

Quale può essere in concreto un percorso per superare l'ultracentenario regime mondiale di proibizione delle droghe definito dalle Convenzioni delle Nazioni Unite? Quali sono le opzioni possibili per la regolamentazione legale della produzione, dell'offerta e del consumo di tutte le droghe, illegali e legali? Attraverso quali tappe si deve procedere? Come distinguere fra le varie sostanze?

Il volume di *Transform*, la fondazione britannica impegnata da anni sul terreno della riforma della politica sulle droghe, ha l'ambizione di rispondere a questi quesiti, offrendo per la prima volta una impalcatura normativa per tutte le sostanze psicoattive ad uso non medico. Con pragmatismo tipicamente anglosassone, gli autori scelgono i mattoni e presentano i plastici di costruzione del nuovo edificio legale che potrebbe sorgere dall'auspicabile «cambio di paradigma». Una riforma ormai inevitabile perché sono molti i segni di crisi della «guerra alla droga»: nonostante l'insistente retorica, imponenti evidenze ne documentano ormai la bancarotta politica, scientifica, etica. Non si tratta di uno scritto di mera testimonianza e neppure, come gli autori amano ribadire, di un testo «radicale». Al contrario, l'estremismo ideologico è appannaggio dei proibizionisti. Forum Droghe con la condivisione della CGIL ha ritenuto utile presentare ai lettori italiani questa guida pratica ad una nuova politica delle droghe, radicata in «scienza e coscienza». La legalizzazione è un orizzonte possibile, a patto di discuterne con documentazione, discernimento e senza pregiudizi. Questo libro è un contributo in tal senso.

Transform Drug Policy Foundation ha sede a Bristol, nel Regno Unito, ed è diretta da Steve Rolles.

€ 12,00



Transform Drug Policy Foundation

Dopo la guerra alla droga



Transform Drug Policy Foundation
Dopo la guerra alla droga
Un piano per la regolamentazione legale delle droghe



MATERIALI



TRANSFORM
DRUG POLICY FOUNDATION

Transform Drug Policy Foundation

Dopo la guerra alla droga

Un piano per la regolamentazione
legale delle droghe



EDIESSE

Traduzione dall'inglese di Ornella Rossi

Edizione originale:

After the War on Drugs: Blueprint for Regulation

Copyright © Transform Drug Policy Foundation 2009

Copyright by Ediesse 2011

Ediesse s.r.l. - Viale di Porta Tiburtina 36 - 00185 Roma

Tel. 06 44870283-44870325 - Fax 06 44870335

www.ediesseonline.it - ediesse@cgil.it

Progetto grafico: Antonella Lupi

Edizione: Febbraio 2011

ISBN 978-88-230-1520-3

Stampa: Tipografia O.Gra.Ro. - Roma

INDICE

<i>Presentazione</i>	9
<i>di Sandro Del Fattore e Giuseppe Bortone</i>	
<i>Prefazione</i>	11
Verso un cambio di paradigma. Nel mondo, forse anche in Italia	
<i>di Franco Corleone e Grazia Zuffà</i>	
1. Introduzione	23
2. Cinque modelli per regolamentare la distribuzione della droga	33
3. La regolamentazione in dettaglio	47
4. Come creare un sistema di regolamentazione	77
5. La regolamentazione dei mercati della droga nella pratica	105
6. Appendici	159

In memoria di Mo Mowlam
1949-2005

Ministro responsabile per la Politica sulla Droga
del Regno Unito 1999-2001

Per celebrare il suo desiderio di dire la verità sulle droghe

«Sulla base della mia esperienza di responsabile per la politica sulla droga [...], sono arrivata alla conclusione che la legalizzazione e la regolamentazione di tutte le droghe siano l'unico modo di ridurre gli effetti dannosi di questa irrefrenabile attività»

The Guardian, 19 settembre 2002

In memoria di Giancarlo Arnao
1924-2000

Studiose delle droghe e militante antiproibizionista,
protagonista di una battaglia politica
fondata sulla conoscenza, contro l'oscurantismo del *proibito capire*.
Sorretto sempre dalla ragione e animato
dall'amore per la libertà.
Un esempio di rigore e passione civile.

