

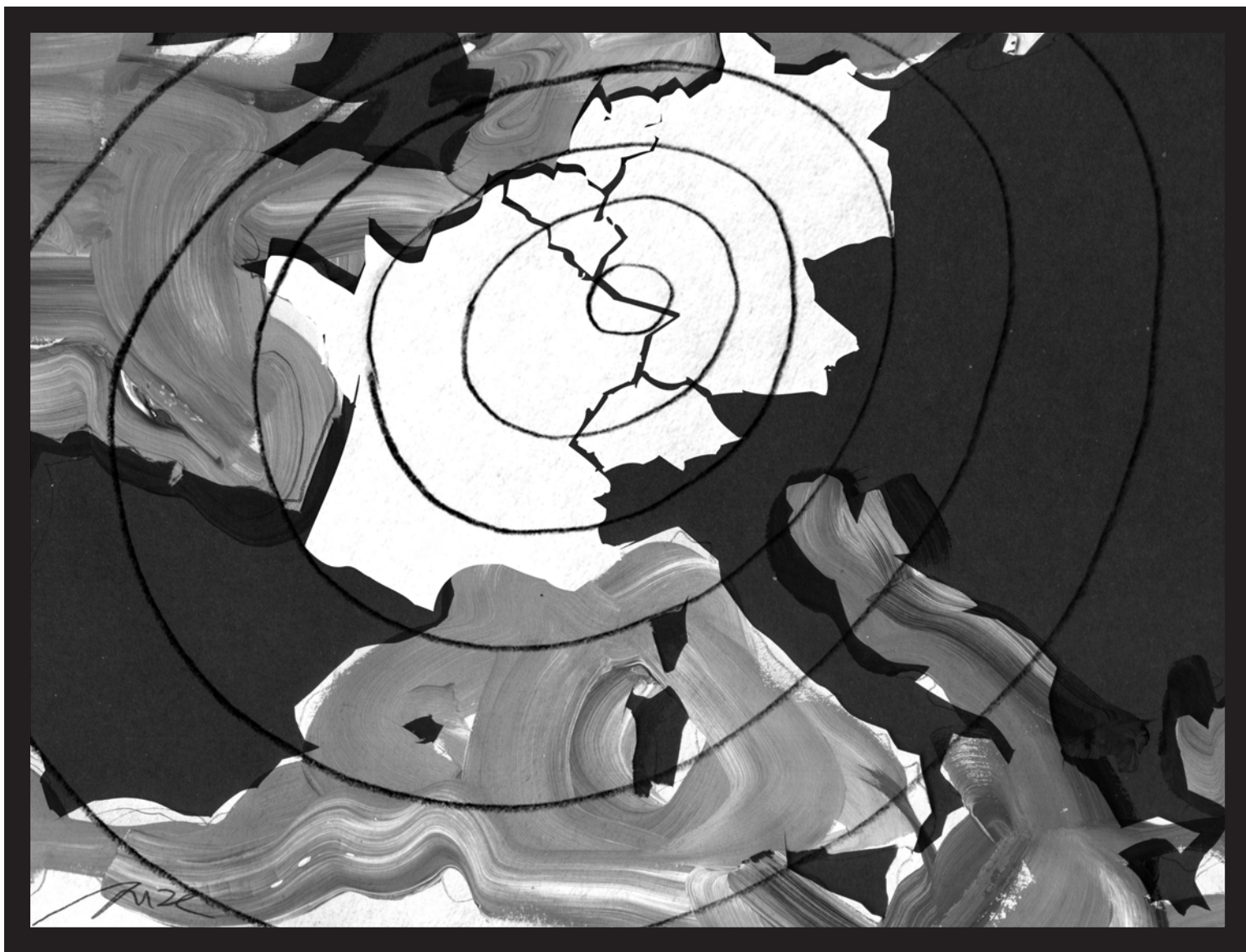
IN QUESTO NUMERO

Dal Belgio alla Francia, dalla Germania all'Olanda e alla Svizzera: cinque paesi, come ci racconta **Matteo Ferrari**, hanno messo in comune le proprie conoscenze sfatando i "miti" sulla canapa. Un'esperienza che ben rappresenta un modello europeo pragmatico e basato sulla ricerca scientifica, alternativo alla drammatica politica della "war on drugs" messa in campo dall'amministrazione americana. Su quest'ultima lancia un allarme il californiano **Chris Conrad**, a partire dal dramma dei "prigionieri di guerra". Meglio quindi andare ben preparati all'appuntamento di Vienna: il meeting dell'Onu sulle droghe di aprile. Uno strumento utile vuole essere in questo senso l'articolo di **Grazia Zuffa** che illustra gli spazi d'azione presenti nelle convenzioni internazionali sugli stupefacenti, mentre **Freek**

Polak delinea alcune ipotesi di regolamentazione in previsione di una riscrittura delle convenzioni stesse. Terapia del dolore:

la legge voluta dal ministro Veronesi è ancora inapplicata. Nel paginone di questo mese pubblichiamo un "vademecum" per orientarsi in questo settore, poco noto anche agli stessi medici. Articoli di **Claudio Cappuccino**, **Francesco Crestani**, **Tato Grasso**.

Indulto: sulle contraddizioni del Parlamento segnaliamo un intervento di **Patrizio Gonnella** e **Sergio Segio**, mentre **Franco Corleone** dedica un editoriale all'inaugurazione dell'anno giudiziario in relazione alla questione delle droghe. Proponiamo infine un editoriale di **Claudio Cippitelli** sulla campagna governativa di "disinformazione" sulle droghe.



LA VOCE D'EUROPA

È rara una posizione comune dell'Europa su qualsiasi questione politica, eppure la Grecia, nel suo semestre di presidenza a Bruxelles, sembra determinata a portare una linea europea sulle droghe al meeting Onu di Vienna. È questo l'obiettivo esplicito della conferenza convocata ad Atene per il 6 marzo dal ministro degli esteri Giorgos Papandreu: lo stesso che già si era espresso apertamente per una rivisitazione critica delle convenzioni internazionali in un articolo che abbiamo riportato nello scorso numero del nostro giornale. Ma le prove di cooperazione non finiscono qui. È appena uscito un rapporto sulla canapa, stilato da esperti nominati da cinque paesi (Belgio, Francia, Germania, Olanda e Svizzera), che sfata alcuni dei più tenaci miti sulla marijuana, veri e propri pilastri della propaganda proibizionista: da quello della "droga di passaggio" (all'eroina), alla cosiddetta "sindrome amotivazionale", quale esito del consumo regolare. È un contributo prezioso, visto che a Vienna la politica sulla canapa sarà uno dei punti di scontro col fronte dei paesi intransigenti, Usa in testa. Che il riscatto dell'Europa passi per le droghe?

alle pagine 4, 8 e 9

fuoriluogo.it

La quinta colonna

La campagna di Vienna sembra avviata sotto buoni auspici, almeno per ciò che riguarda la posizione dell'Europa. Forse per questo è partita una velenosa controffensiva che passa attraverso l'attacco a Mike Trace, indicato come la quinta colonna dell'antiproibizionismo a Vienna in un articolo del *Daily Mail*. Mike Trace, già vice-zar delle droghe britannico, poi passato all'Oecd di Lisbona, da poco lavora all'Undcp, l'agenzia Onu sulle droghe. Per Melanie Phillips, autrice del pezzo, essere a favore della legalizzazione significherebbe essere a favore delle droghe, dunque Trace sarebbe incompatibile col suo incarico. Le purghe politiche sono una tentazione irresistibile, a quanto pare.

UN BRUSCO RISVEGLIO

Signor Giudice, ho piantato un seme... ne è nata una “pianta”, mi ha dato circa 100 gr. di infiorescenza... Una mattina, il 4 novembre 2002, mi svegliano dei forti colpi sulla porta. «Carabinieri, dobbiamo fare una perquisizione».

Carissimi del *Manifesto*, ho 35 anni e sono un “ex tossicodipendente” (anche se odio il termine), ormai “guarito” da 8 anni, iter tipico del “tossico”, galera, comunità e riabilitazione.

Fin qui la mia storia è come quella di tanti... È sì vero che ho svariati procedimenti per furto, ma è altrettanto vero che li ho pagati tutti e in tutti i sensi (carcere, multe), ma non basta. Il mio passato, a quanto pare (dal 1994 non commetto un reato) pesa. Torno al 4 novembre...

Mi sembra un po’ eccessivo il trattamento riservatomi dalla giustizia. Ho portato a conoscenza la Corte del fatto che sono Hiv positivo da 15 anni, che per me fumare è più una medicina... Quasi mi cacciano dall’aula, Pm e Giudice se la ridono delle mie affermazioni su come io invece tragga anche benefici fisici dall’uso di canapa indiana.

È vero che in generale io sono fortunato, sto bene fisicamente. Ma è altrettanto vero (ma non certificabile) che nel periodo del raccolto ingrasso di 7-10 kg perché la canapa mi stimola l’appetito. Purtroppo non conosco alcuno che possa aiutarmi o consigliarmi. Chiedo a voi se esiste

L’INFAME ILLUSIONE

Buongiorno. Mi chiamo Manuela e vi chiedo la cortesia di informarmi su una eventuale abrogazione dell’ergastolo nel nuovo codice penale e sull’esistenza di qualche disegno di legge in discussione relativamente all’ergastolo stesso. Vi ringrazio anticipatamente della vostra cortesia. Saluti

Manuela

RUSSO SPENARISPONDE

Cara Manuela, purtroppo l’ergastolo non è stato abolito. Negli ultimi decenni si è sviluppato un movimento largo, sul piano culturale e garantista, molto ricco, di stampo abolizionista. Potrei citare, per non andare troppo indietro nel tempo, il convegno dell’associazione Antigone “Fine pena mai”, di grande rilievo scientifico ma anche politico, che ha coinvolto tanta parte delle culture democratiche, garantiste, antiproibizioniste. “Fine pena mai” è l’allusione alla tremenda dizione ufficiale, drammatica proprio nel suo burocratismo, che parla di una persona che deve perdere ogni speranza, abbandonare ogni percorso di risocializzazione. È una espressione agghiacciante perché immobile, perché inchioda una vita al suo passato, perché nega il futuro. È ingiusto, è sbagliato, per quanto grave ed efferato possa essere stato il crimine compiuto da una persona; vi è, nella concezione dell’ergastolo, una evidente ossessione securitaria e l’illusione, senza alcun riscontro statistico, che la pena massima svolga funzione di prevenzione nei confronti delle più gravi forme di criminalità. È la stessa infame illusione della pena di morte. Ritengo, invece, l’ergastolo non compatibile con i principi del nostro ordinamento e, in particolare, con l’art. 27 della Costituzione in tema di finalità rieducativa della pena. Disegni di legge di impronta abolizionista sono stati presentati in molte legislature (IV-V-VIII-IX-X e XIII). In particolare, dopo un lungo lavoro parlamentare su un disegno di legge che presentammo la scorsa legislatura al Senato, di iniziativa della senatrice Ersilia Salvato, il Senato approvò un testo il 30 aprile del 1998; ma esso, purtroppo non venne mai approvato dalla Camera dei Deputati. Quel testo è stato ripresentato, all’inizio di questa legislatura, dal gruppo di Rifondazione Comunista; è un testo che aveva già, quindi, raccolto il voto della grande maggioranza del Senato. Si richiede pertanto alle forze politiche un atto di coerenza, che faccia compiere un passo avanti verso l’introduzione di un nuovo codice penale, che sostituisca quello vigente, che risale al 1930 e che per larghe parti è ancora caratterizzato da una concezione del diritto penale e della pena che mal si concilia con i principi costituzionali.

Giovanni Russo Spena

qualche associazione a cui rivolgermi e magari, se poteste darmene informazione. Comunque complimenti per il giornale, è l’unico che ha il

coraggio di affrontare tutti quei temi sociali e non, che sono la “vita reale”. Continuiamo così.

Lettera firmata

LA CANNABIS È LEGALE?

Sono stato fermato il 19 gennaio 2002 per un normale controllo da parte della polizia e mi hanno sottoposto all’etilotest; risultato oltre il valore di soglia, mi hanno sospeso la patente per 20 giorni; successivamente, in quanto reato penale, sono stato sottoposto a processo e multato. Io pensavo che tutto fosse finito lì e invece la Motorizzazione civile ha voluto farmi la revisione della patente con visita medica; alla suddetta visita scopro con stupore che devo fare gli esami delle urine e del capello per ritrovare eventuali droghe; io sono un fumatore saltuario (mi fumo in media una canna a settimana...), ma siccome erano passati pochi giorni dall’ultima volta (5 per la precisione...) ho paura che risulterò positivo. Posso ritirarmi la patente di nuovo anche se è per un altro motivo? E che diritto hanno se non sono stato colto in flagranza e il consumo di marijuana è legale? Poi credo che i valori, se positivi, non saranno troppo alti. Vi ringrazio fin d’ora se avrete la cortesia di rispondermi.

Lettera firmata

Gentile lettore, in Italia il consumo personale di marijuana è depenalizzato, ma non è “legale”. In altre parole esso non è un reato penale, ma è un illecito amministrativo e come tale può essere sanzionato con la sospensione della patente (o del passaporto): una punizione tanto più odiosa perché può essere inflitta anche se non c’è la “guida in stato di ebbrezza”.

fuoriluogo.it

Una mozione per gli enti locali

Affinché la partecipazione al meeting Onu di Vienna sulle droghe sia il più possibile ampia e radicata nel territorio, proponiamo un testo destinato alle assemblee elettive, comunali, provinciali e regionali. Invitiamo tutti gli attivisti a fare opera di lobbying presso i Consiglieri perché presentino questa mozione, che noi proporremo al Consiglio Comunale di Milano.

Dall’8 al 18 aprile 2003 si svolgerà a Vienna una conferenza di revisione delle politiche Onu in materia di droghe a cui parteciperanno i rappresentanti dei governi di tutto il mondo, compreso quello italiano

Rilevato che tale conferenza deve valutare i risultati ottenuti dal programma assunto nel 1998 dalla sessione speciale sulle droghe del-

l’Assemblea Generale dell’Onu, riunitasi a New York con lo slogan “Un mondo libero dalla droga, possiamo farcela”.

Osservato che il fallimento di tale programma è evidenziato dagli stessi dati forniti dall’Onu, pur avendo esso assorbito una esorbitante quantità di risorse e imposto costi sociali elevatissimi.

Che l’obiettivo dichiarato nel 1998 – eliminare o ridurre significativamente l’offerta e la domanda di droghe illegali entro il 2008 – appare oggi irrealizzabile.

Recepita la Proposta di Raccomandazione al Consiglio dell’Unione Europea sottoscritto da 108 europarlamentari di 13 paesi e sette diversi gruppi politici.

