuto che questi rischi aumentino a seguito di overdose non intenzionale dovuto alla ridotta differenza tra la dose di trattamento e la dose tossica per i pazienti, in particolare per le persone anziane. Il CHMP ha anche osservato che in alcuni pazienti si può sviluppare dipendenza dal medicinale, determinando gravi effetti

5 Si veda <https://www.aifa.gov.it/sperimentazione-clinica-dei-farmaci> (ultima consultazione: 28 gennaio 2025) da cui ho tratto le informazioni qui presentate.

indesiderati se si interrompe bruscamente il trattamento dopo assunzione per un lungo periodo.⁶

Il Comitato ha concluso che i benefici non superano i rischi nel caso del meprobamato. Conseguentemente, l'AEF ha raccomandato un ritiro graduale del prodotto nell'arco di 15 mesi. Il Meprobamato è stato eliminato dalla Farmacopea Ufficiale della Repubblica italiana dal 1° gennaio 2021 (DM 26/11/2020).

Lentamente, poi, è anche maturata la consapevolezza della necessità di una medicina di genere che, nello stabilire dosaggi e prescrivere farmaci, abbia alle spalle sperimentazioni specifiche⁷ nel genere che sta trattando.⁸ A proposito del genere femminile, val la pena notare che in Italia il meprobamato non è stato presentato come strumento per far meglio sopportare alle donne il peso delle richieste di tutti i familiari e meglio soddisfarle e che, invece, l'editoriale de "Il Policlinico" del giugno 1957 già metteva in guardia dall'evitare che esso fosse utilizzato con quella finalità.

Anche il tema della difficoltà di costruire etichette definitive per designare malattie mentali e sulla necessità di costruirne di nuove è comparso nella discussione sulla diffusione dei tranquillanti a proposito dell'ansia, tema legato alle macro-questioni fondamentali del confine fra normalità e malattia e della scientificità delle diagnosi psichiatriche, in assenza di marker che esami di laboratorio o strumentali possano ricercare.⁹

Tanto è, dunque, maturato all'interno della comunità scientifica. Quello che non è riuscito a maturare, invece, è interno alla società: l'accettazione del fatto che i disturbi mentali sono malattie analoghe a quelle fisiche. Esiste, infatti, uno stigma su chi è afflitto da sofferenze psichiche, che spesso trattiene il malato/la malata dal rivolgersi ad uno specialista per timore di sentirsi ed essere ritenuto "diverso", uno da guardare con sospetto, inaffidabile o irrilevante quando parla, da tenere a distanza. Certamente sotto l'etichetta "disturbo psichico" troviamo malati con comportamenti molto differenti: si va dallo schizofrenico, al borderline, al bipolare, al depresso, ecc. E non riceviamo, nel nostro percorso di educazione ed istruzione, nessun aiuto per capire come relazionarci con ciascuno

6 Si veda: https://www.aifa.gov.it/documents/20142/516919/ritiro_meprobamato_gennaio_2012.pdf (ultima consultazione: 28 gennaio 2025).

7 Secondo l'articolo 3 comma 1 della Legge delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali, Legge n. 3, 11 gennaio 2018. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2018/01/31/25/sg/pdf> (ultima consultazione: 30 gennaio 2025).

8 Si veda, ad esempio, S. Garattini, R. Banzi, *Una medicina che penalizza le donne. Le prove di una scomoda verità e alcune proposte di soluzione*, San Paolo edizioni, Torino 2022.

9 Si veda, ad esempio, la riflessione intorno all'elaborazione delle cinque edizioni del DMS, il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, ad opera dell'American Psychiatric Association in M. Luciano, *Critiche e prospettive degli attuali sistemi di classificazione in psichiatria: il caso del DSM-5*, in "Rivista di Psichiatria", 2016, 51/3, pp. 116-121.

