

Infuria negli Usa la battaglia per la canapa medica: proponiamo la testimonianza giurata di **Lester Grinspoon** alla Corte Suprema nel caso "Ashcroft contro Raich", l'ultimo atto della guerra sporca della Casa Bianca ai pazienti. Con un articolo di **Massimiliano Verga**. Ancora sulla marijuana, **Peter Cohen** segnala la revisione della letteratura scientifica a cura di Zimmer e Morgan, nella versione italiana appena uscita. In occasione dell'audizione sulle droghe che si è tenuta il 21 aprile a Bruxelles, **Giusto Catania** e **Joep Oomen** mettono l'accento sul ruolo inedito della società civile nell'elaborazione delle politiche europee. Di riduzione del danno si è discusso nella conferenza internazionale di Belfast, come ci racconta **Maurizio Coletti**. Sempre sulla limitazione del danno

IN QUESTO NUMERO

due articoli, di **Marina Impalomeni** e **Mario De Luca**, dedicati agli interventi nel Lazio.

Giustizia. **Sandro Margara** analizza criticamente il protocollo del carcere per tossicodipendenti di Castelfranco Emilia; **Patrizio Gonnella** spiega come un atto di clemenza sulle carceri sia la preconditione per una seria riforma strutturale; **Roberto Moretto** e **Carla Zurra** mostrano le conseguenze socialmente drammatiche dell'eventuale approvazione della "Cirielli".

Ricerca. **Claudio Cappuccino** dà conto di un nuovo studio sul consumo controllato di oppiacei. Infine, **Maurizio Baruffi** fa il punto sulla recente assemblea annuale del Forum Droghe e invita tutti i lettori a iscriversi.



BUONI A NULLA CAPACI DI TUTTO

Il fatto che la proposta Fini sulla droga non sia ancora diventata legge non ha impedito conseguenze gravi. Il governo Berlusconi si è sempre mosso "come se" la proposta fosse già norma, forse anche l'approvazione del parlamento è considerata un balletto da Prima Repubblica. Si va dalla repressione con i cani antidroga nelle scuole, all'atteggiamento codino delle forze di polizia e della magistratura con l'intensificazione degli arresti e delle punizioni. L'accanimento si concentra sulla marijuana, la pianta maledetta, e la criminalizzazione provoca tragedie. Il 24 marzo a Pantelleria un giovane di 23 anni si è suicidato dopo essere stato denunciato per la coltivazione di sette piantine. A gennaio si è impiccato un maestro elementare di 53 anni che si curava con le piantine del suo orto e che perciò era stato messo al bando dall'insegnamento. Un anno fa era toccato a Cristian Brazzo di Vigodarzere, nel profondo nord, fermato con tre grammi di canapa. Tutti morti innocenti, colpevolmente dimenticati. La legge funziona davvero.

alle pagine 2 e 3

fuoriluogo.it

L'Assemblea di Forum droghe

Il 16 aprile si è tenuta l'assemblea nazionale di Forum Droghe. Franco Corleone è stato confermato presidente dell'associazione. Nel direttivo entrano Hassan Bassi, Giuseppe Bortone, Claudio Cippitelli, Cristian Di Vito, Susanna Ronconi, Nunzio Santalucia, Fabio Scaltritti, Sergio Segio, Michele Vittori. Tesoriere è Maurizio Baruffi, coadiuvato da Riccardo Mastroiello e Loredana Tariciotti. Alla direzione di *Fuoriluogo* è confermata Grazia Zuffa, con la condirezione di Cecilia D'Elia, al sito Leonardo Fiorentini. A Giorgio Bignami, Paolo Crocchiolo e Franco Marcomini è stato affidato il compito di riorganizzare il comitato scientifico. Nominato un comitato per ripensare il giornale e il sito, ne fanno parte la redazione insieme a Mariella Orsi, Patrizia Meringolo, Maria Grazia Giannichedda e Maria Stagnitta.

ANCORA UN OPPIACEO

Sono uno studente di sociologia che si appresta a preparare la tesi sul consumo di sostanze stupefacenti, volevo sapere se avete informazioni sul cobrat e se potreste pubblicare qualcosa sul prossimo numero di *Fuoriluogo*.

Vi ringrazio sinceramente per il vostro lavoro di controinformazione. Ce n'è bisogno.
 Ciao

Giona

CIPPITELLIRISPONDE

Del Kobrett sappiamo veramente poco. Da anni ci ostiniamo a inserire tale stupefacente in ogni questionario sulle droghe, ma con esiti assai scarsi. Sappiamo che si vende in palline di colore marrone, avvolte nella stagnola, e che il Kobrett (o cobrett, cobretto, cobrette) è destinato, nella larga maggioranza dei casi ad essere fumato, sniffato o, più raramente, iniettato. Si tratta di un oppiaceo, una pasta di bassa qualità ricavata dalla lavorazione dell'eroina e spesso miscelata con derivati della cannabis. La letteratura su questa sostanza di abuso è praticamente inesistente, al contrario dei periodici allarmi lanciati dalle più diverse agenzie, e i conseguenti eco giornalistici. Possiamo parlare del Kobrett come di una droga (ancora) molto legata ad un determinato contesto, la Campania, anche se provengono notizie di consumatori assistiti da servizi ubicati in altre aree del paese. Il napoletano, e in particolare i quartieri più poveri e degradati, sembra essere particolarmente investito dal consumo di Kobrett, anche a causa del prezzo assai contenuto: sono infatti i tossicodipendenti con meno risorse a ricorrervi. I danni correlati a tali abusi sono i medesimi dell'eroina, con l'aggiunta di tutti i possibili rischi derivanti da un prodotto estremamente residuale, che può contenere qualsiasi tipologia di additivi e coloranti. Sarebbe davvero interessante una ricerca socio-antropologica in grado di agguingere qualche informazione di senso in merito a tali consumi, magari giustapposta ad uno specifico programma di analisi chimica del composto Kobrett realizzata dai laboratori delle forze dell'ordine o da istituzioni sanitarie come l'Istituto superiore di sanità.

Claudio Cippitelli

Presidente Cnnd - Coordinamento nazionale nuove droghe

fuoriluogo.it

MILLION MARIJUANA MARCH

Sarà aperta da un grande striscione in ricordo di Giuseppe Ales, il ragazzo di Pantelleria che a soli 23 anni si è tolto la vita sotto il peso della criminalizzazione dopo essere stato trovato in possesso di poche piante di canapa per uso personale, l'edizione di quest'anno della **Million Marijuana March** che si terrà **sabato 7 maggio a Roma**. Anche quest'anno si manifesta contemporaneamente in circa 200 città del mondo su di una piattaforma di tre punti uguale in tutto il pianeta: fine delle persecuzioni per i consumatori di cannabis, accesso immediato all'uso terapeutico, diritto a coltivare una pianta che cresce libera in natura.

La Million Marijuana March è nata nel 1999, promossa dal sito americano www.cures_not_war.com. Per l'Italia questa è la quinta edizione dal 2001, anno della campagna di autodenuncia di massa "Signor giudice ho piantato un seme". L'appuntamento è alle ore 16 a piazza Esedra. La Street Parade raggiungerà il Colosseo dove i carri-sound daranno vita ad una festa che si protrarrà fino a mezzanotte, nel tratto di via dei Fori Imperiali che va dal Colosseo fino all'incrocio con via Cavour. Sempre il 7 maggio, in occasione di quest'evento, uscirà **Upperground**, foto catalogo della omonima mostra collettiva antiproibizionista, pubblicato da Manifestolibri, con interventi vari sul proibizionismo, schede informative sulle sostanze e, in allegato, "siamo fatti così", Dvd prodotto da Mdma e Polivisioni.

È attivo da pochi giorni il sito italiano ufficiale della MMM www.millionmarijuanamarch.info dove è possibile comunicare adesioni e l'eventuale partecipazione di carri-sound all'evento, tramite l'indirizzo e-mail: 7maggio@millionmarijuanamarch.info

Radio for Peace coprirà l'evento per l'intera giornata del 7 maggio con una trasmissione satellitare che potrà essere ascoltata in Europa, nord Africa, Turchia e Russia. Sono previsti interventi delle varie realtà europee che partecipano a livello mondiale con musica e spettacoli. Il progetto prevede possibili ponti radiofonici con le emittenti di tutto il mondo. Per partecipare si può inviare materiali audio a Radio for Peace, via della Beverara 125m, 40100 Bologna (in formato cd) oppure per posta elettronica a diork@iperbole.bologna.it.

MO/VI/MENTI ANTIPRO

Il **20-21 maggio** prossimi, la rete Mdma - Movimento Di Massa Antiproibizionista organizza a **Genova**, presso il Laboratorio Buridda, **MO/VI/MENTI ANTIPRO. Usi consapevoli in/dipendenti**. Il programma, non ancora definitivo, si preannuncia ricco di argomenti e spunti di riflessione. Eccone alcuni.

Sostanze e consumi. Si parte dalle sostanze per affrontare le diverse dimensioni del consumo oggi: uso ludico, occasionale, abuso, dipendenza, policonsumi. Una realtà molto sfaccettata che si cerca di affrontare in modo lucido e spassionato, tenendo conto della sua complessità e mettendone in luce i vari aspetti.

AIUTATECI!

Aiutateci! Noi siamo discriminati da chi gestisce il business della droga, annesso al recupero dei consumatori di sostanze illecite. Le comunità di San Patrignano, Papa Giovanni, Don Gelmini, comandano loro, a Rimini. Non accettano chi riesce a uscire dal tunnel senza il loro intervento e senza la punizione. Noi veniamo discriminati, ci ostacolano nell'inserimento, non accettano possibili alternative alla loro proposta di recupero e alle loro linee d'intervento. Nemmeno il confronto è possibile con gente bigotta che crede di avere la verità in tasca!

La nostra associazione, dal nome La Nuova Strada, aveva incominciato una collaborazione con VolontaRimini per un programma sulla prevenzione nelle scuole, come intervenire, che messaggio dare, ma dopo due incontri l'Associazione Centro di Amicizia non ne voleva sapere di confrontarsi su tematiche di carattere scientifico-epidemiologico: dati emersi dopo numerosi studi sul problema, svolti da commissioni ministeriali di molti paesi europei e non. Vogliono dare un messaggio terroristico, non reale, comparando tutte le sostanze allo stesso livello di pericolosità. Come viene recepito un messaggio del genere da un adolescente, consumatore di spinelli? Un'altra cosa che vogliono sostenere è che il metadone è una droga di stato. Noi invece consideriamo il metadone un farmaco che salva molte persone dalla schiavitù. Dopo queste mie parole ci hanno tagliato fuori dal progetto, facendoci un "bidone", cancellando la riunione senza avvertire! "Peggio dei tossici."

È ora di piantarla con il potere delle comunità!

Enrico Castroni

Vice Presidente Associazione
 "La NuovaStrada" - Rimini

sità e mettendone in luce i vari aspetti.

Proibizionismo e controllo sociale. Legislazione proibizionista e pratiche del controllo sociale; dal discorso giuridico (analisi del progetto di legge Fini) ai risvolti più strettamente repressivo-penal: dalla guerra alla droga al carcere per i consumatori. Con uno sguardo ai flussi del narcotraffico.

Comunità terapeutiche. L'intento è coinvolgere le comunità ed i loro operatori entrando nel merito delle strategie di riduzione del danno e dei diversi modelli possibili in alternativa a San Patrignano, contro la coercizione ed il punizionismo.

La comunicazione sulle "droghe". Laboratorio con la partecipazione di giornalisti, pubblicitari, semiologi, personaggi dello spettacolo ecc. Si vuole analizzare le strategie comunicative correnti per individuare i possibili elementi di una comunicazione "altra".

Esperienze europee a confronto. Per una messa in rete ciò che si muove a livello europeo, dalle sperimentazioni legislative alle politiche più innovative partendo dalle esperienze pratiche di riduzione del danno.

Tavola rotonda finale. Plenaria di confronto e discussione generale per rilanciare proposte, scadenze, appuntamenti. Hanno già dato la loro disponibilità: Paolo Cento (verdi), Titti De Simone (Prc), Daniele Farina (Leoncavallo), Don Andrea Gallo (comunità San Benedetto al porto), Leopoldo Grosso (Gruppo Abele), Vittorio Agnoletto (europarlamentare Prc). Info: 339 3641575

IL VALORE DELLA MEMORIA

LA CANAPA CURA - L'INTOLLERANZA UCCIDE

Conosco numerose storie di malati che utilizzano la cannabis per alleviare i sintomi delle loro patologie. Malati clandestini, malati fai da te, esposti alle logiche del mercato clandestino o ai rischi dell'autocoltivazione.

Fra i tanti malati, mi preme ricordare un uomo di 53 anni, maestro elementare amato dagli alunni e molto stimato dai genitori di questi, affetto da alcuni disturbi. Intollerante ai farmaci, dopo aver sperimentato positivamente l'efficacia della cannabis e vista l'inaffidabilità e i costi del mercato nero, si era messo a coltivare nel proprio orto una ventina di piante di canapa a vario contenuto di Thc. Aveva lasciato i farmaci antidepressivi, gli antidolorifici ecc. e usava le sue piantine. Faceva impacchi, decotti, inalazioni o fumava.

Una soffiata alle forze dell'ordine, fatta a suo dire dalla confinante con il suo orto, ha comportato il carcere e la sospensione dall'insegnamento. Al processo sono stato sentito come perito della difesa ed ho dimostrato la validità scientifica della terapia seguita dal maestro.

Un giudice illuminato e coraggioso ha ritenuto di dover assolvere il maestro non considerando criminoso il fatto.