Ritenendo, conformemente a tale proposta di Raccomandazione “che la politica della proibizione

delle droghe derivante dalle Convenzioni Onu del 1961, del 1971 e del 1988 sia la vera causa del danno crescente che la produzione, il traffico, lo spaccio e il consumo di sostanze illegali apportano a intere settori della società, all’economia nonché alle pubbliche istituzioni, minando la salute, la libertà e la vita degli individui”

Constatati i risultati positivi ottenuti tramite l’attuazione di politiche in diversi paesi, che implicano la riduzione del danno e del rischio (in particolare attraverso l’amministrazione di sostanze sostitutive), la depenalizzazione del consumo di certe sostanze, la depenalizzazione della vendita della cannabis e dei suoi derivati, e la distribuzione di eroina sotto controllo medico.

Impegnando il Sindaco e la Giunta a operare presso il Governo della Repubblica affinché la posizione

italiana a Vienna tenga conto di quanto sovraesposto e avvii un’azione internazionale volta ad abrogare o emendare le Convenzioni del 1961 e del 1971, allo scopo di riclassificare le sostanze e designare altri impieghi legali delle droghe oltre a quelli medici e scientifici, e di abrogare la Convenzione del 1988.

A prendere misure per rendere più efficace la lotta alla criminalità organizzata e al traffico degli stupefacenti, stabilendo un sistema per il controllo legale e la regolamentazione della produzione, la vendita e il consumo di sostanze attualmente illegali. A mettere in pratica, a livello municipale, ogni possibile iniziativa perché vengano attuate politiche di prevenzione dei rischi connessi al consumo delle sostanze.

Daniele Farina, Maurizio Baruffi
Consiglieri comunali di Milano

MAPPA

MONDO

BOLIVIA

In Bolivia la “guerra alla droga” non si ferma. Nelle ultime settimane, tra i coltivatori che protestano con blocchi stradali contro le eradicazioni forzate delle coltivazioni di coca imposte dagli Usa, la repressione da parte della polizia ha causato non meno di 17 morti, 50 feriti e oltre 250 arresti. Il leader dei coltivatori, Evo Morales, ha criticato aspramente il governo.

COLOMBIA

Il Dipartimento di Stato Usa non è riuscito ad attuare il suo obiettivo per il 2002 di imporre l’eradicazione forzata di più di 11.000 acri di terreni coltivati a papavero da oppio. Secondo le autorità americane, l’eroina proveniente dalla Colombia starebbe invadendo le città della East Coast. Secondo informazioni inviate dalla polizia colombiana alle autorità Usa, “solo” 7.400 acri di colture sarebbero stati distrutti con successo.

MESSICO

L’agenzia antidroga messicana Feads è nell’occhio del ciclone dopo che 7 agenti sono stati arrestati per corruzione in seguito al ritrovamento di quasi 5 tonnellate di marijuana detenute illegalmente in un suo ufficio. In seguito anche le altre sedi della Feads sono state perquisite. La Feads era nata nel 1997 per rimpiazzare la precedente agenzia, i cui agenti erano al soldo dei narcotrafficienti. Ora però anch’essa, con ogni probabilità, sarà smantellata.

AFGHANISTAN

La produzione di oppio in Afghanistan è cresciuta di venti volte negli ultimi due anni raggiungendo livelli simili al picco della produzione durante il regime talibano. A dirlo è il capo della Dea (*Drug Enforcement Administration*) Asa Hutchinson. Le autorità americane si aspettano che la produzione totale di oppio in Afghanistan sia di circa 3.700 tonnellate (per un valore stimato di 1,2 miliardi di dollari), a fronte delle 185 tonnellate del 2000. Nel 1999 l’Afghanistan aveva raggiunto la produzione-record di 5.070 tonnellate. Il governo Karzai ha provato a pagare i contadini perché distruggessero le loro coltivazioni di papavero, ma il programma ha esaurito i fondi. Ci sono state inoltre dimostrazioni violente da parte dei coltivatori, che si opponevano con forza al programma.

GRAN BRETAGNA

La ditta farmaceutica GW Pharmaceuticals, che sta conducendo la sperimentazione necessaria a produrre medicinali derivati dalla cannabis, ha dichiarato di essere pronta a lanciare il primo dei suoi prodotti entro la fine dell’anno. Il direttore esecutivo, Geoffrey Guy, ha fatto sapere che la sua compagnia spera di ottenere simili autorizzazioni in altri paesi europei, ma potrebbero passare parecchi anni prima che il prodotto sia disponibile negli Usa. Il primo prodotto a essere lanciato nel Regno Unito dovrebbe essere uno spray sub-linguale per il trattamento della sclerosi multipla e del dolore dovuto alle neuropatie.

Un messaggio manicheo

CLAUDIO CIPPITELLI*

La campagna nazionale di informazione e prevenzione dall'uso delle droghe si svolge tra lo stupore e il dissenso di gran parte degli operatori e del mondo scientifico impegnato sulle tematiche dei consumi e delle dipendenze. Ecco alcune note di commento, tra le tante riflessioni possibili in merito ad un approccio che volutamente ignora quanto acquisito in tre conferenze nazionali governative sul tema.

Le sostanze. Nel sito dedicato alla campagna l'alcol non è citato, nonostante sia noto che l'alcool è presente in ogni contesto aggregativo, in ogni forma di policonsumo, e il suo abuso è rischioso sia per le patologie che causa, che per gli incidenti stradali che provoca. Viene invece inserito il metadone, non così diffuso come sostanza d'abuso, ma verso il quale si voleva forse ribadire che è una droga, ed in particolare quella "droga di stato", somministrata presso i Ser.T., cui si imputano «gli stessi danni dell'eroina e una dipendenza ancora maggiore» e di cui si tacciono gli usi terapeutici. Assenti le anfetamine, gli psicofarmaci e la ketamina, tutte sostanze presenti nei contesti del *loisir* notturno, e verso le quali sarebbe stato utile spendere qualche parola.

Banale, banalizzante. «Per certi versi, la droga ti dà effettivamente molto: dipendenza, malattie, isolamento e chissà quant'altro». È solo una delle tante affermazioni semplicistiche della campagna. Come si può informare e prevenire, addirittura educare, partendo da una menzogna (chi si droga ricerca solo dipendenza, malattia e isolamento) che tutta la letteratura scientifica esorta a evitare perché controproducente? Da millenni gli uomini coltivano e consumano sostanze psicoattive: perché? Le ragazze e i ragazzi sanno che le culture, le scelte e l'agire dell'uomo contengono elementi contraddittori e di rischio, ma non sono mai banali.

Manichea. Il dott. Renato Bricolo, uno degli esperti che ha curato la campagna degli anni precedenti ("fatti furbo non farti male"), definisce questa campagna "manichea". Divide l'universo giovanile in due: da una parte i ragazzi *allegri, solari, vitali*, dall'altra i *tossicodipendenti*. Non esistono spazi intermedi, dove ad esempio avvengono consumi non dettati da stati di dipendenza; insomma viene negata la realtà insieme a tutte le pratiche di intervento rivolte proprio a limitare i rischi legati a questi tipi di consumo che costituiscono il quotidiano vissuto di molti giovani.

Manichini e pupazzi. Chi aveva pensato che non ci fosse niente di peggio della campagna con i protagonisti dagli occhi bianchi (dall'ineffabile slogan «la droga ti spegne»), oggi può ricredersi: il logo della campagna ideata da San Patrignano è un *pupazzo*. In un documento di critica della campagna, l'Ufficio Dipendenze del Comune di Firenze scrive: «Il messaggio crea una divisione netta e drastica nell'universo giovanile in cui chi fa uso di una sostanza, qualunque essa sia ed in qualunque modalità o contesto di appartenenza, viene immediatamente stigmatizzato come persona al di fuori del principio fondante l'essere umano, "l'esserci"... "O ci sei o ti fai" ti lascia solo, abbandonato e non informato... non c'è spazio per la solidarietà... se ti fai sei fuori». Fuori come un pupazzo.

Territorio. Questa campagna, a differenza delle precedenti, è realizzata con pochissimi attori, senza coinvolgere le reti locali di intervento e senza sostenerne le attività specifiche; privilegia inoltre la visibilità da parte del mondo adulto tesa alla sua rassicurazione, stando nelle piazze ed in eventi generici, senza mai affrontare i veri luoghi del consumo, in particolare quelli della notte. Ma si sa, i ragazzi *allegri, solari, vitali*, la notte riposano. ■

* Presidente Cnnd (Coordinamento Nazionale Nuove Droghe) e Parsec.

Rimpiangendo Galli Fonseca

FRANCO CORLEONE

Linaugurazione dell'anno giudiziario si è caratterizzata per la difesa dell'autonomia e dell'indipendenza della magistratura, assunte come parametro più alto dei valori costituzionali e per questo in molte aule di giustizia è stata mostrata la Costituzione italiana, intesa come baluardo e bandiera in una difficile partita.

Eppure il rischio che questa battaglia possa essere identificata con una difesa corporativa lo si è avvertito dalle parole stesse del procuratore generale della Cassazione, quando ha sottolineato che questi principi non costituiscono un privilegio dei magistrati, ma una garanzia per tutti.

Una risposta di tal genere alle provocazioni del governo ha il limite di non riuscire a portare il conflitto sul terreno del garantismo e delle riforme. Rispetto a ciò, gli articoli di Giovanni Palombarini e di Giuseppe Di Lello, e l'intervista a Livio Pepino (apparsi su *il manifesto*) si presentano come contributi per affrontare il dibattito oltre le frontiere della resistenza, per riaffermare i diritti e il principio costituzionale dell'uguaglianza.

La difesa di ogni sentenza, di ogni comportamento, l'assenza di critica non aiuta a contrastare l'offensiva in atto. Di Lello fa molti esempi: «Tribunali di sorveglianza per i quali le leggi Gozzini e Saraceni-Simeone sono un optional. Tossicodipendenti tutti in galera, ma in galera anche il dissenso sociale reo... Si potrebbe continuare con un elenco senza fine di brutture giudiziarie di fronte alle quali rimangono muti, paralizzati dal timore di "delegittimare" la magistratura».

La relazione del procuratore generale della Cassazione è stata esaltata in funzione della guerra di trincea in cui siamo da anni impantanati, evitando perciò di mettere in luce che su alcuni punti delicati il suo discorso è stato conservatore o elusivo. Ad esempio l'insistenza sul nesso tra garanzie ed efficienza non appare persuasivo; infatti il giusto processo e la sua ragionevole durata devono trovare il loro fondamento nella coerenza dei codici e nel modello processuale. Inoltre, non si spiegano lentezze e ritardi intollerabili per i cittadini se si eludono alcuni nodi scottanti che ingolfano la macchina giudiziaria, in primis la questione droga. La legge attuale costituisce un elemento non trascurabile di inutile sovraccarico e di distrazione da altri compiti essenziali. Esaltare invece l'aumento del 54% dei procedimenti avviati per reati in materia di stupefacenti, come ha fatto il Procuratore Favara, è sconsolante e d'altronde le osservazioni relative a questo fenomeno sono di una disarmante banalità; ben lontane dalle parole coraggiose pronunciate dall'allora Procuratore Generale Galli Fonseca il 10 gennaio 1998 all'inaugurazione dell'anno giudiziario, quando mise nettamente in questione la proibizione e ne sottolineò i danni in termini di criminalizzazione e ingenti ricadute sul funzionamento della giustizia.

I dati sono impressionanti: nel 2001 vi sono stati oltre 70.000 procedimenti relativi all'art. 73 (ben il 90% per l'ipotesi di lieve entità, dunque in gran parte si tratta di consumatori-piccoli spacciatori); 40.000 persone sono entrate in carcere e 15.000 sono state segnalate ai prefetti. Altro fatto clamoroso è che la persecuzione di fatti relativi alla cannabis è superiore a quelli relativi a eroina, cocaina, Lsd, anfetamine e tutte le altre sostanze.

È vero che il dottor Favara ha denunciato il sovraffollamento delle carceri e ha indicato l'utilità di misure di indulto. Ma, quando segnala l'aumento dei suicidi in carcere («la detenzione è uno stress che favorisce le sindromi depressive», precisa), la proposta è l'apertura di nuovi ospedali psichiatrici giudiziari.

Pietà l'è morta, si sarebbe detto una volta. ■

UOMINI, DONNE E DROGHE

COSÌ SUCESSE ALLA GRANDE HOLIDAY

Grazie al proibizionismo, Billie Holiday morì il 15 luglio 1959, a 44 anni. Era stata a Milano pochi mesi prima, novembre '58, allo Smeraldo, Mal Waldron al pianoforte. Doveva stare una settimana, ma restò solo una sera. Lo spettacolo era un misto di giocolieri, comici, cantanti di second'ordine, e Lady Day non c'entrava nulla. E per di più proprio non era in vena, stava già male, e molti nel pubblico, forse senza sapere chi era, la fischiarono. Si dice che, per consolarla, un ricco ammiratore riuscì a organizzarle una serata privata, solo per inviti, al Teatro alla Scala. Conosco tutte le sue canzoni, e non passa giorno che non desideri ascoltarla. È la più grande cantante che conosco. La più dolce, la più amara, la più allegra, la più triste, la più sferzante, la più straziante, la più commovente, la più ironica, la più sofisticata, la più emozionante, la più umana voce della mia vita. Meglio di Kirsten Flagstad e Maria Callas.

La sua vita, per quanto si può dedurre dalle biografie, fu rovinata non dalle "droghe", di cui nemmeno, probabilmente, abusò troppo (se non forse negli ultimi anni, e forse solo per disperazione), ma dalla persecuzione del *Federal Narcotics Bureau* del caro Harry Anslinger [l'ideatore del proibizionismo sulle droghe negli anni '30, ndr], e non in quanto maledetta narcotrafficante, scippatrice di vecchiette, ladra di autoradio: no, in quanto semplice consumatrice di stupefacenti che si poteva tranquillamente pagare.

