CORA
COORDINAMENTO RADICALE ANTIPROIBIZIONISTA

**CRITICA DEL PROIBIZIONISMO**

**ARGOMENTI**

SUL PASSAGGIO DALLO SPINELLO ALL'EROINA

DROGA E AIDS

I RISCHI DELLA COCAINA

**SULLA LEGGE VASSALLI IERVOLINO**

LEGGE DROGA E STATO ETICO

I PARADOSSI DELLA LEGGE

IL MANTENIMENTO CON METADONE

LA DOSE MEDIA GIORNALIERA, UN ANNO DOPO

LA DROGA NON UCCIDE, LA LEGGE SI

DROGA BLOB

**SCHEDE SULLE SOSTANZE**

ISBN 88-7226-079-5

9 788872 260791

MILLELIRE
STAMPA ALTERNATIVA

# Giancarlo Arnao

# PROIBIZIONISMO ANTIPROIBIZIONISMO E DROGHE

NUOVA EDIZIONE

*MILLELIRE* STAMPA ALTERNATIVA

*direzione editoriale ed esecutiva* Marcello Baraghini

*Distribuzione in libreria*
Nuovi Equilibri s.r.l. (fax 0761 352751)

Giancarlo Arnao
PROIBIZIONISMO ANTIPROIBIZIONISMO E DROGHE

*MILLELIRE*-STAMPA ALTERNATIVA EDITRICE

*Realizzazione* Marcello Baraghini,
Rita Bernardini, Maurizio Turco

*Soggetto di copertina* Matteo Guarnaccia

Finito di stampare il 20/2/1993
presso F.lli Spada - Ciampino/Roma

INDICE

**Critica del proibizionismo**
pag. 5

**Argomenti**

Sulla teoria del passaggio dallo spinello all'eroina
pag. 9

Droga e AIDS: un rapporto britannico
pag. 12

I rischi della cocaina
pag. 15

**Sulla legge Vassalli-Iervolino**

Legge droga e stato etico
pag. 21

I paradossi della legge
pag. 29

La dose media giornaliera, un anno dopo
pag. 40

La droga non uccide, la legge sí
pag. 46

Droga BLOB
pag. 48

**Schede sulle sostanze**
pag. 49

*In questo volume sono raccolti una serie di scritti del dottor Giancarlo Arnao connessi con la campagna antiproibizionista del CORA. Alcuni sono stati pubblicati, altri sono inediti.*

*GIANCARLO ARNAO, medico, nato a Milano nel 1926, vive a Roma.*
*Impegnato nella ricerca sulla politica della droga dai primi anni '70 col Partito Radicale è stato fra i promotori del Convegno "Libertà e droga", tenuto a Roma nel 1973. Alla fine del 1987 è stato uno dei fondatori del CORA (Coordinamento Radicale Antiproibizionista), e nel marzo 1989 della LIA (Lega Internazionale Antiproibizionista).*
*Membro dell'EMNDP (European Movement for the Normalization of Drug Policy) di Rotterdam e della Redazione di "The International Journal of Drug Policy" di Liverpool. Ha pubblicato numerosi articoli su riviste italiane e straniere, e una serie di libri sul tema della droga: "Rapporto sulle droghe" (1976), "Erba proibita - Rapporto su hashish e marihuana" (1978-1982), "Cocaina" (1980), "La droga perfetta - Rapporto sul tabacco da fumo" (1982), "Il dilemma eroina" (1985), tutti pubblicati da Feltrinelli, Milano. "Proibito capire. Politica delle droghe e controllo sociale", Ediz. Gruppo Abele, Torino 1990.*
*Autore con Manconi di: "Legalizzare la droga. Una ragionevole proposta di sperimentazione"; Feltrinelli, Milano 1991.*



# CRITICA DEL PROIBIZIONISMO

Il postulato del proibizionismo è l'esistenza di una categoria di sostanze ("droghe", "stupefacenti" o "narcotici") dotate di alcune caratteristiche negative esclusive e specifiche. Ne consegue che:
a) l'uso delle "droghe" viene considerato come un *fenomeno patologico*;
b) l'obiettivo delle leggi deve essere quello di evitare *qualsiasi* contatto di *qualsiasi* persona con *qualsiasi* droga in *qualsiasi* circostanza, indipendentemente dalle effettive o potenziali conseguenze di tale contatto.
Quali sono i fondamenti scientifici di tale approccio? In realtà, l'unica definizione scientifica accettabile del termine "droga" è quello che si riferisce all'effetto psicoattivo, e comprende tutte "le sostanze, naturali o artificiali, che provocano una modificazione della psiche o dell'attività mentale negli esseri umani" (UN, 1957). In tale definizione vanno quindi inclusi tutti gli intossicanti sociali di uso comune: alcolici, caffè, tabacco, psicofarmaci.
D'altra parte, non esiste alcuna caratteristica farmacologica che sia (a) presente in tutte le "droghe" e (b) assente in tutte le altre sostanze psicoattive legali. Per

esempio, la capacità di indurre "dipendenza" è assente in molte "droghe" (allucinogeni, cannabis) e presente in alcune sostanze legali (alcolici, tranquillanti).
È questa una contraddizione cruciale per l'ideologia proibizionista. Se si accetta una definizione di "droghe" allargata agli intossicanti legali, ci si trova nella necessità di considerare "patologici" comportamenti universalmente diffusi. Se invece si accetta una definizione scientifica, farmacologica (cioè oggettiva) del termine, ci si trova nella imbarazzante situazione di discriminare i consumatori di sostanze illegali.
La contraddizione diventa ancora piú macroscopica in quanto i danni medici e comportamentali delle sostanze legali hanno una dimensione sociale che è di gran lunga maggiore di quelli delle cosiddette droghe. Per dare soltanto due esempi.
1) la mortalità per tabacco è dell'ordine di cento volte superiore a quella dell'eroina;
2) la dipendenza da alcool coinvolge in Italia piú di un milione di persone.
Naturalmente, il fatto che le droghe legali provochino gravissimi danni alla società non è comunque una buona ragione per non preoccuparsi dei danni delle sostanze illegali.
Ma è comunque un buon punto di partenza per affrontare il problema.
In primo luogo perché la storia insegna che le sostanze psicoattive hanno una loro intercambiabilità, nel senso che laddove alcune di esse sono state proibite, sono state rimpiazzate da altre piú disponibili. È tipico il caso delle popolazioni centroamericane, in cui la scarsa disponibilità delle foglie di coca (ormai massicciamente dedicate alla trasformazione in cocaina) ha determina-



to una micidiale diffusione dell'alcolismo. Per venire a situazioni piú vicine, l'uso di cannabis fra gli occidentali ha in qualche modo rimpiazzato l'uso di alcol.
In secondo luogo, perché i problemi connessi con "droghe" a noi piú familiari ci ha insegnato una lezione fondamentale. Nessuno oggi penserebbe di risolvere il problema dell'alcolismo mettendo in galera chiunque possieda una "modica quantità" di Barbera o quello del tabagismo con una legge che toglie la patente a chi venga sorpreso con un pacchetto di sigarette in tasca. Al di fuori del paradosso, è praticamente unanime la consapevolezza che questi problemi non si risolvono con la proibizione, ma piuttosto con lo sviluppo di una coscienza dei rischi dell'abuso dei relativi comportamenti.
Fin qui si è parlato di questioni di principio. Per esigenze di spazio si potrà soltanto accennare alla questione della droga leggera, la cui proibizione è assolutamente priva di motivazioni scientifiche, ma che pure è stata duramente penalizzata dalla proposta di legge governativa — nonostante le numerose prese di posizione di esponenti del PSI, giovani e meno giovani.
Ma ciò che è piú essenziale, nell'economia del dibattito, è il dato pragmatico: la validità dell'equazione — data per ferreamente scontata, quasi un dogma — secondo cui il tasso di violenza repressiva è inversamente proporzionale al livello di gravità del problema.
Già in altre sedi abbiamo dimostrato la fallacia di questa equazione. In USA gli arresti per droga sono aumentati, nel periodo della "war on drugs" reaganiana (1980-1987), da 580.900 a 937.000; nello stesso periodo i morti per eroina (valutati su 23 aree metropolitane) sono saliti del 181%, quelli per cocaina dell'800%.

D'altra parte, nella "tollerante" Olanda, dove la repressione sui consumatori è inesistente, il numero dei tossicodipendenti è attestato sulle 15.000-20.000 unità e la mortalità per eroina dal 1980 al 1987 è salita del 38%, e la liberalizzazione della cannabis (in vigore dal 1976) ha determinato addirittura una diminuzione del numero dei consumatori giovani.
La "permissività" della legge 685 è stata quasi unanimemente considerata come la principale causa dell'aumento di morti per droga. Ebbene, il Rapporto dell'Ufficio Internazionale di Controllo sugli Stupefacenti dell'ONU (pubblicato di recente) ha segnalato che *in tutta l'Europa Occidentale* vi è stato un brusco aumento di mortalità per droga nel 1987 e nell'inizio del 1988, che ha invertito la tendenza alla recessione culminata col 1986 (cfr. INCB Report 1989, p. 19). Se le cose stanno cosí, non sta in piedi la pretesa "peculiarità" della situazione italiana.
L'idea che il problema si risolva aumentando la repressione non è del resto neppure nuova, come si pretende da molti politici e commentatori. Il proibizionismo ha ormai 75 anni, e nella sua lunga storia le "mode" repressive sono state ricorrenti. E sempre con scarso successo; lo sta a dimostrare il fatto che, come ammettono tutte le fonti ufficiali, l'uso di sostanze illegali è andato aumentando in tutto il mondo.
(*Paese Sera* 15-2-89)



## ARGOMENTI

# SULLA TEORIA DEL PASSAGGIO DALLO SPINELLO ALL'EROINA

Uno dei motivi principali che viene portato per mantenere la proibizione legale della cannabis è la teoria della "droga di passaggio", secondo cui l'uso di cannabis sarebbe la "causa" del successivo uso di eroina.
L'argomento apparentemente decisivo è la constatazione che gran parte dei consumatori di eroina ha fatto in precedenza uso di cannabis.
Qual è la reale fondatezza di questa teoria?
Che fra i consumatori di eroina l'incidenza di precedente uso di cannabis sia altissima è indiscutibile. Ma è ampiamente dimostrata una *analoga incidenza di uso di alcool e tabacco* (cfr. National Commission 1972: *Marihuana*, p. 109; Canadian Commission 1973: "Final Report", pp. 457 e 736). Questa associazione statistica è riportata fra l'altro anche dai sostenitori della teoria del "passaggio" (cfr. O'Donnel-Clayton su *Chemical Dependencies* 4 (3) 1982, p. 230; O'Donnel in Robins [ed. by]: *Studying drug abuse*, New Brunswick 1985,

p. 149; Jaffe su *British Journal of Addiction* 1987, n. 82, p. 597).
Dal punto di vista della associazione statistica, quindi, non esiste alcuna differenza fra alcool, tabacco e cannabis rispetto al "passaggio" all'eroina.
Piú significativa è invece l'incidenza statistica dell'uso di eroina fra la popolazione dei consumatori di cannabis. *Se la teoria della droga di passaggio fosse valida, ad ogni aumento della diffusione della cannabis dovrebbe corrispondere un aumento della diffusione dell'eroina.*
Una corretta analisi della correlazione statistica fra uso di cannabis e uso di eroina può essere elaborata sui *dati epidemiologici sul consumo di droghe illegali in USA.*
Per un confronto corretto, si deve tener conto del fatto che l'uso di eroina succede all'uso di cannabis dopo un certo intervallo di tempo. Il *periodo di latenza* fra i due fenomeni è stato stimato mediamente di *due anni* (cfr. Kaplan: *Marihuana*, New York 1970, p. 261; Farley et al. in Beschner-Friedman [ed. by]: *Youth Drug Abuse*, Lexington 1979, pp. 149-168). Faremo quindi un confronto di dati relativi a periodi in cui l'uso di cannabis precede quello di eroina di due-tre anni.

ANNI SETTANTA
Consumatori abituali di marihuana: 8 milioni nel 1972, 15 milioni nel 1976 (fonte: NIDA) = AUMENTO dell'87%.
Tossicodipendenti da eroina: 570.000 nel 1975, 380.000 nel 1978 (fonte: FBN e DEA) = RIDUZIONE DEL 33%.