di loro (di noi) quando la malattia si manifesta. Inoltre, fatti di cronaca nera legati ad esplosioni psicotiche, per esempio, che i media amano propinarci non appena possibile per tenere alta la loro audience e che per tutti noi, che non abbiamo conoscenze mediche, vengono genericamente collegati alla “follia”, senza distinguere fra le varie problematiche psichiatriche, ci inducono a tenere alta la guardia non appena ci avviciniamo all’ambito della malattia psichica. Un malato di cuore va e dice di andare dal cardiologo, mentre un malato nella psiche difficilmente si reca e ammette di recarsi dagli esperti della psiche: psicologi e psichiatri. Occorre che questi si travestano da altro (coach) o rappresentino figure diverse, con una formazione diversa (ad esempio il consulente filosofico), perché le persone si vedano come clienti anziché come pazienti e si avvicinino ad essi. Ovviamente esistono anche altre motivazioni che trattengono il sofferente psichico dal rivolgersi agli specialisti: in primis la resistenza al cambiamento – legata al timore nel caso della psicoterapia di venire snaturati o calpestati nei propri valori, nel caso del trattamento farmacologico di sentirsi storditi, di vedere peggiorati i propri sintomi nelle prime settimane di assunzione del farmaco, di aumentare di peso, di riportare qualche danno imprecisato nel cervello. Tuttavia, il timore dello stigma costituisce una notevole zavorra, che lascia i pazienti nella loro sofferenza. C’è ancora molto da lavorare su questo problema, principalmente attraverso forme di educazione della collettività, da iniziare in ambito scolastico. Ambito in cui occorre impartire anche un’istruzione farmaceutica, ad esempio spiegando la differenza fra farmaci da un lato e rimedi omeopatici dall’altro, ed il significato di “principio attivo” comune ai farmaci di sintesi e ai fitofarmaci. Il nostro “purché se ne parli” ha, dunque, un doppio significato: allude al fenomeno della promozione del meprobamato avvenuta pur attraverso una pubblicità negativa, ed alla necessità di parlare, di fare informazione nel campo delle sofferenze psichiche e della farmacologia.

Bibliografia

- Albis, *Tranquilli...ma non troppo*, in “Domenica del Corriere”, 15 dicembre 1957.
- Adolfi N., *Lo spettro della nevrosi attorno a noi. Quante ore deve dare al sonno un ragazzo per crescere sano*, in “La Stampa”, 9 gennaio 1957.
- Allarme in Gran Bretagna per l'abuso dei sedativi*, in “Corriere dell'informazione”, 18 luglio 1957.
- Ansietà e pasti frettolosi possono causare la carie*, in “Famiglia cristiana”, 29 settembre 1957.
- Aragno R. *Si vende in farmacia la celebre flemma inglese*, in “La Stampa”, 8 settembre 1956.
- Argenta F., *È necessario al mondo d'oggi l'intervento della psichiatria*, in “La Stampa”, 11 novembre 1956.
- Un armadio segreto per gli stupefacenti senza ricetta*, in “Il Giorno”, 17 luglio 1957.
- Assi A., *Studio clinico e considerazioni generali sulla possibilità di usare le cosiddette 'droghe tranquillanti' - Meprobamato - in chirurgia generale e traumatologia*, in “Minerva medica”, 1957, 9 giugno 1957, 48/46, p. 2034.
- Auden W.H. *The Age of Anxiety: a Baroque Eclogue*, Faber and Faber, London 2008.
- Ban T.A., *The role of serendipity in drug discovery*, in “Dialogues in Clinical Neuroscience”, 2006, 8/3, pp. 335-344.
- Basaglia F. (a cura di), *L'istituzione negata*, Einaudi, Torino 1968.
- Berger F.M., *The pharmacological properties of 2-methyl-2-n-propyl-1, 3-propanediol dicarbamate (Miltown), a new interneuronal blocking agent*, in “Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics”, 1954, 4, pp. 413-423.
- Berger F.M., *Toxic Effects of Meprobamate*, in “British Medical Journal”, 22 dicembre 1956, p. 1489.
- Berlinguer G., *Le nevrosi in aumento tra le malattie del lavoro*, in “L'Unità”, 22 ottobre 1957.
- Bovone G., *I farmaci nella letteratura*, Ed. N.O.S.M., Vicchio 2016.
- Branch C.H.H., *Aspects of Anxiety*. J. B. Lippincott, Philadelphia 1965.
- Brown W.A., *Lithium. A Doctor, A Drug, and A Breakthrough*, Liveright Publishing Corporation, New York, London 2019.
- Campanacci D., *Il meprobamato nelle malattie reumatiche*, in “Minerva medica”, 1957, 19 maggio 1957, 48/40, p. 1795.
- Cantilena M.E., *“Sul petto Mao, nelle vene la droga”. Storia del consumo di droga in Italia negli anni sessanta e settanta*, Tesi di dottorato, XXXIII ciclo, Università degli studi di Trieste, Trieste 2020.