Billie Holiday non è morta per la droga, ma per la sua fuga dalla droga. Una fuga che finì, come in tanti altri casi, nell'alcool, la più devastante delle droghe per chi vi cerca quella pace che – in un mondo non infestato dagli Anslinger – l'oppio o l'eroina (lo so, dico un'eresia) potrebbero dare senza troppi problemi, e che invece con l'alcool non arriva mai, o non dura. Sembra che avesse cominciato con la roba nei primi anni '40, forse con il primo marito Jimmy Monroe. Dopo la prima disavventura poliziesca non ebbe più una vita tranquilla. Sfruttata da amici e amanti, perseguitata dall'Fbn, alla fine si lasciò andare. L'alcool è traditore, quando non si tratta di sorseggiare un mezzo whisky dopo cena. Se usate l'alcool come droga – o farmaco, se preferite – non c'è scampo. Non basta bere il bicchierino, se ne vanno le bottiglie. E con le bottiglie se ne va l'appetito, e se ne vanno anche la salute e la vita. Così successe alla grande Billie Holiday... Che riposi in pace, piena di stelle.

a cura di Claudio Cappuccino

Fuoriluogo
mensile di Forum Droghe
nuova serie anno 5,
numero 1
chiuso in redazione
il 27/01/03
supplemento de *il manifesto*
del 31/01/03

Direzione:
Grazia Zuffa
Cecilia D'Elia
**Coordinamento
redazionale:**
Marina Impallomeni
mimpallomeni@fuoriluogo.it
Redazione:
Beatrice Bassini, Claudio

Cappuccino, Leonardo
Fiorentini (webmaster)
Enrico Fletzer,
Lucio Gamberini
Patrizio Gonnella
Giovanni Nani
Susanna Ronconi
Sergio Segio
Maria Gigliola Toniollo

Comitato editoriale:
Stefano Anastasia,
Andrea Bianchi,
Giorgio Bignami,
Giuseppe Bortone,
Gloria Buffo,
Massimo Campedelli,
Stefano Canali,
Giuseppe Cascini,

Luigi Ciotti, Maria Grazia
Cogliati, Peter Cohen,
Antonio Contardo,
Franco Corleone, Paolo
Crocchiolo, Daniele Farina,
Matteo Ferrari, Andrea Gallo,
Maria Grazia Giannichedda,
Betty Leone, Franco Maisto,
Luigi Manconi,

Patrizia Meringolo,
Toni Muzi Falconi,
Mariella Orsi, Livio Pepino,
Tamar Pitch, Anna Pizzo,
Toy Racchetti, Ersilia
Salvato, Nunzio Santalucia,
Luigi Saraceni, Uwe Staffler,
Stefano Vecchio,
Maria Virgilio

Direttore responsabile:
Maurizio Baruffi
Segreteria di redazione:
tel. e fax
0684241224 0684080238
Email: fuoriluogo@fuoriluogo.it
Progetto grafico:
Andrea Mattone
Disegni: Onze

Impaginazione:
Sago, Roma
Sito web:
www.fuoriluogo.it
Realizzato col contributo di
Leonardo Previ e Sara
Leonardi di Methodos s.p.a.
Editore:
Forum Droghe

via Salaria 222,
00198 Roma
Email: forumdroghe@fuoriluogo.it
c.c.p. n. 25917022
Pubblicità:
Poster pubblicità s.r.l.
via Tomacelli, 146 00186 Roma
tel. 06/68896911
fax 06/68308332

Stampa:
Sigraf spa, via Vailate 14
Calvenzano (Bg)
Registrazione:
Trib. Roma: n. 00465/97
del 25/7/97
**Iscrizione al Registro
nazionale della Stampa:**
n. 10320 del 28/7/00

Cinque stati europei mettono in comune le loro conoscenze sulla canapa e le politiche relative

SE L'EUROPA COLLABORA

Matteo Ferrari
BELLINZONA

Un interessante rapporto internazionale sulla canapa è apparso, fatto approntare e sottoscritto da esperti designati dai ministeri della sanità di Belgio, Francia, Germania, Olanda e Svizzera. Questo rapporto è stato preparato in occasione di una conferenza scientifica internazionale tenutasi in Belgio nel febbraio 2002. L'iniziativa trae spunto dalla banale osservazione che la canapa e la politica della canapa sono oggi spesso al centro di accese diatribe, ma non è sempre chiaro quale sia lo stato delle conoscenze scientifiche in materia. Sovente un argomento è contrapposto all'altro senza che i rappresentanti ufficiali coinvolti nel dibattito – e, con essi, la stampa e l'opinione pubblica – abbiano una chiara percezione della validità scientifica di quanto affermato. Una diretta conseguenza di questa mancanza di chiarezza può consistere in ritardi nell'elaborazione di decisioni politiche, che possono in seguito rivelarsi basate su argomentazioni incomplete o fuorvianti.

Esplícito obiettivo della conferenza scientifica congiunta era fornire ai ministeri della sanità dei paesi coinvolti una visione d'insieme sullo stato attuale delle conoscenze sulla canapa, che sono suffragate da ricerca scientifica. Cosa sappiamo e cosa non sappiamo sulla canapa? Su quali questioni i ricercatori sono unanimi e su quali ancora si dibatte?

È stato costituito un gruppo di lavoro scientifico, nel quale ogni nazione partecipante ha potuto inserire un proprio coordinatore, con il compito di formulare questioni basilari sulla canapa. Esse sono poi state approfondite nell'ottica di più discipline: epidemiologia, sociologia, psicologia, psichiatria, fisiologia, farmacologia e analisi delle politiche.

I lavori preparatori sono durati oltre sei mesi. I documenti di lavoro sono state rivisti da più di trenta noti esperti internazionali. Dopo aver tenuto conto dei loro commenti, i testi di base sono stati sottoposti a un lavoro redazionale e, infine, è stato aggiunto un riassunto accessibile anche a non-specialisti. Il rapporto è quindi il risultato di quest'intensa attività, protratta nel tempo. Secondo il gruppo di autori – che si ricorda essere stati demandati dai rispettivi ministeri della sanità – è così stato possibile condensare un'enorme quantità di ricerca scientifica in un documento accessibile e utile a più livelli.

Secondo il rapporto, nella sola Unione Europea almeno 45 milioni di persone hanno provato una o più volte la canapa a scopo ricreativo. Le esperienze con la canapa sono comunque tuttora meno usuali in Europa che non negli Stati Uniti o in Australia. A livello epidemiologico, si possono citare tre fatti significativi. Una caratteristica dei consuma-

tori appare essere simile nell'intera Europa occidentale: ne troviamo in tutte le classi sociali, a tutte le età e provenienti dai più svariati percorsi formativi. La "gateway theory", secondo la quale la canapa conduce comunque all'utilizzo di sostanze più pesanti, è tuttora un atto di fede, visto che continua a non essere suffragata da alcuna prova. Infine, da quanto si conosce sull'uso cronico, non risulta alcun effetto clinico rilevante della canapa sugli organi umani, oltre ai polmoni.

Sui rischi del consumo, si sa che esso a volte può scatenare reazioni psicotiche anche acute, soprattutto in caso di assunzione orale, ad alti dosaggi e combinata con altre sostanze, i cui sintomi per fortuna scompaiono dopo l'uso. Sulla possibilità che la canapa sia invece fattore che favorisce l'insorgere della schizofrenia o di stati d'ansia, la questione è tuttora aperta. La cosiddetta "sindrome amotivazionale" non risulta suffragata da verifiche empiriche. Inoltre, anche fra chi fa abbondante uso di canapa, la maggioranza risulta tenere sotto controllo il proprio consumo.

Sulla prevenzione, il rapporto ricorda come le campagne mediatiche appaiono poco efficaci e, al massimo, possono rafforzare gli effetti degli interventi nelle scuole. L'educazione scolastica invece può contenere il ricorso a sostanze, ma a patto di ricorrere a metodi interattivi, che sviluppino le competenze personali degli allievi. Evidentemente, interventi che si limitano a spaventare o a ricordare l'esistenza di divieti aiutano poco in questo senso.

Secondo gli esperti designati dai ministeri della sanità di questi 5 paesi europei, l'uso terapeutico della canapa deve essere studiato seriamente. Inoltre, emerge come evidenza che è meglio utilizzare a scopi terapeutici l'intera pianta, invece di limitarsi a sostanze isolate.

Nei riguardi della politica in materia di canapa, il rapporto rammenta come più studi dimostrino il fatto che l'allentamento delle leggi non ha accresciuto il numero dei consumatori. Infatti, esso è aumentato notevolmente a partire dagli anni '80 in tutti i paesi europei che forniscono dati statistici realisti, indipendentemente dalle loro politiche della canapa. Secondo gli esperti che hanno sottoscritto questo rapporto internazionale, non basta più limitarsi a discussioni fra tecnici. C'è ora bisogno di conoscere meglio la realtà e le modalità del consumo, valorizzando i vissuti e le valutazioni soggettive dei consumatori stessi.

Questo rapporto internazionale è degno di nota non solo per i suoi contenuti, ma pure per il modo in cui è stato approntato. Frutto di un'intensa ed esemplare cooperazione, può servire da modello per la collaborazione internazionale in un settore delicato come questo. Il prezzo da pagare per riuscire a definire delle conoscenze basate su prove accertate e condivise, è però la disponibilità a esaminare senza pregiudizi questioni sinora spesso dettate da fedi ideologiche. L'augurio è che altri Stati europei riescano ad approfittare del serio lavoro fatto in questi anni da nazioni che non hanno optato per una nuova ideologia, ma che hanno deciso di mettere in comune le proprie conoscenze, proprio per contribuire alla creazione di una cultura europea. ■

Diffuso un rapporto scientifico di esperti nominati da Belgio, Francia, Germania, Olanda e Svizzera che sfata i "miti" della marijuana più duri a morire

CANADA, LA RIFORMA PROCEDE

Marina Impallomeni

Dopo il Senato, anche la Camera dei deputati del Canada ha assunto una posizione di apertura nel campo della *drug policy*. In un rapporto diffuso a dicembre, la commissione parlamentare sugli usi non-medici delle droghe propone al governo una serie di iniziative tra cui la decriminalizzazione del consumo personale di marijuana con l'autorizzazione alla coltivazione personale, l'apertura di "injecting rooms" e la sperimentazione sui trattamenti con eroina.

«Le conseguenze di una condanna per possesso di una piccola quantità di cannabis ad uso personale – riconosce il rapporto – sono sproporzionate rispetto al potenziale danno associato a tale condotta». La proposta costituisce un importante passo avanti, poiché attualmente il consumo è punito con un massimo di sei mesi di carcere. Tuttavia essa non va confusa con quella – più avanzata – della legalizzazione, formulata invece dal Senato canadese a settembre. La decriminalizzazione è infatti la rinuncia da parte dello Stato a perseguire penalmente i consumatori, ai quali si applicherebbe solo una sanzione amministrativa consistente in un meccanismo di multe crescenti. Il consumo però resterebbe comunque vietato. Diversa è l'ipotesi della legalizza-

zione, in cui il consumo viene regolamentato come già avviene, ad esempio, per taluni farmaci o per gli alcolici. A settembre i senatori canadesi avevano criticato nettamente l'ipotesi della decriminalizzazione «poiché priverebbe lo Stato di un essenziale strumento di regolazione della produzione, distribuzione e rete del consumo, lanciando al contempo un messaggio ipocrita».

I deputati canadesi individuano il tetto massimo di cannabis tollerato in 30 gr. Un limite giudicato troppo ristretto da alcuni attivisti, in quanto si applicherebbe non solo al possesso ma anche alla coltivazione personale. «Il limite di 30 gr. per la coltivazione appare impraticabile, specialmente se la polizia pesa l'intera pianta. È piuttosto difficile trovare una pianta matura che pesi meno di 30 gr.» ha spiegato Eugene Oscape della *Canadian Foundation for Drug Policy*. La commissione raccomanda anche programmi di prevenzione che dovrebbero sottolineare i rischi derivanti dall'uso di cannabis, specialmente per i giovani.

In questo momento la decriminalizzazione della marijuana sembra essere dietro l'angolo, perché il ministro della giustizia Martin Cauchon si è impegnato a vararla entro i primi quattro mesi del

2003. Tuttavia alcuni non sono altrettanto fiduciosi e fanno notare che la riforma non è attuabile in così breve tempo. «Una netta maggioranza dei canadesi vuole la decriminalizzazione, perciò sventolare tale proposta garantisce il favore dell'elettorato» ha dichiarato all'organizzazione americana DrcNet l'avvocato Alan Young, che ha rappresentato i consumatori in alcuni casi importanti davanti alla Corte Suprema. «Ma poiché tra 18 mesi si insedierà un nuovo governo, praticamente qualunque sforzo legislativo da qui ad allora è destinato a fallire per mancanza di tempo prima delle elezioni».

In tema di riduzione del danno, un'attenzione particolare è dedicata ai trattamenti con eroina, per i quali si raccomanda l'avvio di sperimentazioni cliniche a Vancouver, Toronto e Montreal. Il rapporto consiglia anche la creazione di *injecting rooms*, ossia luoghi in cui i tossicodipendenti possano iniettarsi l'eroina in condizioni di sicurezza sanitaria. La commissione riconosce che essi riducono le morti per overdose e l'incidenza di epatite C e di Hiv/Aids. Recentemente il ministero della sanità ha messo a punto le linee guida per i programmi pilota, e a Vancouver un progetto dovrebbe partire entro la fine di febbraio o l'inizio di marzo. ■

FL

Il rapporto europeo e quello canadese su:
www.fuoriluogo.it

LE INTIMIDAZIONI DEL GOVERNO BUSH

Chris Conrad
EL CERRITO, CALIFORNIA

Negli Stati Uniti la schizofrenia della politica sulle droghe imperversa: la repressione attuata dai federali va in una direzione mentre i governi statali, la scienza e il sentire pubblico vanno tutti in direzione opposta. Il governo nazionale, sotto la guida del presidente George W. Bush e del ministro della giustizia John Ashcroft, ha sfruttato l'ondata di intolleranza che ha attraversato gli Usa dopo l'attacco su New York per stabilire nuovi record, arrestando e perseguendo i pazienti che fanno uso medico di cannabis e i loro fornitori. Esso ha aggressivamente preso di mira la cannabis in Stati dove il suo uso medico è stato legalizzato dal voto popolare – in particolare la California, dove le strutture che forniscono la cannabis ai pazienti sono venute allo scoperto. I tribunali statali hanno stabilito che i pazienti godono di ampia

tutela per coltivare e possedere cannabis. La corte suprema degli Stati Uniti ha stabilito che le agenzie federali non sono soggette alle leggi statali, e che sono libere di arrestare e perseguire i pazienti. In diverse città le amministrazioni cittadine hanno votato decidendo di raccomandare alla loro polizia di non collaborare con i federali nella repressione della droga. La legislazione che permetterebbe agli Stati di decidere le proprie politiche sulla marijuana medica è bloccata al Congresso.

Attualmente nei tribunali federali le argomentazioni della difesa per l'uso medico e i diritti degli Stati non vengono prese in considerazione dalla giuria, e questo ha determinato recentemente numerose condanne. Quando Bryan Epis è stato arrestato con svariate centinaia di piante, gli è stata contestata l'accusa di "cospirazione per coltivare più di 1.000 piante" perché l'accusa di cospirazione federale non richiede che il reato sia fisicamente dimostrato. Epis è stato condannato a dieci anni di carcere, cosa che ha suscitato proteste e dozzine di arresti per disobbedienza civile che hanno fatto chiudere gli edifici federali a Washington DC e in California. Successivamente, due pazienti hanno presentato una diffida al ministro Ashcroft per impedirgli di arrestarli in quanto il loro uso medico di cannabis avviene nel rispetto della legge statale.

Adesso uno degli autori più conosciuti al mondo sulla coltivazione e la legalizzazione della cannabis, Ed Rosenthal, è sotto processo per aver aiutato dei malati, alcuni dei quali terminali, a coltivare la cannabis nel privato delle proprie case in California. Poiché la cannabis non ha mai attraversato i confini statali, egli non si aspettava di essere perseguito a livello federale, ma un giudice lo ha rimandato a giudizio e ora gli si prospettano venti anni in una prigione federale. Rosenthal, che era stato incaricato da rappresentanti dell'amministrazione locale di coltivare la cannabis e fornirla ai pazienti, denuncia il fatto che il procedimento giudiziario nei suoi confronti ha motivazioni politiche, dovute alla sua battaglia di alto profilo a favore della riforma sulla cannabis, e che quindi esso costituisce una intimidazione alla libertà di espressione.