PRESENTAZIONE

di Sandro Del Fattore* e Giuseppe Bortone**

Il lavoro che presentiamo è il frutto di una lunga collaborazione della CGIL con «Forum Droghe», una delle associazioni più impegnate per la riforma della politica sulle tossicodipendenze del nostro paese. Ma perché la CGIL è interessata alla pubblicazione di una ricerca come questa? È vigente nel nostro paese una legge sulle droghe approvata nel 2006 dal governo di centro-destra. Quel provvedimento ha un segno preciso: operare una svolta in senso punitivo nella politica sulle tossicodipendenze attraverso un sostanziale restringimento delle possibilità terapeutiche e l'annullamento, di fatto, del principio della riduzione del danno. Si tratta di una legge che rende più difficile l'interazione fra i SERT e le diverse associazioni che sul territorio si occupano del problema «droghe» e tende a spostare il baricentro del sistema di cura verso le strutture del privato sociale più marcatamente ideologiche. Essa ha contribuito a rendere più frequenti episodi drammatici, come quelli che hanno riguardato negli ultimi anni Stefano Cucchi e Aldo Bianzino: si è trattato, purtroppo, in questi casi, di due vittime fra le tante, dovute, oltre che alle indubbie responsabilità specifiche, alle distorsioni di un sistema che finisce col somministrare troppo di frequente il carcere come assurda «cura» per consumatori di droghe e tossicodipendenti.

Qual è, però, il retroterra culturale di questo tipo di atteggiamento? Si tende a confondere sistematicamente l'effetto delle sostanze e la loro nocività con i trattamenti giuridici ai quali quelle stesse sostanze sono sottoposte: si considera nociva una sostanza perché è illegale e, conseguentemente, vengono trattate come innocue tutte le sostanze che hanno il crisma della legalità.

Ma la realtà smentisce questo presupposto: il consumo di alcol, di tabacco o di altre sostanze considerate legali non provoca forse danni consistenti? A questo proposito gli autori di *Dopo la guerra alla droga* mostrano in modo eloquente che cosa ha voluto dire dare la precedenza al puro profitto – e, dunque, alla promozione commerciale e pubblicitaria – per quel che riguarda il

* Coordinatore del Dipartimento Welfare e Nuovi Diritti nella CGIL Nazionale.

** Responsabile della Politica delle Tossicodipendenze nella CGIL Nazionale.

tabacco e i suoi gravissimi danni, fino agli ultimi decenni del secolo scorso. Tutto l'impianto della loro proposta è teso a dare, nei fatti, la precedenza al tema «salute» rispetto all'obiettivo del «massimo profitto»: in una materia, quella del controllo sulle droghe, altrettanto delicata di altre, rispetto alle quali il movimento sindacale giustamente si batte contro ogni logica mercantile e aziendalistica. Lo schema di regolazione anche tecnicamente delineato dagli studiosi dell'associazione «Transform» prevede, infatti, un ruolo decisivo della mano pubblica in tutti i passaggi della distribuzione legale di ogni droga. «Nessuno vuole l'anarchia», precisano i curatori del volume.

«Il punto chiave da enfatizzare è che un'offerta regolamentata acquisisce una opportunità di controllo che è assente nel sistema proibizionista», si afferma inoltre, dopo aver insistito sul fatto che la retorica della proibizione ha praticamente ceduto il controllo delle sostanze a coloro che hanno come sola ed ultima finalità quella del guadagno illimitato.

A questo proposito altre parti del volume ci ricordano problemi specifici, cronici e gravissimi del nostro paese: «Il mercato illegale delle droghe genera reali attività economiche ed offre impiego a molti individui e popolazioni emarginati ed esclusi dalla società». Sembra qui di sentir parlare uno dei relatori al convegno organizzato recentemente dalla CGIL sul sequestro dei vastissimi patrimoni accumulati dai clan mafiosi e sulla presa che l'economia illegale ha pure nella società «normale»: soprattutto, ma non solo, nel Mezzogiorno del nostro paese.