- Carmel W.J. jr, Dannenberg T., *Nonthrombocytopenic Purpura due to Miltown (2-Methyl-2-n-Propyl-1, 3-Propanediol Dicarbamate)*, in "New England Journal of Medicine", 1956, 255, pp. 770-771.
- Castrovilli G., Ginoulhiac R., Merli G.M., *Il meprobamato: alcune indicazioni del suo uso in medicina interna. Studio clinico e sperimentale*, in "Minerva medica" 1956, 3 novembre 1956, 47/88, pp. 1465-1474.
- Catalano-Nobili C., Cerquetelli G., *Esperienza terapeutica con i meprobamati in psichiatria*, in "Minerva medica", 1956, 22 dicembre 1956, 47/102, pp. 2185-2191.
- La Chiesa condanna le 'pillole della felicità'?*, in "Il Giorno", 18 ottobre 1957.
- Chiola C., *La brevettabilità dei medicinali: dagli speciali alle multinazionali (Corte Costituzionale, 20 marzo 1978, n. 20)*, in "Giurisprudenza costituzionale", 1978, 23/1, pp. 677-691.
- Cicala P., *Osservazioni sull'impiego del meprobamato, con particolare riguardo agli stati ansiosi di soggetti enteropatici*, in "Minerva medica" 1956, 3 novembre 1956, 47/88, pp. 1463-1464.
- Codeluppi, V., *Storia della pubblicità italiana*, Roma, Carocci 2013.
- Colombati S., *L'azione tranquillante di un nuovo farmaco neurolettico*, in "Minerva medica", 1956, 22 dicembre 1956, 47/102, pp. 2175-2178.
- D'Albisola R., *Attenzione alle pillole della tranquillità*, in "L'Osservatore della domenica", 20 ottobre 1957.
- Damia G., Fantoni A., *Possibilità di impiego del meprobamato in chirurgia*, in "Minerva medica", 1956, 3 novembre 1956, 47/88, pp. 1474-1476.
- De Frenza L., *L'informazione in pillole. Alle origini della pubblicità farmaceutica in Italia*, in F.P. de Ceglia, L. Dibattista (a cura di), *Il bello della scienza. Intersezioni tra storia, scienza e arte*, Milano, Franco Angeli 2013, pp. 73-92.
- De Frenza L., *Idrolitina Gazzoni: frizzante ... ma non solo*, in "Atti e memorie. Rivista di Storia della Farmacia", 2015, 31/3, pp. 160-169.
- De Frenza L., *Pubblicità dei farmaci e riviste d'informazione professionale nella prima metà del Novecento*, in "Atti e Memorie. Rivista di Storia della Farmacia", 2015, 31/2, pp. 127-140.
- De Frenza L., *L'arrivo degli antibiotici in Italia tra cura, ricerca e informazione*, in "Atti e Memorie. Rivista di storia della farmacia", 2024, 40/1, pp. 29-39.
- De Maio D., Zubiani A., Luckenbach F., *Sull'impiego, in terapia psichiatrica, di un meprobamato potenziato (Cronaxil-Meprobamato)*, in "Minerva medica", 1957, 48/102, pp. 4464-4466.
- Il diavolo in pillole*, in "Epoca", 17 novembre 1957.
- Dickel H.A., Dixon H.H., *Inherent dangers in use of tranquilizing drugs in anxiety states*, in "JAMA", 1957, 163/6, pp. 422-426.
- Eisenberg B.C., *Role of tranquilizing drugs in allergy*, in "Journal of the American Medical Association", 1957, 163/11, pp. 934-937.