Il maestro era rientrato a scuola ma, in attesa del processo di appello, non era stato restituito ai suoi alunni, bensì dirottato al lavoro di biblioteca. Così era gradualmente scivolato in una ingravescenza depressione, patologia con la quale si era già confrontato in passato. Un giorno la confinante del suo orto ha allertato le forze dell'ordine avendo intravisto una sagoma umana appesa al soffitto nella casa del maestro.

Si è suicidato? O forse è stato ucciso da una legge che uccide?

Una tragedia tanto più dolorosa perché nasce dall'assurdo accanimento contro una sostanza che è uno dei farmaci più sicuri che esistano. La canapa è infatti una medicina con una caratteristica particolare: non ha una dose letale. Non esiste una dose, per quanto alta, che possa condurre sicuramente a morte la persona che l'assume. Anche gli effetti collaterali hanno una bassa incidenza e pericolosità in paragone a farmaci e sostanze di uso comune. L'acido acetilsalicilico, l'aspirina, che pure è uno dei farmaci più utili e sicuri, tuttavia ha al suo attivo ogni anno una percentuale di morti. La cannabis contiene una molecola ben conosciuta, il Thc (tetraidrocannabinolo), la molecola psicoattiva e pertanto incriminata, ed altri 60 cannabinoidi, poco o nulla conosciuti, le cui proprietà farmacologiche sono tutte da scoprire.

Aids, cancro, sclerosi multipla, paraplegia, tetraplegia, nevralgie, sindrome premenstruale, depressione, schizofrenia, glaucoma, epilessia, alcolismo, dipendenza da eroina, retocolite ulcerosa, insonnia, stato ansioso. Per ognuna di queste patologie ci sono persone che utilizzano questa pianta traendone beneficio senza o con scarsi effetti collaterali. Se naturalmente si esclude il tragico effetto collaterale del pregiudizio e dell'intolleranza.

Nunzio Santalucia, tossicologo medico

La maglia rosa di Forum Droghe

MAURIZIO BARUFFI

Un anno da vivere appassionatamente. È quello che aspetta Forum Droghe dopo l'assemblea di Firenze del 16 aprile. Lo scenario tratteggiato dai numerosi interventi che hanno arricchito il dibattito fiorentino è articolato. Usando una metafora ciclistica potremmo dire di essere arrivati al "tappone dolomitico", dove si decide il Giro d'Italia.

La prima valutazione politica è relativa al risultato del voto amministrativo. Le nuove maggioranze regionali dell'Unione dovrebbero garantire maggiore ascolto, anche nell'impostazione delle politiche socio-sanitarie sulle tossicodipendenze, alle voci della riduzione del danno e di chi sostiene un approccio sperimentale e innovativo. Per questo è necessario che da subito vengano attivati i rapporti con le nuove amministrazioni e i consiglieri regionali eletti che hanno sottoscritto il documento proposto ai candidati da Antigone e Forum Droghe. Ricordiamo gli obiettivi delle politiche che si possono sintetizzare nello slogan "dal penale al sociale": il rilancio di una rete di servizi con offerte differenziate rispetto alle varie esigenze delle persone tossicodipendenti; un incremento dei servizi a bassa soglia e nuove sperimentazioni nel campo della riduzione del danno; il sostegno alle comunità che condividono tale filosofia; l'attuazione della riforma Bindi sulla sanità penitenziaria, che deve passare al Servizio sanitario nazionale; la definizione di politiche per il reinserimento delle persone private della libertà; l'esercizio costante delle ispezioni in carcere da parte dei consiglieri regionali; l'istituzione di un Garante regionale per i diritti dei detenuti."

C'è poi il tema della Conferenza governativa sulle tossicodipendenze convocata dal governo per il mese di settembre a Pescara. L'assemblea ha assunto in merito una posizione netta. Nessuna partecipazione delle associazioni e dei cartelli contro la proposta Fini, a meno che non venga sospesa la sua discussione fino a che non vengano resi noti gli esiti della Conferenza. Nel dibattito è emersa con forza la preoccupazione per un possibile scenario di accelerazione dell'iter legislativo: la droga potrebbe diventare un momento di coesione ideologica per la traballante coalizione. In ogni caso è fondamentale la preparazione di momenti di dibattito alternativi, con protagoniste anche le nuove Regioni di centro sinistra; in caso di acuirsi dello scontro parlamentare, questi momenti si trasformeranno in una vera e propria contro conferenza.

Un altro fronte di lavoro assai importante, dove il Comitato scientifico dell'associazione e la direzione di *Fuoriluogo* saranno impegnati duramente, è quello della ricerca e della divulgazione scientifica. Non si contano infatti gli esempi di articoli e pubblicazioni che fanno riferimento a lavori scientifici di dubbia qualità e che contribuiscono alla demonizzazione delle sostanze, in modo particolare della marijuana. Costruire alleanze e consapevolezza su questo fronte fra i ricercatori, giornalisti, in particolare giornalisti medico scientifici, è l'obiettivo di chi non si rassegna a subire l'assalto dei manipolatori superficiali che sfruttano gli spazi offerti dai media per diffondere informazioni parziali, false e inadeguate.

La recentissima pubblicazione del libro di Zimmer e Morgan su "miti e fatti della marijuana" con l'editore Vallecchi (cfr. Peter Cohen a pag. 8) è l'occasione per promuovere nelle città, nelle scuole, sulle televisioni e nelle radio, dibattiti e incontri che vedano la nostra associazione protagonista. Un Giro d'Italia, per tornare al ciclismo, di presentazioni che diano vigore alla vita associativa e ai numerosi gruppi locali che stanno crescendo nelle diverse città. ■

Il patto d'acciaio di Castelfranco

SANDRO MARGARA

Cosa succede a Castelfranco Emilia e più precisamente nel suo carcere-casa di lavoro? Proprio all'inizio di primavera - 21 marzo scorso - si è riunito il meglio della politica che lotta contro la droga per lanciare il progetto di usare l'antico carcere (ha fatto a tempo ad avere qualche detenuto politico antifascista durante il noto ventennio) come istituto a custodia attenuata, gestito insieme ad operatori di comunità terapeutiche, fra le quali l'unica che si è fatta viva (secondo le mie non estese letture giornalistiche) è quella di San Patrignano. Non era proprio una novità perché, tre o quattro anni fa, era circolato lo stesso annuncio senza ulteriori sviluppi.

Questa volta le cose sembrano più serie perché si è parlato di vera e propria inaugurazione, penso con tanto di taglio del nastro. È anche circolato il testo di un progetto, sulla cui istruttiva lettura merita soffermarci. Fermo restando che di realizzazione effettiva non si parla ancora.

Prima, però, un passaggio breve. La ristrutturazione dell'istituto di Castelfranco è partita nel 1998, con un suo progetto, che era stato condiviso da tutti gli enti territoriali e organismi operativi interessati. Si era parlato anche allora di custodia attenuata per una parte della capienza disponibile (quella totale sembrava eccessiva), riservando la restante ai detenuti tossicodipendenti della Casa circondariale di Modena, che, periodicamente, dovevano essere sfollati chi sa dove, perché contribuivano al sovraffollamento costante di quel carcere: da questi detenuti potevano poi venire più agevoli inserimenti nella parte dell'istituto a custodia attenuata. Con questi propositi venne pensata ed eseguita la ristrutturazione, che credo sia ormai conclusa da anni.

E allora passo alla lettura del progetto. Una prima osservazione. Ci si diffonde in più punti sulla collaborazione con gli enti territoriali e i servizi pubblici. Perché gli stessi hanno protestato per la mancata informazione e il mancato coinvolgimento, tanto più grave per i servizi pubblici, che hanno ormai la competenza per legge, riconosciuta anche attraverso il passaggio del personale, sulla assistenza e la cura delle dipendenze? La collaborazione, tanto richiamata, sembra solo progettata. Non sarebbe stato meglio che almeno la inaugurazione aspettasse un momento?

Fa piacere vedere ricordato, nel testo del progetto, l'art 95 del Dpr 309/90, secondo il quale la esecuzione della pena detentiva nei confronti dei tossicodipendenti deve essere svolta in istituti idonei per lo svolgimento di programmi terapeutici, ma la norma è rispettata aggiungendo un'altra custodia attenuata all'esiguo numero di quelle esistenti (per non più di mille detenuti) e lasciando gli altri tossici - 17-18.000 circa - nelle condizioni ben note? E, inoltre: per le altre custodie attenuate, le risorse per programmi specifici sono praticamente azzerate: non pare che ci sia grande entusiasmo per questi istituti e allora diventa sospetto quello per Castelfranco, con la inaugurazione in pompa magna.

Fa un po' sorridere, ma con una certa amarezza, l'aver indicato la legge Bossi-Fini come quella che dà ai tossicodipendenti la possibilità di scontare la pena o in carcere o in comunità terapeutica. Come è noto, questa legge riguarda la immigrazione. Ci si è confusi con il progetto Fini di modifica del Dpr 309/90, che è però un progetto da poco all'inizio del suo percorso parlamentare, contrastato da progetti legislativi di segno opposto e che ha visto una opposizione molto larga della maggior parte del mondo dei servizi e delle comunità che si occupano delle dipendenze. Lo sbaglio nel-

continua a pagina 4 ►

PERCHÉ SONO ANTIPROIBIZIONISTA

Dedicato a Giancarlo Arnao

IL VALORE DELLA LEGGE

Una collettività può vivere solo grazie a un sistema di leggi. Scritte o non scritte, l'importante è che esse siano riconosciute da tutti (o quasi) come giuste, ragionevoli, e da rispettare nell'interesse comune. Più il riconoscimento del valore della legge è condiviso, maggiore è la coesione sociale e maggiori sono armonia e ordine, due dei più grandi beni sociali. Da sempre, tuttavia, le classi dominanti hanno usato le leggi anche come strumenti di potere e di controllo sociale. La storia è piena di leggi contro l'adulterio, la contracccezione, l'omosessualità, la prostituzione, per non parlare di aborto ed eutanasia. Alcune sono specificamente rivolte contro componenti minoritarie o deboli della società (ad esempio, leggi che emarginano le popolazioni indigene, il diritto di famiglia in molti paesi islamici). In altri casi si tratta di norme paternalistiche, che considerano il cittadino incapace di badare a se stesso e di scegliere cosa fare della propria vita.

Tra queste ultime spiccano le leggi che vietano attività voluttuarie, come il gioco d'azzardo o l'uso di tabacco, alcool o altre "droghe". La loro caratteristica principale è definire come reati dei comportamenti che, seppur discutibili, non causano danni riconosciuti come tali da una vittima (al massimo, si tratterebbe di vittime consenzienti).

Come già diceva Spinoza tre secoli fa: «Tutte le leggi che possono essere violate senza causare danno ad alcuno sono irrisorse». Molti cittadini, e in particolare i più giovani - per cui la trasgressione è parte del processo di crescita e autoaffermazione - sono pronti a violare le leggi vissute come ingiuste limitazioni della libertà personale, o come espressione di una moralità "di parte" ("l'uso di marijuana è un reato") e lo fanno tranquillamente e senza sensi di colpa. E per lo più senza incorrere in sanzioni perché raramente i "reati senza vittime" vengono denunciati.

Potremmo fermarci qui, e pensare che nessuna società è perfetta, e che questi fenomeni vanno accettati come inevitabili. Purtroppo non è così.

Leggi di questo tipo non solo sono ingiuste e inapplicabili, ma costituiscono una subdola minaccia per l'ordine sociale. Perché se nella mentalità collettiva si fa strada l'idea che certe leggi possono essere impunemente violate, e con buona ragione, allora è lo stesso concetto di Legge a essere minato alla base. Con conseguenze alla lunga imprevedibili.

a cura di Claudio Cappuccino

BELFAST, 16^a CONFERENZA INTERNAZIONALE SULLA RIDUZIONE DEL DANNO

A EST QUALCOSA SI MUOVE

Maurizio Coletti

Belfast: una città dura, difficile. Qui è là, i segni di divisioni ancora aperte. Su una facciata di un edificio accanto all'hotel, un gigantesco murale avverte che si sta entrando in una zona "lealista". Pat mi dice che la *reception* per i partecipanti si terrà presso l'hotel Europa ed aggiunge: «il più bombardato del mondo», nel senso che, negli anni più drammatici della guerra tra cattolici e protestanti, è stato fatto oggetto di numerosissimi attentati.

Il clima, questo clima, passa anche nella Conferenza dell'Ihra (*International Harm Reduction Association*), si percepisce il senso di una battaglia per difendere le posizioni, le esperienze, i risultati le prospettive degli approcci basati sulla riduzione del danno. È fortissimo il sentimento di indignazione e di reazione contro le posizioni del governo degli Stati Uniti che sta cercando di annullare gli sforzi fatti, attraverso una pressione senza precedenti sulle agenzie internazionali delle Nazioni Unite. L'obiettivo è di cancellare ogni riferimento alla riduzione del danno e allo scambio di siringhe, come strategia di prevenzione dell'Aids. L'Unodc (l'agenzia Onu di Vienna) ha già ceduto e sono scomparsi nei documenti ufficiali tutti i riferimenti (cfr. M. Jelsma e G. Zuffa in *Fuoriluogo*, febbraio 2005 e il sito www.tni.org). In un clima da "fortino", si percepiscono comunque alcune indicazioni forti e chiare:

1. La lotta all'Aids è lontana dall'essere vinta; e non solo per le dimensioni della tragedia in alcuni paesi africani, ma anche in paesi orientali ed in alcune nazioni dell'ex impero sovietico. In questo campo, la riduzione del danno è strumento indispensabile.