Altrettanto importante è la differenziazione fra sostanza e sostanza, fra situazione e situazione, fra consumatore e consumatore rispetto alle politiche da adottare: si tratta di una delle chiavi di volta dell'intero progetto ed è l'esatto contrario della «vulgata» proibizionista più rozza, tipica di gran parte della destra italiana («tutte le droghe – e tutti i drogati – sono uguali») ma non di altre destre europee (di Spagna, Olanda e Germania, per esempio).

Il volume si chiude con una parte utilissima sulle Convenzioni ONU, vero asse portante della politica sulle droghe, sulle quali si fa opera di ampia e chiara divulgazione: accennando realisticamente anche alla possibilità di una inedita alleanza, in sede internazionale, fra Europa occidentale e America latina. Queste due aree sono infatti assai più aperte, nel loro insieme, alla riduzione del danno e alla decriminalizzazione del consumo di quanto non siano invece Stati Uniti, Russia e paesi asiatici nel loro complesso. Non è ancora una prospettiva di legalizzazione, come spiegano bene gli studiosi di «Transform», ma è una prima rottura col passato: se, come sindacalisti, non possiamo non pensare la questione «droghe» soprattutto in termini di *welfare*, possiamo auspiciare che anche da questa problematica (quale salute pubblica, quali livelli di tolleranza) cominci a ripartire il dibattito, oggi bloccato, sul cosiddetto «modello sociale europeo».

PREFAZIONE

Verso un cambio di paradigma. Nel mondo, forse anche in Italia

di Franco Corleone e Grazia Zuffa

In Italia il dibattito sulla politica delle droghe si è arenato dopo l'occasione perduta dall'ultimo governo Prodi di cambiare la legge Fini-Giovanardi del 2006, che ha inasprito la repressione penale. La nuova legge ha inoltre abrogato il risultato del referendum popolare del 1993, che aveva introdotto la depenalizzazione dell'uso di droga. In realtà, l'*impasse* è perfino antecedente agli anni in cui, nonostante la spinta referendaria, il movimento riformatore non riuscì a imporre ai governi e al parlamento una legge organica sulle droghe, per superare definitivamente la legge (proibizionista) Iervolino-Vassalli del 1990.

La debolezza dei riformatori ha ridato fiato all'indirizzo moralistico e repressivo che da una parte mette il bavaglio addirittura alla riduzione del danno e mortifica le esperienze della bassa soglia; dall'altra, riempie le galere di tossicodipendenti e di giovani per reati «di lieve entità» (la detenzione al di sopra della quantità definita ad uso personale e il piccolo spaccio).

Non è solo la politica delle droghe a soffrire di carenza di dibattito: la crisi della politica, che è soprattutto crisi di democrazia e di attenzione al bene pubblico, svislisce il confronto di idee, ignora le proposte, non si cura delle strategie alternative. Non tutti però si rassegnano ad una parabola discendente, perché in politica non esiste un destino inevitabile. Noi siamo fra questi, e pensiamo che occorra prepararsi ad una stagione di cambiamento anche nella politica delle droghe.

La svolta non potrà che essere coraggiosa e rigorosa sul piano dei principi, anche se prudente e graduale nella realizzazione.

Per questi motivi, Forum Droghe ritiene utile presentare ai lettori italiani il lavoro di *Transform*, la fondazione inglese impegnata da anni sul terreno della riforma della politica delle droghe. Il volume *Dopo la War on Drugs. Un piano per la regolamentazione legale delle droghe* ha l'ambizione di presentare, per la prima volta, una serie di opzioni pratiche e concrete per la creazione di un sistema normativo globale per tutte le sostanze psicoattive ad uso non medico, tracciando chiaramente un percorso di superamento della proibizione definita dalle Convenzioni delle Nazioni Unite. Le tre Convenzioni sulle dro-

ghe illegali, del 1961, 1971 e 1988, sono le pietre fondanti del pensiero e della pratica della «lotta alla droga», sviluppatasi lungo il corso del Novecento. Il libro parte dalla convinzione che la *war on drugs* sia miseramente fallita e che il progetto di «un mondo libero dalla droga», solennemente proclamato all'Assemblea Generale Speciale sulle droghe di New York nel 1998 (UNGASS), sia inevitabilmente naufragato.