- Emanuelli E., *Le pillole dello struzzo*, in “La Stampa”, 26 ottobre 1957.
- Ermiglia G., *Sull'impiego del meprobamato in ginecologia. Primi risultati*, in “Minerva medica”, 1956, 3 novembre 1956, 47/88, pp. 1477-1478.
- Essig C. F., Ainslie J. D., *Addiction to Meprobamate, Correspondence*, in “JAMA”, 1957, 164/12, p. 1382.
- Ewing J. A., Fullilove R.E., *Addiction to Meprobamate*, in “New England Journal of Medicine”, 1957, 257/2, pp. 76-77.
- Faravelli C., *Psicofarmacologia per psicologi*, Il Mulino, Bologna 2010.
- Fasanaro F., Ventra D., *Un nuovo farmaco tranquillante: il meprobamato. Esperienze cliniche*, in “Minerva medica”, 1956, 22 dicembre 1956, 47/102, pp. 2169-2175.
- Fazio C., *Manca in Italia l'assistenza sociale psichiatrica*, in “Il Giorno”, 13 ottobre 1956.
- Ferrari D., *Il meprobamato in psichiatria. Osservazioni cliniche*, in “Minerva medica”, 1956, 3 novembre 1956, 47/88, pp. 1458-1461.
- Fontanini F., Rivi A., *Prime esperienze sull'impiego del meprobamato nella terapia delle affezioni cardiovascolari*, in “Minerva medica”, 1957, 26 dicembre 1957, 48/103, pp. 4499-4503.
- Floris V., Rambelli L., *L'impiego del 2-metil-2-N-propil-1,3 propandiolo dicarbammato in psichiatria*, in “Minerva medica”, 1956, 3 novembre 1956, 47/88, pp. 1455-1457.
- Friedman H.T., Marmelzat W.L., *Adverse Reaction to Meprobamate*, in “JAMA”, 1956, 162/7, pp. 628-630.
- Garattini S., Banzi R., *Una medicina che penalizza le donne. Le prove di una scomoda verità e alcune proposte di soluzione*. San Paolo edizioni, Torino 2022.
- Garrod A.B., *The Nature and Treatment of Gout and Rheumatic Gout*, Walton, London 1859.
- Gazzoni A., *Vendere, vendere, vendere*, A. Mondadori, Milano 1927.
- Gazzoni A., *Lezioni di pubblicità*, N. Zanichelli, Bologna 1943.
- Geraldini A., *Commette reato chi detiene stupefacenti per uso personale*, in “Corriere della sera”, 11 dicembre 1957.
- Giusti H.A., *C'è qualcuno a Nuova York che non soffre d'insonnia?*, in “Corriere dell'informazione”, 13 settembre 1950.
- Giusti H.A., *La città degli insonni*, in “Corriere dell'informazione”, 23 febbraio 1954.
- Giusti H.A., *Tranquillizers. I tranquillizzatori*, in “Corriere dell'informazione”, 12 settembre 1956.
- Gottlieb F.I., *Tranquilizers and Purpura Hemorrhagica, Correspondence*, in “JAMA”, 1956, 161/1, p. 96.
- Graziani C., *Traccia per una storia giuridica della disciplina del farmaco*, in *Aspetti e problemi della disciplina giuridica dei farmaci*, a cura di P. Costanzo, Genova University Press, Genova 2017, pp. 6-15.