2. I consumatori di sostanze vivono, in alcune parti del mondo, situazioni al limite dell'impossibile che negano la loro dignità di esseri umani. È difficile accettare che in Thailandia esistano tentativi organizzati di eliminazione fisica dei consumatori e che in altre parti del mon-

do il solo possesso di sostanze sia punito in forme e modi del tutto inaccettabili.

3. In generale, si insiste sulla questione dei diritti umani e di quelli dei consumatori, in particolare. Analisi rigorose condotte in molti paesi dimostrano falle notevoli, scarsità di attenzione al problema, rischi gravissimi per i consumatori e misure inadeguate per proteggerli. I consumatori di sostanze corrono ancora troppi pericoli e questo non solo in paesi dalle democrazie traballanti od inesistenti.

4. Un grande spazio è stato dato al movimento dei consumatori organizzati che lottano per vedersi riconosciuti diritti basilari, per modificare e rendere più adeguate le legislazioni nei loro paesi e migliorare le loro condizioni.

5. Esiste un movimento crescente in paesi che solo

I consumatori corrono ancora troppi pericoli, e non solo in democrazie traballanti. Fortissima l'indignazione per le pressioni degli Usa sull'Onu

recentemente hanno visto instaurarsi e crescere i problemi correlati con il consumo di droghe: i paesi dell'ex Europa orientale come la Russia (presente con una numerosa delegazione e testimonianze dirette in una sessione generale) ed i paesi del Medio Oriente (una interessantissima sessione è stata dedicata alla situazione ed alle prospettive di intervento in Iran). E poi, la Cina ed altri paesi orientali.

6. Grande attenzione e spazio sono stati dati all'intreccio tra il mondo della prostituzione, dei/delle *sex workers*, e quello delle sostanze; all'interno, un importan-

te ruolo da giocare per le misure di riduzione dei danni.

Ma la conferenza non ha affrontato solo le politiche, ma anche i trattamenti e gli interventi con un taglio rigoroso e scientifico. Non ho ascoltato nessuno che non portasse dati, statistiche, valutazioni a supporto di proposte, prese di posizione, indicazioni. Un grande interesse è stato dedicato alla ricerca in sé, altrettanto alle necessità formative e di aggiornamento per gli operatori del settore (incluso alcuni poster, rigorosi e suggestivi, sul tema del *burn-out*) ed, ancora alle esigenze di un lavoro di rete (polizia, servizi sociali, medici di base, farmacisti).

Segnalo, infine, due aspetti che considero critici:

1. La pressoché totale assenza di delegazioni di numerosi paesi europei. In generale, mancavano sia l'Europa del Sud, sia la Germania, sia alcuni paesi del Nord Europa. A contrappunto di questa assenza, una stragrande maggioranza di presenze dai paesi anglofoni: Regno Unito, Australia, Canada e Stati Uniti soprattutto. Anche se forse ha influito il sovrapporsi di un altro evento importante come la prossima Conferenza latina sulla riduzione del danno (dal 30 giugno al 2 luglio a Barcellona) – a cui molti operatori ed esperti del Sud Europa parteciperanno, è ugualmente utile chiedersi le ragioni di assenze così visibili proprio nell'occasione in cui l'assise annuale di Ihra si celebrava in Europa. Forse, un problema di culture differenti? Di difficoltà linguistiche?

2. È mancato vistosamente un confronto con altri approcci, dando la sensazione di un rischio di autoreferenzialità. Ad esempio, non si è affrontato il ruolo della riduzione del danno all'interno, ad esempio, di una strategia dei quattro pilastri (lotta al traffico, prevenzione, trattamento, riduzione del danno). Piuttosto, è prevalsa l'immagine, la proposta onnicomprensiva di *harm reduction* "a scapito" di altre strategie.

La prossima Conferenza si terrà in Canada, a Vancouver, dal 30 marzo al 4 aprile 2006 ed avrà come tema centrale il ruolo e le possibilità dell'intervento basato sui pari.

Maggiori informazioni sul sito: www.harmreduction2006.ca/

IL PATTO D'ACCIAIO DI CASTELFRANCO

► continua da pagina 3

la citazione della legge è grave, ma quello di considerare un progetto come già vincolante per la amministrazione è ancora più grave. La citazione sbagliata è, però, illuminante: la rondine della custodia attenuata non fa primavera, nonostante la coincidenza del giorno inaugurale, perché il pacchetto preparato con il progetto Fini moltiplicherà i tossicodipendenti in carcere, confidando nella punizione e nella galera terapeutica, inesorabilmente sempre più uguale a quella della quasi totalità dei detenuti oggi: ozio e inerzia in cella per 20 ore su 24: la galera rende liberi.

Un motto tira l'altro. Torniamo alla custodia attenuata del progetto per trovare plurisottolineata l'importanza e la possibilità del lavoro. Un pochino più di attenzione alla legge non sarebbe stata male. Si può uscire fuori con pene non superiori a 4 anni con l'affidamento in prova dell'art. 94 del Dpr

309/90, non, come dice il testo del progetto, con il lavoro all'esterno dell'art. 21 Ordine penitenziario. Con questa norma (salvo casi particolari, per i quali i 4 anni sono sempre non pertinenti) si può uscire fuori per lavoro con qualsiasi pena da espiare. Ma, appunto, il lavoro resta al centro. Tanto che non vengono menzionate altre attività trattamentali e, particolarmente, quelle relative alla osservazione e agli interventi sulla persona, centrali, invece, nei programmi di buona parte delle comunità, nelle quali, comunque, il lavoro fa parte della terapia e non è retribuito. Qui si parla di retribuzione, di cooperative sociali, di legge Smuraglia, ma, a prescindere dal fatto che l'applicazione della legge Smuraglia è abbastanza onerosa e non si è sentito parlare del suo finanziamento, in presenza di una partecipazione alla gestione delle comunità, non prevarrà alla fine il lavoro non retribuito che le caratterizza?

Un'altra osservazione, piuttosto fondamen-

tale. Quale sarà il rapporto con le comunità, che dovrebbero partecipare alla gestione? Bisognerebbe riflettere sulla convivenza di un regime detentivo con un regime comunitario. Fra i due regimi si può stabilire un rapporto di contrasto o di convivenza o di sovrapposizione. La gestione di tale rapporto non è facile, anche perché dovrebbe tenersi sempre conto del fatto, ribadito sul piano legislativo, come si è ricordato, che l'assistenza ai tossicodipendenti in carcere è operata dai servizi pubblici competenti, che se ne occupano qualche volta di più e qualche volta di meno, ma che, comunque, devono dire la loro. Qui si prevede, addirittura che partecipino al progetto più comunità. Quelle menzionate hanno modalità di intervento diversissime, ma l'unica di cui si è parlato concretamente è San Patrignano, per la quale, giudicando a occhio, ci si può aspettare un rapporto di sovrapposizione: alla gestione detentiva, si sovrappone un'altra gestione non molto diversa, che si aggiunge alla prima: con tanti saluti alla attenuazione della custodia. In questo quadro,

altri segnali non sono incoraggianti: per esempio la formazione degli operatori fatta, anche qui, dal carcere e dalla comunità: dei servizi pubblici, competenti per legge a dare le linee del trattamento, non si parla. Non si parla di programmi terapeutici presso i servizi pubblici, ma solo in comunità. E qui ci si può chiedere: ma chi pagherà l'accoglienza in comunità se i servizi pubblici sono relegati sullo sfondo? Certo, a San Patrignano non si paga: il partner ideale della amministrazione resta quello.

Il patto con la comunità, poi, è di acciaio: in permesso si va in comunità, in comunità si attua il programma, in comunità si resta a fine pena, se si pensa che non siamo ancora a tiro.

Molte ombre, dunque, in questo progetto. Si può solo sperare che anche questo faccia parte degli annunci che, in questa materia, si susseguono da due anni per sostituire la strategia della punizione a quella dell'abbandono, più semplice e altrettanto rovinosa.

Sandro Margara

Un fallimento non più occultabile

GIUSTO CATANIA

L'audizione del 21 aprile sul Piano d'azione europeo sulle droghe, organizzata a Bruxelles dalla Commissione Libertà pubbliche del Parlamento Europeo, può segnare una svolta nel rapporto tra le istituzioni comunitarie e le associazioni che operano dal basso. La Commissione Europea, nella redazione del documento che sarà ufficiale a giugno, non ha sentito il bisogno di confrontarsi con gli operatori così come veniva chiesto esplicitamente dal Parlamento europeo nella raccomandazione sulla strategia antidroga 2005-2012 e non ha neanche ritenuto di recepire le indicazioni che lo stesso Parlamento ha approvato il 15 dicembre scorso.

Siamo davanti a una scissione delle responsabilità democratiche: da un lato la rappresentanza democratica dei cittadini europei (il Parlamento) e le organizzazioni sociali operanti nei territori chiedono il cambio di strategia, si mobilitano con una raccolta di firme (già ventimila quelle raccolte da Encod!), ritengono prioritario abbandonare le logiche proibizionistiche e repressive per costruire una strategia che abbia un approccio scientifico e che insista sulla depenalizzazione del consumo, dia una centralità alla riduzione del danno e avanzi ipotesi alternative alla "war on drugs."

I governi, invece, e le loro emanazioni istituzionali (consiglio e commissione europea), che sempre di più appaiono impermeabili alle richieste collettive e si mostrano impregnati di assiomi ideologici reazionari, scelgono di perseguire in modo dottrinario e con un'imbarazzante testardaggine le strategie fallimentari che non hanno prodotto alcun risultato e che anzi hanno segnato il fallimento di tutti gli obiettivi proposti dall'Unione europea e dalla stessa agenzia dell'Onu.

Le stesse istituzioni comunitarie, come l'Osservatorio di Lisbona, non riescono più a occultare i numeri di un fallimento complessivo delle strategie adottate dagli Stati membri e le prossime relazioni sull'Europa a venticinque inesorabilmente segneranno la sconfitta definitiva di un modello culturale e di una impostazione politico-ideologica assolutamente inefficace. Per queste ragioni penso che bisogna porsi due obiettivi a medio termine: uno sul livello europeo ed internazionale e l'altro per l'Italia.

Il primo ha tempi un po' più lunghi e ha come sbocco il 2008 quando il piano dell'Onu, predisposto da Pino Arlacchi e proseguito pervicacemente da Antonio Maria Costa, giungerà a conclusione e saremo costretti finalmente a fare le nostre valutazioni sugli effetti fallimentari che la strategia delle Nazioni unite ha prodotto su scala planetaria, e contemporaneamente verificheremo il primo triennio del piano d'azione dell'Unione europea, sperando che nel frattempo tra i governi europei, compresa l'Italia, si sia modificato il segno politico.

Il secondo obiettivo, oltre ad essere importante in sé, pertanto è propedeutico alle strategie internazionali: infatti bisogna produrre un'offensiva politico-culturale per costruire un programma di governo alternativo in Italia che abbia tra i punti qualificanti la questione delle droghe, evitando gli errori dei recenti governi di centro-sinistra che si sono limitati a qualche buona dichiarazione d'intenti che non ha prodotto un reale cambio di impostazione e di strategia.

La base di partenza anche per l'Italia può essere la risoluzione del Parlamento europeo approvata il 15 dicembre scorso; infatti il rapporto, di cui sono stato relatore, è stato votato da tutti i parlamentari europei che aderiscono ai partiti dell'Unione. L'audizione del 21 aprile a Bruxelles può rappresentare un ottimo metodo per coinvolgere i numerosi operatori del settore e avviare un'offensiva politico-culturale che produca un coinvolgimento di massa perché l'allargamento del consenso sulle strategie anti-proibizioniste è elemento prioritario per vincere questa importante partita.

Piano d'azione dell'Unione europea, la parola alle associazioni

VOCI DAL FRONTE

Joep Oomen*
BRUXELLES

A giugno l'Ue adotterà il Piano d'azione sulle droghe 2005-2008. Finora il processo di elaborazione di questo Piano si è svolto a porte chiuse: nessun osservatore esterno è stato ammesso alle riunioni in cui i rappresentanti degli stati membri e la Commissione europea discutono il testo.

Lo scorso ottobre l'Osservatorio di Lisbona (Emcdda), l'istituto di ricerca che riceve 7,5 milioni di euro all'anno per valutare la situazione delle droghe nell'Ue, ha pubblicato una valutazione del Piano d'azione 2000-2004. Questi risultati sollevano dubbi molto forti circa l'efficacia del Piano stesso. La prevalenza del consumo di droghe non è scesa, la loro reperibilità non è diminuita e, quanto ai reati connessi alle droghe e ai danni per la salute, dai rapporti dell'Emcdda è impossibile sapere se le cose siano migliorate o peggiorate.

La bozza del nuovo Piano d'azione, resa nota dalla Commissione a febbraio, ripropone sostanzialmente gli stessi obiettivi del piano precedente. Secondo la Commissione, il piano «si rivolge in particolare a quelle aree che, come la valutazione ha messo in luce, necessitano di ulteriori progressi». Questo significa che si sta continuando con un approccio la cui inefficacia è stata dimostrata dallo stesso istituto creato per informare le autorità sugli effetti delle loro politiche.

Ci sono molti motivi per essere preoccupati degli effetti della politica sulle droghe nella società europea. In primo luogo, le leggi antidroga portano alla criminalizzazione di milioni di cittadini, senza alcuna evidenza che questo sia un modo efficace di ridurre il danno causato alla sicurezza pubblica. In secondo luogo, nelle condizioni attuali il consumo spesso avviene in modi irresponsabili e non sicuri che creano un danno significativo alla salute dei consumatori e al territorio.