Intanto, in presenza di uno storico spostamento a destra del potere politico nelle elezioni del novembre 2002, la riforma della politica sulle droghe ha riportato risultati contrastanti. In Ohio ha perso una proposta di trattamento invece del carcere. Un sorprendente 40% dei cittadini che si sono recati alle urne nello Stato conservatore del Nevada ha votato per legalizzare il consumo di cannabis da parte degli adulti. In Massachusetts e in California la riforma della cannabis ha avuto un successo notevole. L'area di Boston ha votato per ridurre le pene per l'uso personale e San Francisco ha deciso di studiare la possibilità di coltivare la cannabis per i pazienti che abitano in città, sfidando apertamente il divieto federale. Ma Bush ha poca considerazione per la volontà degli elettori, cosa che getta luce sulla debolezza del sistema elettorale all'americana in base al quale "chi vince prende tutto".

Più recentemente, l'Ondcp (*Office of National Drug Control Policy*) ha lanciato una furiosa diatriba propagandistica contro la cannabis che è direttamente contraddetta dal rapporto scientifico che lo stesso Ondcp commissionò all'Accademia nazionale delle Scienze/Istituto di medicina, e che pubblicò nel 1999. A causa della pressione esercitata dalla Casa Bianca e dall'Ndaa (*National District Attorneys Association*), in tutti gli Stati Uniti i rappresentanti dell'accusa stanno cominciando a prendere di mira la cannabis, facendo dei procedimenti connessi ad essa una priorità. Con i fondamentalisti repubblicani che controllano tutti i rami del governo federale, i prossimi due anni pongono una sfida interessante per il movimento di riforma della politica sulle droghe. ■

* Autore, tra gli altri, dei volumi *Hemp: Lifeline to the Future* e *Hemp for Health*.

Un libro bianco sulla "war on drugs"

PRIGIONIERI DI GUERRA

Vite spezzate, ritratti dalla guerra alla droga americana: è il titolo di un libro bianco curato da Mikki Norris, Chris Conrad e Virginia Resner che documenta gli aspetti più crudeli e inumani della *war on drugs*. Più precisamente il volume, parte di un progetto intitolato "Diritti umani e guerra alla droga", vuole essere una circo-

stanziata denuncia di come questa violi sia la dichiarazione universale dell'Onu dei diritti umani, sia il *Bill of Rights* degli Stati Uniti. L'originalità del libro sta nel presentare questi "prigionieri di guerra", in carne ed ossa si potrebbe dire, oltre i dati e le cifre della fallimentare strategia antidroga americana. Dati impressionanti, s'intende, e tuttavia più conosciuti. Nel libro incontriamo subito i volti, gli sguardi dei detenuti, ripresi insieme ai familiari, ai figli, ai genitori: molte delle fotografie provengono dal carcere, gruppi di famiglia sullo sfondo di muri grigi. Accanto ai ritratti, lapidarie le sentenze: Hamedah Ali Hasa, 31 anni, condannata all'ergastolo senza libertà condizionale, reato associativo di spaccio di cocaina, un viso che sorride mentre abbraccia le tre figlie; James Geddes, 47 anni, condanna a 90 anni per coltivazione e possesso di cinque piante di marijuana; David Ciglar, 39 anni, condannato a 10 anni per coltivazione di marijuana, ripreso con la moglie e i suoi tre bambini, la più piccola aveva due anni quando il padre è entrato in carcere. E come questi molti altri ancora. Come sottolineano i curatori in apertura, i prigionieri vedono questa pubblicazione come una possibilità per non essere dimenticati, un ponte col mondo dei liberi e quella "normalità" da cui sono stati violentemente sequestrati.

C'è un altro aspetto importante di questo libro: la guerra alla droga è analizzata nei riflessi perversi sull'intero sistema di funzionamento della polizia e della giustizia, più che sotto l'aspetto, più noto, dell'isteria moralistica. Da queste storie emerge una pratica di abusi polizieschi, e spesso di corruzione, che gli autori giustamente mettono in relazione col carattere inquisitorio e antigarantista della normativa. Così la legge prevede la confisca dei beni per chi è semplicemente accusato per droga, e la polizia può perfino mantenere il sequestro in caso di verdetto di non colpevolezza: è un'arma di potere e intimidazione formidabile nelle mani degli agenti, un abuso legalizzato, che richiama altri abusi. Ancora, l'istituto della collaborazione di giustizia si traduce in minaccia e ricatto verso chi si rifiuta di "collaborare", leggi denunciare altri, spesso i propri parenti e amici, in cambio della salvezza. Per chi si rifiuta, la giustizia si trasforma in vendetta: così ad Hamedah la procura chiede di incriminare il cugino, offrendo in cambio il ritiro delle accuse contro di lei. Hamedah resiste, e viene condannata sulla base di testimonianze indirette di coimputati che ottengono la libertà in cambio delle accuse contro di lei. Anche Danielle Metz (condanna a tre ergastoli) racconta di aver subito pressioni per accusare il marito in cambio della promessa della libertà, e sotto la minaccia, in caso contrario, «di non rivedere mai più i propri figli». «Qualsiasi violazione della legge è perdonabile a patto che l'accusato collabori con la procura o la polizia», denuncia Hamedah. Ingiusta e perversa anche la norma del "minimo di pena obbligatorio": chi possiede 4.99 grammi di cocaina deve scontare un anno di galera, ma con 5.01 deve scontarne cinque, senza scampo.

Questo libro bianco dal fronte di guerra necessita per sua natura di continui aggiornamenti, ed infatti è già alla seconda edizione, del 2000. Per avere una copia del volume, o per sapere di più sulla sorte dei "prigionieri di guerra" si può rivolgere ai curatori, attraverso il sito www.hr95.org. (g. z.)

*Negli Stati in cui
l'uso medico è
legalizzato, una
feroce persecuzione
federale prende
di mira i pazienti
e chi coltiva per
loro la cannabis*

STATI UNITI

CANNABIS CONSUMERS CAMPAIGN

Negli Usa è stata lanciata una nuova campagna (*Cannabis Consumers Campaign*) per cambiare la politica sulla cannabis liquidando i miti e gli stereotipi negativi che ne perpetuano la proibizione, allo scopo di fornire una immagine più positiva e accurata degli adulti che consumano marijuana e hashish. «Abbiamo provato la cannabis, perciò sappiamo che ha effetti benefici sugli individui e non è una minaccia per la società» ha detto la responsabile della campagna Mikki Norris. «Ecco perché una parte importante della nostra campagna è aiutare le persone a "uscire allo scoperto" e far capire chi siamo veramente. Noi dobbiamo dimostrare all'opinione pubblica generale, ai media e ai leader politici che siamo buoni cittadini e meritiamo di ricevere un trattamento paritario rispetto a chi consuma alcool e tabacco. Crediamo che quando il pubblico saprà che molti dei loro amici, parenti, colleghi di lavoro e modelli – persone responsabili, che hanno successo, che danno un contributo alla società – consumano anch'essi cannabis a volte, il pregiudizio sarà eliminato e la base del proibizionismo cadrà.» Norris crede che sia tempo di tassare e regolare il consumo di cannabis per gli adulti, così come avviene per il tabacco. «Specialmente ora che gli Usa stanno attraversando una crisi economica sia a livello statale che nazionale, è un assoluto spreco di risorse perseguire, arrestare e incarcerare persone che non hanno una mentalità criminale né causano problemi nelle loro comunità» ha aggiunto.

FL

Il link alla campagna
americana su:
www.fuoriluogo.it

Una malattia nella malattia

CLAUDIO CAPPUCCINO

Nessun disturbo, nessun sintomo spinge una persona a rivolgersi al medico come il dolore. Sebbene una definizione precisa del dolore sia meno semplice di quanto sembra, tutti abbiamo un'idea chiara di che cosa *per noi* è dolore.

Forse per uno di quei meccanismi di difesa che sono così importanti nella vita, al dolore (quando stiamo bene) pensiamo il meno possibile, e spesso ci è difficile capire, e ancor più compatire ("sentire insieme"), il dolore degli altri. Questo vale anche, purtroppo, per molti medici.

In realtà, quando si soffre, la vita è davvero dominata dal dolore. Ciascuno di noi reagisce in maniera diversa, e ci sono dolori anche molto forti – pensiamo al classico mal di denti – che tutto sommato riusciamo a "capire", non ci fanno subito pensare a chissà cosa, e quindi non generano in noi un'eccessiva angoscia, anche se ci tormentano. Spesso questi dolori riusciamo più o meno a sopportarli, anche perché in genere durano qualche ora o al peggio qualche giorno. Ma ogni forte dolore – incluso il mal di denti – ci toglie la capacità di lavorare, progettare, dormire, godere di tutto ciò che normalmente riempie i nostri giorni.

Ma c'è molto di più dietro la parola dolore. Una cosa è il dolore acuto legato a un evento che sappiamo si risolverà senza gravi conseguenze, come il mal di denti, una brutta scottatura, una colica renale. Già un'altra cosa è il dolore acuto provocato da un infarto o da un'altra malattia che lascerà comunque nel nostro corpo – e nella nostra mente – una lesione, un segno permanente. E un'altra cosa ancora – molto diversa – è il dolore cronico.

Ci sono malattie che provocano dolori che perdurano – giorno dopo giorno, notte dopo notte – per mesi, anni, o anche decenni. In questi casi anche un dolore che normalmente definiremmo "moderato" può diventare intollerabile. Se poi si aggiunge che molte di queste malattie sono progressive e possono anche avere come prospettiva la morte (pensiamo al caso estremo di un cancro non più curabile), possiamo immaginare quali altre sensazioni, quali altri sentimenti possano accompagnare il dolore cronico. Queste sono condizioni che rendono letteralmente invivibile la vita, e che infatti hanno sprofondato innumerevoli infelici nella depressione, o li hanno portati alla disperazione e al suicidio. Siccome da tempo immemorabile l'uomo ha scoperto sostanze capaci di calmare il dolore, e molte altre ne ha create in laboratorio, e siccome con questi farmaci – e con altri interventi coadiuvanti – è possibile cancellare o almeno lenire quasi ogni forma di dolore, è scandaloso che la terapia del dolore sia ancora oggi così insufficientemente praticata.

Ho già scritto più volte sul dolore su *Fuoriluogo* (per esempio nel febbraio 2000, settembre 2000, dicembre 2002), però questa cosa dobbiamo ripeterla: il dolore, specie quello cronico – "malattia nella malattia", come ci ha insegnato John Bonica – non riceve ancora, nonostante i mille appelli e le mille raccomandazioni degli ultimi anni, la dovuta attenzione dei medici, e gli stessi pazienti sembrano troppe volte avere un'ingiustificata (benché purtroppo comprensibile) paura delle cure. Al giorno d'oggi, è scandaloso che molti medici mostrino di non conoscere gli analgesici più efficaci, o evitino di usarli in quanto classificati come "stupefacenti" e soggetti alle leggi "anti-droga". Ed è scandaloso che nelle facoltà di medicina la terapia del dolore continui a non ricevere la minima attenzione. Per questo dedichiamo ancora una volta due intere pagine a questo problema. ■

ccappuccino@fuoriluogo.it



*Occorre distinguere fra i vari tipi di dolore
Quello cronico è assai più frequente di quanto non si pensi*

UNA GUERRA CHE DOBBIAMO VINCERE

Francesco Crestani*

Fin da bambini, tutti conosciamo in qualche modo il dolore e ci sembra facile spiegare che cos'è. Aristotele lo definisce "un'emozione opposta al piacere", ma appena ci si pensa un po' su, le cose non sono più così semplici. Ciò che chiamiamo dolore, come hanno potuto constatare gli scienziati, psicologi, filosofi e teologi che si sono confrontati sull'argomento, è estremamente relativo. A parte casi estremi come il masochismo, basti questo semplice esempio: il "gusto" del peperoncino è in gran parte dovuto alla stimolazione di fibre nervose dolorifiche. A molte persone – anzi, a intere popolazioni – il peperoncino piace moltissimo; ma c'è anche chi non riesce a sopportarlo.

Oggi sappiamo che il dolore varia in rapporto alla popolazione e al sesso, e anche da persona a persona, mentre nel singolo individuo può assumere significati diversi a seconda del tipo di esperienza vissuta. La soglia del dolore è simile in tutti i soggetti, cioè se lo stimolo è abbastanza intenso tutti provranno dolore; varia molto invece la "soglia di tolleranza", quella oltre la quale il soggetto non può più sopportare lo stimolo. Ad esempio, pochi sopportano un dolore anche lieve se è dovuto a cau-

se non finalistiche o non controllabili. Viceversa un dolore come quello da parto, pur estremamente forte, viene vissuto in maniera del tutto diversa, e assai più positiva, rispetto a quello di un trauma.

MISURARE IL DOLORE

Data la soggettività e la relatività dell'esperienza dolorosa, non può esistere un "termometro" del dolore. Il metodo più diffuso per valutare la sua intensità è quello di chiedere al singolo paziente quanto forte è il suo dolore in quel momento. Si ricorre di solito alla *Scala Analogica Visiva*, un righello di dieci centimetri in cui lo zero corrisponde a "nessun dolore", il dieci al "massimo dolore che si può immaginare". Il paziente deve posizionare un cursore sul punto corrispondente all'intensità del dolore percepito.

Occorre anche distinguere vari tipi di dolore. Il *dolore somatico*, acuto e ben localizzato (es. una puntura, un taglio, una contusione, un'infiammazione articolare) e il *dolore viscerale*, in origine da organi interni, meno localizzato e spesso accompagnato da malessere generale o nausea (es. colica renale o intestinale). In questi casi il dolore può essere considerato un campanello d'allarme che richiama la nostra attenzione, richiedendo una risposta adeguata (per esempio applicare freddo o caldo, assumere una determinata posizione, andare dal medico).

Diverso è il caso del *dolore neuropatico*, in cui ad essere primariamente leso è proprio il sistema di trasmissione del dolore. È un dolore slegato da qualsiasi finalità, così come il *dolore da cancro*, legato all'invasione del-

TIPI PARTICOLARI DI DOLORE/1

DOLORE DA CANCRO

Secondo l'Oms, tale sintomo è presente nel 60-80% dei soggetti in fase terminale. In Italia, sarebbero 55.000-80.000 all'anno i pazienti neoplastici con sintomatologia dolorosa importante. Il dolore da cancro può essere nocicettivo, cioè dovuto al diretto interessamento di strutture somatiche superficiali (pelle, mucose) o profonde (muscoli, ossa, visceri). Oppure, quando il tumore interessa il sistema nervoso, si può avere un dolore neuropatico. La stessa terapia antitumorale (chirurgica, chemioterapica, radioterapica) si associa nel 20-25% dei casi a dolore. Inoltre depressione, paura, ansia, rabbia, disperazione contribuiscono al quadro di "dolore totale" costituito da dolore fisico, disturbi interpretati come dolore e sofferenza psico-affettiva.