ANNI OTTANTA
In questo periodo non esistono dati sul numero dei tossicodipendenti. Abbiamo però dati sulla mortalità da eroina, che sono indicativi sul trend del fenomeno.
Consumatori correnti di marihuana: 22.6 milioni nel 1979, 18,2 milioni nel 1985 = RIDUZIONE DEL 19,4%.
Mortalità da eroina (fonte: NIDA): 659 casi nel 1981, 1572 nel 1987 = AUMENTO DEL 93%.
È evidente che ad ogni aumento di uso della marihuana ha corrisposto una riduzione dell'uso di eroina e viceversa.
Ciò dimostra che *il rapporto di causa/effetto fra i due fenomeni non è legato alle proprietà intrinseche delle rispettive sostanze* ma a una serie di variabili collegate al contesto psicologico e sociale.
Una delle variabili piú importanti sotto questo profilo è certamente il dato della *illegalità che accomuna l'uso e il mercato della cannabis con quello dell'eroina.* È particolarmente significativo in proposito quanto hanno scritto gli autori delle uniche ricerche che hanno proposto la teoria della "droga di passaggio" sulla base della correlazione statistica:
"L'uso regolare di marihuana (...) rende piú probabile il contatto con spacciatori e con la subcultura della droga (...). Tale contatto porta in certi casi alla frequentazione di consumatori di altre droghe, che, a sua volta, aumenta la probabilità di usare queste altre droghe" (O'Donnel, in Robins, op. cit., p. 149).
"Una politica che miri a ridurre l'uso di eroina dovrebbe (...) almeno considerare una disponibilità legale di marihuana, per rompere il collegamento fra le due droghe" (O'Donnel-Clayton, op. cit., p. 239).
*(Inedito)*

# DROGA E AIDS: UN RAPPORTO BRITANNICO

L'Advisory Council on the Misure of Drugs (Consiglio Consultivo sull'abuso di droga) del Governo Britannico ha pubblicato nel marzo 1988 un Rapporto sul tema "DROGA E AIDS".
Il Rapporto ha confermato che gli iniettori di droga che usano aghi in comune sono un gruppo ad alto rischio per la diffusione dell'HIV, e che essi costituiscono un veicolo della infezione agli eterosessuali. Questa dinamica del contagio è molto preoccupante per la salute pubblica:
"...Non abbiamo alcuna esitazione a concludere che la diffusione dell'HIV costituisce per la salute individuale e collettiva un pericolo maggiore di quello dell'abuso di droga. Di conseguenza, dovrebbero essere privilegiati i servizi che usano tutti i mezzi disponibili per combattere i comportamenti che determinano rischi di infezione con HIV [...]. In particolare, dobbiamo riconoscere che molti "drug misusers" (termine intraducibile, letteralmente:"consumatori eccessivi di droga" NdR) non sono motivati a sufficienza per arrivare all'astinenza e molti iniettori non sono motivati a cambiare la via di somministrazione. Perciò dobbiamo prepararci a lavorare con coloro che continuano a fare abuso di droga per aiutarli a ridurre i rischi del loro comportamento, soprattutto il rischio di contagiarsi o di diffondere l'HIV".
Questa dichiarazione conferma quanto era stato affermato dal "Gruppo di Consulenza sull'AIDS e droga" dell'OMS nell'ottobre 1986:
"In ogni paese, la più alta priorità va data alla prevenzione dell'infezione da HIV nei drug misusers (...). Le politiche finalizzate alla riduzione dell'uso di droga non possono permettersi di pregiudicare le misure da prendere contro questi rischi".
Il Rapporto sottolinea il problema del contatto fra istituzioni e iniettori di droga:
"E' necessario un mutamento degli atteggiamenti pubblici e professionali verso l'abuso di droga; atteggiamenti e politiche che inducono i drug misusers a restare nascosti compromettendo l'efficacia delle misure per combattere la diffusione dell'HIV. [...] I servizi debbono ora stabilire un contatto con quanti più soggetti possibile della popolazione nascosta dei drug misusers".
Il concetto fondamentale deve essere quello della "riduzione del danno", seguendo una "gerarchia di obiettivi", che, secondo gli individui, possono essere l'astinenza, la riduzione dell'uso di droga, il passaggio dall'uso endovenoso a quello orale, e infine la rinuncia all'uso comune di siringhe. In questa ottica, il Rapporto raccomanda come obiettivo intermedio la prescrizione di metadone a lungo termine, ma anche, nei casi più gravi, la prescrizione di oppiacei o amfetamine per via iniettabile.
Il Rapporto tratta poi del problema delle prigioni. Sebbene l'uso di droga nelle prigioni sia minimo, vi è un aumentato rischio di uso di siringhe in comune; vi è poi una notevole diffusione di pratiche omosessuali. Per questo, si raccomanda di ridurre al minimo il numero di drug misusers da inviare nelle prigioni (cit. da Russel Newcombe: *Drugs & AIDS: Radical Proposals Shelved* su "*Mersey Drugs Journal* Volume 1 no.6", March-April 1988, Liverpool).

Il Rapporto arriva alle seguenti conclusioni:
"...E' essenziale che i drug misusers che non possono essere persuasi a smettere di iniettarsi abbiano accesso ad aghi e siringhe sterili. Il Rapporto (...) ritiene che una combinazione di programmi di scambio siringhe e di vendite nelle farmacie offra la soluzione migliore".
"Il modo più efficace di educare i drug misusers a cambiare i loro comportamenti così da ridurre i rischi consiste nello stabilire innanzitutto un contatto con una struttura di assistenza. Attualmente, solo una piccola minoranza di drug misusers sono in contatto coi servizi. Il Rapporto discute in che modo più soggetti possano essere portati a contatto coi servizi" (ACMD Report, Overview pp.1-3).
Nel momento in cui arriva alle Camere la discussione sul progetto di legge Vassalli-Iervolino, ci sembra utile segnalare il documento emesso da una delle massime istituzioni sanitarie britanniche. Esso mette a fuoco un problema finora completamente ignorato nel dibattito sulla legge droga: quello dell'AIDS, che in Italia (ancora più che in Gran Bretagna) è collegato alla condizione di tossicodipendenza.
Evidentemente, il contenuto del Rapporto dell'ACDM pone dei preoccupanti interrogativi rispetto ad un progetto di legge che, da una parte, tende a scoraggiare ogni rapporto fra tossicodipendenti e servizi di assistenza, dall'altra prevede un massiccio afflusso di tossicodipendenti negli istituti carcerari.
(*Il Manifesto* 2-2-1989)



# I RISCHI DELLA COCAINA

In occasione dei casi Maradona e Antonelli, si sono lette sui giornali molte informazioni sugli effetti della cocaina. Coerentemente con la filosofia "proibizionista" tuttora dominante nei mass-media, tali informazioni erano per lo piú basate sull'assunto che l'uso della sostanza provochi sempre e comunque effetti patologici. Per riportare il discorso sul piano della razionalità, tratteremo dei rischi dell'uso di cocaina classificandoli in tre categorie: tossicità acuta, tossicità cronica, dipendenza. Ci si riferirà qui soltanto all'assunzione per via nasale.
TOSSICITÀ ACUTA — I disturbi piú frequenti per dosaggi appena superiori a quelli moderati consistono in: irritabilità, nervosismo, insonnia, inappetenza, aumento della pressione del sangue, modificazioni del polso. Poiché la cocaina ha una rapidità di assorbimento superiore a quella di metabolizzazione, la gravità dell'intossicazione acuta è proporzionale al livello di intossicazione cronica, vale a dire al livello di uso immediatamente preesistente. Con dosaggi molto alti, si può avere una psicosi paranoide, che si risolve alcuni giorni dopo la cessazione dell'uso; in qualche caso depressione respiratoria e circolatoria. Una conseguenza dei dosaggi alti è anche l'abuso di sostanze depressive (alcol, sonniferi, sedativi, oppiacei) per compensare gli effetti psicostimolanti. In casi (molto rari) di allergia alla sostanza, una intossicazione può avvenire anche con dosi minime. Va infine ricordato che l'uso di cocaina è comunque controindicato durante gravidanza e allattamento.

TOSSICITÀ CRONICA — Sul piano della patologia mentale, sintomi analoghi a quelli segnalati nell'intossicazione acuta. Sul piano fisico, comuni sono disturbi della mucosa nasale (fino alla perforazione del setto, peraltro assai rara), fino a un quadro patologico complessivo piuttosto grave (denutrizione, impotenza, convulsioni, allucinazioni, ecc.). Effetti tossici permanenti della cocaina sui tessuti nervosi e cardiovascolari sono stati ipotizzati da diversi studi, ma non vi è finora alcuna evidenza che essi siano direttamente legati alla sostanza. La ricerca di Levi-Montalcini sui ratti (cui la stampa italiana ha attribuito il valore di "prova" di danni permanenti ai tessuti cerebrali) non consente alcuna conclusione sicura, non conoscendo la metodologia e i dosaggi dell'esperimento (peraltro non ancora pubblicato).

DIPENDENZA — In casi di uso frequente e prolungato, l'interruzione provoca sintomi di malessere, in particolare una depressione. Questi sintomi si confondono peraltro coi sintomi dell'intossicazione cronica. La dipendenza psichica può essere molto forte, e provocare un uso incontrollato della sostanza.

La tossicodipendenza da cocaina è molto diversa da quella di eroina: 1) per l'elevata tossicità della sostanza, e per gli effetti sulla salute mentale, è difficilmente compatibile con un equilibrio esistenziale; 2) si manifesta soltanto in una minoranza dei consumatori.

Come si vede, la tossicità della cocaina offre un quadro che può apparire drammatico e giustificare qualsiasi preoccupazione. D'altra parte, è un quadro non dissimile da quello dell'alcol, con l'aggravante (per l'alcol) di effetti tossici irreversibili ai tessuti epatico e nervoso ampiamente dimostrati. E, come per l'alcol, la di-



scriminante fra gli effetti patologici e una condizione di relativa normalità coincide con la linea che separa l'uso dall'abuso.

Sotto questo aspetto, occorre porsi due questioni cruciali:

1) Quali sono i livelli e le modalità di uso dei consumatori di cocaina nel nostro contesto culturale?

2) Quali sono i livelli e le modalità di uso che implicano un rischio di disturbi fisici o mentali?

1) La prima domanda coinvolge la questione della "dipendenza"; nell'opinione comune, infatti, l'abuso e non l'uso di cocaina è la regola, in quanto i consumatori, diventando tossicodipendenti, usano necessariamente dosi elevate.

Sul piano pratico, possiamo farci un'idea della proporzione fra consumatori occasionali e dipendenti da una serie di ricerche.

Secondo un sondaggio nazionale eseguito in USA nel 1989:

— 8 milioni di persone hanno usato cocaina o crack nell'ultimo anno;

— 3 milioni di persone li hanno usati nell'ultimo mese;

— 300 mila persone li hanno usati quotidianamente (cit. da Peele su JDI Fall 1990, p. 640).

Considerando che l'uso quotidiano non coincide necessariamente con una condizione di dipendenza, ciò indica che almeno il 96% di coloro che hanno usato la cocaina o crack nell'ultimo anno e il 90% di coloro che li hanno usati nell'ultimo mese non diventa dipendente. Se si considera che i dati comprendono anche il crack (quasi 1/5 dei consumatori dell'"ultimo mese"), per cui il rischio di dipendenza è molto maggiore, si

può inferire che questi valori sarebbero notevolmente piú alti se si riferissero soltanto alla cocaina.
Un'altra inchiesta del NIDA su studenti delle *high school* e su giovani adulti nel 1989 ha rilevato che i consumatori quotidiani (o quasi quotidiani) di cocaina e crack costituiscono il 2,4% di coloro che li hanno usati nell'ultimo mese: vale a dire che *almeno* il 97,6% *non* diventa dipendente (cit. da Peele, ib.).
Dati piú dettagliati sulle frequenze di uso sono forniti da una ricerca di Peter Cohen ad Amsterdam su 160 consumatori di cocaina (che hanno usato la droga almeno 25 volte nella vita). I soggetti sono stati volutamente scelti fra quelli socialmente integrati, per analizzare l'impatto dell'uso di droga nell'ambito della "normalità".
Cohen ha constatato che le frequenze di uso erano molto variabili. Nei tre mesi precedenti all'inchiesta:
— l'1,2% aveva usato la sostanza quotidianamente (per almeno 7 giorni di seguito);
— il 17,5% una o piú volte alla settimana;
— il 18,1% almeno una volta al mese;
— il 63,1% meno di una volta al mese.
Gli stessi soggetti hanno avuto dei periodi di uso piú intenso almeno una volta; in questo periodo la frequenza era:
— 33,7% uso quotidiano (per almeno 7 giorni di seguito);
— il 43,7% una o piú volte alla settimana;
— il 14,4% almeno una volta al mese (p. 87).
Fra questi soggetti, l'uso di cocaina è stato interrotto anche per periodi abbastanza lunghi con una grossa frequenza: soltanto il 12,5% non ha mai interrotto l'uso per almeno un mese; il 18,1% l'ha interrotto 1-2



volte; il 17,5% 3-5 volte, il 16,9% 6-10 volte, il 33,7% piú di 10 volte (p. 101).
Complessivamente, questi dati sembrano indicare che l'incidenza dell'uso quotidiano (che non coincide con una situazione di dipendenza, ma si può considerare un dosaggio ad alto rischio) sia dell'ordine analogo o inferiore a quello dell'incidenza dell'alcolismo fra i consumatori di alcolici.