- Green R., Aronson J.K., Haddad P.M., *Examining the 'psychopharmacology revolution' (1950–1980) through the advertising of psychoactive drugs in the 'British Medical Journal'*, in "Journal of Psychopharmacology", 2018, 32/10, pp. 1056-1066.
- Green R., Aronson J.K., Haddad P.M., *Marketing medicines: charting the rise of modern therapeutics through a systematic review of adverts in UK medical journals (1950-1980)*, in "British Journal of Clinical Pharmacology", 2018, 84/8, pp. 1668-1685.
- Herzberg D., *Happy Pills in America: From Miltown to Prozac*. Johns Hopkins University Press, Baltimore 2009.
- Herzberg D., "Will Wonder Drugs Never Cease!": *A Prehistory of Direct-to-Consumer Advertising*, in "Pharmacy in History", 2009, 51/2, pp. 47–56.
- Huxley A., *Brave New World*, Chatto & Windus, London 1932.
- Imberciadori S., Manganaro D., *Effetti della somministrazione di 2-metil-2-N-propil-1,3 propandiolo dicarbamato (meprobamato) nei malati di mente*, in "Minerva medica" 1956, 22 dicembre 1956, 47/102, pp. 2181-2184.
- Indagini dell'OMS sui farmaci "tranquillanti", in "Il Policlinico", 1957, 64/16, p. 614.
- Isbell H., *Addiction to barbiturates and the barbiturate abstinence syndrome*, in "Annals of Internal Medicine", 1950, 33/1, pp.108-121.
- Kaminsky A., Sevinsky B., Kaplan A., *Il metil-propil-propandiolo-dicarbamato (meprobamato) in dermatologia*, in "Minerva medica", 1956, 3 novembre 1956, 47/88, pp. 1478-1480.
- Lanzoni E., Cavazzuti G.B., *Azione del meprobamato sui bambini della prima infanzia. Rilievi clinici ed elettroencefalografici*, in "Minerva medica" 1956, 22 dicembre 1956, 47/102, pp. 2191-2192.
- Lefebvre, T., Nourrisson, D., Tsikounas, M., *Quand les psychotropes font leur pub: cent trente ans de promotion des alcools, tabacs, médicaments*, Nouveau Monde éd., Paris 2010.
- Leiberman D.M., Vaughan G.F., *Current Therapeutics. CVII. Tranquillizers*, in "Practitioner", 177/1061, pp. 632-638; trad. it. *I farmaci "tranquillizzanti"*, in "Il Policlinico", 1956, 63/51, pp. 1846-1848.
- Leimgardt H., Kittel E., *Klinische Erfahrungen mit Miltaun*, in "Medizinische Klinik", 1957, 52, p. 1271.
- Lemere F., *New Tranquilizing Drugs*, in "Northwest Medicine", 1955, 54, p. 1098.
- Lemere, F., *Drug Habituation, Correspondence*, in "JAMA", 1956, 160/16, p. 1431.
- Lemere F., *Habit-forming properties of meprobamate*, in "AMA Archives of Neurology and Psychiatry", 1956, 76/2, pp. 205-206.
- Lenz W., *Discussion contribution by Dr W. Lenz, Hamburg, on the lecture by R.A. Pfeiffer and K. Kosenow 'On the exogenous origin of malformations of the extremity'*, in "Meeting of the Association of Paediatricians in Rhineland-Westphalia", Dusseldorf 1961.
- Lenz W., Pfeiffer R.A., Kosenow K., Hayman D.J., *Thalidomide and Congenital Abnormalities*, in "The Lancet", 1962, 279/7219, pp. 45-46.

- Lomagno P., *Appunti per una storia della pubblicità farmaceutica*, Performance, Roma 1996.
- Luciano M., *Critiche e prospettive degli attuali sistemi di classificazione in psichiatria: il caso del DSM-5*, in "Rivista di Psichiatria", 2016, 51/3, pp. 116-121.
- Macchiavello A., *Milano capitale dei tranquillanti?*, in "Corriere d'informazione", 9 novembre 1957.
- McBride W.G., *Thalidomide and Congenital Abnormalities. Letter to the Editor*, in "The Lancet", 1961, 278/7216, p. 1358.
- I medicinali 'tranquillizzanti' sono un pericolo pubblico?*, in "La Stampa", 17 luglio 1957.
- Metzl J.M., *'Mother's Little Helper': The Crisis of Psychoanalysis and the Milton Resolution*, in "Gender and History", 2003, 15/2, pp. 228-255.
- Miotto A., *L'ansietà causa la calvizie*, in "Oggi", 24 gennaio 1957.
- Miotto A., *L'ansietà fa ingrassare*, in "Oggi", 14 marzo 1957.
- Miotto A., *Felicità in pillole*, in "Oggi", 15 agosto 1957.
- Moncrieff J., *Magic Bullets for Mental Disorders*, in "Journal of the History of the Neurosciences", 2013, 22/1, pp. 30-46.
- Musella M., *Esce dal laboratorio la sostanza che svelerà i misteri della pazzia*, in "Corriere della sera", 9 dicembre 1956.
- Musella M., *Dibattito fra gli specialisti sui farmaci contro l'ansia*, in "Corriere della sera", 9 maggio 1957.
- Musella M., *A quanti soffrono d'ansia i tranquillanti servono a poco*, in "Corriere della sera", 3 novembre 1957.
- Nelle farmacie l'ultima trincea dei tossicomani a corto di droga*, in "Il Giorno", 18 luglio 1957.
- Nizza C., *Le galline tranquille fanno più uova*, in "Il Giorno", 27 settembre 1957.
- L'orgia dei calmanti*, in "L'Unità", 10 marzo 1957.
- Pagliari, *Il meprobamato nella tensione premestruale*, in "Il Policlinico", 1957, 64/34, p. 1242.
- La parola della Chiesa sui tranquillanti*, in "Corriere dell'informazione", 19 ottobre 1957.
- Pauluzzi, *Il meprobamato nella pratica psichiatrica ambulatoriale*, in "Il Policlinico", 1957, 64/45, p. 1682.
- Pauluzzi, *Esperienze cliniche col Miltaun*, in "Il Policlinico", 1957, 64/46, p. 1480.
- Petracci M., *I matti del duce*, Donzelli, Roma 2012.
- Pincus, *Domani con una pillola cureremo i pazzi*, in "Domenica del Corriere", 24 aprile 1957.
- Pincus, *I dispiaceri fanno venire i reumatismi*, in "Domenica del Corriere", 24 novembre 1957.