* Medico specialista in Anestesia e Rianimazione, O.C. San Luca (Trecenta, Rovigo) e International Cancer Center (Rovigo)



l'organismo da parte dei tessuti tumorali. In questi casi non si tratta più di dolore-sintomo: il dolore diventa malattia di per sé, in grado di interferire gravemente sulla vita del malato e sulla sua stessa reazione alla malattia sottostante. Per il cancro si è appropriatamente coniato il termine di *dolore totale*: infatti al sintomo fisico si associano effetti collaterali delle terapie, nausea, vomito, perdita di capacità fisiche, incertezza per il futuro, irritabilità, paura della morte.

TERAPIA DEL DOLORE

Il dolore cronico è un disturbo assai più frequente di quanto si pensi, e colpisce circa una persona su dodici. A parte le varie terapie fisiche o causali, l'Organizzazione mondiale della sanità consiglia di seguire, nella terapia farmacologica del dolore cronico, tre regole: «per bocca, a ore fisse, a scalini».

La terapia per bocca, un tempo considerata poco efficace particolarmente per gli oppioidi, è oggi considerata ottimale, almeno finché il paziente può seguirla. I farmaci vanno dati non «a richiesta», ma a intervalli fissi, per prevenire la ricomparsa del dolore. E infine, si deve seguire una scala a tre gradini. Il primo gradino, quello di un dolore da lieve a moderato, richiede l'uso dei farmaci antiinfiammatori non steroidei o Fans, cioè acido acetilsalilico (aspirina), paracetamolo, indometacina, e simili. Al secondo gradino, che corrisponde a un dolore che si aggrava o persiste nonostante le cure, ai Fans si associano gli oppioidi deboli, cioè codeina, destropropossifene, tramadolo. Al terzo gradino, si deve passare alla morfina e agli altri oppioidi forti, come ossicodone, metadone, fentanyl. Naturalmente sono tutti farmaci con possibili effetti collaterali, talora gravi. I Fans possono dare disturbi allo stomaco fino all'ulcera, specie se assunti quotidianamente per lunghi periodi. Gli oppioidi danno quasi sempre stitichezza, anche grave; spesso provocano nausea e torpore e, seppur raramente, possono determinare depressione respiratoria. In tutte le fasi della terapia, se necessario si possono utilizzare farmaci «adiuvanti», cioè antidepressivi, tranquillanti, anticonvulsivanti (utili a volte nel dolore neuropatico), antiemetici, lassativi, corticosteroidi. In casi particolari si può ricorrere a interventi chirurgici o blocchi anestesiolgici. ■

LA CANAPA E I SUOI USI

Che la cannabis e i derivati siano dotati di potere analgesico è ormai assodato dal punto di vista scientifico. Il principio attivo più importante contenuto nella pianta, il Thc (delta-9-tetraidrocannabinolo), potenzia sperimentalmente l'effetto antidolorifico degli oppioidi, così da ridurre la dose necessaria del 55% nel caso della morfina, e addirittura del 96% per la codeina. Il fatto però più interessante è la scoperta nel sistema nervoso centrale di un meccanismo antidolore basato proprio sui cannabinoidi. È ormai noto che la morfina agisce perché trova nelle cellule del cervello dei recettori appositi, in quanto essa è strutturalmente simile a sostanze normalmente sintetizzate dal nostro organismo, che proprio per questo sono state chiamate «endorfine» (morfine endogene). Allo stesso modo, gli scienziati che si erano chiesti come facesse la cannabis ad agire in maniera tanto peculiare nell'uomo hanno scoperto i cosiddetti endocannabinoidi, al primo dei quali è stato posto, non a caso, il nome di *anandamide*, dalla parola sanscrita *ananda* (beatitudine).

I recettori dei cannabinoidi si trovano abbondanti nel cervello proprio nelle zone deputate al controllo del dolore, ed è anche stata dimostrata una via nervosa specifica, attivata dai cannabinoidi, in grado di ridurre le sensazioni dolorose. Oltre ad agire sul cervello, i cannabinoidi possono legarsi ad altri recettori cellulari mediando degli effetti antiinfiammatori. Si ipotizza che il Thc e forse tutti i cannabinoidi si comportino da inibitori selettivi dell'enzima Cox-2, cioè abbiano gli stessi effetti degli antiinfiammatori dell'ultima generazione.

Tutto ciò spiega l'utilizzo che della cannabis è stato fatto per secoli. Senza scomodare gli antichi medici cinesi, indiani o arabi, basterà ricordare che fino agli inizi del XX secolo questa pianta era utilizzata ampiamente nella medicina occidentale per un'ampia serie di patologie dolorose. Purtroppo questi dati non possono essere ritenuti validi oggi dal punto di vista scientifico, e bisogna quindi ripetere in maniera rigorosa (studi controllati, randomizzati, in doppio cieco, contro placebo) tutte le esperienze che i medici di qualche decina di anni fa davano per assodate. Alcuni studi di questo tipo sono già stati portati a termine, e si affacciano ai numerosi casi clinici descritti in maniera oggettiva.

Le patologie dolorose in cui la canapa sembra avere un ruolo degno di essere indagato in maniera approfondita sono varie. Nel cancro, oltre l'effetto antalgico, vi può essere un effetto positivo sull'appetito, con riduzione della nausea da chemioterapia, e benefica potrebbe essere anche l'azione sull'umore. Vi è un potenziale ruolo dei cannabinoidi per il trattamento del dolore neuropatico, che insorge per lesioni del sistema nervoso (come, per esempio, nel «fuoco di Sant'Antonio» o nei danni del plesso brachiale da traumi della strada). È questa un'area in cui attualmente pochi farmaci sono efficaci, compresa la morfina. La canapa potrebbe avere un ruolo anche nelle forme di grave artrite, nel dolore che accompagna l'Aids, in alcuni casi di dolore viscerale, di dolore psicogeno, nella sclerosi multipla e nell'emicrania.

Si è da poco conclusa in Inghilterra una sperimentazione in «fase tre» (l'ultima che precede l'immissione sul mercato) su un estratto standardizzato di cannabis. Essa ha coinvolto 350 pazienti sofferenti di sclerosi multipla e dolore neuropatico. La riduzione del dolore è stata significativa, anche al di là dell'aspettativa degli stessi ricercatori, con riduzione inoltre dei sintomi di accompagnamento, quali gli spasmi o i disturbi del sonno, mentre gli effetti collaterali sono stati di scarsa importanza. Tra qualche mese dovrebbero concludersi ulteriori studi su pazienti con dolore da cancro e da lesioni del midollo spinale. ■

(francesco crestani e salvatore grasso)

LA MORFINA TRASCURATA

Fino agli inizi del secolo scorso la morfina, da sola o in associazione, era uno dei farmaci più utilizzati per disturbi di ogni genere, dal mal di pancia all'artrosi, dalla diarrea ai dolori mestruali. Con l'avvento del proibizionismo essa quasi scomparve dall'armamentario medico: uno dei «grandi vecchi» della terapia del dolore italiana ricorda che quando era giovane, negli anni '50, l'unica morfina che si usava era quella del Cardiosenol (una miscela con atropina) in caso di infarto cardiaco. A parte questo, la morfina veniva somministrata praticamente solo nelle fasi di agonia.

Oggi la situazione è migliorata, ma l'Italia resta purtroppo in coda in quanto a consumo pro-capite di oppioidi – un dato che secondo l'Oms rappresenta un «indicatore di qualità» della cura del dolore in un paese. Se in Italia si consumano 46 dosi di morfina al giorno per milione di abitanti, in Germania se ne consumano 541, in Francia 1463 e in Danimarca si arriva a 6430. È impressionante sapere che il nostro Paese, che si vanta di essere la settima o l'ottava potenza mondiale, è al quarantaquattresimo posto nel mondo come consumo di oppioidi, con valori inferiori anche a quelli di paesi africani quali Ghana, Congo ed Eritrea!

La legge 8 febbraio 2001 n.12, voluta dall'ex ministro Veronesi, ha un po' semplificato le procedure di prescrizione degli oppioidi proprio con l'intento di aumentarne l'utilizzo da parte dei malati terminali e dei pazienti con dolore cronico.

In realtà le procedure restano ancora notevolmente complesse e sembra quasi che si parta dal presupposto che ogni medico possa diventare un potenziale spacciatore.

È interessante seguire l'andamento dei consumi di oppioidi negli ultimi anni per vedere se c'è stata una tendenza all'aumento. I dati dimostrano che si è passati da circa un milione di dosi al giorno, vendute nel semestre aprile-settembre del 1998, a più di due milioni e mezzo di dosi nello stesso periodo del 2001. Sembrerebbe quindi che i medici italiani si stiano allineando con i loro colleghi esteri. In realtà, se un aumento c'è stato, esso è dovuto in gran parte alla riclassificazione del *fentanyl* in cerotto transdermico. Questo farmaco assai costoso (lo stesso che, in forma gassosa, sarebbe stato usato dalle forze speciali russe nel famoso attacco ai terroristi ceceni in un teatro di Mosca, ma su questo fatto la comunità degli anestesisti nutre parecchi dubbi) è passato così dalla classe C, a totale carico del paziente, alla classe A, cioè a totale carico del servizio sanitario nazionale. Questo ha provocato un aumento delle sue vendite del 1100% nel giro di pochi mesi, tant'è che oggi si può rilevare una tendenza, nei medici di base, a prescrivere subito, nei casi di dolore cronico grave, questo farmaco assai potente, e come dicevamo, anche costoso.

Questa tendenza è sicuramente in parte dovuta alla semplicità di utilizzo (si applica un cerotto che per tre giorni rilascia dosi costanti di analgesico), ma comporta purtroppo il rischio di «bruciarsi» subito questa possibilità che, secondo alcuni terapeuti del dolore, sarebbe più opportuno riservarsi alle fasi in cui la morfina non agisce più. ■

(f. c.)

Fonti:
Visentin M et al. «Knowledge and attitudes of Italian medical staff towards the approach and treatment of patients in pain» in *J Pain Symptom Manag* 2001.
Andretta M, Visentin M. «Terapia del dolore: timidi ma incoraggianti sviluppi» in *Dialogo sui farmaci* 2002.

Dalla Convenzione unica sulle droghe narcotiche del 1961 all'ultima del 1988. Le norme Onu e gli obiettivi della campagna di Vienna

DENTRO LE CONVENZIONI

Grazia Zuffa

Mentre la campagna di Vienna è in pieno svolgimento, è il caso di analizzare a fondo gli obiettivi e le possibilità di successo. È chiaro infatti che si tratta di obiettivi, al plurale, dal più ambizioso al più limitato. La finalità ultima è ben definita: la revisione delle convenzioni internazionali delle Nazioni Unite, pilastro della *war on drugs* globale. Un obiettivo plausibile per il summit di Aprile della Cnd (Commissione sulle Droghe Narcotiche) potrebbe essere la messa in discussione da parte di un congruo numero di paesi "innovatori" delle attuali politiche, e quindi in prospettiva dei trattati che formano la cornice giuridica delle stesse. Cominciamo ad esaminarli più da vicino, nei dettati principali e nei vincoli che comportano per gli stati aderenti.

Il primo trattato internazionale è la Convenzione Unica sulle Droghe Narcotiche del 1961, che disegna il quadro di riferimento proibizionista, tuttora attuale: il fine è di limitare l'uso delle droghe narcotiche, al tempo stesso regolando l'uso lecito delle droghe, a scopo scientifico e medico. Le sostanze vengono classificate in 4 tabelle: la I comprende quelle soggette a tutti i controlli (canapa, cocaina, eroina), la II alcuni narcotici sottoposti a controlli meno rigidi, e utilizzati a scopo medico (ad esempio la codeina), la III comprende le sostanze esentate, in quanto considerate non oggetto di abuso, come ad esempio preparati a base di oppio a basso dosaggio; infine, la tabella IV comprende le sostanze di cui ci si può approvvigionare per scopi di ricerca scientifica. La tabella IV comprende anche alcune sostanze della tabella I, come la canapa e l'eroina. La Convenzione Unica, all'articolo 36 prevede la punibilità (*punishable offences*) di coltivazione, produzione, traffico e possesso delle droghe. Col varo della Convenzione Unica del 1961 nasce il primo degli apparati burocratici dell'Onu, moltiplicatisi poi negli anni: lo Incb (*International Narcotic Control Board*), che mantiene a tutt'oggi il compito di monitorare l'applicazione dei trattati.

La Convenzione del 1971 cambia il titolo, da "droghe narcotiche" a "sostanze psicotrope", tradendo con ciò la sua finalità principale, l'allargamento delle sostanze da proibire. Rimane la classificazione in quattro, relative al grado di "indurre dipendenza" delle droghe e le previsioni penali sono simili a quelle della convenzione precedente.

Sostanziali novità, in direzione dell'inasprimento della repressione, sono introdotte con la convenzione del 1988, disegnata per combattere il traffico internazionale via via crescente. Il trattato stabilisce una serie di strumenti di cooperazione fra i paesi per la repressione, dai sequestri dei proventi del traffico illecito, alle estradizioni dei trafficanti. Le previsioni penali si precisano e si ampliano: le condotte di coltivazione, traffico etc., compreso il possesso, devono essere considerate reati penali (*criminal offences*). In più, per la prima volta, si fa esplicito riferimento al possesso per uso personale, anch'esso da considerare un reato penale: è questo il "giro di vite" proibizionista rispetto ai precedenti trattati, poiché fino al '71 il focus era concentrato sul versante dell'offerta, mentre il testo del 1988 impone espli-

citamente di criminalizzare il versante della domanda.

Alcuni sottolineano che la criminalizzazione del consumo è il risultato di un nuovo "bilanciamento" fra le politiche nei paesi consumatori e quelle nei paesi produttori, con questi ultimi non più disposti a tollerare da soli il peso della "lotta alla droga". Ma la ragione principale sta nella svolta del *Just say no* di Reagan, prontamente abbracciata in Italia da Craxi, come si ricorderà.

Quali sono le ricadute delle convenzioni nelle legislazioni nazionali, rispetto ai punti caldi oggi in discussione, quali la depenalizzazione del consumo, la decriminalizzazione della canapa, la riduzione del danno?

Vi è un primo punto controverso: le convenzioni parlano di possesso (o detenzione), non di uso personale, e anche l'ultima del 1988 menziona ancora il possesso, anche se introduce la specifica del "possesso ad uso personale". Dunque non c'è alcun obbligo formale di criminalizzare il consumo in sé, anche se il consumatore incorre evidentemente nel reato di detenzione. Nonostante questa ambiguità, l'interpretazione più corrente è che di per sé la criminalizzazione del possesso non significhi necessariamente la criminalizzazione del consumo personale: quando si parla di detenzione è da intendersi la detenzione fine di spaccio, e la previsione di questo reato è da interpretarsi come uno strumento (squisitamente antigarantista) per invertire l'onere della prova, esentando l'accusa dal provare lo spaccio.