Le autorità sembrano voler ignorare che le loro politiche non funzionano, invece di basarsi sulle evidenze relative alla loro efficacia. In società democratiche, non dobbiamo continuare a portare avanti politiche che sappiamo inefficaci.

A livello locale, la *drug policy* europea presenta aspetti positivi. In molte città le istituzioni hanno dato ascolto alle persone che sono in contatto quotidiano con la realtà della strada, che conoscono l'effetto delle politiche sulla vita delle persone. Gli amministratori hanno iniziato a capire che le politiche basate sul dogma della proibizione sono controproducenti, e hanno abbracciato la riduzione del danno. Dai rapporti pubblicati annualmente dall'Emcdda, appare evidente che misure quali lo scambio siringhe, le terapie a mantenimento, le stanze del consumo e la distribuzione controllata di eroina sono la vera ragione dei successi finora ottenuti. D'altro canto in paesi dove ancora si stenta ad accettare la riduzione del danno, come ad esempio i paesi baltici, ci troviamo di fronte a un'allarmante epidemia di Hiv/Aids. Per contrastarla, l'Ue deve perseguire la riduzione del danno come elemento cruciale delle politiche sulle droghe.

È importante sottolineare che la riduzione del danno non è stata promossa dai politici o dalle autorità ma dai cittadini, che spesso hanno lavorato in modo sotterraneo con il rischio di in-

correre nei rigori della legge. Questi cittadini, consumatori o operatori, sono i veri architetti di una nuova *drug policy* europea, ed è tempo che le autorità ne prendano atto. Proprio per la stigmatizzazione delle droghe e dei consumatori, il rinnovato approccio a questa questione non poteva provenire che dal basso, dall'interno della società, come modo di risolvere un trauma nascosto. Dapprima a livello individuale, tra gli stessi consumatori, poi tra i loro familiari e amici, nei loro contesti, poi a livello dei governi locali, regionali e nazionali, e infine a livello sovranazionale. Oggi siamo giunti a quest'ultimo livello.

Sin dal 1986, quando nel Parlamento europeo sono iniziate le prime riflessioni su una politica sulle droghe europea, è stato sottolineato che i cittadini devono essere coinvolti nell'elaborazione delle politiche. Purtroppo, negli ultimi vent'anni il Consiglio europeo e la Commissione non lo hanno mai fatto. Di conseguenza l'attenzione dell'opinione pubblica e persino dei parlamentari è stata tenuta lontana dagli esiti negativi delle politiche attuali, ed è mancato un dibattito sulle lezioni che da essi possiamo trarre.

Oggi l'Europa è ancora coinvolta in una guerra alla droga, o per meglio dire una guerra ad alcune droghe, o ancor meglio: una guerra ad alcune persone che usano alcune droghe. Ma come ormai dovremmo avere imparato,

le guerre non servono a risolvere i problemi sociali. La domanda non è se le droghe siano pericolose. Naturalmente, tutte le droghe possono esserlo. La domanda è se la società tragga dalla proibizione un vantaggio o uno svantaggio.

Per rispondere a questa domanda è necessario ascoltare la voce dei cittadini: quella dei consumatori in paesi candidati come la Bulgaria, dove il possesso di meno di un grammo di qualunque droga illegale, compresa la cannabis, può portare a una pena di 15 anni di reclusione; degli operatori sanitari, che cercano di restituire piena cittadinanza ai consumatori in quanto

obiettivo cruciale del loro trattamento; degli scienziati che hanno prodotto migliaia di pagine contenenti evidenze sul ricorso alle foglie di coca o alla canapa per garantire la sicurezza alimentare globale e lo sviluppo sostenibile; di parenti che hanno constatato come le leggi sulle droghe abbiano trasformato i loro cari in criminali.

Approvando il Rapporto Catania, il Parlamento europeo ha compiuto un primo passo verso questo obiettivo. Il rapporto è un grande risultato per raggiungere un consenso politico su quella che dovrebbe essere la direzione chiave di politiche delle droghe intelligenti: ridurre il danno, creare spazio per gli usi positivi delle sostanze e, *last but not least*, coinvolgere la società civile nel processo decisionale.

Chiediamo perciò al Parlamento europeo di continuare a monitorare il Piano d'azione per fare in modo che questo, nella versione finale, rifletta le raccomandazioni del Rapporto Catania. Non avrebbe senso aver fatto votare il Parlamento su un testo così importante, senza poi tenerne conto nell'implementazione delle politiche. Rifiutare di tenere conto di questo testo significherebbe negare al Parlamento europeo il suo scopo principale, e questo, in un momento in cui i cittadini europei sono chiamati a votare per una nuova Costituzione. Ciò darebbe un esempio estremamente negativo del modello di democrazia che l'Unione europea intende offrire.

* Encod. Intervento pronunciato nel corso dell'audizione pubblica sulle droghe della Commissione giustizia e libertà civili del Parlamento europeo che si è tenuta il 21 aprile a Bruxelles

Storia medica della cannabis, una pianta dai rischi limitati e dai molti benefici

UNA RICCHEZZA DA SFRUTTARE

Lester Grinspoon*

La cannabis è una sostanza notevolmente sicura. Sebbene non innocua, è sicuramente meno tossica della maggior parte delle medicine convenzionali che potrebbe sostituire se fosse disponibile legalmente. Nonostante sia stata usata da milioni di persone per migliaia di anni, la cannabis non ha mai causato una morte per overdose. La preoccupazione più seria è il danno respiratorio se la si fuma, ma questo può essere facilmente affrontato aumentando la potenza della cannabis e ricorrendo alla tecnologia per separare le particelle di materia presenti nel fumo di marijuana dai suoi principi attivi, i cannabinoidi (mediante vaporizzatori). Quando avrà riottenuto il posto nella farmacopea statunitense che perse nel 1941 dopo l'approvazione del *Marihuana Tax Act* (1937), la cannabis sarà tra le sostanze meno tossiche ivi presenti. Oggi il pericolo maggiore del consumo di cannabis è la sua illegalità, che infligge a persone già sofferenti molta ansia e una spesa elevata.

Un farmaco storico

Tra il 1840 e il 1900, in riviste mediche americane ed europee, sono stati pubblicati più di cento articoli sugli usi terapeutici della cannabis. Era raccomandata come stimolante dell'appetito, miorelaxante, analgesico, sedativo, anticonvulsivo e per trattare la dipendenza da oppio. Un professore della facoltà di medicina di Calcutta, W. B. O'Shaughnessy, fu il primo medico occidentale ad osservarne le proprietà curative. Egli somministrò la cannabis agli animali, si convinse che era sicura, e iniziò a usarla con pazienti sofferenti di rabbia, di reumatismi, di epilessia e di tetano. In un rapporto pubblicato nel 1839, scriveva di aver riscontrato che la tintura di canapa (una soluzione di cannabis assunta oralmente) era un analgesico efficace. Era anche impressionato dalle sue proprietà miorelaxanti e la definì «un rimedio anticonvulsivo del più grande valore». Nel 1890 J. R. Reynolds, un medico britannico, sintetizzò trent'anni di esperienza con la *Cannabis indica*, trovandola utile nel trattamento di varie forme di nevralgia,

compresa la nevralgia trigeminale (un doloroso disturbo neurologico facciale), e aggiunse che era utile nel prevenire gli attacchi di emicrania. La trovò utile anche per certi tipi di epilessia, per la depressione e a volte per l'asma e la dismenorrea.

Nel 1890 l'uso medico della cannabis era in declino. Si riteneva che la potenza dei preparati a base di cannabis fosse troppo variabile, e che le risposte individuali alla cannabis assunta per via orale risultassero incostanti e imprevedibili.

Un'altra ragione per la quale furono fatte poche ricerche sulle proprietà analgesiche della cannabis fu l'aumento generalizzato di oppiacei, verificatosi dopo che l'invenzione della siringa ipodermica negli anni '50 dell'Ottocento consentì di iniettare sostanze solubili come antidolorifici ad azione rapida; i prodotti della canapa non sono solubili in acqua e quindi non possono facilmente essere somministrati per via iniettiva. Verso la fine del XIX secolo, lo sviluppo di sostanze sintetiche come l'aspirina, il clorali idrato e i barbiturici contribuì anch'esso al declino dell'uso medico della cannabis. Ma queste nuove sostanze presentavano, e presentano ancora oggi, svantaggi notevoli. Più di mille persone negli Stati Uniti muoiono ogni anno per emorragia indotta dall'aspirina, e i barbiturici, naturalmente, sono molto più pericolosi.

Ci si sarebbe potuto aspettare una attenzione ai cannabinoidi da parte di medici alla ricerca di migliori analgesici e ipnotici, ma il *Marihuana Tax Act* del 1937 impedì questo tipo di sperimentazioni. Esso imponeva una tassa sulle transazioni della marijuana: chiunque volesse importare, produrre, vendere, prescrivere ecc. la marijuana, doveva registrarsi, annotare le transazioni e pagare delle tasse particolari a seconda delle finalità specifiche. Chi non osservava la legge era soggetto a pesanti multe o al carcere per evasione fiscale. Anche se, evidentemente, il *Marihuana Tax Act* era studiato per impedire l'uso non medico di marijuana, esso rese così difficile procurarsi la cannabis che nel 1941 questa fu rimossa dalla farmacopea e dal ricettario nazionale degli Stati Uniti. Il *Boggs Act* del 1951 stabilì pene detentive obbligatorie e grosse multe per la violazione di qualsiasi legge federale sulle droghe, e il *Narcotic Control Act* del 1956 aumentò quelle pene.



La riscoperta della canapa medica

Tuttavia, negli anni '60 si cominciò a riscoprire il valore medico della cannabis, quando apparvero, in pubblicazioni non specialistiche, lettere di persone le quali avevano scoperto che la cannabis poteva alleviare l'asma, la nausea, gli spasmi muscolari o il dolore, e volevano condividere queste scoperte con i lettori che già usavano quella droga. Nel frattempo la preoccupazione del legislatore sull'uso ricreativo della cannabis aumentava, e nel 1970 il Congresso approvò il *Comprehensive Drug Abuse Prevention and Control Act* (chiamato anche *Controlled Substances Act*), che divideva

le sostanze psicoattive in cinque tabelle e collocava la cannabis nella Tabella I, la più restrittiva.

Negli ultimi venti anni, alcuni pazienti hanno potuto ottenere la canapa medica legalmente. A partire dagli anni '70 trentacinque stati hanno approvato normative che avrebbero permesso l'uso medico di cannabis se non fosse stato per la legge federale. In realtà molti di questi stati, col per-

messaggio del governo federale, avviarono speciali programmi di ricerca sull'uso di cannabis per pazienti sottoposti a chemioterapia per cancro. Questi progetti dimostrarono la validità sia della marijuana fumata che del Thc (tetra-idro-cannabinolo) assunto per via orale.

Nel 1986 la Fda (*Food and Drug Administration*) approvò il Thc per via orale (Marinol) come farmaco su prescrizione. Nel 1976 il governo federale aveva introdotto il programma *Individual Treatment Investigational New Drug Program* (comunemente chiamato «*Compassionate Ind*»), che forniva la cannabis ad alcuni pazienti i cui medici fossero disposti a sottoporsi alla procedura necessaria per fare domanda (che richiedeva la compilazione di molte carte e la perdita di molto tempo). Alla fine, circa una quarantina di pazienti ricevettero la cannabis prima che il programma fosse interrotto nel

1992, e ancora la ricevono sei superstiti del programma: le uniche persone in questo paese per le quali questa medicina non è vietata.

Lo stimolo più efficace al movimento per la marijuana medica venne dalla scoperta che la marijuana poteva prevenire la sindrome di deperimento fisico da Aids. Non sorprende che la *Physicians Association for Aids Care* sia stata una delle organizzazioni mediche che in California hanno appoggiato l'iniziativa per impedire i procedimenti penali contro i pazienti che usano la marijuana.

Ho condotto un'ampia disamina della letteratura concernente gli usi medici della cannabis. Nel mio libro *Marihuana, The Forbidden Medicine*, presento testimonianze in prima persona del modo circa l'efficacia della canapa nell'alleviare i sintomi della chemioterapia per cancro, della sclerosi multipla, della osteoartrite, del glaucoma, dell'Aids e della depressione, oltre a sintomi di patologie meno comuni come il morbo di Crohn, la gastroparesi diabetica, e disturbi da stress post-traumatico. I resoconti dei pazienti illustrano non solo le proprietà terapeutiche della cannabis ma anche l'inutile, ulteriore dolore e l'ansia imposti alle persone malate che sono costrette procurarsi la cannabis illegalmente.

Il trattamento del cancro

La cannabis ha molti utilizzi nel trattamento del cancro. Come stimolante dell'appetito, può contribuire a rallentare la perdita di peso nei malati. Può anche elevare il tono dell'umore. Ma l'uso più comune è la prevenzione della nausea e del vomito associati alla chemioterapia da cancro.

L'idea che la cannabis potesse essere usata nel trattamento del cancro nacque all'inizio degli anni '70 quando alcuni giovani pazienti sottoposti a chemioterapia riscontrarono che fumare marijuana riduceva la nausea e il vomito. Uno studio del 1988 (Vinciguerra et al.) su 56 pazienti che non avevano ricavato beneficio dai prodotti antiemetici standard, trovò che il 78% di loro si liberava dei sintomi fumando marijuana. Il tetra-idro-cannabinolo orale (Thc) si è dimostrato efficace laddove le sostanze standard

* Dalla testimonianza giurata resa da Lester Grinspoon nel caso "Ashcroft contro Raich" presso la Corte Suprema degli Stati Uniti per conto di Norml (*National Organization for the Reform of Marijuana Laws*) e di *The Norml Foundation*.



non lo erano, ma fumare genera un sollievo più rapido e prevedibile perché provoca più velocemente l'innalzamento della concentrazione di Thc nel sangue fino al livello necessario. Inoltre potrebbe essere difficile per un paziente che soffre di nausea assumere medicine per via orale. In effetti, ci sono forti evidenze che la maggior parte dei pazienti sofferenti di nausea e vomito preferisce fumare la marijuana piuttosto che assumere il Thc oralmente.