Al tempo, la comunità mondiale delle Nazioni Unite si riconobbe pressoché unanimemente in quel proclama irrealistico e ideologico: *a drug free world, we can do it*. Da allora, si sono moltiplicate le crepe nell'edificio ideologico della «guerra alla droga» e l'unanimità è ormai un ricordo. Valga l'esempio del *meeting* CND (*Commission on Narcotic Drugs*) nel 2009, a Vienna, in occasione della verifica decennale del piano antidroga deciso all'Assemblea generale di New York (*UNGASS Review*): la maggioranza dei paesi europei (capofila la Germania) insieme ad altri consegnò agli atti una dichiarazione a sostegno delle strategie di riduzione del danno; tema su cui si era consumato uno scontro assai aspro durante lo stesso *meeting*. Si trattava di una dissociazione di fatto dalla solenne dichiarazione politica finale; prassi del tutto inusuale e perciò traumatica in questo genere di eventi. Ancora più clamoroso l'intervento del presidente della Bolivia, Evo Morales, nella stessa assemblea: Morales apertamente contestava le convenzioni sulle droghe in nome dell'autonomia dei popoli e del rispetto delle differenze culturali, preannunciando un emendamento ai trattati internazionali per legalizzare la pratica ancestrale della masticazione della foglia di coca.

Sempre nel 2009, esce un importante documento della «Commissione latinoamericana su droghe e democrazia»: un organismo di esperti promosso dagli ex presidenti Fernando Cardoso del Brasile, Cesar Gaviria della Colombia, Ernesto Zedillo del Messico. La Commissione chiede una svolta nella politica globale delle droghe, anzi un vero e proprio «cambio di paradigma»: depenalizzare la detenzione ad uso personale e concentrare la repressione sul traffico; individuare alternative valide alle coltivazioni illegali di coca e cannabis, compreso il loro utilizzo per prodotti legali (medicinali, tè, tessuti); investire risorse sul versante socio-sanitario, in particolare sulla riduzione del danno. Il coinvolgimento degli ex presidenti garantisce l'autorevolezza dell'iniziativa e il suo carattere *super partes*. È dunque un segnale eloquente che il continente sudamericano, teatro principale insieme all'Asia della *war on drugs*, non sia più disposto ad appoggiarla e neppure a tollerarla.

Sintomi di cambiamento, di alto valore simbolico, si stanno manifestando anche nel centro promotore della guerra alla droga, gli Usa, ad opera di Obama e del nuovo zar antidroga Gil Kerlikowske: in particolare, la fine della persecuzione da parte degli agenti federali contro i pazienti che usano la marijua-

na per curarsi e la caduta del veto storico al finanziamento pubblico federale dei programmi di scambio siringhe.

Il conflitto è perfino aperto dentro gli stessi organismi dell'ONU: se lo UNODC (l'agenzia ONU sulle droghe) ha sempre appoggiato la linea dura, lo UNAIDS e la OMS da tempo sostengono la riduzione del danno.

Legalizzare, per la salute innanzitutto

Sembra dunque che i tempi siano maturi per un libro come questo, che vuol essere una guida pratica alla regolazione legale delle droghe. Una guida pratica, si è detto, non uno scritto di mera propaganda e neppure, come si premurano di ripetere molte volte gli autori, un testo «radicale» («estremista» diremmo noi in Italia). Al contrario, l'estremismo ideologico è appannaggio dei proibizionisti. Così, mentre le Convenzioni accomunano nel divieto droghe assai differenti (per caratteristiche farmacologiche, per modelli d'uso, per accettabilità sociale), all'inverso il libro offre ragionate e ragionevoli opzioni di regolazione, distinte per le diverse droghe. Di più, si prefigura un percorso a tappe alla regolamentazione legale di produzione, vendita e consumo delle diverse droghe e si mette in guardia dal rischio di cambiamenti improvvisi. È così tracciato un nuovo corso della politica delle droghe, radicato nella «scienza e coscienza» e poggiato sul pragmatismo: da qui il fondamentale ruolo della ricerca, per un monitoraggio attento e costante dei mutamenti introdotti.