2) Circa il *rapporto fra rischi e dosaggi*, è indispensabile premettere che gli effetti della cocaina, come di altre sostanze, sono molto variabili secondo i soggetti; è quindi possibile tracciare un quadro soltanto approssimativo, riferibile alla grande maggioranza dei soggetti, ma non a ciascuno di loro.
Riportiamo comunque una serie di dati che possono orientarci nella ricerca di parametri quantitativi utili alla discriminazione fra uso ed abuso. Come riferimento pratico, si precisa che una dose (una "linea") equivale a 25 mg.
Cohen considera un dosaggio di piú di 2,5 grammi alla settimana un limite oltre il quale gli svantaggi e i rischi superano decisamente i vantaggi (p. 137). Considerando l'estrema variabilità delle risposte personali, questo limite non può assolutamente considerarsi come una discriminante fra uso e abuso per la maggioranza dei soggetti. Sotto questo profilo, un riferimento utile può essere una ricerca eseguita in USA dal NIDA (National Institute on Drug Abuse), che aveva dato i seguenti risultati:
— il dosaggio medio di 1-4 grammi al mese, non aveva provocato in genere effetti soggettivamente negativi;

— un dosaggio medio di 1-3 grammi alla settimana aveva provocato un aumento degli effetti negativi acuti e cronici, seppure senza emergenze mediche (Siegel, R.: NIDA Research Monograph n. 50, 1984, pp. 105-106).
Partendo da questi dati, Kaplan assume si possano considerare come valori-limite per discriminare l'uso dall'abuso i livelli piú bassi definiti dalla ricerca di Siegel, corretti in modo da consentire una certa frequenza di interruzioni (per evitare rischi di tossicità cumulativa e di dipendenza):
— 750 mg al mese (25 dosi singole) senza superare i limiti di
— 150 mg alla settimana (6 dosi singole) (com. pers., 1991).
Questi dati vanno interpretati tenendo presenti alcune considerazioni:
A) La discriminazione fra uso e abuso va riferita esclusivamente ai rischi di effetti patologici, non ai rischi impliciti negli effetti psicoattivi della sostanza.
B) Allo stato attuale della ricerca, effetti tossici permanenti della cocaina non sono stati finora dimostrati. Seppure, ragionevolmente, tali effetti siano legati a dosaggi elevati (già di per sé sconsigliabili per i rischi di intossicazione), non è escluso, in linea di principio, che qualche effetto patologico a lungo termine della cocaina sia tuttora ignorato — come del resto per altre sostanze, e non solo "droghe".

(*Il Manifesto* 8 maggio 1991)



# SULLA LEGGE VASSALLI-IERVOLINO

## LEGGE DROGA E STATO ETICO

La nuova legge droga ristabilisca la punibilità anche per i consumatori di droghe leggere.
Leggendo i giornali, sembra che le motivazioni abbiano poco a che fare con la salvaguardia sanitaria. Piú reiterate sono le argomentazioni sul ruolo della cannabis come "droga di passaggio" all'eroina, anche se tutt'altro che convinte. In realtà, le cifre parlano chiaro: i due fenomeni (uso di eroina da una parte, uso di marihuana dall'altra) hanno segnato in USA un trend che dimostra una correlazione inversa. D'altra parte, la legalizzazione di fatto della cannabis in Olanda (in vigore dal 1976) non ha determinato un aumento del numero dei tossicodipendenti.
Rimangono una serie di argomentazioni ideologiche che *non prendono in considerazione le singole sostanze, ma la categoria delle "droghe"*, e hanno trovato una leadership teorica in alcuni autorevoli esponenti del PSI.
I tipi di argomentazioni formulati in questa offensiva

proibizionista del Partito socialista sono essenzialmente due:
1) lo stato deve proteggere l'individuo da se stesso;
2) la società si deve difendere dai "falsi valori".
Rispetto alla protezione dell'individuo, la posizione del PSI è quella classica dei proibizionisti di tutti i tempi. Il principio della "protezione" non è legato alla nocività ma alla "illegalità" delle sostanze. Sappiamo che i dipendenti da alcool in Italia sono un milione. 3000 all'anno i neonati con sindrome fetoalcolica. E se è vero che i tossico di eroina hanno cominciato con l'insidioso spinello, è lapalissiano che i tossico di alcool hanno cominciato con l'innocuo bicchiere di vino. Per non parlare del tabacco, che in un anno fa piú vittime che l'eroina in un secolo, e viene addirittura venduto dallo Stato alla faccia del dettato costituzionale che difende il diritto alla salute. Ebbene, tutto ciò non interessa questi premurosi protettori della nostra salute: nessuno viene neppure sfiorato dalla legittima idea di dare in proposito "segnali" di "illiceità".
In sostanza ciò significa, nel proteggere i cittadini dal rischio di fare "male" a se stessi *si nega loro contestualmente il diritto di stabilire quello che è "male" o "bene"*. Arrivando al punto di propugnare l'ignoranza, come fa *Il Popolo* (12 novembre '89), affermando che "è rischioso teorizzare distinzioni sul grado di pericolosità delle varie sostanze". E autorevoli esponenti del PSI si scagliano contro "la cultura [...] secondo la quale ognuno sarebbe libero di fare a se stesso ciò che gli pare" (Gennaro Acquaviva, *Gazzetta del Mezzogiorno*, 3 novembre).
Nel caso della droga leggera, poi, questa pretesa di *protezione ideologicamente selettiva* ha un effetto parados-



sale. Infatti hashish e marihuana hanno un uso preminentemente sociale, che è molto analogo a quello delle bevande alcooliche. La criminalizzazione dei consumatori si trasforma quindi in una coazione a scegliere, fra le possibili droghe "socializzanti", l'unica alternativa possibile, cioè l'alcool, che ha un potenziale tossico incontestatamente maggiore.
Ma, come è evidente da quanto si legge, gran parte dei nostri politici del fenomeno "droga leggera" hanno un'idea molto confusa.
A questo proposito, è opportuno ricordare una serie di dati.
1) L'uso di droga leggera coinvolge attualmente in Italia e in tutti i paesi occidentali una porzione riguardevole dalla popolazione. In USA, i consumatori abituali erano 18,2 milioni nel 1985, nonostante la violenta campagna antidroga reaganiana abbia represso l'uso al ritmo di 400.000 arresti all'anno e abbia praticamente raddoppiato il prezzo della marihuana. In Italia, il numero dei consumatori non è mai stato calcolato, ma è certamente superiore ai due milioni. In tutti gli altri paesi europei, il consumo ha un tasso di diffusione analogo.
2) In Nordamerica il fenomeno era un costume di massa già alla fine degli anni 60.
3) Da queste due coordinate (estensione e durata del fenomeno) è emerso che le conseguenze sanitarie e sociali non hanno determinato alcun elemento di preoccupazione comparabile per es. alle conseguenze dell'uso di alcool e di tabacco.
4) Un dato che è emerso (sia pure faticosamente, data la condizione di illegalità) sulla tipologia dei consuma-

tori di droghe leggere è il fatto che essi *appartengono a tutte le classi sociali, a tutte le attività, a tutte le età*; soprattutto che l'uso di droghe leggere coincide in gran parte dei casi con una condizione di "normalità" sociale. In USA, fra i consumatori di erba si sono annoverati perfino candidati alle supreme cariche dello stato, come il giudice Ginsburg e il candidato alla presidenza Gore.

5) Da numerose ricerche eseguite in diversi paesi risulta che la modalità di uso della d.l. ricalca in qualche modo quella dei superalcoolici: la grande maggioranza dei consumatori la usa non piú di una volta al giorno, e soltanto una minoranza ne abusa. È inoltre evidente che gran parte dei consumatori *non ha alcun rapporto con le droghe pesanti, se non attraverso il mercato nero.*

6) Riguardo agli effetti ed alle motivazioni dell'uso, ci sembra che il significato dell'uso di d.l. fra adulti può essere bene sintetizzato da quanto ha scritto Jervis: "[...] è un invito a un moderato epicureismo, lo stimolo a riscoprire il valore della misura, del senso del limite; e forse dell'ambiguità delle cose umane" (in Arnao: *Erba proibita*, p. 9). L'uso di cannabis fra adulti è un modo di comunicare, di stare insieme, di sperimentare le percezioni, di lavorare e di giocare con la mente in un modo che non è né migliore né peggiore di quello "normale", ma è semplicemente diverso, ed è considerato una esperienza piacevole nel contesto del tempo libero. Insistiamo sul termine "adulti". Per adolescenti o giovanissimi, vale lo stesso discorso che si fa per gli alcoolici: gli effetti (ammesso che siano percepibili a quella età) sono potenzialmente dannosi per chi non è in grado di controllarli, il che è possibile soltanto con la maturità. Insistiamo sul termine "tempo libero". È superfluo ricordare che l'uso di qualsiasi sostanza che altera le percezioni (alcool compreso) è incompatibile con una serie di attività.



Premesso che questa tipologia di consumo (adulti/tempo libero) è in Italia (come ovunque) assai diffusa, la criminalizzazione assume un significato di discriminazione "culturale" a spese di una minoranza consistente della società: essa viene punita non perché si danneggia, ma perché fa funzionare la sua testa in un modo "diverso", perché cerca il piacere in qualcosa che agli altri non piace. Che la repressione dei consumatori abbia un risvolto culturale non siamo solo noi a dirlo. Nel mirino dei nuovi filosofi del PSI c'è una gamma di "valori" molto vasta. In primo luogo l'esecrato "sessantotto". Lo dà per scontato Alberto Stabile intervistando Martelli: "Ma se è vero che è il clima permissivo di questi anni che si vuol colpire, non è vero che la libertà di spinello ne ha fatto parte integrante?" e lo dà per scontato la risposta di Martelli (*La Repubblica*, 11 novembre). Ma anche la "cultura liberal, laico-progressista, con il suo relativismo di valori e il suo rigetto di motivi superiori e fondanti che diano un senso alla vita" (*l'Avanti!*, 15 novembre). Per G. Acquaviva il bersaglio è "la società dell'individualismo, del consumismo sfrenato, [...] dell'edonismo fine a se stesso", ma ci sembra soprattutto significativa la sua condanna di "idee, modi e stili di vita che non sono stati insegnati né a scuola, né dai partiti, né dai vescovi, né dai sacerdoti" (*Gazzetta del Mezzogiorno*, 3 novembre), in cui si sostiene esplicitamente la "illiceità" di qualsiasi cultura nata al di fuori delle fonti istituzionali autorizzate.

Ci sembra infine che sotto il tiro del PSI ci sia anche la "cultura" in generale, laddove si ostenta una massiccia e voluta ignoranza per tutto il patrimonio scientifico (epidemiologico, sociologico, farmacologico) da cui risulta che l'impostazione iperproibizionista degli USA di Reagan ha conseguito effetti molto peggiori della strategia della tolleranza adottata in Olanda.

Restano infine alcuni grossi problemi di ordine pratico inerenti alle possibili conseguenze della criminalizzazione dei consumatori.

Occorre ricordare innanzitutto un dato che politici e mass-media sembrano ignorare. E cioè che i consumatori di droga leggera costituiscono *la grande maggioranza dei cittadini coinvolti dalla penalizzazione del consumo sancita dalla nuova legge*. In termini numerici, la criminalizzazione di almeno due milioni di cittadini si concreta in uno dei piú grossi problemi per l'applicazione della legge.