In conclusione, non c'è dubbio che il possesso ai fini di traffico e spaccio debba essere un reato penale, come si evince dal carattere vincolante dell'art. 3, paragrafo 1 del testo del 1988. Ma il paragrafo 2 dello stesso articolo, che pure, per la prima volta, decreta che il «possesso per consumo personale» debba essere stabilito come un reato penale, non parla lo stesso linguaggio cogente. Infatti si specifica che questo dettato è «subordinato ai principi costituzionali e ai concetti basilari del sistema legale vigente negli stati».

Ciò consente una certa autonomia nell'applicazione della convenzione internazionale e gli stati hanno la possibilità di non applicare pene carcerarie, ma di sostituirle con sanzioni amministrative di vario tipo, tra cui quelle pecuniarie.

Per i paesi (quasi tutti quelli europei) che hanno nel loro ordinamento il principio di opportunità dell'azione penale, questo rimane lo strumento principe per ottenere la massima flessibilità nelle politiche sulle droghe. D'altra parte, alcune misure di riduzione del danno, come i trattamenti con metadone o anche eroina, sono del tutto ammissibili, in quanto i trattati prevedono l'approvvigionamento di droghe a scopo medico. Più controversi sono i servizi quali le *safe injection rooms*, mentre il *drug testing* nelle discoteche può trovare posto fra i «fini medici e scientifici» previsti, per conoscere l'esatta composizione delle pillole. D'altro lato, non tutte le possibilità di innovazione sono state finora utilizzate, rimanendo nell'ambito delle convenzioni: ad esempio la coltivazione della canapa ad uso personale può essere equiparata al possesso per uso personale (v. G. Arnao in *Fuoriluogo*, novembre 2002), così come esiste la possibilità di utilizzare la canapa a fine medico.

C'è un'ultima considerazione rispetto al carattere imperativo delle convenzioni: se queste istituiscono obblighi per gli stati, tuttavia non esistono istituti internazionali preposti all'applicazione, solo gli stati nazionali hanno la facoltà e la responsabilità di metterle in pratica. Così lo Incb è un organismo di semplice monitoraggio dei trattati, senza alcun potere effettivo sui paesi membri. A riprova vi è il fatto che lo Incb si è ad esempio più volte espresso negativamente sulle *safe injection rooms*, bollandole come violazioni agli obblighi internazionali, ma ciò non ha impedito il loro sviluppo, e la Germania ha addirittura varato una legge quadro federale in materia.

Oltre i vincoli giuridici, è l'aspetto politico a balzare in primo piano. A livello mondiale, purtroppo il fronte di supporto alle convenzioni è largo. Il paese leader, gli Stati Uniti, può contare sull'appoggio di non molti paesi del "primo mondo" (la Svezia, il Giappone, ed ora anche l'Italia); ma recluta largamente alleati fra i paesi dittatoriali del terzo mondo, poiché il controllo inquisitorio della politica delle droghe si sposa perfettamente con la natura totalitaria di quei regimi; nonché fra i paesi dell'ex blocco sovietico, che stanno vivendo un'emergenza droga. Finora i paesi europei innovatori si sono avvalsi dell'autonomia giuridica che le convenzioni permettono, senza mai rivendicare esplicitamente un nuovo trend politico di riforma. Ma proprio questa potrebbe essere la novità del summit di aprile: un fronte di paesi "riformisti" europei, con l'appoggio del Canada e dell'Australia, che parli all'unisono e prenda posizione alla luce del sole.

Quali sono i veri obblighi internazionali su punti "caldi" come la legalizzazione della cannabis e la riduzione del danno?

VIENNA NEWS

SEMINARIO DI ICN AL PARLAMENTO EUROPEO

Il 4 marzo si svolgerà a Bruxelles il seminario promosso da Icn sul ruolo dell'Europa nella riforma della politica delle droghe. L'iniziativa avrà luogo dalle 9 alle 18,30 presso il parlamento europeo, l'ingresso è libero ma occorre iscriversi per avere il pass. Apriranno l'incontro Chris Davies, parlamentare europeo, del *Liberal Democrat Party* britannico, e Jan Var der Tas della *Netherlands Drug Policy Foundation*. Seguiranno relazioni sulle esperienze europee più significative, sulla storia delle convenzioni Onu e sul contesto politico del meeting di aprile della Cnd. Per informazioni sul programma definitivo e prenotazioni: www.vienna2003.org.

L'INIZIATIVA DELLA PRESIDENZA GRECA

"Verso una politica sulle droghe efficace: l'evidenza scientifica, la pratica quotidiana e le scelte politiche": è il titolo di una conferenza ad alto livello fra i responsabili europei degli esteri, degli affari sociali, della giustizia e degli interni convocata ad Atene dal 6 all'8 marzo dal ministro degli esteri Giorgos Papan-

dreu, nel semestre di presidenza greca dell'Unione Europea. Fra gli obiettivi della conferenza: promuovere l'interazione fra scienza e politica e formulare una posizione europea al meeting Onu di Vienna. Alla vigilia del semestre di presidenza della Grecia, Giorgos Papandreu aveva preso pubblicamente posizione a favore dell'approccio tollerante dell'Europa sulle droghe, da far valere, a suo avviso, in sede internazionale. Una valutazione seria e realistica dei trattati Onu non è più rinviabile, aveva scritto Papandreu in un articolo che abbiamo ripubblicato nello scorso numero di *Fuoriluogo*.

L'EUROPA E GLI USA

Si è svolto a metà dicembre, a Bruxelles, un meeting dei coordinatori dei paesi europei per la politica sulle droghe e i rappresentanti degli Stati Uniti. Per la Germania era presente Marion Caspers Merk, l'attuale zarina tedesca, sottosegretario di stato per la Sanità e la Sicurezza Sociale. Caspers Merk ha parlato a favore dei servizi di bassa soglia, e ha difeso in particolare le *safe injection rooms* dalle critiche americane. Anche le terapie con eroina sono entrate nel mirino degli americani, ma nell'occasione si è creato un fronte europeo che ha sostenuto apertamente la riduzione del danno.

FL

Il sito della campagna è su:
www.vienna2003.org

Alcune ipotesi di regolamentazione delle droghe, dalla prescrizione medica alla disponibilità regolata per gli adulti

PER UN REGIME LEGALE

Freek Polak*

Il sistema della proibizione globale delle droghe sta perdendo credibilità. La causa principale è il fatto che la produzione, il commercio e l'uso illegale delle droghe sono aumentati ovunque invece di diminuire. La guerra alla droga non può essere vinta. È un'impresa che si auto-perpetua e che provoca danni enormi su scala globale. Queste critiche stanno definitivamente raggiungendo i funzionari governativi di alto livello in molti paesi, ma molti politici non osano lasciar cadere apertamente il loro sostegno alla proibizione, perché non sanno come reagire alle accuse di essere "morbidi sulle droghe". A seconda della velocità con cui l'approccio razionale alla politica delle droghe e la resistenza alla "guerra alla droga" si espanderanno, si arriverà a sostanziali rinegoziazioni ed emendamenti delle convenzioni internazionali sulle droghe su cui la legislazione della maggior parte dei paesi si basa, o a una tale erosione delle convenzioni che esse semplicemente perderanno la loro rilevanza nella pratica. Per questa ragione dobbiamo essere preparati alla necessaria introduzione di regimi formali e legali di regolazione per le sostanze che non saranno più proibite. Se vogliamo disegnare un sistema legale per regolare il mercato delle droghe, dobbiamo per prima cosa stabilire chiaramente che cosa vogliamo ottenere con la regolamentazione, e valutare realisticamente le conseguenze positive e negative, sia quelle probabili che quelle improbabili.

PRESCRIZIONE MEDICA

Obiettivo: ogni consumatore di droghe seriamente dipendente dovrebbe poter ottenere la droga o le droghe che sceglie sotto supervisione medica.

Procedura: i presidi sanitari e i centri specializzati per le dipendenze assumeranno la piena responsabilità di prescrivere ai consumatori dipendenti le sostanze che vogliono o di cui hanno bisogno, fornendo allo stesso tempo assistenza medica generale, supporto psicosociale e, se desiderato, trattamento per la dipendenza. Altre modalità di consumo di droghe (sperimentale, ricreativo, uso regolare controllato, dipendenza iniziale o moderata) non sono considerate ragioni per prescrivere sostanze illecite. Questi gruppi di consumatori dipenderanno ancora dal mercato nero.

Lati positivi: i consumatori più problematici avranno accesso a sostanze di buona qualità, a cure mediche e a supporto sociale.

Lati negativi: dovrà essere messo in opera un costoso sistema per fornire almeno oppioidi, cocaina e amfetamine, con complicati meccanismi di sicurezza per evitare la formazione di un mercato grigio verso i molto più numerosi consumatori esclusi, per i quali questo sistema non offre soluzioni.

Il possesso di droghe al di fuori del sistema medico rimarrà criminalizzato, e il commercio illegale continuerà a prosperare.

DISPONIBILITÀ REGOLAMENTATA PER GLI ADULTI

Obiettivo: responsabilità dei consumatori e controllo delle organizzazioni di produttori e commercianti.

Procedura: sistemi simili a quelli esistenti per alcool e sigarette saranno studiati per la vendita al dettaglio di un'ampia gamma di sostanze psicoattive. Regole diverse potranno essere studiate per particolari sostanze o gruppi di sostanze. Non ci saranno pubblicità né sconti per acquisto di grandi quantità.

Lati positivi: ampia gamma di opzioni per la definizione delle regole necessarie.

Lati negativi: anche persone ragionevoli e informate temono un simile sistema. Anche se esso funzionasse fin dall'inizio al di là delle aspettative, ogni problema che dovesse presentarsi porterebbe a campagne mediatiche e scandalistiche. In tal caso per i politici sarebbe assai difficile mantenere il proprio sostegno.

DOSAGGI LIMITATI E PRESCRIZIONE MEDICA

Obiettivo: ogni persona adulta che vuole usare droghe deve poterlo fare, entro ampi limiti. Le persone che vogliono usare droghe più spesso e/o più pesantemente di quanto permesso dai dosaggi limitati, otterranno le droghe da istituzioni mediche.

Procedura: vendita libera di dosaggi giornalieri o settimanali (le quantità verranno determinate a livello regionale) a ogni adulto (limiti di età preferibilmente simili a quelli di alcool e sigarette), che richieda specificamente una o più droghe. Saranno possibili aggiustamenti per le varie sostanze o gruppi di sostanze. Dosaggi più alti o più frequenti dovranno essere forniti da istituzioni mediche o centri di assistenza per le dipendenze. A questo scopo il sistema di prescrizioni mediche dovrebbe essere più flessibile e più orientato al cliente di quello degli attuali centri per le di-

pendenze. L'atteggiamento del personale dovrà essere più simile a quello che si ha nei negozi di liquori e tabacco.

Lati positivi: i consumatori di droghe non dovranno più ricorrere ad attività criminali per ottenerle. Saranno stimolati a controllare il loro consumo di droghe sia a livello individuale che a livello di prescrizioni sociali formali e informali. La medicalizzazione può essere ridotta all'ottimale, mentre sarà fortemente ridotto l'incentivo al commercio illegale. Il rinvio al sistema di prescrizioni mediche servirà da salvaguardia per la vulnerabilità individuale.

Lati negativi: sarà necessario un sistema di registrazione per seguire i singoli clienti e il loro consumo, non solo per il controllo delle doppie prescrizioni e per evitare il mercato grigio, ma anche per la raccolta di dati statistici e scientifici aggiornati. Tali dati sono necessari per fornire alle autorità informazioni accurate sulle modalità e sulle tendenze dei consumi, che potrebbero essere necessarie per la messa a punto o l'adattamento delle procedure. La praticabilità del sistema di registrazione dipenderà dalla volontà dei clienti di essere registrati come consumatori di droghe o come tossicodipendenti, e quindi dalla loro fiducia nella protezione della loro privacy da parte del sistema.

I POSSIBILI SVILUPPI POLITICI

Deve essere riconosciuto che i mutamenti sociali non avvengono in modo pianificato e sistematico. (La proibizione delle droghe, purtroppo, ci ricorda costantemente come le politiche sociali possano determinare conseguenze impreviste e indesiderate.) Ciò significa che, qualunque piano esista per la cancellazione della proibizione e la determinazione di regole locali, si deve essere preparati a sviluppi negativi inattesi che richiederanno raffinate messe a punto, o forse anche aggiustamenti su vasta scala, delle politiche. Gli

oppositori della legalizzazione strumentalizzano senz'altro anche i minimi inconvenienti per richiedere l'immediato ripristino della proibizione. Senza chiarezza sui principi fondamentali e sugli obiettivi delle regolamentazioni proposte sarà difficile adattarsi a tali sviluppi inattesi senza perdere la visione prospettica.

Il principale organo decisionale dell'Onu, la Commissione sugli stupefacenti (Cnd), si riunirà nella primavera 2003 per discutere i risultati intermedi dell'Ungass 1998, il vertice sulle droghe (che ha rifiutato di valutare la sua politica, ma non ha esitato a stendere un piano decennale con la stessa linea politica, ancora rafforzata). All'ultimo incontro del Cnd è apparso chiaro che gli Usa, con la Svezia e numerosi paesi in via di sviluppo, sono d'accordo per introdurre regole ancora più strettamente proibizioniste, specialmente per la cannabis. Questo va decisamente contro le tendenze in Unione Europea, Canada, Australia, Nuova Zelanda e in diverse nazioni sud-americane.

Due sono gli obiettivi primari in vista del meeting 2003 del Cnd, che i paesi europei più aperti dovrebbero perseguire. In primo luogo deve essere messa in agenda una completa rivalutazione dei risultati della politica Onu sulle droghe, per superare le omissioni dell'Ungass 1998, il vertice Onu di 5 anni fa. E in secondo luogo, nell'attesa del risultato di questa valutazione, va messa in agenda una proposta per sostituire la proibizione globale delle droghe con un sistema in cui i singoli paesi possano studiare la loro politica della droga, in accordo con altri paesi con una posizione simile. ■

* Netherlands Drug Policy Foundation

La riduzione del danno in Europa e le stanze del consumo



**Coordinamento
Servizi Bassa Soglia
Piemonte**



**Presentazione di
Susanna Ronconi**

**Relazione del
dr. Uwe Kemmesies,**
Centro per la Ricerca sulle Droghe,
dell'Università di Francoforte

**Relazione di
Juergen Weimer**
coordinamento della politica delle droghe
della Municipalità di Francoforte

**Interventi
Paolo Jarre,**
dipartimento dipendenze patologiche asl 5

Angelo Giglio,
coordinamento operatori
servizi bassa soglia Piemonte

**Vito Mitola
e Alessandro Orsi,**
coordinamento "in prima persona"

Silvio Coraglia,
coordinatore commissione di studio sulle
injecting rooms
del Comune di Torino

**Conclusioni di
Franco Corleone**

**E' prevista la partecipazione e
l'intervento del Sindaco di Torino,
Sergio Chiamparino**

**Seminario
sull'esperienza delle
safe injection rooms di
Francoforte e l'ipotesi
di Torino città pilota**

**Venerdì
31 Gennaio**

ore 15,15

Sala Pasquale Cavaliere

Coop incontro

Via palazzo di città, 14

Torino

gzuffa@fuoriluogo.it

susanna.ronconi@tin.it

www.fuoriluogo.it - www.vienna2003.org

Lettera aperta agli operatori in tempi di regressione culturale

CARI COLLEGHI...