È possibile che gli oncologi siano stati all'avanguardia nel riconoscere il potenziale terapeutico della cannabis. Nella primavera del 1990, due ricercatori selezionarono a caso più di 2000 membri della *American Society of Clinical Oncology* e spedirono per posta un questionario anonimo per avere il loro parere sull'uso della cannabis per la chemioterapia. Quasi la metà di essi rispose. I ricercatori dovettero riconoscere che si trattava di un gruppo auto-selezionato, con conseguente rischio di *bias* nelle risposte, tuttavia i risultati di questa indagine permettono una stima approssimativa dell'opinione degli specialisti sull'uso del Marinol (dronabinol, Thc sintetico orale), e sulla marijuana fumata. Solo il 43% dichiarava i farmaci antiemetici disponibili legalmente (compreso il Marinol) adeguati per tutti i loro pazienti o per la maggior parte di loro; e solo per il 46% questi farmaci erano esenti da seri effetti collaterali. Il 44% aveva raccomandato l'uso illegale di cannabis ad almeno un paziente, e la metà l'avrebbe prescritta ad alcuni pazienti se fosse stato legale. In media, essi consideravano la marijuana fumata più efficace del Marinol e grossomodo altrettanto sicura.

Marijuana versus Marinol

Gli oncologi sono legalmente autorizzati a somministrare il Thc sintetico (Marinol) orale in capsule, ma inalare la cannabis può

rendersi necessario per svariate ragioni. Per prima cosa, il Thc orale è soggetto alle variazioni della biodisponibilità (quantità di principio attivo assorbito dall'organismo, ndt). Questo significa che due pazienti, pur avendo assunto la stessa dose, possono anche assorbirne proporzioni diverse, e un dato paziente può rispondere diversamente in giorni diversi, a seconda della condizione del tratto intestinale e di altri fattori. Inoltre, gli effetti della cannabis fumata sono percepiti quasi immediatamente, perciò i pazienti possono fumare lentamente e assumere solo la quantità che gli serve per l'effetto terapeutico. I pazienti che ingeriscono il Marinol possono scoprire, magari dopo un'ora, di avere assunto una dose eccessiva, o al contrario troppo piccola per alleviare i sintomi. In ogni caso, un paziente che soffra di forte nausea e che vomiti costantemente potrebbe trovare quasi impossibile ingoiare la capsula senza rigettarla. Inoltre, in alcuni pazienti il Marinol provoca ansia e un senso di disagio.

In teoria, si potrebbero sfruttare tutte le proprietà terapeutiche della cannabis se i singoli cannabinoidi fossero isolati e resi disponibili separatamente come farmaci, come si fa con il Thc. Ma sarebbe un procedimento enormemente complicato. Nella ricerca, si dovrebbero valutare il potenziale terapeutico e la sicurezza di oltre sessanta sostanze, sintetizzare tutte quelle risultate utili, e confezionarle come pillole o aerosol. Poiché alcune di queste sostanze probabilmente agiscono in sinergia tra loro, sarebbe inoltre necessario prendere in esame varie combinazioni. Comunque, nessuna società farmaceutica fornirebbe le risorse necessarie per un progetto simile perché la cannabis non può essere brevettata. È una pianta contenente molte sostanze chimiche e non una sola, e nessun farmaco presente nell'attuale farmacopea viene somministrato attraverso il fumo.

Chi si oppone alla cannabis medica spesso obietta che le evidenze a favore, anche se forti, provengono solo dai resoconti di singoli casi e dall'esperienza clinica. È vero che, finora, ci sono pochi studi (controllati e a doppio cieco) che soddisfino gli standard della *Food and Drug Administration*, anche perché sono stati sempre frapposti ostacoli sia legali, che burocratici e finanziari. Sappiamo comunque di più sulla cannabis che sulla maggior parte dei farmaci prescrittibili. Inoltre, spesso le risposte terapeutiche individuali non risaltano negli esperimenti di gruppo, e peraltro i resoconti dei singoli casi e l'esperienza clinica sono la fonte di molta parte delle nostre conoscenze sui farmaci.

Come ha osservato il dottor Louis Lasagna, non sono stati necessari esperimenti controllati per riconoscere il potenziale terapeutico del cloralio idrato, dei barbiturici, dell'aspirina, dell'insulina o della penicillina. Né è con esperimenti simili che si è scoperta l'utilità del propranololo per l'ipertensione, del diazepam per l'epilessia e

continua a pagina 8 ►

Ashcroft contro Raich. Un caso politico, non solo giudiziario

LA GUERRA SPORCA DELLA CASA BIANCA

Massimiliano Verga

Entro la fine di giugno, la Corte Suprema degli Stati Uniti è chiamata a pronunciarsi sul caso Ashcroft vs. Raich, che vede coinvolte due pazienti californiane – Angel Raich e Diane Monson – e il Dipartimento della Giustizia Usa. Il pomo della discordia, ancora una volta, è l'uso di marijuana a scopo terapeutico.

Trattandosi di una vicenda complessa, occorre procedere per gradi e delineare brevemente i diversi aspetti che la caratterizzano.

Il Controlled Substance Act. Innanzitutto: che cosa dice la legge federale? Negli Usa, il possesso e l'uso di marijuana sono disciplinati dal *Controlled Substance Act* (Csa) del 1970. La marijuana è inserita in Tabella 1 insieme alle sostanze, come l'eroina, a cui non è riconosciuto alcun valore terapeutico e che presentano «un alto rischio di abuso anche sotto stretto controllo medico». Si tratta dunque di sostanze che non possono essere prescritte. Ai fini del nostro discorso, occorre però ricordare che mentre la prescrizione viola il *Controlled Substance Act*, una raccomandazione (cioè il «semplice» parere professionale di un medico) non dovrebbe essere contraria alla legge federale. Tuttavia, proprio il caso Ashcroft vs. Raich dimostra che il condizionale è d'obbligo.

La Proposition 215. Dopo la rivalutazione medica della marijuana negli anni '70 del secolo scorso, all'inizio degli anni '90 compaiono i primi *Cannabis Buyers' Clubs*, ovvero associazioni di pazienti nate allo scopo di fornire marijuana ai malati. La nascita dei Clubs precede la storica «svolta» californiana del 1996, anno in cui viene approvata la *Proposition 215*, che riconosce il diritto di possedere e coltivare marijuana per scopi terapeutici, se «l'uso si dimostra appropriato ed è stato raccomandato da un medico». In breve, la legge californiana si centra sulla «necessità medica» quale tutela fondamentale per i pazienti in caso di controversia legale. La strada californiana viene successivamente adottata da diversi stati. Attualmente sono 11 gli stati che tutelano, sebbene in misura diversa, i pazienti che usano marijuana dietro raccomandazione medica.

La Commerce Clause. Veniamo al caso: quali sono i punti d'attrito? Tutto ruota intorno a due domande. Il *Controlled Substance Act* vale sempre e comunque (quindi, anche per l'uso medico di marijuana, come sostiene Ashcroft)? Oppure, se la coltivazione e il possesso sono per uso medico personale, tutelato dalla legge statale, viene meno la sua «sovranità»? Nel caso specifico, tuttavia, la questione non tocca soltanto le proprietà terapeutiche della cannabis (negate da Bush & C.), ma coinvolge direttamente anche la *Commerce Clause* della Costituzione Usa. In breve, questa clausola garantisce piena autonomia agli stati sul commercio interno ai loro confini, ma consente al governo federale di intervenire in caso di commercio tra stati. Secondo il governo Usa la coltivazione e la cessione (notare: gratuita) di marijuana ai pazienti, pratiche riconosciute dalla legge californiana, rientrerebbero nella fattispecie prevista dalla *Commerce Clause*, essendoci la presunzione che non si tratti soltanto di un fatto «interno», ma potenzialmente di traffico di droga. Questo giustificherebbe l'intervento federale.

Il caso in breve. È utile ricordare i passaggi salienti della vicenda giudiziaria. Nel 2002, Raich e Monson chiamano in giudizio il governo federale dopo i raid di cui sono state vittime entrambe. Le due pazienti chiedono alla corte federale del loro distretto di impedire questi raid. La Corte rifiuta. Ma nel dicembre del 2003, la Corte d'Appello di San Francisco (*9th Circuit*) accoglie invece le loro richieste, sottolineando l'incostituzionalità del ricorso al *Controlled Substance Act* da parte del governo federale, in quanto la *Commerce Clause* non può essere invocata perché le pazienti coltivano marijuana per uso personale all'interno dei confini dello stato e senza infrangere le leggi della California. Di fatto, questa decisione garantisce anche tutti i pazienti degli stati sotto la giurisdizione della Corte d'Appello di San Francisco, ovvero Alaska, Arizona, California, Hawaii, Nevada, Oregon, Washington (7 degli 11 stati con leggi sulla marijuana medica). Nell'aprile 2004, Ashcroft & C. si appellano alla Corte Suprema e il caso, da Raich vs. Ashcroft, diventa Ashcroft vs. Raich. Il 29 novembre 2004 viene fissata l'udienza per ascoltare le «ragioni» del governo e quelle della difesa, in attesa della sentenza, appunto prevista per la fine di giugno.

I precedenti. Si tratta del terzo caso sulla «marijuana medica» che giunge alla Corte Suprema. Per ora, per così dire, siamo 1 a 1. Nel 2001, infatti, la Corte dichiarò illegale per la legge federale la distribuzione di marijuana, anche se a fini terapeutici e anche se approvata dalla legge di uno stato. Il caso vedeva coinvolta la *Oakland Cannabis Buyers' Cooperative*. Tuttavia, in quell'occasione, il giudice non prese in esame anche la questione dell'uso da parte dei pazienti californiani, ma si occupò soltanto della distribuzione. Da notare che la Raich era coinvolta anche in questo caso.

Nel 2003, invece, nel caso Conant vs. Walters, la stessa Corte Suprema, dando torto all'amministrazione Bush, confermò la sentenza di un giudice federale con la quale si impediva agli agenti federali di svolgere indagini sui medici che raccomandavano marijuana. Si trattò di una vittoria importante per la tutela della libertà medica di agire secondo scienza e coscienza. Sulla questione si è pronunciato anche il *Medical Board* della California nel 2004, che ha definito la marijuana «an emerging treatment modality» e ha escluso il ricorso a provvedimenti disciplinari per i medici che la raccomandano ai loro pazienti. ■

RICCHEZZA DA SFRUTTARE

► continua da pagina 7

dell'imipramina per l'enuresi; originariamente, questi farmaci erano originariamente approvati per altri scopi.

La cannabis e la sperimentazione medica

Nel metodo sperimentale noto come "esperimento randomizzato sul singolo paziente", i trattamenti attivi e quelli placebo vengono somministrati in modo casuale in alternanza o in successione. Diversi pazienti mi hanno detto di essersi assicurati dell'efficacia della cannabis effettuando questi esperimenti su se stessi, alternando periodi di consumo a periodi di astensione. Sono convinto che la reputazione della canapa come farmaco si debba in parte a simili «esperimenti» condotti da molti altri pazienti.

Alcuni medici potrebbero giudicare irresponsabile incoraggiare l'uso di una medicina sulla base dei resoconti su singoli casi, liquidati a volte come evidenze meramente «aneddotiche», che prenderebbero in considerazione i successi manifesti, ma ignorando i fallimenti manifesti. Questo sarebbe un problema serio se la cannabis fosse una droga pericolosa. Ma tutti i tentativi negli anni tesi a dimostrare la pericolosità della canapa hanno in realtà dimostrato il contrario. La cannabis è più sicura e ha minori effetti collaterali della maggior parte dei farmaci prescrittibili; crea molta meno dipendenza o è soggetta a minor abuso di molte sostanze attualmente usate come miorilassanti, ipnotici e analgesici.

Sulla base delle migliori informazioni mediche disponibili, è evidente che la cannabis dovrebbe essere resa disponibile anche se solo pochi pazienti potessero trarne beneficio, giacché i rischi sono così limitati. Ad esempio, come ho detto, molti pazienti malati di sclerosi multipla trovano che la cannabis riduce i loro spasmi muscolari e il dolore. Qualche medico potrebbe non essere sicuro che un paziente del genere possa avere più beneficio dalla cannabis che dai farmaci standard come il baclofene, il dantrone e il diazepam - tutti farmaci che sono potenzialmente pericolosi o creano dipendenza; ma è più che certo che non si verificherà alcuna reazione tossica grave alla cannabis. Perciò il beneficio potenziale è molto maggiore di qualsiasi rischio potenziale.

Negli ultimi anni, l'utilità medica della cannabis è divenuta evidente ad un numero sempre maggiore di medici e pazienti, e sono aumentate le persone con una esperienza diretta della sostanza. Perciò oggi la questione non è l'efficacia della canapa come medicina, ma come renderla disponibile ai pazienti.

La posizione del governo secondo cui la cannabis non avrebbe una applicazione medica riconosciuta non è razionale, data la messe di informazioni che ne confermano l'efficacia in campo medico. Per di più, il governo ha a lungo ostacolato la ricerca sulla cannabis. Se il governo degli Stati Uniti non avesse opposto ostacoli alla ricerca, ritengo che saremmo almeno cinquant'anni più avanti nella diffusione della cannabis per le persone ne hanno bisogno per ragioni mediche.