- Plancus, *Gli antichi cinesi non sapevano nemmeno cosa fosse*, in “Domenica del Corriere”, 29 settembre 1957.
- Pizzetti F., *Si conclude il “Symposium” dei farmaci tranquillizzanti*, in “Corriere dell’informazione”, 11 maggio 1957.
- Pizzetti F., *Medici a congresso da tutto il mondo*, in “Corriere dell’informazione”, 1 giugno 1957.
- Quattro milioni di italiani usano le ‘pillole della felicità’*, in “La Stampa”, 18 ottobre 1957.
- Quando si usano i tranquillanti*, in “Oggi”, 25 aprile 1957.
- Repaci M., Vergani L. *Aspetti farmaco-terapeutici della riabilitazione: l’uso del meprobamato in geriatria*, in “Minerva medica”, 1957, 21 febbraio 1957, 48/15, pp. 606-607.
- Rigotti S. *Sull’impiego di un nuovo farmaco ad azione sedativa: il 2-metil-2-N-propil-1,3 propandiolo dicarbamato*, in “Minerva medica”, 1956, 47/102, pp. 2178-2181.
- Rocchietta S., *Tre casi di tentato suicidio con meprobamato*, “Minerva medica scientifica”, 1957, 15 settembre 1957, 48/74, p. 2947.
- Rosso F., *Non sono i ‘tranquillanti’ a rimuovere le cause del male*, in “La Stampa”, 14 novembre 1957.
- Sani A., *Processo ai tranquillizzanti*, in “L’Unità”, 25 novembre 1957.
- Sani A., *Sempre aspra la contesa intorno ai ‘tranquillanti’*, in “L’Unità”, 25 dicembre 1957.
- Schneider P.B., Villa J.-L., *Le Méprobamate dans la pratique psychiatrique ambulatoire*, in “Schweizerische Medizinische Wochenschrift”, 1957, 87, pp. 976-980.
- Selye H., *The Evolution of the Stress Concept: The originator of the concept traces its development from the discovery in 1936 of the alarm reaction to modern therapeutic applications of syntoxic and catatoxic hormones*, in “American Scientist”, 1973, 61 (6), pp. 692-699.
- Sforzini P., *Un anno di lotta contro il male*, in “Il Giorno”, 4 gennaio 1957.
- Sforzini P., *Aggressività e ansietà vinte dagli ‘psicotropi’*, in “Il Giorno”, 12 maggio 1957.
- Sforzini P., *Che tipo sei?*, in “Il Giorno”, 15 novembre 1957.
- Sinclair U., *The Jungle*, Doubleday, New York 1906; trad. it. *La giungla*, PGreco, Sesto San Giovanni 2019.
- Singer J.A., Cannon M.F., *Drug Reformation: End Government’s Power to Require Prescriptions*, Cato Institute, Washington 2020.
- Sironi V.A., *Le Officine della salute: storia del farmaco e della sua industria in Italia*, Laterza, Roma-Bari 1993.
- Sjöström H., Nilsson R., *Thalidomide and the power of the drug companies*, Penguin Books, London 1972; trad. it. *Il talidomide e il potere dell’industria farmaceutica*, Feltrinelli, Milano 1973.
- Smith M.C., *Small Comfort: A History of the Minor Tranquilizers*, Greenwood Press, Praeger 1985.
- Smith M.C., *A Social History of the Minor Tranquilizers: the quest for small comfort in the age of anxiety*. Pharmaceutical Product Press, Binghamton NY 1991.