Beatrice Bassini

Siamo di fronte ad una regressione culturale riguardo ai temi dell'uso e l'abuso di sostanze: spot anacronistici che ripropongono l'ex tossicodipendente come l'eroe (la mia generazione è piena di eroi che non ci sono più), il nuovo decreto 444 sulla riorganizzazione dei Sert, la prevenzione come nuova area di libero mercato, il decadimento di organismi per garantire la coerenza e la qualità degli interventi (come i Comitati Tecnici Territoriali in Emilia Romagna), la mancanza di proposte alternative anche da parte dei politici che si dichiarano a favore del servizio pubblico. La salute collettiva, la cura, la sicurezza, la convivenza sociale vengono consegnate senza troppi scrupoli al mercato selvaggio. Mentre nel silenzio viene agito tutto questo, ricordo ai miei colleghi operatori e ad altri l'importanza di quanto abbiamo vissuto in questi anni malgrado le politiche monche, ciononostante sfruttando gli spazi di apertura culturale, i nuovi strumenti terapeutici, le collaborazioni tra servizi.

Molti sono stati i cambiamenti personali, sociali e professionali, che si sono potuti osservare nei servizi, nelle scuole, sul territorio. La progressiva perdita del nostro patrimonio di idee, progetti e pratiche, che si prospetta nell'immediato futuro, spinge alcuni di noi operatori a parlare e a ricordare questi anni di lavoro. Tenendo conto della limitatezza della mia esperienza, invito i miei colleghi a collaborare per ricostruire un mosaico più ampio e completo. Che cosa è accaduto dunque?

Tramite pratiche di intervento come la riduzione dei rischi legati all'uso di sostanze, per la prima volta gli operatori si sono trovati a tradurre in pratica ciò che la pedagogia (ma anche l'antropologia) da tempo teorizzavano rispetto alla cultura dell'altro, puntando sullo sviluppo di relazioni. Questi anni sono stati una linea di demarcazione netta tra il periodo della colonizzazione e sfruttamento del tossico e l'era dello studio, dell'osservazione partecipe e del rispetto dell'altro, della sua individualità e dei suoi diritti, come presupposto essenziale per ogni forma di intervento terapeutico.

Ciò ha significato approfondire sempre di più i mutamenti avvenuti nella realtà di gruppi e sistemi sociali, nell'area del disagio ma anche dell'agio; solo in seguito tentando di capire quando, come, e in quali circostanze il nostro intervento avrebbe potuto attuarsi, oppure se sarebbe stato più utile astenersi.

Mi riferisco in specifico all'attenzione posta da molti operatori sui cambiamenti psicologici presenti in ogni individuo nutrito dal benessere-malessere dell'epoca post moderna; sulle nuove forme di aggregazione giovanile; sulle modalità d'uso delle sostanze (ignorarle può significare un'anamnesi parziale). Ciò ha portato alla differenziazione progressiva dei nostri interventi, incrementando – come è avvenuto nel nostro servizio – le consulenze, la ricerca di strade condivise con i comuni, le scuole, le famiglie sull'atteggiamento da tenere riguardo a consumi di droghe; alle interazioni tra pubblico e privato sociale fino alla costruzione di percorsi terapeutici coerenti e calibrati; allo sforzo di conoscere meglio ciò che succede in strada, rompendo coi muri, con le cattedre e con la nostra identità di improbabili esperti, rivalutando invece l'esperienza diretta e l'ascolto. Tutto questo ha significato tornare ad apprendere, a crescere, a riscoprire nuove motivazioni. Ha significato passare dalla considerazione dell'individuo problematico al sociale problematico in viaggi di andata e ritorno, passando attraverso sé individuali e collettivi, esplosi ed implosi, avvalendosi della psicoanalisi ma anche dell'antropologia, della sociologia, della pedagogia istituzionale, delle teorie della comunicazione, con un ampliamento delle prospettive e degli orizzonti degli operatori. Ha significato la ridefinizione dei confini tra normalità e patologia, facendo a meno di vecchie teorie e pregiudizi, e di diagnosi troppo semplicistiche.

Grazie a ciò, alcuni operatori si sono resi sempre più protagonisti e responsabili, nel senso che si sono sentiti finalmente attivi rispetto a progetti e interventi, e hanno cominciato a non viversi più come persone costrette a un ruolo di controllo. Questa nuova dimensione terapeutica (e autoterapeutica) ha convogliato idee, confronti, conoscenze, esperienze: un tesoro prezioso, abbandonato in questo momento ai flussi e riflussi delle maree di una politica irresponsabile. Si tratta, anche per noi operatori, di appellarci ai diritti nostri e altrui per tenere alto il valore, non solo della nostra professionalità, ma soprattutto di una modalità attenta e puntuale di affrontare problemi complessi.

Per noi è un fatto di dignità rivendicare la nostra libertà su saperi che si sono costruiti sull'esperienza, in strada, senza paura delle contaminazioni possibili e impossibili, fuori dalla logica degli operatori-esecutori. Sarebbe forse utile uscire dal torpore, dalla paura, dalla logica del "tutto è inutile", e sviluppare un pensiero comune che crei un senso di comunità allargata tra operatori, famiglie insicure e utenti, nella direzione di una riqualificazione dei servizi utile e necessaria per molte professionalità. Così come sarebbe auspicabile investire di più sulla interazione col territorio, senza tornare a difendersi nelle roccaforti dei Sert o delle comunità terapeutiche; esplicitare maggiormente il proprio dissenso verso chi restringe progressivamente il nostro campo di azione e svuota la nostra quotidianità; esprimere apertamente tutte le nostre perplessità circa gli interventi di educazione, formazione, terapia che valutiamo come pericolosi e dannosi (facendola finita con il ruolo dell'operatore compiacente che è sempre "costretto" ad agire in maniera assurda o contraddittoria).

Dobbiamo uscire dal sonno, confrontarci, riflettere, inventare un modo di essere e di stare all'interno di istituzioni già di per sé carenti di risorse. Quando ci troviamo a lottare per difendere gli strumenti del nostro lavoro, il problema è tecnico o è politico? Quando manca il bisturi per operare un cardiopatico, il problema è tecnico o è politico? Quando aumentano le overdosi, il problema è tecnico o è politico?

Un saluto a tutti, in attesa che le coscienze diano segni di movimento. ■

POLITICA ON-LINE

Susanna Ronconi

L'ultima notizia rimbalzata in rete è la proposta di un osservatorio italiano sui diritti dei minori per la sterilizzazione delle donne tossicodipendenti, indicate come fonte di inenarrabili maltrattamenti sui bambini: non c'è da fare allarmismo, nessuno l'ha ancora raccolta seriamente, ma c'è da stare in guardia. E poi la richiesta di aiuto da parte di un ragazzo che consuma cannabis e deve affrontare la visita militare. E ancora, un appello su carceri e indulto. Tutto questo e molto di più sta circolando ormai da qualche mese su "Pratiche in rete", gruppo di discussione web attivato dalla rete "La libertà e terapeutica", network spontaneo di operatori, cittadini e consumatori. In poche settimane, il gruppo è decollato e la comunicazione si è fatta fitta, intensa e variegata.

"Pratiche in rete" è al tempo stesso veicolo di informazioni e diffusione di dibattito politico e professionale. Le scorse settimane hanno visto un confronto serrato sul tema del paradigma – o meglio dei paradigmi – dentro cui leggere consumi, dipendenze e consumatori e dipendenti: sguardo clinico, sguardo sociale, sguardo antropologico, sguardo psicologico, e del rapporto tra questi paradigmi e quello della riduzione del danno, tema specificamente caro alla Rete.

«Ancora su questo?» può dire qualcuno. Sì, la discussione in rete ha dimostrato quanto vi sia ancora da dire e da dirsi, quando si esce dalle definizioni della letteratura scientifica e si mette in gioco il sapere dell'esperienza sia professionale che personale, quando cioè davvero si sentono più voci e si moltiplicano gli sguardi.

Un forum che, ora, si trova davanti qualche problema politico. Innanzitutto quello di un'agenda politica per i prossimi

mesi, cioè: dalla discussione alla connessione. La Rete "La libertà è terapeutica" ha prodotto, insieme ad Antigone e a Forum Droghe, i seminari nell'ambito del Forum sociale europeo di Firenze. Ora continua ad avere di fronte a sé uno scenario culturale, politico e di concreto mutamento in continua e rapida evoluzione: dalla riforma della 180 in agguato con il suo trattamento sanitario obbligatorio per i tossicodipendenti, ai tagli alla spesa sanitaria, dallo strapotere di certo privato sociale paternalistico-autoritario alle campagne governative di disinformazione su droghe e aids, dall'appuntamento Onu di Vienna alle strategie di cooperazione con altri movimenti che promuovono un critica serrata all'attuale clima autoritario, liberista e liberticida nel campo del cosiddetto sociale.

Insomma, non basta un web per fare iniziativa politica, ma certo una buona comunicazione virtuale la facilita e aiuta a includere tutti nel percorso di elaborazione delle idee e delle proposte.

Potrebbe essere maturo questo tempo. Per esempio, enfatizzando il potenziale di comunicazione della rete web per il confronto tra realtà locali: chi, come e cosa si connette a livello locale? Quali alleanze esistono sui singoli territori? Come si lavora con i consumatori? Come ci si organizza tra operatori? Quale confronto si è aperto con i servizi e le amministrazioni? Come queste connessioni locali creano iniziativa e come possono connettersi a livello nazionale?

Insomma: quali sono oggi le nostre "pratiche" critiche e innovative e cosa possiamo trarre di fruibile e riproducibile dall'esperienza di ognuno?

L'accesso alla rete è aperto a chiunque condivida i contenuti base della Rete, annunciati nel documento-manifesto leggibile su fuoriluogo.it. ■

In questi anni abbiamo ridefinito i confini tra normalità e patologia facendo a meno di vecchie teorie e diagnosi semplicistiche

FL

La mailing list di pratiche in rete su: www.fuoriluogo.it

Alla Camera una raffica di emendamenti stravolge il provvedimento

INDULTINI E INDULTICCHI

Patrizio Gonnella e Sergio Segio

L'indulto, sì. Anzi forse, purché lo si precluda ai delinquenti abituali, ai professionisti del crimine, ai sequestratori, ai trafficanti di droga e di esseri umani, ai pedofili, ai terroristi e sovversivi, ai mafiosi. Mentre ben venga l'indulto ai poveri picciotti. Sì, ma allora si deve dimettere il capogruppo Ds in commissione giustizia, a cui è sfuggita questa leggerezza, questo regalo a Cosa nostra. A tal punto è necessario far vedere che si è duri, inflessibili, integerrimi: si deve scendere a due anni. Tre sono troppi. Occorre avere scontato almeno un quarto della pena. Bisogna non applicare l'indulto alle pene accessorie: e questa è la cartina di tornasole di quanto alle rituali obiezioni e preoccupazioni sulla probabile impennata di reati che conseguirebbe alla concessione di un indulto, avanzate non solo da destra, corrispondono scelte quanto meno incoerenti. Ma forse sarebbe più esatto definirle ipocrite. Le pene accessorie (interdizione legale, interdizione dai pubblici uffici, da una professione o un'arte, impossibilità di contrattare con la pubblica amministrazione, esercizio della potestà genitoriale), infatti, sono quelle che, in concreto, molto spesso impediscono a chi esce dal carcere di lavorare e che lo mantengono, anche dopo la reclusione, in una condizione di cittadino dimezzato. Dunque, sono uno dei più potenti fattori che favoriscono la commissione di nuovi reati.

EUTANASIA DI UN INDULTO

L'indulto, insomma, è stato trasformato a suon di emendamenti in un indulticchio. E così stanno tramontando rapidamente le speranze che all'invocazione del Pontefice per una "riduzione della pena" corrisponda un provvedimento di clemenza da parte del Parlamento degno di questo nome e congruente rispetto alla necessità di sfoltire significativamente il sovrannumero di detenuti.

D'altronde, non è il Papa a governare l'Italia. Siamo un Paese laico e la sicurezza dei cittadini italiani non può essere messa a rischio. Meglio allora puntare sul più piccolo indultino, versione creativa e innovativa dell'indulto, che, nonostante lo stesso nome sembrerebbe indicare il contrario, favorirebbe la scarcerazione, a dire dei proponenti, di più detenuti rispetto all'indulto. Le cifre si sprecano, le chiacchiere anche. Con l'indultino la pena non si estingue, ma la si sospende per tre anni. A un patto, ossia che durante la sospensione il detenuto stia chiuso in casa, faccia il buono e esca solo per recarsi dalla polizia. La stessa previsione che possa uscirne per lavorare suona più come una beffa che come una reale possibilità. Nel frattempo come campa? Anche qui, come per le pene accessorie, il legislatore non si pone la domanda. Se non hanno pane, mangeranno croissant. Del resto, non ci si è posti neppure la domanda se gran parte di coloro cui sarebbe in astratto applicabile il beneficio abbiano quella casa dentro cui dovrebbero stare. Tanto che viene previsto ne debbano avere addirittura due, laddove si dice che l'obbligo di non allontanarsi può essere disposto nel territorio di un comune diverso da quello di abituale dimora. In compenso, viene previsto che gli stranieri debbano lasciare subito l'Italia, pena il riarresto. E viene il sospetto che, forse, saranno proprio gli immigrati i pochi che usufruiranno di tale misura, in sostanza andando così a superare la difficoltà di espellerli per altre vie.

Ma allora ben venga l'amnistia, che tutti i reati porta via. Giammai, altrimenti che fine farebbero i processi a Berlusconi, Previti e Dell'Utri?

Il balletto di queste ultime settimane, il dibattito pieno di timidezze e riserve, la pochezza delle argomentazioni, hanno ridotto e svilito la stessa idea di atto di clemenza, per sua natura generale e universale, a un pasticcio, a un gioco al ribasso, con il retropensiero evidente di molti gruppi parlamentari di mettersi nelle condizioni di dare la colpa all'altro qualunque cosa accada, passi o no la clemenza, in una delle sue possibili forme originarie o originali. Nulla di nuovo: è lo stesso gioco, obiettivamente cinico, cui assistemmo nell'anno del Giubileo e i cui effetti furono un'impennata storica dei suicidi dietro le sbarre, come documentato dalla ricerca di Luigi Manconi (www.abuondiritto.it).

LE NECESSITÀ

Un gesto di clemenza è tale se non fa figli e figlie, se taglia e toglie a tutti un pezzo di galera. Il punto di partenza, indulto o sospensione della pena che sia, deve essere il seguente: la riduzione di parte della detenzione deve valere per tutti, a prescindere dalla durata della carcerazione. Non si può temere la riduzione di tre anni per

una persona condannata a venti o ventiquattro. Clemenza è tale se non esclude nessuno. Altrimenti la clemenza si trasforma impropriamente in premialità.