Lester Grinspoon

MARIJUANA, IN LIBRERIA UN TESTO CARDINE CHE SFATA LUOGHI COMUNI E TEORIE PSEUDO-SCIENTIFICHE**PREGIUDIZI IN FUMO**

Peter Cohen

La traduzione italiana del libro *Marijuana Myths, Marijuana Facts*, che gli statunitensi Lynn Zimmer e John P. Morgan hanno dato alle stampe nel 1997, è un'ottima iniziativa di *Fuoriluogo* e dell'editore Vallecchi, che lo propone ora al pubblico italiano con il titolo *Marijuana: i miti e i fatti*. I due autori hanno esaminato l'ampia letteratura scientifica relativa a molte credenze diffuse circa gli effetti della marijuana. Hanno analizzato una grande quantità di articoli scientifici (nella versione originale le note bibliografiche occupano una settantina di pagine), che sono riusciti a sintetizzare in poco più di 200 pagine nella traduzione italiana.

L'ampiezza della panoramica offerta da questi autori è davvero incredibile. Conosco una sola opera, unica nel suo genere, che si avvicini a questo risultato: il rapporto della Commissione Nolin sulla marijuana del Senato canadese, pubblicato nel 2002.

Prendendo in esame i rapporti governativi su politiche a breve termine, che costituiscono la base delle nostre attuali politiche sulla marijuana (e su altre droghe illecite), non possiamo non concludere che i governi hanno qualcosa da imparare da Zimmer e Morgan. La lezione più importante consiste nel come affrontare ciascuna di queste vecchie teorie sulla marijuana, e nel come affrontare la serie infinita di nuovi "problemi" che vengono sollevati intorno all'uso ricreativo di questa pianta.

La scelta dei venti "miti" sulla marijuana riflette la situazione negli Stati Uniti della metà degli anni '90, e idealmente dovrebbe essere aggiornata ogni cinque anni. Il motivo è che nascono continuamente nuove idee sugli "effetti negativi" della marijuana. Queste idee si traducono in una stringa di innovazioni che produce continuamente nuovi miti. L'ultimo è quello secondo cui la marijuana causerebbe la "schizofrenia", un mito creato da ricerche pubblicate negli ultimi due anni. Nel periodo in cui scrivevano gli autori questo mito non era considerato molto importante. Essi discutono invece quello, oggi menzionato raramente, secondo cui la marijuana determinerebbe "sindrome amotivazionale" o "follia". Secondo altri miti discussi nel libro, la marijuana danneggerebbe i polmoni più del tabacco, porterebbe a fare uso di altre droghe illegali, sarebbe criminogena, nuocerebbe al sistema immunitario. Quasi tutti i miti discussi faranno suonare un campanello nella mente di molti lettori.

Uno dei problemi insormontabili per il pubblico nel suo insieme e per la classe di governo è che analizzare una mole cospicua di ricerche scientifiche è per loro un compito impossibile. Semplicemente, queste persone non sono in grado di reperire gli studi esistenti. E, cosa ancor più importante, non sono in grado di giudicarne la rilevanza o la qualità dal punto di vista scientifico.

Da questo punto di vista il libro di Zimmer e Morgan è rivelatore. Permettetemi di fornire solo un esempio del perché leggere il libro è intellettualmente così appagante. Nel capitolo 13 gli autori discutono gli effetti della marijuana sulla gravidanza. Una delle teorie sostenute è che la marijuana lederebbe la capacità intellettuale dei bambini nati da genitori consumatori di marijuana.

Zimmer e Morgan organizzano la letteratura su questa materia, discutono i modi in cui essa viene tradotta in una quantità notevole di progetti di ricerca, poi mettono a confronto le interpretazioni dei risultati e la trasformazione di queste interpretazioni in conclusioni.

Per il lettore profano è possibile, forse per la prima volta,

seguire il percorso dall'ipotesi originale alla ricerca, alla rilevazione dei dati, e alla relazione di tutto questo con il "mito". Per molti lettori profani, e per i politici, l'intero processo mitopoietico potrebbe diventare trasparente. Questo offre una sorta di background generale su come guardare i nuovi miti, che appaiono quasi con la stessa frequenza delle stelle nei manuali di astronomia.

Questo apprendimento è forse il miglior servizio che il libro ci rende. Naturalmente la letteratura aumenta continuamente, e altrettanto vale per la quantità di informazioni sulla cannabis o altre droghe che mirano a spaventare i consumatori. Dopo avere letto il libro di Zimmer e Morgan, il pubblico italiano disporrà di un nuovo strumento su come guardare le vecchie e le nuove teorie e, speriamo, su quali domande debbano essere formulate sulla "ricerca" a cui ci si appella per giustificare la teoria stessa. Avere un atteggiamento critico nei confronti di ciò che dicono gli "esperti" o i politici è vitale per una discussione sana.

Quasi tutti ignorano che la scienza moderna non è più "pura". Il finanziamento della ricerca scientifica è oggi una questione profondamente politicizzata, e gli scienziati devono chiedere fondi per fare ricerca a grandi istituzioni statali. La concessione del finanziamento da parte di queste istituzioni dipende

dalla prossimità delle questioni scientifiche rispetto alle politiche statali sulle questioni in ballo. Se gli scienziati vogliono fondi per progetti che potrebbero mettere a rischio le politiche statali, questi fondi vengono rifiutati. Ciò significa che gli articoli scientifici devono essere letti con le doppie lenti: le lenti dello scienziato, e le lenti del politico che guarda alla rilevanza politica o al danno politico di certi risultati. Molta ricerca moderna sulle droghe è pagata dalle istituzioni che investono pesantemente nella proibizione, come il Nida. Questo avviene anche in Italia, il che significa che molto lavoro scientifico, semplicemente, non esisterebbe se non fosse per il suo valore propagandistico.

Nell'edizione originale del 1997 del libro mancano due articoli che arricchiscono la versione italiana, rispettivamente di Franco Corleone e Grazia Zuffa. Corleone discute le idee del sociologo britannico Jock Young su come il consumo di droga divenga un simbolo di devianza negativa. Egli estende

questa analisi sociologica criticando aspramente la attuale politica delle droghe italiana voluta da Fini, e afferma che l'attuale governo di destra si rifà a una politica «dello stato etico che pretende di imporre i propri valori con il carcere o con la cura coatta in una rinnovata logica istituzionale manicomiale travestita da comunità».

Alla disamina dei rapporti scientifici pubblicati dopo l'esame di Zimmer e Morgan, Zuffa aggiunge la sua visione sul ruolo della scienza del dibattito politico sulle droghe. Formula interrogativi come «Dobbiamo saperne ancora di più?» e in una breve analisi del ruolo della scienza nel dibattito politico dimostra che molte ricerche scientifiche sulle droghe provengono da laboratori. Questo ci aliena dalla realtà del consumo di droghe, trasformando così la nostra fede nella scienza in "scienza come fede". E, *last but not least*, si dedica a sviluppare una analisi critica del concetto di dipendenza. Naturalmente, tale analisi è molto importante se vogliamo capire come concetti quali "dipendenza" riflettano un modo di vedere il consumo di droghe come un drago polifefalo. Questo drago "necessita" che i nostri politici si comportino come degli eroi, o meglio, come cavalieri senza macchia e senza paura in sella al loro destriero, con il compito di ucciderlo. Il tema è vecchio almeno quanto la storia di Don Chisciotte.

In breve, leggete il libro e il divertimento è assicurato! ■

Lynn Zimmer e John P. Morgan, *Marijuana: i miti e i fatti*, Vallecchi 2005, pagine 304, euro 19. Con una prefazione di Franco Corleone e un saggio conclusivo di Grazia Zuffa. Traduzione di Marina Impallomeni

*I ricercatori americani
Zimmer e Morgan hanno
esaminato con cura
migliaia di ricerche
mettendo a punto
un prezioso strumento
di documentazione*

La clemenza che serve a governare

PATRIZIO GONNELLA

Or lo chiamano no condizionato. Così La Russa e i suoi amici di Alleanza Nazionale hanno ribattezzato il loro no alla clemenza, dopo che Pannella ha riaperto il dibattito sulla questione amnistia-indulto. Condizionato a che? Condizionato alla preventiva approvazione di un'altra legge, la ex Cirielli-Vitali. Diventata famosa con il nome di salva Previti, ben presto ha mostrato, il suo volto più truce di ammazza-Gozzini. La Cirielli-Vitali, già approvata in un ramo del Parlamento, è una proposta di legge sulla recidiva. Prevede pene elevate per i recidivi, automatismi nella loro applicazione, riduzione all'osso dei benefici penitenziari. Ci si ostina contro i soliti ignoti, ossia immigrati, tossicodipendenti, marginali vari. Una legge del genere, se approvata, farebbe scoppiare le galere italiane. Sia il ministro Castelli che il suo vice Vitali, nel frattempo neo-promosso da semplice deputato a sottosegretario alla giustizia, rivendicano questo "auspicabile" risultato. In una trasmissione radiofonica a Radio Radicale il sottosegretario ha sostenuto che l'articolo 27 della Costituzione si applica solo una volta, per cui per il recidivo il carcere non può e non deve avere alcuna finalità rieducativa. Dire pertanto che l'amnistia e l'indulto vanno preceduti da una legge del genere significa dire più o meno: "mettiamone in galera a più non posso e poi, siccome siamo buoni, ne facciamo uscire qualcuno".

Si tratta di una presa in giro. Alleanza nazionale - con l'eccezione del ministro Alemanno - ha affossato il dibattito sull'amnistia senza avere il coraggio di rivendicarlo. Forse non vogliono apparire duri e forcaioli come quelli della Lega. Forse pensano che così chiuderebbero ogni possibile contatto con i radicali in vista delle future elezioni politiche. Forse temono un anatema, del papa. Intanto, quest'ultimo scorcio di legislatura potrebbe essere il più pericoloso per chi tiene a cuore i diritti delle persone. Chiusi in un angolo dal voto regionale, i nazionali-alleanzisti potrebbero tentare di recuperare consenso riproponendosi con forza mediatica come il partito dell'ordine e della sicurezza. La proposta di legge Fini sulle droghe e la ex Cirielli sulla recidiva potrebbero subire un'accelerazione. Rispetto a questo quadro, si tratta di resistere, fare melina, fare ostruzione. I sistemi penale e penitenziario potrebbero non riprendersi più. L'Unione, qualora dovesse tornare al governo, si troverebbe le prigioni stracolme e il codice penale modificato. Una riforma del codice Rocco, necessaria e non più differibile, sarebbe ben più complicata. La Fabbrica di Prodi dovrebbe sin da oggi lavorare per un nuovo codice penale nel segno della riduzione dei reati, della mitezza e della diversificazione delle sanzioni, così da arrivare nel 2006 ad avere un testo su cui iniziare il dibattito parlamentare. In questo frangente un provvedimento di amnistia e indulto generalizzati renderebbe tutto più facile. Non sarebbe solo un atto straordinario di clemenza, bensì la precondizione per una seria riforma strutturale.

L'aumento dei detenuti tra i potenziali effetti della "Cirielli"

FORTISSIMI COI DEBOLI

Roberto Moretto* e Carla Zurra**

Il disegno di legge 2055, la cosiddetta legge "Cirielli", apre scenari inquietanti sul futuro del carcerario italiano. All'attenzione dell'opinione pubblica è completamente sfuggito il fatto che tale proposta, oltre a dimezzare i tempi necessari alla prescrizione del reato per gli incensurati e a stabilire che gli ultra70enni scontino la pena presso il loro domicilio (da qui il nome di "salva-Previti"), muta completamente l'applicazione del Codice penale a chi incensurato non è, cioè ai recidivi.

Nell'area penale i recidivi rappresentano una componente oramai storicamente sedimentata con percentuali superiori al 60%. Nel sistema penitenziario italiano, i tossicodipendenti, gli extracomunitari, i disagiati psichici e le "nuove poveri" rappresentano quasi l'80% della popolazione detenuta ed è su questi "detenuti di serie B" che si riverserà l'inasprimento della risposta penale alla recidiva. Non è affatto irrealistico prevedere che, entro un semestre dall'entrata in vigore di questa sciagurata legge, agli attuali 60.000 detenuti "contenuti" negli Istituti italiani se ne verranno a sommare almeno altri diecimila.

Il ddl 2055, ora all'esame del Senato come S 3247, è composto di 10 articoli, che aggravano quasi tutti l'attuale legislazione penale. Così è per l'articolo 2, 1° comma, che concerne il divieto della concessione delle attenuanti generiche ai recidivi. Attualmente le attenuanti generiche sono una possibilità, per il giudice, di riequilibrare minimi e massimi edittali sproporzionati alla reale pericolosità sociale di taluni tipi di reato. Ad esempio: con la nuova legge il furto di autoradio verrebbe sanzionato con una condanna minima di 4 anni e mezzo. L'articolo 3 prevede che ai recidivi non possano essere concesse le attenuanti prevalenti o equivalenti alle aggravanti; nella pratica si traduce in un aumento automatico della pena irroganda.

L'articolo 4 sottrae al giudice la discrezionalità nell'applicazione dell'aumento di pena nei casi di recidiva.

L'articolo 5 prescrive che, sempre ai recidivi, l'aumento di pena per il reato continuato od in concorso non può essere inferiore ad un terzo della pena per il reato più grave; finora la legge indicava solo l'aumento massimo e lasciava alla discrezionalità del magistrato (che valutava appunto tutte le circostanze del reato) la determinazione del *quantum* di pena di aumento.