Non vengono elusi neppure i più tenaci luoghi comuni, piatto forte di chi difende a oltranza lo *status quo*: come quello che preconizza un inesorabile aumento dei consumi in caso di legalizzazione. Questo assunto non ha dalla sua alcuna dimostrazione. Anzi, alcune ricerche che hanno confrontato i consumi in paesi con regimi legali assai differenti (come quella sulla cannabis ad Amsterdam e San Francisco) mostrano modelli d'uso incredibilmente simili. Ciò fa supporre la scarsa incidenza dei controlli legali sui *trend* sociali. Lo stesso si ricava da un esame della prevalenza d'uso in paesi più repressivi a confronto con quelli più liberali.¹ Più alla radice, è messo in discussione il modello di salute pubblica centrato sulla riduzione/eliminazione dei consumi invece che sulla promozione dei modelli d'uso più moderati/controllati (e sulla dissuasione da quelli più intensivi/incontrollati). Nella seconda ipotesi, la legalizzazione offre molti vantaggi per la salute pubblica: dal controllo di qualità del prodotto, all'informazione sugli effetti delle sostanze, utile specie per

¹ C. Reinarnam, P. Cohen, H. Kaal (2004), *The Limited Relevance of Drug Policy: Cannabis in Amsterdam and in S. Francisco*, in *American Journal of Public Health*, n. 94, 5 (trad. it. *Il consumo, una variabile indipendente dalle norme*, in *Fuoriluogo*, settembre 2004).

quelle più pericolose, all'educazione all'uso responsabile. Quanto agli svantaggi dell'illegalità rispetto alla salute degli individui e della collettività, possiamo fare nostre le magistrali parole di Norman Zinberg (1984):

Ironicamente, gli sforzi per eliminare ogni tipo di consumo lavorano contro lo sviluppo di controllo da parte di chi decide comunque di consumare.

Vale la pena di considerare con particolare attenzione il ragionamento intorno al bene della salute pubblica. Della salute pubblica, si badi bene. Dal punto di vista della salute individuale, l'astinenza dalle sostanze psicoattive può essere una *scelta* ragionevole, a volte assai opportuna. Ma dal punto di vista della salute pubblica, l'imposizione dell'astinenza (sottesa alla proibizione) non solo significa rinunciare a tutelare la salute di quei cittadini che scelgono comunque di consumare; comporta anche aumentare il rischio legato alle droghe. Nello specifico, il regime d'illegalità tutela *una parte* dei cittadini (coloro che saranno convinti ad astenersi) *contro l'altra parte* (di chi consuma). Come dire: il mondo «libero dalla droga» è un imperativo (moralistico) che divide la società; se invece si vogliono «gettare ponti» fra le differenze, senza esacerbare i conflitti e favorire le spinte all'espulsione, allora l'obiettivo più consono delle politiche pubbliche è la «convivenza» con le droghe.

La convivenza non significa rassegnazione. Al contrario, proprio l'abbandono del meccanismo di negazione della realtà permette di lavorare attivamente per modificarla: affrontando finalmente in maniera razionale il problema dell'uso di droghe, al fine di limitarne i rischi. È un filo di ragionamento che percorre con puntiglio l'esposizione dei modelli di regolamentazione (bene integrando la più tradizionale argomentazione a sostegno della legalizzazione, dei benefici per l'ordine pubblico derivanti dalla riduzione dell'illegalità e della criminalità).

Come si vede, il volume apre una finestra sul possibile funzionamento di un sistema di controllo delle droghe alternativo a quello fondato sulle Convenzioni: sceglie i mattoni e presenta i plastici di costruzione per il nuovo edificio normativo che potrebbe sorgere dall'auspicato «cambio di paradigma». Per edificare il nuovo, bisogna abbattere il vecchio o almeno ristrutturarlo alle fondamenta. Il «vecchio» non è solo rappresentato dalle Convenzioni di Vienna: nel corso di oltre sessanta anni è stato costruito un complesso sistema di agenzie e di apparati per implementare le convenzioni e condurre la «guerra alla droga». Come ben si sa, le burocrazie lavorano per preservare se stesse, e la burocrazia antidroga non è da meno. Non c'è dunque da meravigliarsi che il vecchio edificio sia ancora in piedi, nonostante i segnali di cedimento di cui si è detto.