Per quanto riguarda l'efficacia della legge, è molto dubbio (ricordando anche la situazione dei primi anni 70) che la sanzione penale venga avvertita come un segnale di illiceità. È piú probabile che appaia piuttosto come una prova che la legge non è credibile, o addirittura venga vissuta come un elemento aggiuntivo all'attrattiva del "gioco proibito".

Piú grave potrebbe essere la situazione dei piú giovani, che verrebbero ulteriormente sospinti nella illegalità, e per i quali la non-credibilità della legge potrebbe avere conseguenze nefaste.

Ma vi è un ultimo aspetto della questione, che riguarda le dinamiche del mercato, e su cui non si è ancora riflettuto abbastanza.

Ci riferiamo ai dati (già ripetutamente esposti da questo giornale) relativi agli USA, che mostrano inequivocabilmente un rapporto di *complementarità* fra consumo di d.l. e consumo di droghe pesanti. In USA, il massimo storico della diffusione della d.l. (22,6 milioni di consumatori nel 1979) ha coinciso con il minimo storico del numero dei tossicodipendenti da eroina (380.000 nel 1978). Questa complementarità troverebbe una ragionevole spiegazione in due ordini di ragioni.

1) Si è molte volte asserito che la d.l. è uno "scalino" nella strada alla droga pesante. Se si accetta questa dinamica del fenomeno, si può anche pensare che su questo gradino gran parte dei giovani, quando è possibile, si fermino: che cioè le esigenze di sperimentare effetti psicoattivi vengano in molti casi soddisfatte. In altri termini, lo *scalino* fungerebbe anche da *filtro*.

2) In USA la campagna repressiva indiscriminata contro droghe leggere e pesanti ha determinato: a) una riduzione della produzione e del traffico delle d.l. (dimostrata dal raddoppio del prezzo al mercato nero), dovuta al limitato profitto in rapporto al rischio; b) un aumento della disponibilità delle droghe pesanti (la cocaina, come è noto, ha quasi dimezzato il prezzo al dettaglio); c) uno spostamento di una parte dei trafficanti dalla d.l. alla cocaina. In queste circostanze, è presumibile che, per la dinamica che abbiamo descritto, molti consumatori di d.l. si siano convertiti a droghe piú pericolose. Un passo facilitato anche dal fatto che la droga pesante è piú facile da occultare ai controlli polizieschi e ai test antidroga, attualmente molto diffusi in USA (eroina e cocaina sono rilevabili nelle urine soltanto per due tre giorni, la d.l. per oltre un mese).

3) Il mercato della marihuana in USA prima dell'ondata repressiva reaganiana derivava principalmente dalle coltivazioni domestiche; era quindi un mercato artigianale, non-professionale, separato dal mercato di droghe pesanti. La repressione ha distrutto questo mercato, ed ha contribuito verosimilmente a metterlo nelle mani della criminalità organizzata, unificandolo col mercato delle droghe pesanti. In realtà, come molti ricercatori e rapporti nazionali hanno ipotizzato, l'iniziazione di molti giovani alle droghe pesanti è legata alla *unificazione del mercato fra droghe leggere e pesanti.* Questa ipotesi è stata accettata dalle autorità sanitarie olandesi, ed ha portato alla legalizzazione di fatto delle d.l., con risultati buoni. Il che capovolge l'argomentazione secondo cui la d.l. andrebbe criminalizzata per impedire il passaggio all'eroina.
(*Il Manifesto* 23-11-89)



# I PARADOSSI DELLA LEGGE

Della legge Vassalli-Iervolino ci sembra vadano sottolineati alcuni aspetti paradossali.

## 1 — TOSSICODIPENDENTI E NO

Il primo sta nel fatto che tutti i commentatori (sia a favore sia contro) sembrano ritenere che la legge riguardi *esclusivamente i tossicodipendenti.* Il dibattito è stato infatti tutto centrato sulla alternativa fra punibilità e trattamento, senza una sola parola sui consumatori che non hanno alcun bisogno di trattamento, come quelli non-dipendenti e soprattutto i consumatori di droghe leggere. Eppure, questi ultimi, sul piano quantitativo, costituiscono il target piú vasto della legge, con una popolazione almeno dieci volte superiore (due-tre milioni contro due-trecentomila) a quella dei tossicodipendenti.

## 2 — LA DOSE MEDIA GIORNALIERA

Il secondo paradosso è la questione della cosiddetta "dose media giornaliera". Ciò che la maggioranza di governo (e anche la maggioranza dei commentatori)

sembra ignorare è il fatto che, sul piano pratico, la quantificazione della "dose media giornaliera" costituisce la *discriminante decisiva fra le sanzioni amministrative e quelle penali*: che cioè essa equivale di fatto alla "dose minima galera". Poiché tale quantificazione non è fissata dai legislatori, ma è delegata al Ministro della Sanità, ci troviamo di fronte al paradosso di assemblee elettive che votano per un provvedimento che criminalizza potenzialmente milioni di persone *senza conoscere i criteri in base a cui saranno incriminati*.

Sul piano scientifico, il concetto di d.m.g. è del tutto privo di senso. E i Senatori non potevano ignorarlo, visto che ciò era emerso (nell'aprile del 1989) da un'audizione della Commissione del Senato a un gruppo di "tecnici", comprendente tossicologi autorevoli come Bignami, Tempesta e Gori. Al che ci dovrebbe spiegare per quale ragione sono stati consultati i tecnici, visto che si procede come se il loro parere fosse acqua fresca. E soprattutto perché si deleghi ad un ministro "tecnico" la quantificazione di *un parametro che non è scientifico ma politico*.

Assumere per scontato che la d.m.g. (ancorché sia scientificamente determinabile) costituisca una discriminante efficace ed equa fra spacciatori e consumatori è poi del tutto opinabile.

Come si è già scritto e detto a suo tempo, gran parte di coloro che usano sostanze illegali (e in particolare di quanti le usano nel contesto sociale-ricreativo, come la maggioranza dei consumatori di droga leggera) detiene quantitativi destinati a durare diversi giorni o settimane, allo stesso modo in cui chi beve vino compra generalmente piú di quanto ne usa in una giornata.

È quindi mistificatorio che i fautori della legge, dalla



trepida Iervolino in giú, facciano credere all'opinione pubblica che la legge è umanitaria e salvifica; si ammetta apertamente che i consumatori verranno mandati in galera, e si provveda coerentemente a triplicare la capienza del sistema giudiziario e carcerario italiano.

Per non parlare delle dinamiche perverse che verranno messe in atto. Come per esempio il fatto di incoraggiare nei consumatori la tendenza a non lasciare in giro "dosi" che potrebbero essere considerate "minime da galera" e a farsi fuori tutta la droga a disposizione; o la necessità per i tossicodipendenti di acquistare la droga giorno per giorno, assumendo quindi eroina di potenza e qualità variabile (e aumentando il rischio di overdose). O il fatto di costringere i consumatori di droghe leggere ad aumentare la loro frequenza al mercato nero, e quindi la probabilità di offerte di altre sostanze piú tossiche.

Inoltre, la discriminante basata sulla d.m.g. costituisce un paradossale incentivo ad usare eroina anziché droghe leggere. Infatti, la dose media giornaliera di eroina varia secondo il livello di tolleranza dei singoli tossicodipendenti, con escursioni di valori molto ampie: una ricerca di Lewis a Roma e Verona ha riscontrato dosaggi oscillanti fra i valori estremi di 5 e 500 mg, cioè da 1 a 100! Di questo fatto è ben conscio chi è direttamente a contatto col problema. Vincenzo Muccioli (considerato come il piú autorevole esperto da mass media e politici) ha dichiarato che la dose media giornaliera dovrebbe essere di "due o tre grammi" (*Il Sole-24 ore*, 27 dicembre 1988) e, ancora, che "uno-due grammi potranno essere la dose giornaliera, non dieci grammi" (*Il Tempo*, 23 gennaio 1989). D'altra parte, due grammi costituiscono il fabbisogno di un

mese per un tossicodipendente "medio" (secondo una ricerca di Arlacchi-Lewis sul mercato di Verona, cfr. *Micromega*, 4/89). E di qui non si scappa: o si correrà il rischio di farsi sfuggire miriadi di piccoli spacciatori, o si criminalizzeranno i tossicodipendenti piú a rischio e piú bisognosi di assistenza. Anche se ci si risolvesse a determinare la d.m.g. ad personam, le tecniche di rilevamento dello stato di dipendenza non consentono una quantificazione esatta del dosaggio giornaliero. Per la cannabis, le caratteristiche farmacologiche della sua assunzione (che non determina dipendenza ed ha una scarsa tolleranza) non consentono margini di contenzioso. Una volta stabiliti i dosaggi, basterà un centigrammo in piú perché il consumatore venga incriminato. Questa sperequazione si riflette anche sullo spaccio: uno spacciatore di eroina che è o pretende di essere tossicodipendente ha la possibilità di detenere decine di dosi destinate allo spaccio, correndo meno rischi di incriminazione di un consumatore di cannabis; se poi il quantitativo è superiore alla d.m.g., c'è la possibilità di sostituire la sanzione penale con la cura — una possibilità che è esclusa per i consumatori di cannabis (vedi Tab. 2).

La sperequazione fra consumatori di droghe leggere e pesanti è aumentata dalle caratteristiche fisiche delle sostanze: un grammo di eroina in polvere è molto piú facilmente occultabile della stessa quantità di hashish, ed è 30 volte piú conveniente in termini di profitto. Non a caso, la repressione dell'uso di marihuana ha coinciso in USA con il boom del crack.



## 3 — RAPPORTI FRA TOSSICODIPENDENTI E SERVIZI

Altro punto critico (quello che ha determinato la maggiore resistenza proprio nel campo dell'assistenza cattolica) è il rischio di rottura fra istituzioni di assistenza e tossicodipendenti. L'abusata argomentazione secondo cui la nuova legge "aiuta" o "va incontro" ai giovani "caduti nella droga" non è molto piú che facile retorica. Da sempre uno dei maggiori ostacoli al contatto fra istituzioni e tossicodipendenti è il timore di questi ultimi di essere comunque segnalati o schedati. La legge Vassalli-Iervolino propone al tossicodipendente un percorso obbligato al termine del quale, se il trattamento viene interrotto piú di una volta, c'è la condanna penale. Ora, è ampiamente dimostrato che gli abbandoni dei trattamenti residenziali (comunità terapeutiche) sono frequentissimi: le statistiche mondiali hanno dimostrato che l'incidenza dei casi trattati con successo dalle comunità è valutato *fra il 20 e il 40% dei soggetti per i casi di trattamento volontario* — destinato verosimilmente a scendere nei casi di trattamento imposto. Con la legge attuale, la condizione di non-punibilità dell'uso garantisce i tossicodipendenti che si accostano ai servizi da rischi penali. Con la nuova legge, il rischio di essere coinvolti dall'iter burocratico-repressivo del trattamento obbligatorio (ché tale si deve definire, visto che l'alternativa è la galera) sarà un forte motivo di diffidenza verso qualsiasi servizio di assistenza. In tempi di AIDS, il rischio di accentuare la clandestinità di una popolazione ad alto livello di HIV-positività come quella dei tossicodipendenti costituisce un grave rischio sanitario per tutta la collettività.

## 4 — VALORI E DISVALORI

Sul piano piú generale, la legge Iervolino-Vassalli è caratterizzata da una impostazione fortemente ideologica e da una conseguente incongruenza fattuale.

Una incongruenza che si concreta nel considerare la "droga" (con tutte le sue obbligatorie connotazioni di "illiceità", "disvalore", ecc.) come un qualcosa di intrinsecamente e oggettivamente diverso da altri intossicanti sociali legali, come ad esempio l'alcool. Una incongruenza che diventa contraddizione clamorosa, quando si considera il confronto fra la illegale cannabis e il legale alcool.