L'articolo 6 (il famigerato "salva-Previti") diminuisce il tempo necessario a prescrivere un reato rendendolo equivalente al massimo della pena edittale (ora la prescrizione, per i delitti, è suddivisa in 4 fasce: 5, 10, 15 e 20 anni) e prescrive che l'aumento (a causa delle varie cause interruttrive) massimo del tempo necessario a prescrivere (ora è della metà), per l'incensurato si limiterà ad un quarto, per il recidivo sarà di due terzi e per il delinquente abituale o professionale raddoppierà.

L'articolo 7 al 1° comma innalza, per i recidivi, la frazione di pena da scontare prima di poter richiedere i cosiddetti "permessi premio", concessi comunque a discrezionalità del magistrato di sorveglianza; al 2° comma prescrive che il condannato ultra70enne possa espiare presso il

suo domicilio tutta la pena (di qualsiasi entità!) purché non sia recidivo (estrema rete di salvataggio per Previti e compagni di merende!); al 3° comma riduce da quattro a due anni la pena residua che il condannato (malato, anziano, minore dei 21 anni o madre di un bambino) potrebbe espiare in regime di detenzione domiciliare; il 4° comma rende impossibile la concessione ai recidivi della detenzione domiciliare che finora chiunque, sotto i due anni di pena residua e non rientrando nelle condizioni di cui al comma precedente poteva chiedere; il 5° comma innalza, sempre per i recidivi, la frazione di pena da scontare prima di poter richiedere l'ammissione al regime di semilibertà; il 6° comma estende a tutti i detenuti colpevoli di evasione il divieto di un successivo accesso alle misure alternative alla detenzione (norma finora riservata solo ai condannati per gravi reati); il comma 7 infine, prescrive che i recidivi possano usufruire solo una volta dell'affidamento in prova, della semilibertà o della detenzione domiciliare (fino ad oggi non c'era limitazione, decideva volta per volta il Tribunale di Sorveglianza).

L'articolo 8 prevede che ai tossicodipendenti recidivi l'affidamento in prova terapeutico non possa essere concesso più di una volta (oggi due volte).

L'articolo 9 vieta che ai recidivi sia applicata la "legge Simeoni" che concede d'ufficio, in attesa che il tribunale di sorveglianza si pronunci nel merito, la temporanea sospensione dell'esecuzione della pena qualora si richieda una misura alternativa alla detenzione.

Al 30 giugno 2004 i detenuti (e le detenute) ristretti nelle carceri italiane erano 56.532 di cui ben il 35,64% (20.151) ancora in attesa della sentenza definitiva e quindi, secondo il dettato costituzionale, presunti innocenti; già oggi, a fine anno, le presenze sfiorano le 60.000 unità e con una media annua di più di 300.000 condanne penali non è incredibile ipotizzare che in pochi mesi non solo s'impennerà il trend

degli ingressi in carcere, ma anche che i mancati (o ritardati) accessi alle misure alternative alla detenzione, determineranno un ulteriore affollamento del circuito penitenziario italiano.

Consideriamo che la maggior parte degli imputati è colpevole di "reati bagatellari" (di scarso allarme sociale) o di violazioni conseguenti alla proibizione delle droghe (e qui farà aggio, se approvato, il disegno di legge Fini equiparante le droghe leggere - cannabis e suoi derivati - a quelle "pesanti", che già comprendono anche Lsd ed ecstasy) e che costoro sono quasi tutti recidivi. Alla stragrande maggioranza degli imputati (i recidivi) non si applicherà la sospensione dell'esecuzione della pena (la "Simeoni"); d'ora in avanti un furto d'auto verrà sanzionato penalmente con diversi anni di carcere; al tossicodipendente recidivo (e quando mai si è visto un tossicodipendente che non lo sia!) che rivende qualche dose di droga per "guadagnare" il proprio fabbisogno giornaliero verranno comminate condanne superiori agli otto anni di reclusione; *dulcis in fundo*, tutti i detenuti tossicodipendenti, se in passato hanno già usufruito, con qualunque esito, di un affidamento in prova terapeutico non potranno richiederne un secondo etc.

Già oggi il circuito penale italiano, con poco meno di 60.000 detenuti - e con oltre 100.000 persone che scontano la loro pena nel "carcere diffuso" (arresti domiciliari, comunità terapeutiche, semilibertà etc.) - versa in quelle vergognose condizioni che, bene o male, tutti conosciamo e nel quale parlare di risocializzazione o di reinserimento sociale rimane una mera dichiarazione d'intenti.

Con queste premesse quanti saranno, a fine 2005, i cittadini a vario titolo (e forma) detenuti? ■

*Centro assistenza legale servizi a bassa soglia, Torino

**Collaboratrice gruppo Prc, consiglio regionale Piemonte

Vieni avanti padano

«Così come gli aveva chiesto il ministro della Giustizia Roberto Castelli, Giuseppe Magni, l'ex consulente per l'edilizia penitenziaria di via Arenula indagato per concorso in corruzione e istigazione alla corruzione dalla procura di Roma per presunte irregolarità negli appalti delle carceri, smentisce tutto» (Il Messaggero, 11 aprile 2005).
Da consulente a consigliere.

(m a r a m a l d o)

BASSA SOGLIA

L'esperienza del Centro Aldea, periferia est della capitale

SULLA STRADA

Marina Impalomeni
ROMA

Un reticolo di stradine, case di due-tre piani che saturano il paesaggio in ordine sparso. Un po' più in là la via Casilina, percorsa ogni giorno da migliaia di macchine che vanno e vengono incessantemente. Siamo alla Borghesiana, estrema periferia est di Roma, qualche chilometro fuori del grande raccordo anulare. Il centro Aldea è nato nel 2000 grazie all'Agenzia per le tossicodipendenze del Comune di Roma, che lo finanzia interamente, ed è gestito da un'associazione temporanea d'impresa composta da Comunità Capodarco Roma Onlus (capofila), Cooperativa Il Cammino, Associazione La Tenda, Associazione Noi e Capodarco. Di giorno, dalle 11 alle 19, può ospitare fino a dieci-quindici utenti. Alle 19 inizia il «notturno», che si conclude la mattina successiva alle 9. I posti letto disponibili sono otto, ma bisogna prenotarsi con almeno un giorno di anticipo e comunque non è consentito pernottare più di cinque notti consecutive. Gli utenti devono arrivare entro le 20, poi si cena.

Qui far rispettare le regole della convivenza è importante. Prima di mettersi a tavola, la sera, tutti devono aver fatto la doccia. Ognuno ha una mansione da svolgere: c'è chi aiuta in cucina, chi lava i piatti, chi pulisce le camere da letto e così via. È rigorosamente vietato «farsi» all'interno del centro, ma anche nelle strade circostanti.

«I nostri utenti sanno che devono rispettare un codice comportamentale ben preciso» mi spiega il coordinatore, Franco Di Chirico. «In passato abbiamo avuto dei problemi con i vicini, soprattutto i primi tempi. Non volevano che i tossicodipendenti per entrare da noi passassero nella loro strada, ma abbiamo risolto aprendo un cancello laterale. Insomma, serve un continuo lavoro di mediazione. E i nostri utenti sanno che non devono assolutamente consumare sostanze quando sono da queste parti».

Lo scambio siringhe è un aspetto abbastanza marginale rispetto all'attività del centro anche perché, mi spiega Franco, «siamo lontani dai punti di consumo». Il posto è parecchio fuorimano e l'utenza non è necessariamente di quartiere, perciò «c'è una certa autoselezione delle persone».

Franco mi spiega che l'utenza tende a essere «circolare». Molti utenti sono senza fissa dimora e, quando trovano posto, dormono a turno nei quattro centri notturni per tossicodipendenti di Roma (Aldea, Villa Maraini, Magliana '80, Tartaruga) in una sorta di circuito chiuso orizzontale. Ciò apre una contraddizione rispetto alla vocazione di «pronta accoglienza» di un progetto come questo, il cui obiettivo principale è ridurre i danni ma anche facilitare l'accesso a servizi di altro tipo. Il ricambio nel corso degli anni c'è stato, ma è riconducibile soprattutto ai ricoveri ospedalieri, alle morti, al carcere. «Quello che manca sul territorio non è la pronta accoglienza, ma l'accoglienza per periodi più lunghi» dice Franco. Per contrastare questa circolarità dell'utenza, il centro Aldea cerca di mettere in contatto i frequentatori del centro con i servizi presenti su tutto il territorio cittadino, dal Sert, al dipartimento di salute mentale, ai servizi municipali.

Mentre parliamo si avvicina a noi Maria (un nome fittizio). Non ha la residenza e quindi non ha nemmeno il medico di base. Vorrebbe tanto averla, Franco la rassicura: se ne occuperanno. Per ottenere la residenza Maria deve incontrare un assistente sociale del municipio. «In genere l'appuntamento viene dato dopo due-tre mesi» mi spiega Franco preoccupato. «Noi non disponiamo di alcun canale preferenziale rispetto al privato cittadino a parte le relazioni personali che ci siamo costruiti. Ma per una persona in stato di necessità, un'attesa del genere equivale a un'eternità. Chissà se da qui ad allora Maria frequenterà ancora il nostro centro?».

Per Mauro Faiella, referente del progetto, in un territorio «difficile» come questo c'è bisogno di mettere in campo politiche sociali condivise tra le diverse istituzioni. E c'è un grosso problema di risorse insufficienti. «Il municipio delle Torri dispone di 7-8 assistenti sociali su un territorio grande, diversificato, cresciuto sull'abusivismo, che conta oltre 200.000 abitanti. I disagi sono tantissimi: ci sono immigrati, minori con tassi tra i più alti di dispersione scolastica, famiglie monoparentali con basso reddito, portatori di handicap, disoccupazione. Fino a poco tempo fa qui mancavano anche le farmacie, non c'è un cinema».

Nonostante le difficoltà, il centro Aldea punta molto sulla costruzione di relazioni significative. «Secondo noi per creare una buona relazione l'assistenza primaria è molto importante, e il fatto che il centro sia di piccole dimensioni ci aiuta da questo punto di vista. Ci teniamo a offrire una prestazione di alta qualità: creare un'atmosfera conviviale davanti a un piatto ben cucinato facilita molto la relazione. A noi gli utenti dicono cose che in servizi di altro tipo non dicono».

La conferma me la dà Antonio, un utente. «Vengo qui tutti i giorni e mi trovo bene, ho un buon dialogo con gli operatori. A loro riesco a dire cose che magari non dico a un assistente sociale». Perché? «Loro capiscono i problemi di chi vive in strada, vedono di più la realtà». Antonio mi racconta che non fa più uso di eroina da undici anni. È sieropositivo. «Prendevo il metadone e intanto mi facevo con l'eroina, poi un giorno un mio amico è morto di overdose. Allora ho deciso: sono andato a casa di un amico e mi sono chiuso dentro. Ho smesso così, tutto da solo».

Claudio invece è in cura con il metadone. «Sto tentando di togliere anche quello» dice. In passato ha lavorato per sei anni alla facoltà di ingegneria a Trento. «Poi ho avuto dei problemi» dice. È molto contento che all'Aldea si dia importanza all'igiene personale: in altri centri fare la doccia non è obbligatorio come qui, specifica. «Tra utente e operatori c'è un rispetto quasi familiare, ti senti a casa e tutti si adoperano per farti stare bene». Già, stare bene. Un desiderio legittimo, penso dopo aver salutato tutti, mentre vado via. ■

Lo stato del sistema dei servizi nel Lazio

UN NUOVO INIZIO
PER LA REGIONE

Mario De Luca*

I programmi di riduzione del danno attivati nella Regione Lazio sono stati quasi tutti avviati e finanziati dal Fondo nazionale lotta alla droga e dal 1999, con la regionalizzazione e triennializzazione del Fondo, sono stati programmati su tutto il territorio regionale.

Il Fondo regionale riservò, in quegli anni, un terzo delle risorse all'avvio di interventi e servizi esplicitamente orientati alle strategie di riduzione del danno. Da allora molte cose sono accadute, ma ciò che più ha condizionato lo sviluppo e la stabilizzazione degli interventi è stato l'arrivo al governo regionale della giunta di centrodestra nel 2000. La giunta Storace si è caratterizzata per un grande immobilismo ed ha bloccato, senza sostituirlo, il processo di stabilizzazione, di integrazione e di sistema da implementare dopo l'avvio dei piani sanitari nazionali e, soprattutto della riforma del sistema dei servizi e delle prestazioni (legge 328). Spesso il non fare produce più danni del fare male. Infatti appare a dir poco surreale il percorso dei progetti attivati con il Fondo nazionale lotta alla droga. La Regione in questi anni ha continuato a prorogare operando selezioni successive ed ha allestito, ad ottobre 2004 un ultimo bando centralizzato che per ora giace negli uffici regionali, ignorando sia il piano sanitario che quello sociale. Per ultimo in una delibera della giunta regionale del Lazio di fine anno (pubblicata nel Bollettino ufficiale Regione Lazio del 30/12/2004) si quantifica il fondo in 4.154.264 euro riducendolo, in barba a tutte le norme di circa il 50%; era fino al 2003 di 8.000.000 euro.

Tra mille difficoltà e con una grave sensazione di precarietà le esperienze di riduzione del danno hanno continuato il loro lavoro e sono state sostenute, a Roma, anche dall'intervento dell'Agenzia comunale per le tossicodipendenze che ha attivato e mantenuto in piedi numerosi servizi di accoglienza diurna e notturna a bassa soglia di accesso.