L'indulto o la sospensione della pena, affinché abbiano reale portata deflattiva, non devono avere preclusioni soggettive e oggettive. Escludere, come è stato invece previsto, i delinquenti abituali, professionali o per tendenza (una definizione, questa, culturalmente illuminante...), significa ridurne di molto l'applicazione. In carcere, infatti, ci si va per i cosiddetti dieci comandamenti laici, a cui si affida la nostra giustizia penale. I tossicodipendenti, gli scippatori, molti piccoli criminali sono plurirecidenti. Vanno in galera sempre per la stessa ragione, spesso sono etichettati come delinquenti abituali. E se si considera che i soli tossicodipendenti sono il 27% circa dei detenuti, si può intuire quanto tali preclusioni siano discriminatorie e depotenzino la portata di un qualsiasi provvedimento di clemenza o di sospensione della pena.

LE CIFRE

Al 31 ottobre scorso, risultavano detenute 56.733 persone contro una capienza regolamentare di 41.730. Ben 15 mila persone in più rispetto ai posti letto a disposizione. Il 31 dicembre del 2001 erano detenute nelle carceri italiane 55.275 persone. Nel 2000, anno in cui è partita la prima campagna giubilare per l'amnistia e l'indulto, i detenuti erano fra i 53 e i 54 mila, mentre all'inizio del 1999 erano 49 mila. La crescita in soli tre anni è stata dunque di 7 mila unità. Rispetto a questi numeri, a un sistema penale governato da un codice con settant'anni di età, con pene edittali fra le più lunghe di Europa, alla sopravvivenza della pena dell'ergastolo che trascina tutte

le altre verso l'alto, oggi un atto di clemenza pieno e vero è un atto di giustizia sostanziale.

Ecco perché la sospensione della pena proposta è insoddisfacente: perché segnata da limiti ed esclusioni, con passi indietro rispetto all'attuale impianto delle misure alternative. La sospensione della esecuzione della pena è di fatto una misura alternativa, in questo caso concessa automaticamente, ma che non si sottrae alle ambiguità e alle contraddizioni di tutto il sistema delle misure alternative, al binomio premio-punizione che le governa. Altrimenti non si spiegherebbe il perché vengano esclusi dalla sua applicazione coloro che sono sottoposti (e addirittura che lo siano stati nei tre anni precedenti l'entrata in vigore della legge) al provvedimento di sorveglianza particolare di cui all'articolo 14-bis dell'ordinamento penitenziario, ossia i detenuti definiti pericolosi dall'amministrazione penitenziaria.

Un provvedimento di clemenza utile e serio è quello capace di riportare la capienza delle carceri entro i suoi limiti regolamentari. Deve poter far uscire almeno 15 mila persone. Circa 18 mila sono i detenuti che hanno un residuo pena inferiore ai 3 anni. Ciò significa che non vi devono essere esclusioni oggettive o soggettive all'indulto pieno.

Amnistia e indulto sono fra loro intimamente correlate. L'indulto funziona se c'è contestualmente un provvedimento di amnistia. Oggi, in via straordinaria, bisogna intervenire sia sul sovraffollamento carcerario sia su quello giudiziario. In tal modo si evita il rischio che alla riduzione di pena non si accompagni la contestuale estinzione dei reati. Una persona condannata a meno di tre anni di carcere per un fatto

compiuto prima del 30 giugno 2001, il cui processo non sia ancora concluso alla data di entrata in vigore della legge, non sconterà la pena detentiva ma subirà comunque un inutile processo, che si svolgerà altrettanto inutilmente in quanto la pena andrà estinta. Con l'amnistia decine di migliaia di cause pendenti per piccoli reati potrebbero estinguersi, consentendo alle procure e ai tribunali di concentrarsi su questioni di maggiore spessore.

Infine, il 29 gennaio è divenuto (finalmente) pubblico il rapporto del Comitato europeo per la prevenzione della tortura relativo a visite ispettive di sette e tre anni fa, effettuate negli istituti di pena e nelle stazioni di polizia italiane. A parte lo scandalo di un Paese incapace di dare risposte rapide ed effettive a organismi ispettivi internazionali, c'è da fare una considerazione di merito. La questione del sovraffollamento era presente sin dal 1996, anno della visita ad hoc a San Vittore. E il Comitato la ha ritenuta assai grave, tanto da giustificare una possibile sanzione per il governo italiano; l'accusa è pesante: le carceri sovraffollate sono causa di trattamenti inumani e degradanti. La clemenza piena e incondizionata sarebbe quindi una risposta, seppur tardiva, anche agli ispettori europei. ■

Un gesto di clemenza è tale se vale per tutti e un provvedimento serio deve far uscire circa 15.000 detenuti per portare le carceri alla capienza prevista dal regolamento

Vieni avanti padano

Roberto Castelli, ministro della Giustizia: «Sappia Violante che diventare ingegneri non è affatto cosa facile. Richiede grande capacità di apprendimento. È singolare, poi, che una laurea in ingegneria venga considerata tra le righe quasi un titolo di second'ordine, quando il presidente del suo stesso partito, Massimo D'Alema, non è nemmeno laureato». Certo, gli esami di ingegneria son più severi di quelli da ministro.

(m a r a m a l d o)

Sarebbe un errore pensare ai nuovi stili di consumo di sostanze da parte dei giovani centrando in modo persecutorio sulla singola sostanza o, peggio, sul concetto di "droga"

CONSUMI OLTRE LA DROGA

Laura Pavia e Roberta Campo*

I nuovi stili di vita e di consumo di sostanze dei giovani sono ad oggi diventati uno dei più rilevanti oggetti di discussione nel nostro Paese: sia che se ne parli in televisione o nelle sedi politiche, sia che si affronti il tema a livello di prevenzione o di clinica, la demonizzazione è una costante. Eppure il termine consumo è dal dopoguerra ad oggi entrato a far parte integrante in maniera sempre più crescente della nostra concezione della vita e del benessere; sempre più la nostra è diventata la civiltà del consumo in cui prevale l'aspetto del rapido utilizzo di beni atti a soddisfare direttamente i bisogni.

Esistono pochissime riflessioni teoriche che mirino a sondare natura e senso dei consumi in maniera così capillare e allarmante come avviene per le droghe, in quanto a pochi conviene colpevolizzare quello che sicuramente corrisponde ad un benessere di vita per alcuni, ad un vantaggio economico per altri.

Appare ovvio allora che l'analisi di connessione tra i due aspetti, quello del consumo e quello della sostanza, non venga fatta, a maggior ragione quando si ha a che fare con un "colpevole", che ha un nome ben definito e che in nessun modo può essere scagionato: "la droga".

Ma che cosa significa in realtà essere consumatori all'interno di un contesto sociale? Quali sono i differenti processi che sostengono il consumo e quali le motivazioni cui risponde?

In questa cornice, la questione/problema (il termine può variare a seconda di quale sia la tendenza politica) "droga" può collocarsi su un doppio

binario: quello della tossicità e quello del rapporto con la sostanza.

Il problema delle droghe non è il problema della tossicità intrinseca delle varie sostanze, o comunque non lo è in primo luogo.

Ciò che ad oggi è problematico nel senso tossicologico è la composizione della sostanza che nei suoi lunghi processi sintetici e manipolativi perde in realtà il suo status di droga, nel senso più classico del termine, per diventare un oggetto/soggetto di scarsa qualità e il cui contenuto spesso poco ha di illegale. Si pensi ad esempio alla classica pasticcia di ecstasy: è estremamente difficile, se non impossibile, venire a contatto con Mdma pura. Nella maggior parte dei casi ciò che in realtà viene "calato" sono altri tipi di sostanze, che si trovano in commercio e che tra di loro vengono mescolate, ma che considerate singolarmente non hanno valore di "droga".

L'assenza di purezza delle sostanze è connessa all'attuale società dei consumi. La massa, in questo caso di adolescenti, (ma nel caso dei sonniferi o degli antidepressivi di donne o uomini adulti) chiede beni atti a soddisfare dei bisogni per l'appunto, e i produttori per rispondere adeguatamente a tali domande mettono in commercio prodotti scadenti, ma sempre prodotti.

Ciò che in realtà viene ricercata non è la droga in quanto sostanza, ma un prodotto commerciale che rientri all'interno di certi requisiti strettamente interconnessi con i bisogni propri e primari della costruzione dell'identità dell'adolescente: così l'illegalità ha significato come rottura con il mondo adulto-genitoriale nel processo di costruzione della propria identità; insieme al bisogno di appartenenza al gruppo, per costruire tale identità con i simili nella condivisione di rituali, e al bisogno di mettersi alla prova,

per cercare di comprendere le proprie capacità, le proprie debolezze la propria forza. Leggera o pesante, non è tanto la singola droga, quanto l'atteggiamento psicologico individuale e sociale ad essere discriminante.

L'altro binario di analisi, che proponiamo, sta nel passare da una logica di demonizzazione della singola sostanza, ad una di attenzione nei confronti del rapporto che con essa il soggetto crea. Ciò che crea "dipendenza" è oggi infatti altamente variabile ed estendibile. Fare i primi passi verso una logica di attenzione al rapporto, significa prendere coscienza della moltitudine di relazioni patologiche (con il lavoro, con un compagno/a) presenti, ma socialmente accettate, all'interno della nostra vita quotidiana. La dipendenza dunque non è ascrivibile totalmente alla sostanza, non si tratta soltanto di un fastidioso effetto collaterale della "droga", ma assume tutte le caratteristiche di un atteggiamento che affonda le radici nella psiche di ciascun individuo.

Riprendendo una teorizzazione di Paolo Rigliano: la dipendenza è una struttura circolare di relazione tra la persona e l'oggetto della dipendenza, creatrice di significato e di senso, per i soggetti che intorno ad essa costruiscono la propria esistenza; è sempre il frutto di una interpretazione di se stessi dopo l'incontro con l'oggetto, sia esso sostanza, o comportamento, o relazione: è l'esperienza vissuta e provata intimamente che costituisce il punto di svolta.

Sembra quindi inutile e riduttivo pensare alla questione sui nuovi stili di consumo di sostanze da parte dei giovani centrando in maniera persecutoria il focus sulla singola sostanza, o ancor peggio più genericamente sul concetto di "droga". Per costruire una riflessione efficace, pare opportuno evitare ogni forma di determinismo causale, perché in special modo ad oggi appare essere arbitraria e illusoria la pretesa di stabilire rapporti automatici e lineari tra una presunta causa e un effetto immediato. Specie quando tale causalità è fondata sul concetto droga-consumo-dipendenza. Paradossalmente proprio i giovani, con i loro cambiamenti e le loro metamorfosi, hanno dimostrato autorevolmente uno stacco da questa linearità grazie alle loro nuove forme di consumo.

Con il policonsumo, in contrasto a una politica repressiva e di attacco alla singola sostanza, i ragazzi hanno spostato l'attenzione sul fatto che l'uso di droga non è strettamente connesso con un problema di dipendenza; non un problema con la droga, dunque, ma piuttosto un bisogno di consumo, contestualizzabile, specifico a seconda di quali siano le situazioni e le esigenze, e che nulla ha in realtà a che fare con una patologia sottostante al singolo individuo.

Affrontare la questione seguendo questo percorso non significa affermare che fra chi consuma non ci siano delle persone con problematiche patologiche, significa piuttosto considerare il fenomeno sotto un diverso punto di vista. È importante, perché non farlo significherebbe affermare che la maggior parte dei ragazzi presentano problematiche psicologiche se non addirittura di nosografia psichiatrica.

Bisogna capire che parlare del consumo di droghe non vuol dire parlare di una minoranza strana, ma significa ragionare su come la maggioranza delle persone si relaziona con i consumi e con i rapporti con gli oggetti di consumo. ■

*Università di Palermo

ECSTASY E AUTOTERAPIA

Un invito alla cautela circa le supposte proprietà dell'ecstasy di causare disordini psichiatrici: è quello lanciato dagli studiosi dell'Istituto di psichiatria Max Planck e l'Università Tecnica di Dresda, secondo cui molte ricerche che avvalorano questa ipotesi sarebbero viziata metodologicamente. Gli studi di questi ricercatori tedeschi, pubblicati sul *Journal of Drug and Alcohol Dependence*, dimostrerebbero infatti che la gran parte delle persone con disturbi psichici che consumano ecstasy registrano i sintomi prima di iniziare a usare la sostanza. Il professor Hans Ulrich Wittchen e i suoi colleghi hanno condotto una ricerca su 2500 soggetti dai 14 ai 24 anni, intervistati due volte a distanza di 3 anni e mezzo: nell'insieme la percentuale di consumatori di ecstasy affetti

da disturbi è significativamente più alta rispetto a quella dei non consumatori, ma l'88% dei consumatori di Mdma con questi problemi dichiarano di averli avuti prima di diventare consumatori. D'altro lato, i soggetti che accusavano i sintomi psichiatrici all'inizio della valutazione, hanno probabilità significativamente più alte di iniziare a consumare la sostanza. Ciò significa che una parte dei consumatori usano l'ecstasy come autoterapia, il che non è affatto sorprendente se si guarda alla storia di questa sostanza. Prima che la droga fosse dichiarata illegale, è stata usata con una certa fortuna in psicoterapia per le sue proprietà di sciogliere "i nodi psichici". Alcuni psicoterapeuti la somministravano ai pazienti in virtù delle sue proprietà empatiche

e per favorire l'espressione dei sentimenti. Spesso si usava coi pazienti affetti da gravi malattie, per aiutarli a fronteggiare l'evento e ad aprirsi coi familiari, o anche nelle terapie di coppia, per rompere le barriere emotive fra i coniugi, spesso consolidate da tempo. È curioso il ribaltamento di "immagine" che l'ecstasy ha subito nel corso di pochi decenni. Se oggi la si accusa di indurre disturbi mentali (e ingiustamente, a giudicare da questa ricerca), fino a poco tempo fa era invece apprezzata per le sue capacità di favorire il benessere psichico, come dimostra questa citazione tratta dal *New York Magazine* del 1985, riportata dallo psicologo inglese Micheal Gossop (*Living with drugs*, Ashgate, 2000): «La droga scaccia tutte le nevrosi... porta via la paura e su-

entra una sensazione totale di pace... ti senti aperto, pieno d'amore e con la mente chiara. È impensabile che qualcuno sotto l'effetto di questa sostanza si arrabbi, o si senta egoista e meschino, o stia sulla difensiva». Negli anni '60, anche l'Lsd era stata apprezzata ed esaltata proprio per queste proprietà, prima di diventare la droga "che provoca la psicosi". Un altro esempio di "binocolo rovesciato" sulle proprietà dell'ecstasy è il suo effetto anoressizzante: oggi è considerato uno fra i tanti rischi della sostanza, ma va ricordato che l'Mdma è stata per la prima volta sintetizzata e brevettata proprio come farmaco per sopprimere l'appetito, anche se non è mai stato commercializzato a questo scopo.

(g. z.)