Nella seduta del 30 novembre 1989, il sen. Zito del PSI ha argomentato che la droga deve essere vietata perché è un "disvalore". Che dire allora dell'alcool? Un comportamento che determina 30.000 morti all'anno e un milione e mezzo di tossicodipendenti è un valore o un disvalore? In quest'ultimo caso ci si dovrebbe spiegare perché non ne è vietato l'uso, ma addirittura neppure la promozione pubblicitaria. Una pubblicità che vediamo tutte le sere in tv, che accosta ambiguamente l'uso di alcoolici e superalcoolici alla vita sana, al prestigio, alla mondanità, alla promozione sociale e sessuale. Una pubblicità che, irresponsabilmente, mostra giovani sani e robusti che tracannano cognac sotto il solleone, evocando modalità di uso da alcoolizzati. Una pubblicità che la maggioranza si è rifiutata di vietare, come era stato proposto dall'opposizione, nel corso della discussione sulla legge-droga al Senato. E questo è o non è un atteggiamento "permissivo" che incoraggia la "cultura della droga"? O forse il PSI intende che il "disvalore" sia un dato etico, astratto — che sia



appunto soltanto o soprattutto una "cultura"? E che la legge "tutela" i cittadini non tanto da rischi concreti per la salute e per il benessere, quanto da scelte che i dirigenti del PSI giudicano esistenzialmente sbagliate? Perché, sul piano dei fatti, delle cose concrete, nessuno (neppure i parlamentari del PSI) può nascondersi dietro un dito. I dati farmacologici ed epidemiologici dimostrano che, sul piano dei rischi medici e comportamentali, l'abuso di alcoolici ha conseguenze enormemente piú gravi dell'abuso di cannabis. Una differenza che è esemplificata da un fatto incontestato: che "di cannabis non è morto mai nessuno", come aveva detto il vicepresidente del Consiglio Claudio Martelli (*La Repubblica*, 10 novembre 1988), il quale aveva infatti coerentemente proposto (assieme alla FGS di Svidercoschi) che la droga leggera venisse regolamentata come gli alcoolici (*Corriere della Sera*, 10 novembre 1988). La posizione di Martelli è stata scientificamente accreditata da un documento di fonte non sospetta: la Drug Enforcement Agency (DEA) del governo USA. La DEA affronta il problema della tossicità della cannabis sulla base del cosiddetto "indice terapeutico", cioè il "rapporto fra dose efficace e dose letale"; in termini pratici, l'indice terapeutico quantifica i margini di sicurezza fra i dosaggi efficaci e i dosaggi a rischio, e costituisce un indicatore attendibile della tossicità globale delle singole sostanze.

Ebbene, tale indice è stato valutato per il THC (principio attivo della cannabis) nella misura di 1 a 20.000-40.000; vale a dire che per provocare una overdose mortale occorrerebbe fumare da 20 a 40 mila spinelli tutti in una volta. E in effetti, afferma il documento, "in termini strettamente medici, la marihuana

è molto piú sicura di molti alimenti che vengono abitualmente consumati [...]. È fisicamente impossibile mangiare abbastanza marihuana per arrivare alla morte" (US Department of Justice - DEA - Marihuana rescheduling petition, Docket no. 86-22, Sept. 6 1988, cit. da "The Florida Law Weekly", 14 FL W1, Jan. 27, 1989).

Per l'alcool, i *dosaggi efficaci* vengono attribuiti mediamente ad una concentrazione ematica dello 0,05% (un terzo di litro di vino a 15 gradi); i *dosaggi mortali* variano (secondo le circostanze, il sesso e il peso dei consumatori) fra il 35 e il 60%. L'"indice terapeutico" è quindi intorno all'1 a 10.

Queste cifre non hanno un valore puramente teorico. In Italia, i casi di morte per overdose di alcool sono stati 324 nel 1970 (Annuario di Statistiche Sanitarie, 1973). Qualche mese fa, nel Napoletano, un bambino di 6 anni è morto per overdose di superalcolici. La notizia è apparsa soltanto sulla cronaca cittadina del *Mattino* (27 novembre, p. 5). Non risulta che nessun altro giornale ne abbia parlato: evidentemente, la vita di un bambino di sei anni, in termini di cronaca, è un "valore" soltanto se stroncata dalla droga; se c'è di mezzo l'alcool, è un banale fatto di cronaca.

Limitare il confronto tossicologico fra cannabis e alcool a questo dato è peraltro assai riduttivo. Occorrerebbe quanto meno ricordare che l'alcool provoca lesioni irreversibili ai tessuti epatico, nervoso e cerebrale. E il legame con comportamenti violenti o pericolosi (vedi tab. 1). Se si considerasse la questione dal punto di vista sanitario e non ideologico, vorremmo chiedere al Ministro della Sanità: quale dovrà essere la dose "media giornaliera" (e "minima di galera") di una droga la cui potenzialità letale è da 2 a 4 mila volte superiore a quella della marihuana?



Tornando alla questione dei "disvalori", sarebbe il caso di porre una questione che finora è stata pudicamente taciuta anche dai piú tenaci oppositori della legge. Perché si da per scontata la credibilità dei "valori" e "disvalori" propugnati da una legge imposta da *questi* partiti, da *questo* governo? E quali valori si contrappongono ai disvalori della droga? Quello della lottizzazione fino all'ultima USL? Quella della gestione economica "permissiva" che ha innescato una dilatazione esponenziale del debito pubblico? Quello delle notti in discoteca, immortalate da un manuale scritto da un autorevole ministro socialista?

Ma soprattutto, chi ci assicura che questa affermazione di "disvalore", proprio perché formulata da questa classe politica e in questa maniera violenta ed arrogante, non attribuisca, per reazione, alla droga un "valore aggiunto" simbolico, di ribellione, un modo di essere "contro" — un equivalente del progressivo astensionismo elettorale, anch'esso, non a caso, "proibito" dalla legge?

Tab. 1

## TOSSICITÀ COMPARATA ALCOOL-CANNABIS

| | ALCOOL | CANNABIS |
|---|---|---|
| dipendenza fisica | si | no |
| sindrome astinenza | delirium tremens | no |
| % tossico-dipendenti su consumatori (in Italia) | 6% | — |
| intossicazione acuta (sintomi) | narcosi, coma | nausea, vomito, ansia, svenimento, tachicardia |
| overdose mortale | si | no |
| intossicazione cronica (sintomi principali) | cirrosi, atrofia cerebrale, nevrite, psicosi | disturbi polmonari (per fumo) |
| comportamento aggressivo | si | no |
| indice di sicurezza (dose efficace/dose letale) | 1/10 | da 1/20000 a 1/40000 |



Tab. 2

## DEI DELITTI E DELLE PENE SECONDO VASSALLI-IERVOLINO

| DROGHE LEGGERE | DROGHE PESANTI |
|---|---|
| importazione, acquisto o detenzione di dose non superiore alla "media giornaliera" = non luogo a procedere se "ricorrono elementi tali da far presumere" che il reo non delinquerà nel futuro; | importazione, acquisto o detenzione di dose non superiore alla "media giornaliera" sospensione patente/passaporto per 2-4 mesi (art. 72) |
| altrimenti = sospensione patente/passaporto per 1-3 mesi (art. 72) | dopo le prime due volte = sospensione per 3-8 mesi, obbligo di firme al commissariato, possibile sequestro del veicolo (art. 72bis) |
| dopo le prime due volte = sospensione per 2-4 mesi, obbligo di firma al commissariato, possibile sequestro del veicolo (art. 72bis) | ogni altro reato (traffico, produzione, spaccio, detenzione quantitativi superiori alla dose media giornaliera) = prigione da 8 a 20 anni; per fatti di lieve entità = prigione da uno a 6 anni (art. 71bis) |
| possibilità di trattamento alternativo = incerto (art. 72 e art. 72quinques) | possibilità di trattamento alternativo: SI (art. 72, art. 72quinques, art. 82bis) |
| ogni altro reato (traffico, coltivazione, spaccio, detenzione quantitativi superiori alla dose media giornaliera) = prigione da 2 a 6 anni; per fatti di lieve entità = prigione da 6 mesi a 4 anni (art. 71bis) | trattamento alternativo anche per reati di altro genere comunque connessi con la condizione di tossicodipendenza (art. 82bis) |
| possibilità di trattamento alternativo = NO | la sanzione penale viene ripristinata dopo la seconda interruzione del trattamento. |

*(Inedito)*

## LA DOSE MEDIA GIORNALIERA, UN ANNO DOPO

Come è noto, uno dei punti piú discussi della legge 162, a un anno di distanza, è quello della "dose media giornaliera" (dmg). La dmg è stata messa in discussione da un'eccezione di costituzionalità presentata dal giudice Luigi Saraceni. Si è comunque dimostrata, sul piano pratico, uno dei problemi piú spinosi per l'applicazione della legge: e ciò è stato ammesso sia da funzionari, sia da magistrati, sia dagli stessi ministri direttamente responsabili.

Secondo l'on. Russo-Iervolino, la dmg "non è stata una decisione politica, ma tecnica: io non sono un tossicologo e quindi non posso rispondere alle critiche su questo punto; chi ha qualcosa da obiettare lo faccia con i ricercatori e con argomentazioni scientifiche" (*L'Espresso*, 30 giugno 1991).

Al Ministro Iervolino è fin troppo facile rispondere che:

a) la dmg è un parametro "tecnico" che ha gravi conseguenze "politiche", visto che ha un valore decisivo per la criminalizzazione di centinaia di migliaia di persone; un Ministro che si rispetti ha il dovere di valutare le implicazioni politiche di tutti gli aspetti "tecnici" di una legge, e assumerne tutte le responsabilità;

b) in realtà, la dmg è un parametro che è considerato "tecnico" soltanto dai politici, in quanto i "tecnici" hanno negato che si possa stabilire scientificamente una dmg: come è stato dimostrato dall'audizione alla Commissione Giustizia e Sanità del Senato di un gruppo di esperti (Arnao, Bignami, Gori, Tempesta) il 9 maggio 1989, nonché dal documento dell'Istituto Superiore di Sanità secondo cui una quantificazione oggettiva delle dmg è impedita dall'"ampiezza dei *range* dei quantitativi che possono essere adoperati da diversi assuntori o dallo stesso assuntore in momenti differenti" (30 novembre 1989).



Di diverso parere è il Ministro della Sanità De Lorenzo, cioè l'autore del Decreto Ministeriale che ha fissato le dmg:

"è sbagliato fissare per legge la dmg. [...] il provvedimento sulla dmg è stato pubblicato in coerenza con la legge [...] se poi si vuole rivedere tutta la legge si riveda anche il problema della dmg" (*Il Medico d'Italia*, 8 maggio 1991).

In altri termini, De Lorenzo ritiene che la questione delle dmg non sia tecnica ma politica.

Insomma, la situazione è grave, ma non è seria. Se il Ministro che ha fatto la legge non è responsabile, se il Ministro che ha fatto il decreto non è responsabile, chi mai è responsabile?

Occorre a questo punto riesaminare la questione, partendo dalle conseguenze pratiche della dmg nell'applicazione della legge 162.

Quando un cittadino viene trovato in possesso di droghe, i casi sono tre:

1) droga leggera (prima infrazione): se la dmg non è superata, la legge prevede una semplice ammonizione;

2) droghe pesanti e droga leggera (dopo la prima infrazione): se la dmg non è superata, il soggetto viene sottoposto a sanzioni amministrative (o, in alternativa, al trattamento);

3) se la dmg è superata, il soggetto viene incriminato come spacciatore, salvo essere avviato al trattamento (in alternativa alla sanzione penale).

La dmg funziona quindi come discriminante a due livelli:
1) fra sanzione penale e amministrativa;
2) per droghe leggere (prima infrazione), fra ammonizione e sanzione penale; poiché d'altra la sanzione penale può essere sostituita dal trattamento, in questo caso la dmg agisce come discriminante fra ammonizione (non-trattamento) e trattamento.
Esaminiamo in dettaglio queste due discriminanti.

## 1 — DISCRIMINANTE FRA SANZIONE PENALE E AMMINISTRATIVA

All'interno di una logica proibizionista, è ragionevole che la discriminante fra la qualifica di "consumatore" e quella di "spacciatore" tenga presente la *quantità* della sostanza posseduta dal soggetto. Ma questa valutazione va subordinata agli elementi che definiscono il *profitto* dell'eventuale spaccio, quindi al *valore* della sostanza. Non vi è invece alcun motivo per utilizzare come indizio di una eventuale attività di spaccio una quantificazione che si rifà a criteri farmacologici (peraltro opinabili) come è il caso della dmg. Ora, le dmg fissate dal Ministro De Lorenzo sovvertono i criteri legati al *valore* delle sostanze, laddove propongono per l'eroina una dmg di 100 mg (10-20 dosi di eroina di strada al 10%, per un valore di almeno 200 mila lire), per la cannabis una dmg di 50 mg di THC (equivalenti a un grammo di marihuana al 5%, valore 5-10 mila lire). Ciò significa di fatto che, automaticamente, qualsiasi detentore di quantitativi anche minimi di cannabis è destinato ad essere incriminato per spaccio, mentre non è incriminato chi possieda quantitativi di eroina che permettono la confezione di 10-20 dosi.