- Smith R.T., Hermann I.F., Kron K.M., Peak W.P., *Meprobamate (Miltown) in rheumatic disease*, in "JAMA", 1957, 163/7, pp. 535-538.
- Smithells R.W., *Defects and disabilities of thalidomide children*, in "British medical journal", 1973, 1/5848, pp. 269-272.
- Swinyard E.A., Chin L., Fingl E., *Withdrawal Hyperexcitability Following Chronic Administration of Meprobamate to Mice*, in "Science", 1957, 125, pp. 739-741.
- Todisco A., *Milano capitale dei tranquillanti*, in "La Stampa", 19 settembre 1957.
- Tomajuoli G., *Contro l'angoscia non si ricorre più al coraggio interiore ma alla chimica*, in "La Stampa", 31 maggio 1957.
- Tone A., *Listening to the past: history, psychiatry, and anxiety*, in "Canadian Journal of Psychiatry", 2005, 50/7, pp. 373-380.
- Tone A., *The Age of Anxiety: A History of America's Turbulent Affair with Tranquilizers*. Basic Books, New York 2009.
- Toxic Effects of Meprobamate*, in "British Medical Journal", 24 novembre 1956, pp. 1227-1228.
- Un 'tranquillante' che comincia a preoccupare*, in "Il Policlinico", 1957, 64/22, pp. 825-827.
- I 'tranquillanti' sono utili? Sì, ma è opportuno evitare abusi*, in "Il Giorno", 24 ottobre 1957.
- Trebach A.S., *The Heroin Solution*, Yale University Press, New Haven 1982.
- Tucker, K., Wilensky H., *A Clinical Evaluation of Meprobamate Therapy in a Chronic Schizophrenic Population*, in "American Journal of Psychiatry", 1957, 113/8, pp. 698-703.
- Valeriano A., *Malacarne. Donne e manicomio nell'Italia fascista*, Donzelli, Roma 2014.
- Viziano A., *La tensione nervosa malanno dei nostri giorni*, in "La Stampa", 10 agosto 1956.
- Viziano A., *Epidemia di stati ansiosi creata dalla situazione mondiale*, in "La Stampa", 2 dicembre 1956.
- Volta S., *I paradisi artificiali affascinano tutta la Germania*, in "Corriere della Sera", 12 agosto 1949.
- Woodward M.G., *Attempted suicide with meprobamate*, in "Northwest Medicine", 1957, 56/3, pp. 321-322.

PURCHÉ SE NE PARLI

TRANQUILLANTI E PUBBLICITÀ

IN ITALIA NEGLI ANNI CINQUANTA

MIRIAM FRANCHELLA

Negli anni cinquanta, il panorama della medicina e della farmacologia visse una trasformazione profonda, con l'introduzione di nuove molecole psicotrope, in particolare i tranquillanti. Mentre negli Stati Uniti il ruolo della pubblicità nella loro diffusione è stato ampiamente analizzato, in Italia l'argomento è rimasto finora poco esplorato. Questo studio esamina la promozione del primo tranquillante, il meprobamato, nei primi anni della sua immissione nel mercato italiano, considerando non solo le inserzioni pubblicitarie, ma anche gli articoli dedicati ai tranquillanti nelle riviste generaliste e nelle pubblicazioni specialistiche rivolte ai medici. Da questo punto di osservazione emerge il rapporto tra i tranquillanti e la società italiana dell'epoca, nonché l'inizio della psicofarmacologia, che è stato caratterizzato dall'emergere di nuovi paradigmi terapeutici e dalla crescente regolamentazione nella sperimentazione clinica.

ISBN 979-125-510-286-1 (print)
ISBN 979-125-510-288-5 (PDF)
ISBN 979-125-510-290-8 (EPUB)
DOI 10.54103/scriitdistoria.247