L'insieme di questi servizi ha sperimentato pratiche e messo a punto procedure di integrazione tra l'aspetto sanitario e quello sociale ed ha spesso reso effettivo il sempre auspicato incontro tra operatori dei servizi pubblici ed operatori dei servizi del privato sociale. Molti di questi servizi hanno anche retto agli strumentali attacchi di singoli consiglieri di maggioranza e di rappresentanti locali di An tesi a screditare, trasferire o chiudere i centri a bassa soglia, ma soprattutto i Sert territoriali approfittando di situazioni ambientali di effettivo disagio.

L'evoluzione dei fenomeni e la sistematizzazione delle pratiche ha prodotto un forte accumulo di conoscenze che consentirà di presentare i servizi di riduzione del danno attivati con le carte in regola ad un eventuale appuntamento di stabilizzazione. Segnaliamo, a titolo d'esempio, la diffusione in questi servizi della centralità del lavoro di supervisione. Molti servizi rivolti alle persone hanno, tra le loro componenti più qualificanti, il lavoro svolto in équipe. Questo tipo di lavoro impone l'esaltazione delle competenze individuali e l'omogeneizzazione delle professionalità attraverso una costante attenzione agli interessi ed ai bisogni degli utenti del servizio. Spesso le risorse professionali degli operatori ed i loro punti di vista nella gestione dei casi sono differenti ed il gruppo di lavoro deve essere pronto ad affrontare il conflitto e governarlo in funzione dei compiti del servizio. Gli incontri sistematici delle équipe sono dunque il luogo privilegiato per la gestione dei casi e la corretta conduzione del servizio. La supervisione si pone al servizio di queste esigenze e contribuisce con specifiche azioni allo sviluppo delle competenze professionali delle équipe stesse.

Tutto questo per dire della maturità e dello spessore che i servizi hanno assunto in questi pur difficili anni. Sono maturi i tempi, e speriamo ci siano le sensibilità, per poter inserire questi servizi, con gli opportuni aggiornamenti, nel sistema stabile dei servizi essenziali e nel sistema dell'integrazione socio-sanitaria prevista sia dal piano sanitario regionale, dal piano socio-assistenziale regionale che dal piano regolatore sociale del Comune di Roma.

Nella Regione Lazio siamo perciò alle soglie di un nuovo inizio per la costruzione di un sistema per le dipendenze che tenga conto dei mutamenti sociali, culturali, legislativi e soprattutto della difficile situazione di precarietà in cui sono state relegati servizi ed interventi che hanno attratto l'attenzione di tanti operatori in tutto il territorio nazionale. ■

Dice Antonio: "Vengo qui tutti i giorni e mi trovo bene, ho fiducia negli operatori, a loro dico cose che magari non direi all'assistente sociale perché sento che mi capiscono meglio"

Scozia, un nuovo studio su 126 assuntori di eroina non in trattamento presso i servizi

DROGATI E INTEGRATI

Claudio Cappuccino

Nessuno pensa di potersi fare un'idea dell'alcool osservandone gli effetti sugli alcolizzati all'ultimo stadio. Eppure la maggior parte di noi (inclusi politici, medici, giornalisti e ricercatori) ha dell'eroina un'idea basata soltanto sulla figura, o sulla caricatura, del drogato irrecuperabile. Per l'alcool non cadiamo nella trappola solo perché lo conosciamo bene e molto probabilmente ne usiamo un po' anche noi. Sappiamo bene che l'alcolizzato è l'eccezione e non la regola, e che quindi non può essere l'alcool di per sé la "causa" dell'alcolismo. Ci è però più difficile estendere questa considerazione a sostanze che non solo non conosciamo, ma che soprattutto non sono socialmente accettate.

Ciò vale per l'eroina, questo prototipo del "mostro droga", forse più che per qualunque altra sostanza proibita. La maggior parte di noi dà per scontato che l'eroina sia una droga che non solo «fa delle cose alle persone», ma che anche «fa fare delle cose alle persone contro la loro stessa volontà»; che sia una sostanza *ultimately addictive* («fondamentalmente capace di provocare dipendenza»), per cui il suo uso diventerà inevitabilmente intensivo, continuativo e distruttivo, con gravi conseguenze sulla salute, sul comportamento e sulla posizione sociale del consumatore.

Questa opinione diffusa, e il tragico quadro che essa propone, è stata messa in discussione più volte, senza peraltro che le osservazioni controcorrente siano state prese in seria considerazione. Ma la realtà si può ignorare o rimuovere, non abolire: in qualche modo, ogni tanto, continuerà testardamente a saltar fuori. Ed ecco che un recente studio scozzese, condotto da due ricercatori della *Glasgow Caledonian University*, riprende con forza questo discorso sulle persone (quante? nessuno lo sa) che usano eroina con moderazione, per così dire "al bisogno", senza cadere nella dipendenza e – questo è il punto importante, ancorché incredibile e inaccettabile per i più – senza particolari problemi.

Il fenomeno dell'uso non dipendente di oppioidi è in realtà noto da sempre, anche se il suo studio scientifico non è mai stato approfondito. Probabilmente ciò è avvenuto sia per l'obiettivo difficoltà di contattare questi consumatori, che in genere si tengono accuratamente nell'ombra per evitare guai, sia per la mancanza di interesse specifico dei ricercatori e soprattutto dei finanziatori delle ricerche (per lo più legati alle agenzie antidroga, che per principio vorrebbero negare ogni possibilità di uso controllato delle sostanze proibite).

Norman Zinberg ha offerto forse il modello interpretativo più interessante dei fenomeni di uso di sostanze, incluso l'uso controllato di una sostanza "speciale" come l'eroina. Egli ha proposto di considerare l'uso di droghe come il risultato dell'interazione di tre gruppi di fattori: le caratteristiche farmacologiche della droga in esame (*drug*); le caratteristiche psicologiche del soggetto come struttura della personalità, valori, aspettative, motivazioni, ecc. (*set*); e le caratteristiche dell'ambiente fisico e sociale in cui la sostanza viene usata (*setting*). Sembra in realtà che i primi a parlare dell'importanza del set e del setting siano stati Richard Alpert e Timothy Leary fin dai primi anni '60, quelli della loro infatuazione per la psilocibina e l'Lsd. Norman Zinberg e John Robertson (*Drugs and the public*, 1972) e Andrew Weil (*The natural mind*, 1972) fecero propria questa intuizione, e successivamente Zinberg la elaborò come vera e propria teoria dell'uso di droga (vedi *Nida Research Monographs* n. 30, 1980, pp. 236-244; e so-

prattutto *Drug, set, and setting: the basis for controlled intoxicant use*, Yale University Press 1984).

Purtroppo la complessità di questa interpretazione è stata molto spesso ignorata a favore di una più semplice (e solo apparentemente più "scientifica") interpretazione neuro-psico-farmacologica, basata sul recente grande sviluppo degli studi sul cervello e sui neurotrasmettitori, anche se l'attraente schematicismo di questa interpretazione non si adatta facilmente all'enorme varietà dei comportamenti umani.

Tornando al citato studio scozzese, gli autori sono riusciti a contattare con il passaparola ben 126 persone (94 uomini e 32 donne) che assumono da tempo eroina e che non sono mai state in contatto con centri per il trattamento delle dipendenze o con la giustizia; 85 di esse sono poi state intervistate una seconda volta, in media dopo 15 mesi, per verificare se nel frattempo fossero intercorsi cambiamenti. Con 41 persone si è invece perso il contatto.

La prima sorpresa è stata che questi consumatori di eroina «occulti» presentavano un livello di istruzione, uno stato occupazionale ed altre caratteristiche socio-familiari in linea con la popolazione generale e molto superiori a quelle generalmente incontrate nelle ricerche

Il 74% degli intervistati ha un lavoro stabile, più della metà segue un modello di consumo definito "leggero" e "moderato"

sull'eroina. Il 74% aveva un lavoro stabile (il 27% di alto livello), l'11% studiava a tempo pieno, il 64% aveva un titolo di studio superiore e solo il 5% non aveva alcun titolo di studio. Il 57% aveva una relazione affettiva durevole, il 33% con figli.

La maggioranza di loro ha almeno sperimentato altre droghe come cannabis, ecstasy, amfetamine, cocaina e Lsd. In media, usano eroina da sette anni, e hanno cominciato all'età di ventuno anni circa; 35 possono essere definiti consumatori "leggeri" (fino a 25 giorni di uso nei due anni precedenti), 34 moderati (da 25 a 50 giorni), 25 medio pesanti (20-200 giorni), e 29 pesanti (oltre 200 giorni). Questi sottogruppi non presentano differenze per quanto riguarda età, sesso, occupazione, livello di istruzione, problemi di salute fisica o mentale, familiari, lavorativi o scolastici. In generale, i consumatori leggeri di eroina tendono a usare una maggiore varietà di sostanze non oppioidi rispetto ai consumatori pesanti. Alla seconda intervista, 17 soggetti su 85 hanno riferito di non aver più usato eroina dopo la prima intervista: 7 su 17 hanno però usato altri oppioidi, e solo due hanno detto di non voler più usare eroina in futuro.

Il modello di consumo "tipico" per il 57% del campione era: «uso un po' di eroina, poi aspetto, poi ne uso ancora», mentre per il 21.5% era «uso l'eroina continuativamente, finché non ne ho più». La frequenza media di uso era di circa 10 giorni al mese. Riguardo al "livello di dipendenza riferito", il valore medio assegnato all'eroina era di 4,7 punti, inferiore a quello assegnato ad altre sostanze quali il tabacco (8,3), l'alcool (5,6), la cannabis (5,6). Il valore per l'eroina è risultato anche nettamente inferiore a quello riferito in altre ricerche da consumatori di eroina in trattamento (10,3) o non in trattamento (6,6).

Il 55% degli intervistati ha detto di considerare la propria salute buona (7% molto buona), il 38% soddisfacente, e solo il 7% cattiva (1% molto cattiva). Il 30% dei consumatori ha riferito di aver avuto problemi di salute legati all'uso di droghe, ma solo il 4% considerava l'eroina da sola causa di problemi di salute (il 7% l'eroina insieme ad altre sostanze).

Diciannove intervistati hanno riferito «problemi familiari» associati all'uso di droghe (in un caso, rottura di una relazione durevole; in genere solo «preoccupazione» dei familiari). Alla seconda intervista, undici persone hanno riferito problemi familiari (in tre casi problemi seri; negli altri otto, sostanzialmente, "tensioni familiari"). Settantatré persone avevano avuto problemi con il lavoro o gli studi: ma solo due avevano perso il lavoro e uno aveva dovuto lasciare l'università. In quattordici casi l'eroina da sola, e in dieci casi l'eroina in combinazione con altre sostanze, è stata considerata una causa di problemi di lavoro o studio. Alla seconda intervista, ventitré persone hanno riferito problemi di questo tipo, in dieci casi attribuibili all'eroina.

Gli autori mettono tutta la cautela possibile nell'interpretare i dati. Non tutti questi casi possono infatti essere veramente classificabili come «uso controllato» (di eroina o più in generale di droghe), dato che alcuni consumatori si sono autodefiniti «dipendenti» e incapaci di autocontrollo, ed altri che pure mantengono un consumo moderato di eroina hanno riferito effetti negativi legati all'uso di altre sostanze, alcool in particolare.

Gli autori sottolineano inoltre che i fattori psicologici appaiono almeno altrettanto importanti di quelli farmacologici nel determinare il modello di consumo, e che sulla base di questi dati, come di altri precedenti, non si può più sostenere che l'uso di eroina debba *necessariamente* condurre alla perdita di controllo e alla dipendenza. Ritengono però necessarie ulteriori ricerche su questa popolazione «occulta», sia per meglio definire il concetto di «uso controllato» di sostanze, sia per meglio verificare la consistenza di quello che essi propongono di chiamare, più che «uso controllato», «uso non intrusivo di eroina» (nel senso di uso «che non influisce significativamente in modo negativo sulla vita personale e sociale»).

Dove e quando una ricerca simile in Italia? ■

D. Shewan, P. Dalgarno. "Low levels of negative health and social outcomes among non-treatment heroin users in Glasgow (Scotland): Evidence for controlled heroin use?", *British Journal of Health Psychology* 10: 1-17, 2005.

Fini non si ferma: è l'ora del movimento!

È in corso al Senato la discussione sul disegno di legge proibizionista e punitivo di Gianfranco Fini e sulla proposta alternativa del cartello *Dal penale al sociale*. Forum droghe intende essere protagonista di una campagna forte di opposizione. Per questo occorrono idee, energie e soldi.

I versamenti possono essere fatti negli uffici postali o attraverso bonifico bancario sul conto corrente postale n. 25917022 intestato a Forum Droghe. Per il bonifico è necessario indicare le coordinate bancarie: CAB 7601-8 ABI 03200-3



MOVIMENTO PER IL CONTROLLO DEL DROGA PER I SERVIZI, CONTRO LA PROIBIZIONE

QUOTE ASSOCIATIVE 2005

euro 30,00	socio ordinario
60,00	socio sostenitore
12,00	studenti e disoccupati
150,00	associazioni

**Possiamo far diventare le aziende italiane
più veloci e competitive?**



**Sì. Per questo abbiamo creato una
rete ad altissima velocità di trasmissione.**

FASTWEB

Per informazioni www.fastweb.it o chiama 192 192.

FASTWEB è Telefono, Mega Internet, TV* interattiva, Film on Demand, SKY Cinema/Calcio/Sport e molto di più.

*Per connessioni ADSL il servizio Video è disponibile previa verifica del doppino esistente successiva all'attivazione dei servizi FASTWEB.