Questa possibilità era stata segnalata subito dal PDS, dal CORA, dal *Manifesto* (18 luglio 1990), e si è puntualmente realizzata: da tutti i giornali abbiamo infatti appreso che la grande maggioranza dei soggetti incriminati sono consumatori di droghe leggere. E sono questi soggetti che vanno a intasare questure, tribunali e servizi, creando problemi imprevedibili.
Le incongruenze della dmg riguardano anche altre sostanze. Per esempio, i 50 mg per il metadone sono un assurdo farmacologico, dato che, in rapporto alla morfina (dmg = 200 mg), il metadone ha un effetto inferiore appena del 20%, e sarebbe quindi giustificata una dmg di 160 mg; tanto piú assurdo, in quanto il metadone, non iniettabile, è una garanzia per evitare i rischi di overdose, epatite e AIDS. La dmg di buprenorfina (Temgesic) è di 2 mg, un dosaggio remoto rispetto alla dose letale, e inferiore ai dosaggi consigliati da gran parte della letteratura scientifica (fino a 8 mg al giorno).

## 2 — DISCRIMINANTE TRATTAMENTO AMMONIZIONE

Come si è visto, la maggioranza di coloro che sono arrestati per cannabis sono avviati al circuito penale (con alternativa di trattamento), nella misura in cui superano la dmg. I soggetti che non superano la dmg, e per la prima infrazione (caso ovviamente quasi generalizzato nel primo anno di legge) non vengono invece avviati al trattamento.
Ma quale "trattamento" e perché? Il comune buon senso vorrebbe che un trattamento (tanto piú se imposto per legge) venga proposto nei casi in cui è indicato; vorrebbe poi soprattutto che il trattamento consista in

una serie di procedure specifiche collaudate e funzionali. Ora, secondo la legge 162 le *indicazioni di opportunità* per avviare al trattamento consistono esclusivamente nel fatto che una persona *viene trovata in possesso di una determinata quantità* di droga. La fallacia logica di questo criterio è evidente per qualsiasi sostanza: il fatto di possedere eroina non dimostra né che si è tossicodipendente, e neppure di aver mai usata la sostanza. Tipicamente, uno dei primi arresti della legge 162 è stato quello di una signora "normale" che portava 60 mg di metadone al figlio tossico (*L'Unità*, 23 luglio 1990).

Rispetto alla cannabis, la situazione è ancora piú paradossale. Anche ammettendo che possedere tre spinelli equivalga ad usarli, va ricordato che una imponente mole di letteratura internazionale ha dimostrato che (a) l'incidenza di uso sull'abuso è piuttosto bassa (solo un caso su 1000 fra i giovani consumatori in Olanda, dove la cannabis è liberamente venduta, ne fa uso quotidiano) e (b) non esiste una procedura terapeutica specifica per i casi di abuso (per cui sono piuttosto indicati interventi mirati ad un riaggiustamento psicosociale ad personam piuttosto che al sintomo droga in sé). Avviare ad un trattamento i consumatori di cannabis significa quindi o sottoporli a procedure analoghe a quelle usate sulla dipendenza da eroina (magari somministrando metadone o psicofarmaci, come del resto è sciaguratamente accaduto), o inventarsi un trattamento che non esiste. Ancora piú assurdo è adottare la dmg come parametro di valutazione sulla opportunità del trattamento. Non è chiaro perché se qualcuno possiede due spinelli venga ammonito, ma se gli spinelli sono due e mezzo venga costretto all'alternativa fra trattamento e galera. Come dire che vanno trattati come alcolizzati tutti coloro che vanno a spasso con piú di una bottiglia di vino.



Il problema non è teorico. Abbiamo oggi nella pratica una situazione di migliaia di consumatori di cannabis arrestati, per lo piú giovani (destinati a moltiplicarsi, se non si porrà rimedio a questa paradossale situazione), di cui non si sa che fare: inviarli ai servizi significa aggravare la situazione degli operatori che hanno già abbastanza problemi con i "veri" tossicomani; inoltre, questo crea il grave rischio di mettere a contatto con tossicodipendenti e con la subcultura dell'eroina dei giovani che altrimenti non ne avrebbero alcuna occasione.

Insomma, grazie alla "dose media giornaliera", i nostri governanti sono riusciti a creare dal nulla un problema fino ad oggi inesistente. Senza peraltro aver fatto un solo passo avanti per risolvere il problema cruciale dell'eroina.

(*Il Manifesto*, 7 luglio 1991)

# LA DROGA NON UCCIDE, LA LEGGE SI

Due suicidi in carcere in due giorni. Quello di Stefano Ghirelli ad Ivrea e quello di Enzo Capparoni a Reggio Calabria, ambedue arrestati per detenzione di cannabis. Due morti di droga che vanno ad aggiungersi alla lunga serie delle vittime dell'overdose, a quelle dell'AIDS. Con la differenza che questa volta ad uccidere non è la droga: trattandosi di cannabis, sarebbe peraltro impossibile che qualcuno, anche volendo, riesca a prenderne tanta da uccidersi. A uccidere non è la droga, ma la legge sulla droga, quella che secondo i nostri governanti, cosí solleciti a occuparsi del nostro bene, dovrebbe proteggere la salute e il benessere dei cittadini. In realtà, la legge che punisce i consumatori di cannabis non ha scientificamente alcuna giustificazione. Questa sostanza si chiama "droga" soltanto perché non ha dietro di sé gli interessi delle multinazionali degli alcolici e del tabacco. La illegalità della cannabis è un fatto puramente simbolico, una discriminazione culturale a spese di una categoria di "devianti" che non danneggiano nessuno e neppure sé stessi (almeno in rapporto a quanto si danneggiano coloro che usano tabacco e alcol). Fra tutte le droghe illegali, la cannabis è invece la piú penalizzata. Secondo un documento della Guardia di Finanza, la differenza di profitto fra il traffico di cannabis e quello di altre droghe è di 1/69 rispetto alla cocaina e di 1/193 rispetto all'eroina. D'altra parte, la repressione colpisce piú facilmente il traffico di cannabis, ma soprattutto i consumatori: i quali, come è noto, sono la maggioranza degli arrestati con la nuova legge 162/90. In USA, dove la "guerra alla droga" è in vigore ormai da un decennio, la discriminazione fra cannabis e altre droghe si è risolta in un raddoppio del prezzo per la cannabis, mentre i prezzi di eroina e cocaina restano stabili e sono addirittura competitivi rispetto a quelli della marihuana. Se si considera poi che i test antidroga favoriscono i consumatori di droga pesante (la cannabis resta nei liquidi organici fino a un mese dopo l'ultima assunzione, cocaina ed eroina non piú di due giorni) ci si rende conto che questa "guerra" rischia di risolversi in un incoraggiamento all'uso delle sostanze piú pericolose.

È facile immaginare che le morti di Stefano Ghirelli e di Enzo Capparoni non scuoteranno piú di tanto i nostri mass media. Nessun editoriale si chiederà se erano morti evitabili, e soprattutto a che cosa sono servite. Nessuno si chiederà se, in un panorama di drammatica escalation di criminalità, abbia senso che la polizia dia la caccia ai fumatori di spinelli. Nessuno si chiederà quali siano i costi, anche materiali, di queste iniziative. Nessuno si chiederà soprattutto se sia giusto pagare il prezzo della vita semplicemente per una questione di principio.

(*Il Manifesto*, 26 luglio 1991)

**Altolà**
"Che cosa si otterrà con la nuova legge? Anzitutto di non essere [...] il Paese piú permissivo, quello in cui è possibile commerciare e consumare droga senza incorrere in punizioni di sorta. Poi di aver messo bene in chiaro che l'uso della droga non è solo un atto contro sé stessi ma un atto contro la società [...]. Infine di aver intimato un altolà alla cultura dello spinello che è il liquido nutritivo delle tossicodipendenze".
(G. Acquaviva, PSI, *Corriere della sera*, 28 dicembre 1988)

**Sull'aumento delle morti per droga**
"È la drammatica conferma della necessità della legge. [...] Sarà fra sei mesi, fra un anno, forse piú. Non lo so, ma alla fine i morti per droga diminuiranno".
(Russo-Iervolino, *La repubblica*, 4 aprile 1991)
"Il numero delle vittime continuerà purtroppo a salire e non solo in Italia [...]. È la dimostrazione che per combattere il fenomeno non occorre tanto la legge, quanto invece l'attuazione della legge".
(Russo-Iervolino, *La repubblica*, 27 luglio 1991)

**E se sbaglia?**
"Il carcere, anche il migliore, non è mai una soluzione ottimale. Detto questo continuo, se volete sbagliando, ad essere convinta che le droghe leggere siano la strada per arrivare alle droghe pesanti".
(Russo-Iervolino, *L'Unità*, 7 agosto 1991)

**Sul suicidio in carcere per 25 gr di hashish**
"La linea mia personale e quella del governo è sempre stata di essere estremamente cauti con i provvedimenti che limitano la libertà personale".
(Russo-Iervolino, *La repubblica*, 27 luglio 1991)
"Il detentore di sostanze stupefacenti, piaccia o non piaccia, viene considerato spacciatore [...]. Anche se non c'è arresto obbligatorio, la sanzione c'è e rimane, fissata da uno a sei anni" .
(Russo-Iervolino, *L'Unità*, 7 agosto 1991)

**Dose media giornaliera 1**
"Questa è materia che non spetta a me giudicare. Non sono né il Ministro della Sanità né un tossicologo".
(Russo-Iervolino, *L'Unità*, 7 agosto 1991)

**Dose media giornaliera 2**
"È sbagliato fissare per legge la dose media giornaliera [...]. Il provvedimento sulla dmg è stato pubblicato in coerenza con la legge [...]. Se poi si vuole rivedere tutta le legge, si rivedrà anche il problema della dmg".
(De Lorenzo, Ministro della Sanità, *Medico d'Italia*, 8 giugno 1991)

**La guerra dell'ONU, ai margini**
"[...] le autorità [...] non consideravano le coltivazioni di cannabis come un pericolo per il loro paese. In Marocco vi era *un numero trascurabile di tossicodipendenti e non c'era nemmeno presenza percepibile di mafia* o simili organizzazioni criminali coinvolte nel traffico.
[...] In questa come in moltissime altre occasioni dovetti usare qualche accortezza operando ai margini della verità. Poiché avevo una disponibilità di due milioni e mezzo di dollari, feci capire che si trattava di una somma che alcuni Donatori mi avevano dato con la [...] richiesta di [...] un programma di eliminazione delle piantagioni di cannabis in Marocco.
L'UNFDAC è stato determinante per fare sí che oggi, in Marocco, la lotta contro la droga sia tra gli impegni prioritari del governo". (Di Gennaro, ex-Direttore dell'UNFDAC: "La guerra della droga", Garzanti, Milano 1991, p. 201-202).
(*Cuore*, 14 ottobre 1991)





# DEFINIZIONI OPERATIVE

## DROGA
Definizione OMS: "Ogni sostanza chimica, naturale o artificiale, che modifica la psicologia o l'attività mentale degli esseri umani" (Delay). Termine scientifico equivalente: "sostanza psicoattiva".

## EFFETTI
Secondo gli effetti psicoattivi, le sostanze possono essere suddivise in tre grandi categorie:
1) sostanze psicolettiche (o depressive), che deprimono l'attività cerebrale;2) sostanze psicoanalettiche (o stimolanti), che stimolano l'attività cerebrale;
3) sostanze psicodislettiche (o psichedeliche), che determinano un particolare tipo di attività cerebrale, caratterizzato fra l'altro da un modo diverso di interpretare le percezioni.

## FATTORI COMPLEMENTARI
Gli effetti delle sostanze non vengono determinati soltanto dalle loro proprietà farmacologiche, ma anche (e talvolta soprattutto) da altre variabili, cioè:
MODALITÀ D'USO: dosaggio, via di assunzione, ecc.
SET: complesso dei fattori legati all'individuo (personalità, condizioni, umore, cultura, ecc.)
SETTING: variabili legate all'ambiente in cui avviene l'uso della sostanza.

MODELLI MOTIVAZIONALI
Vengono cosí definiti i tipi di motivazione relativi all'uso di droghe nella nostra società.
USO SPERIMENTALE: motivato dalla curiosità o dal desiderio di nuove esperienze.
USO SOCIALE-RICREATIVO: motivato dalla fruizione degli effetti della sostanza nel contesto della vita sociale e del tempo libero.
USO STRUMENTALE: motivato dalla necessità di acquisire uno stato psichico adatto ad affrontare specifici problemi o condizioni (esempio: tranquillanti per dominare l'ansia, stimolanti per combattere la stanchezza).
USO ESPRESSIVO: motivato dalla esigenza di esprimere la propria identità individuale o di gruppo (esempio: uso di sigarette nei giovanissimi).
Questi diversi modelli sono spesso coesistenti.

TOSSICITÀ ACUTA
Effetti tossici della sostanza conseguenti ad una sola somministrazione.

TOSSICITÀ CRONICA
Effetti tossici della sostanza a media e lunga scadenza, conseguenti all'uso ripetuto.

TOLLERANZA
Fenomeno farmacologico per cui gli effetti di una determinata sostanza tendono a diminuire dopo un certo periodo di uso continuato, e occorre quindi aumentare le dosi per ottenere lo stesso effetto. Questo fenomeno sparisce dopo un certo periodo di interruzione dell'uso.



DIPENDENZA FISICA
Fenomeno farmacologico per cui, dopo un certo periodo di uso continuato, la sospensione dell'uso determina una CRISI DI ASTINENZA, cioè una serie di disturbi fisici.

DIPENDENZA PSICHICA
Concetto difficilmente oggettivabile scientificamente: sta a significare che la sospensione dell'uso di una sostanza determina dei disturbi psichici, fra cui a volte la compulsione a riprenderne l'uso.

## LE SOSTANZE

Nell'elenco di schede riguardanti le sostanze verranno incluse le principali categorie di sostanze illegali, nonché l'alcool, che pur essendo legale può fornire un utile elemento di confronto.
Una premessa essenziale. La valutazione degli effetti tossici e comportamentali delle sostanze NON è possibile IN ASSOLUTO: nessuna sostanza è di per sé nociva o benefica.
(Esempio: il vino può essere un innocuo e piacevole complemento della alimentazione se in dosi moderate; può diventare altamente tossico se assunto in dosi eccessive).
Per questo motivo, per ogni sostanza verranno fornite indicazioni circa
(A) PARAMETRI DI RISCHIO, cioè le modalità di uso in cui si concretano gli effetti tossici.
(B) MODELLI COMPORTAMENTALI, cioè le modalità di uso che sono concretamente adottate dai consumatori nella nostra cultura.

**Alcool**

Con questo termine intendiamo tutte le sostanze che contengono etere etilico (bevande alcooliche).

EFFETTI - Fondamentalmente depressivi; secondo le dosi e i momenti della intossicazione, anche effetti stimolanti, euforizzanti, psicodislettici; dimostrano un legame fra alcool e comportamenti violenti verso se stessi e gli altri.

MOTIVAZIONI - Per lo piú sociali-ricreative; in molti casi anche strumentali.

TOSSICITÀ ACUTA - Disturbi di diversa gravità fino alla morte per coma, evenienza non frequente ma possibile specie in bambini; possibili e frequenti effetti negativi sul comportamento (aggressività, guida pericolosa, ecc.)

TOSSICITÀ CRONICA — Per abuso continuato un quadro molto grave: i disturbi principali sono a carico del sistema nervoso (atrofia cerebrale, nevriti) e del fegato (cirrosi epatica); l'intossicazione cronica da alcool causa in Italia da 25.000 a 30.000 casi di morte ogni anno.

TOLLERANZA — Si sviluppa lentamente e tende poi a stabilizzarsi.

DIPENDENZA FISICA — Si instaura in una minoranza di consumatori (dal 4 al 6% in Italia) dando luogo ad una tossicodipendenza: in Italia i tossicodipendenti (td) da alcool sono da un milione a un milione e mezzo su circa 25 milioni di consumatori. Sindrome di astinenza molto grave (delirium tremens), in qualche caso mortale.

DIPENDENZA PSICHICA — Piuttosto elevata.

PARAMETRI DI RISCHIO — Riguardo alla tossicità cronica, si può situare al di sopra del mezzo litro/un



litro di vino al giorno o di quantità di alcool equivalenti. La tossicità acuta può essere pericolosa in livelli ematici superiori allo 0,08% (che in quasi tutti i paesi sono il limite ammesso per la guida), corrispondente a un quarto di vino a media gradazione.

**Allucinogeni**

Con questo termine intendiamo una serie di sostanze ad azione psicodislettica pronunciata, alcune delle quali sono naturali (funghi), altre sintetiche (LSD, MDMA o "extasy").

MOTIVAZIONI — Quasi esclusivamente sperimentali: sembra fare eccezione l'MDMA, che viene usato nel contesto sociale ricreativo da molti giovani.

TOSSICITÀ ACUTA — Si manifesta in modi diversi, a seconda della composizione chimica. Una dose eccessiva può provocare disturbi psichici transitori; i disturbi possono avere piú gravi e prolungate conseguenze su soggetti impreparati o immaturi. Non è dimostrato alcun effetto criminogeno. I famosi casi di suicidi provocati da LSD non hanno mai avuto conferma documentata. La tossicità acuta è molto diversa fra allucinogeni tradizionali (LSD, funghi) e sintetici. Per i primi non esistono casi di overdose mortale; per i secondi (in particolare PCP, non segnalato in Italia ma molto diffuso in USA) questa evenienza è abbastanza frequente. Poca documentazione sul MDMA, di cui non si conoscono casi mortali.

TOSSICITÀ CRONICA, TOLLERANZA, DIPENDENZA — Non hanno rilevanza, nella misura in cui queste sostanze non vengono mai assunte abitualmente.

PARAMETRI DI RISCHIO — Legati soprattutto al dosaggio e alla maturità psichica dei consumatori.

**Barbiturici**

Sostanze usate in terapia medica come sedativi, ipnotici ed antiepilettici.

EFFETTI — Prevalentemente depressivi: usati in dosi forti, possono provocare effetti simili a quelli dell'alcool.

MOTIVAZIONI — Prevalentemente l'uso strumentale. In alcuni contesti sociali (ambienti giovanili emarginati) anche uso sociale-ricreativo.

TOSSICITÀ ACUTA — Molto alta. Sintomatologia molto grave, fino a coma e morte.

TOSSICITÀ CRONICA — Poco chiara la sintomatologia fisica. Sul piano comportamentale, tendenza all'apatia.

TOLLERANZA — Pericolosa, perché induce il soggetto ad avvicinare il dosaggio alla dose letale (che a differenza degli oppiacei, non si innalza).

DIPENDENZA FISICA — Si instaura dopo uso intenso e prolungato. Sindrome di astinenza molto grave, può anche essere mortale.

DIPENDENZA PSICHICA — Piuttosto elevata.

PARAMETRI DI RISCHIO — Rischio elevato per uso continuato al di fuori del controllo medico o per dosaggi alti.

**Cannabis**

Si intendono con questo termine i derivati della cannabis: hashish, marihuana.

EFFETTI — Blandamente psicodislettici; il dato piú significativo sembra una sottile diversità nella interpretazione delle percezioni e degli stimoli esterni. Nessun effetto criminogeno.

MOTIVAZIONI — Quasi esclusivamente uso sociale-



ricreativo, analogo a quello delle bevande alcooliche secondo le tradizioni della nostra cultura.

TOSSICITÀ ACUTA — Il dosaggio eccessivo può provocare nausea, vomito, crisi di ansia, svenimento. Non si conoscono casi di intossicazione piú grave.

TOSSICITÀ CRONICA — Gli effetti tossici piú gravi sono quelli all'apparato respiratorio, e sono analoghi a quelli dell'uso di tabacco. Rispetto al tabacco, la tossicità è in assoluto aumentata dal fatto che la cannabis viene fumata senza filtro e aspirata profondamente. Altri effetti tossici cronici sono scarsamente documentati.

TOLLERANZA — Esiste, ma si annulla quando l'uso viene interrotto per qualche giorno.

DIPENDENZA FISICA — Non esiste.

DIPENDENZA PSICHICA — Abbastanza elevata, ma è relativa a determinate situazioni. Non determina compulsione all'uso né tossicodipendenza.

PARAMETRI DI RISCHIO — Sul piano comportamentale, l'uso è rischioso in qualsiasi circostanza sia necessario un controllo pieno delle percezioni (guida di veicoli, seppure la perdita di controllo sia inferiore che per l'uso di alcool). I rischi cronici per l'apparato respiratorio sono legati alla frequenza di uso: praticamente nulli per uso moderato (uno o due spinelli al giorno). Il rischio di "passaggio" all'eroina, di cui si sente molto parlare, non è documentato. Al contrario, i dati epidemiologici sugli USA (in cui la cannabis ha un consumo di massa da una ventina di anni) dimostrano che la diffusione di eroina è diminuita quando quella della cannabis è aumentata, e viceversa.

MODELLI COMPORTAMENTALI — Studi eseguiti in Olanda dopo la legalizzazione di fatto della

cannabis (1976) hanno mostrato che solo un consumatore giovane su mille usa la sostanza tutti i giorni. Questa frequenza di uso appare la piú diffusa nella nostra società.

**Coca e derivati**

Le foglie di coca vengono usate come droga nei paesi andini, ma non nella società occidentale. Dal trattamento delle foglie deriva la cocaina, che è abbastanza diffusa in Italia. Poco diffusi, se non ignorati, altri derivati: la pasta di coca e il crack (che hanno un effetto piú rapido e piú forte della cocaina).

EFFETTI — Tipicamente stimolanti. La lucidità mentale provoca un senso di euforia. In dosi alte è possibile un aumento degli impulsi aggressivi.

TOSSICITÀ ACUTA — Limitata per uso occasionale e per via nasale (pochissimi i casi mortali nella letteratura scientifica). Molto elevata per uso endovenoso, in cui si sommano i fattori di rischio intrinseci a questa via di assunzione (infezioni, non conoscenza del dosaggio) a quelli inerenti alla sostanza.

TOSSICITÀ CRONICA — Gli effetti tossici della cocaina si accumulano con una certa rapidità, determinando una patologia piuttosto grave sia somatica (denutrizione, impotenza, convulsioni) sia psichica (disturbi mentali, anche molto gravi, che però regrediscono con la sospensione dell'uso). I disturbi mentali costituiscono a volte un ostacolo per chi voglia trattare la tossicodipendenza. Gli effetti cronici sono molto piú gravi e rapidi con uso endovenoso e (sia pure in misura minore) con pasta e crack.

MOTIVAZIONI — L'uso sociale ricreativo è molto diffuso. Ma gli effetti stimolanti vengono ricercati anche nel contesto della attività lavorativa (uso strumentale).



TOLLERANZA — Non esiste.

DIPENDENZA FISICA — La sua esistenza è oggetto di discussione fra i ricercatori. In effetti, la sospensione dell'uso della sostanza provoca sintomi di malessere. Ma, quando l'uso è stato prolungato, questi sintomi sono indistinguibili da quelli dell'accumularsi degli effetti tossici.

DIPENDENZA PSICHICA — In alcuni casi è molto forte, e determina una compulsione all'uso continuato di droga. In questi casi si crea una vera e propria condizione di tossicodipendenza che, a differenza da quella prototipica degli oppiacei, è difficilmente compatibile con un minimo di equilibrio esistenziale.

La tossicodipendenza da cocaina ha due caratteristiche contrastanti: 1) ha un decorso molto grave, per l'elevata tossicità della sostanza, 2) appare soltanto in una minoranza dei consumatori — e non è chiaro in che misura ciò sia provocato dal prezzo elevato.

PARAMETRI DI RISCHIO — Un uso moderato ed occasionale non provoca alcun rischio.

MODELLI COMPORTAMENTALI — "Come si è accennato [...] usi la sostanza entro margini di sicurezza; dati USA del 1989 segnalano che fra gli studenti che fanno uso corrente di cocaina (almeno una volta al mese) soltanto il 2,4% ne fa uso almeno venti giorni al mese. Piú elevata (seppure non, come si ritiene, maggioritaria) è l'incidenza di uso quotidiano fra i consumatori di crak".

**Oppiacei**

Sotto questo termine, intendiamo i derivati dell'oppio (morfina, eroina, codeina). Le caratteristiche degli op-

piacei sono condivise dai cosiddetti "morfinosimili", come ad es. il metadone.
Gli oppiacei possono essere usati per diverse vie di assunzione: per bocca, per via nasale, per via polmonare (fumandoli), per iniezione endovenosa. Alcune di queste sostanze (metadone in confezione sciroppo) possono essere soltanto ingerite.
EFFETTI — Fondamentalmente depressivi. L'azione anti-ansia può determinare un senso di euforia. Contrariamente a quanto si crede, non vi è un incremento della aggressività.
MOTIVAZIONI — Per l'uso degli oppiacei, i quattro tipi di motivazioni si sovrappongono variamente. Un particolare rilievo assume, per i piú giovani, l'uso "espressivo". Quando l'uso è diventato dipendente, la motivazione "strumentale" è prevalente: la sostanza viene cioè assunta per evitare i disturbi dell'astinenza e per mantenere un equilibrio esistenziale.
TOSSICITÀ ACUTA — Molto diversa secondo la via di assunzione. Se per via endovenosa, il rischio è altissimo, e si manifesta con la tipica "overdose": coma, e spesso morte. Il rischio è tanto maggiore, in quanto la sostanza acquistata sul mercato nero ha una purezza molto variabile. Per altre vie (se la sostanza è fumata o presa per via nasale) il rischio è minimo, perché l'assorbimento è graduale.
TOSSICITÀ CRONICA — Nella condizione di somministrazione prolungata si manifesta un quadro patologico molto complesso in cui non è facile distinguere gli effetti primari (derivanti dalla tossicità della sostanza) da quelli secondari (derivanti dalla condizione sociale dei tossicodipendenti). Gli oppiacei di per sé non sembrano provocare danni somatici irreversibili. Ma la



somministrazione continuata provoca una diminuita reattività dei polmoni che può causare paralisi respiratoria. Altri disturbi cronici consistono in diminuzione dell'appetito e della sessualità, e stitichezza.
I disturbi secondari sono molteplici, e sono per lo piú legati all'uso endovenoso: epatite virale, endocardite e HIV per uso di aghi infetti. Non è chiaro in che misura l'uso continuato di oppiacei si possa conciliare con una attività lavorativa prolungata e regolare, anche se sappiamo che molti td la svolgono senza apparente difficoltà.
TOLLERANZA — L'aumento delle dosi è una costante nella carriera dei td. Ma tende ad arrestarsi ad un certo livello. La tolleranza può creare gravi problemi, se i consumatori interrompono l'uso per qualche tempo, e poi lo riprendono, senza sapere che i dosaggi vanno in questi casi diminuiti.
DIPENDENZA FISICA — È molto pronunciata. Si instaura dopo un uso quotidiano di una o due settimane (NON subito, come si legge talvolta). La sindrome di astinenza è abbastanza grave, ma mai mortale.
DIPENDENZA PSICHICA — Molto elevata. È il motivo per cui molti td ritornano alla droga dopo essersi liberati della dipendenza fisica.
Il sommarsi dei due tipi di dipendenza provocano una condizione di TOSSICODIPENDENZA che è molto diffusa in tutti i paesi industrializzati e anche in molti paesi in via di sviluppo.
Questa TD non ha trovato finora una soluzione terapeutica soddisfacente. In alcuni casi viene trattata con sostitutivi, come il metadone, con risultati abbastanza buoni, anche se non vengono risolti i problemi nodali dei td: essenzialmente, i sostitutivi contribuiscono ad

assicurare ai td la compatibilità con l'integrazione sociale. Buon successo hanno anche le comunità terapeutiche, che però sembrano destinate a risolvere solo una parte dei casi (dal 20 al 40%).
PARAMETRI DI RISCHIO — In teoria, un uso saltuario di oppiacei per via nasale o per fumo è esente da gran parte dei rischi acuti. Nella pratica, anche questo modo di uso sfocia spesso in una tossicodipendenza. L'uso per via endovenosa anche se al di fuori di una condizione di TD comporta gravissimi rischi, anche mortali (overdose), in particolare con le droghe da strada.

**Stimolanti**

Con questo termine si intendono farmaci ad azione stimolante, usati generalmente in medicina come dimagranti, in quanto tolgono l'appetito. I piú noti sono le amfetamine, ormai quasi dovunque fuori commercio; altri prodotti in commercio sono i cosiddetti "amfetaminosimili".
Vengono presi per bocca, ma possono anche essere sciolti in acqua e iniettati. Dal 1989 si sta affermando in USA il cosiddetto "ice": metamfetamina da fumare, con effetti analoghi a quelli del crack ma piú prolungati nel tempo, e probabilmente altrettanto tossici.
EFFETTI — Tipicamente stimolanti. Cancellano la sensazione di fatica.
MOTIVAZIONI — In determinate categorie (atleti, camionisti, studenti) l'uso è strumentale. In altre (giovani emarginati) è diffuso l'uso sociale-ricreativo.
TOSSICITÀ ACUTA — L'intossicazione acuta provoca ipertensione, collasso. Può essere mortale per uso endovenoso.



TOSSICITÀ CRONICA — Disturbi circolatori e cardiaci, perdita di peso, insonnia, disturbi mentali, fino a gravi psicosi paranoidi.
TOLLERANZA — Controversa.
DIPENDENZA FISICA — Si manifesta soltanto per dosaggi molto alti. Sindrome di astinenza: irritabilità, stanchezza, depressione, crampi, letargia. Come per la cocaina, la sindrome di astinenza si intreccia coi sintomi di intossicazione cronica.
DIPENDENZA PSICHICA — Notevole.
PARAMETRI DI RISCHIO — Soltanto l'uso occasionale di stimolanti a piccole dosi e per via orale è privo di rischi.
MODELLI COMPORTAMENTALI — Si sa molto poco del fenomeno in Italia. La tossicodipendenza da stimolanti è oggi poco diffusa in Italia. In USA l'assunzione occasionale di stimolanti per via endovenosa è piuttosto diffusa.

## COS'È IL CORA?

Il CORA — coordinamento radicale antiproibizionista — è l'unica realtà antiproibizionista italiana organizzata.
Il CORA è una associazione federata alla LIA (lega internazionale antiproibizionista) ed è parte di quella internazionale federalista, ambientalista, antiproibizionista, ad adesione diretta che risponde al nome di Partito radicale.
Al CORA ci si può iscrivere (se iscritti al Partito radicale) o aderire (se non iscritti al Pr) versando una quota annua di almeno cinquantamila lire.

## PERCHÈ ISCRIVERSI AL CORA?

Non c'è piú tempo da perdere o riportare oggi sotto il controllo della legge le droghe proibite o rassegnarci, domani, a legalizzare la mafia, la malavita, gli scippi e le rapine.
La legalizzazione delle droghe è l'arma piú efficace contro la violenza e la criminalità, e la premessa per il recupero effettivo delle vittime della droga.

## COME CI SI ISCRIVE AL CORA?

Basta inviare la quota di iscrizione o adesione, almeno 50.000 lire per il 1990, con il conto corrente postale numero 53362000 intestato a:

**CORA - Via di Torre Argentina, 76**
**00186 ROMA**

Dal catalogo
**Stampa Alternativa**
**Nuovi Equilibri**

*I volumi ordinati vengono spediti in contrassegno*

Fotocopiare e spedire a:
**Nuovi Equilibri**
**Casella Postale 97**
**01100 Viterbo**

**FIABESCA** – ❑ H. Hesse *Favola d'amore* L. 9.000; ❑ A. Tolstoj *Il compagno Pinocchio* L. 12.000; ❑ R.L. Stevenson *Favola crudele* L. 7.000; ❑ H. Hesse *Acquarelli* L. 12.000; ❑ G. Bigliani *Pittura Zen* L. 10.000; ❑ A.V. Chamisso *Storia meravigliosa di Peter Schlemihl* L. 7.000; ❑ L. Carroll *Alice nel paese delle meraviglie* L. 15.000; ❑ H. Hesse *L'infanzia del mago* L. 12.000; ❑ A. Beardsley *Venere e Tannhäuser* L. 10.000; ❑ T.V. Ringoltingen *Melusina* L. 12.000; ❑ H. Hesse *Farfalle* L. 12.000; ❑ P. Klee *Viaggio in Tunisia* L. 12.000; ❑ H.C. Andersen *Dialoghi con la luna* L. 10.000; ❑ E.P. Bazàn *Capriccio spagnolo* L. 10.000; ❑ C. Baudelaire, R.M. Rilke, H.V. Kleist *Morale del giocattolo* L. 10.000; ❑ B. Chagall *Diario sentimentale* L. 10.000; ❑ J. Renard *Storie naturali* L. 10.000; ❑ O. Wilde *Aforismi mai scritti* L. 10.000; ❑ H. de Balzac *Peccato veniale* L.10.000; ❑ Cami *Le memorie del Padreterno* L. 12.000; ❑ A.T. Quiller-Couch *La Bella e la Bestia* L. 12.000; ❑ *Aladino* L. 12.000; ❑ J.M. Barrie *Peter Pan* L. 12.000.
**CONTAINER ARTE** – ❑ *Magritte* L. 8.000; ❑ *Mirò* L. 8.000; ❑ *Dali* L. 8.000; ❑ *Kandinsky* L. 6.000; ❑ *Mondrian* L. 8.000; ❑ *Klee* L. 8.000; ❑ *Klimt* L. 8.000; ❑ *Schiele* L. 5.000; ❑ *Rodin* L. 8.000; ❑ *Degas* L: 8.000; ❑ *Chagall* L. 8.000; ❑ *Toulouse-Lautrec* L. 8.000; ❑ *Erté/Alfabeto* L. 12.000; ❑ *Erté/Numeri* L. 5.000; ❑ *Erté/Stagioni* L. 2.500; ❑ *Cartoline surrealiste* L. 15.000; *Beardsley* L. ❑ 6.000; ❑ *Lichtenstein* L. 9.000; ❑ Amadei *Gatti* L. 8.000; ❑ Volpi *Felix feles* L. 8.000; ❑ *Bosch/Paracelso* L. 12.000
**SCONCERTO** – (Volumi con allegato sonoro su disco, CD o mini-CD) ❑ *Joy Division* L. 16.000; ❑ *Marc Almond & Soft Cell* L.14.000; ❑ *The Sisters of Mercy. Life* L. 14.000; ❑ *Paul Roland. The haunted pages* L. 14.000; ❑ *Tuxedomoon* L. 13.000; ❑ *Syd Barrett* L. 14.000; ❑ *The Residents* L. 15.000; ❑ *Robert Wyatt* L. 13.000; ❑ *Bauhaus* L. 15.000; ❑ CCCP L. 16.000; ❑ *Velvet Underground* L. 14.000; ❑ *Billy Bragg* L. 14.000; ❑ *Coast to coast. Punk rock & new wave images* L. 13.000; ❑ *Joy Division. From the centre of the city* L. 15.000; ❑ *Genesis P. Orridge/Psychic TV* L. 18.000; ❑ *Hip Hop Rap. Potere alla parola* L. 15.000; ❑ *Sonic life* L. 16.000; ❑*The Smiths: 1982/1988* L. 16.000; ❑ *Hawkwind* L. 18.000; ❑ *The Jesus and Mary Chain* L. 18.000; ❑ *Grateful Dead* L. 20.000; ❑ *Einstürzende Neubauten* L. 18.000; ❑ *The Psychedelic Years. I colori del rock. San Francisco 1965/1969* A cura di V. Baroni L. 20.000. **JAZZ PEOPLE** – ❑ *Billie Holiday* L. 12.000; ❑ *Bix Beiderbecke* L. 13.000; ❑ *Chet Baker* L. 13.000; ❑ *Bessie Smith* L. 13.000; ❑ *Charlie Parker* L. 13.000; ❑ *Charles Mingus* L. 13.000; ❑ *Dizzy Gillespie* L. 13.000. **MANUALI MUSICALI** – ❑ R. Bella *Chitarra moderna* L. 12.000; ❑ S. Bagazzini *Chitarra flamenco* L. 12.000.
**LEGGERE & SCRIVERE** – ❑ *Farsi un libro* L. 15.000; ❑ *Fare calligrafia* L.12.000; ❑ *Calligrafia n.0* L.5.000; ❑ *Calligrafia n.1* L.6.000; ❑ *Calligrafia n.2* L.7.000.
**EDIZIONI SPECIALI** – ❑ Collodi *Pinocchio* Illustrato da Jacovitti (Volume cm 23x29, rilegato, 256 pagg. a colori) L. 38.000; ❑ Barbier *Le Bonheur du Jour* (Volume cm 21x22,5, rilegato, 72 pagg., 19 tavv. a colori) L. 35.000