Le convenzioni ONU e la Chiesa della proibizione

Quali sono i passi da compiere per adeguare la normativa internazionale e permettere il passaggio alla regolazione legale? Anche su questo problema di natura squisitamente politica, il libro offre materiali di discussione nella ricca Appendice sulle Convenzioni internazionali, entrando nel merito delle diverse procedure di modifica dei trattati, dalla denuncia all'emendamento. Si scopre così che le Convenzioni sono congegnate, anche tecnicamente, per sopravvivere nella veste originaria il più a lungo possibile. Per inciso: il fatto che non sia previsto un meccanismo agibile di modifica, che permetta di aggiornare i trattati alla mutata situazione dei consumi, dei mercati, dei rapporti geopolitici, la dice lunga sul carattere ideologico di questi trattati. Che non sono strumenti moderni e laici di governo dei problemi globali, quanto piuttosto una sorta di testi «sacri» del proibizionismo.

Come si può mettere in moto la macchina dell'innovazione, in modo da adeguare le politiche globali delle droghe ai progressi della scienza e poter recepire le lezioni che provengono dalle sperimentazioni avviate a livello nazionale e locale, nelle città e nei territori?

Alcuni spunti si ricavano dall'esperienza italiana. Come accennato, nel 1993 si svolse un referendum abrogativo delle norme penali della legge n. 162 del 1990 ammesso al voto dalla Corte Costituzionale ed uscì nettamente vincente la scelta di depenalizzare la detenzione e il consumo personale delle sostanze stupefacenti. Lo INCB (*International Narcotics Control Board*), l'organismo che sovrintende l'applicazione delle Convenzioni, obiettò subito alla nuova legge sugli stupefacenti, così come emersa dalla volontà popolare: a detta del *Board*, la nuova normativa non ottemperava ai trattati internazionali. Negli anni successivi, una delegazione dello stesso INCB, in un incontro in Italia coi rappresentanti del Ministero di Grazia e Giustizia, rinnovò i suoi appunti. Il governo rispose sostenendo una diversa interpretazione delle Convenzioni; chiarì anche che nel nostro ordinamento la legislazione nazionale, per di più quando è prodotta dalla espressione della volontà popolare, non può avere altro limite che quello dei principi fondamentali dell'ordinamento giuridico e dei valori della Costituzione e non di norme prive di valore cogente. Non solo la pressione politica dello INCB non ebbe alcuna conseguenza in ambito internazionale, ma neppure in ambito locale suscitò alcun dibattito. Ancora, nel 1995 una proposta di legge per la legalizzazione dei derivati della *cannabis indica* fu sottoscritta da oltre 150 deputati.² I sei articoli disegnavano un sistema di autorizzazioni per la coltivazione a fini di commercio, l'acquisto, la produzione e la vendita di canapa. I prodotti destinati alla

² Atto Camera dei Deputati n. 2362, prima firma Corleone.

vendita al dettaglio sarebbero stati sottoposti a controllo di qualità, mentre le confezioni destinate alla vendita al minuto avrebbero dovuto riportare avvertenze sugli inconvenienti per la salute. Era contemplato il divieto della vendita di canapa ai minori di sedici anni, nonché della propaganda pubblicitaria diretta o indiretta. Erano inoltre indicati la tipologia degli esercizi autorizzati alla vendita e i requisiti dei locali pubblici destinati al consumo delle sostanze. Infine, era prevista una relazione annuale al Parlamento sullo stato di attuazione della legge e sui suoi effetti: in particolare sull'andamento delle vendite, sull'età media dei consumatori, sul rapporto fra uso di canapa e consumo di alcolici e di altre sostanze stupefacenti, sull'eventuale persistenza del mercato clandestino. La proposta iniziò il suo iter parlamentare nonostante le difficoltà politiche, anche se poi la fine anticipata della legislatura impedì la conclusione della discussione. Se fosse stata approvata, sarebbe diventata legge dello Stato nonostante le previsioni delle Convenzioni internazionali.

Dal centralismo burocratico al «rimpatrio» della politica delle droghe

C'è da dire che la depenalizzazione (del consumo) è diversa dalla legalizzazione (della produzione e del consumo): quest'ultima è chiaramente esclusa dalle Convenzioni. È pur vero che le decisioni prese secondo le procedure democratiche nazionali hanno la supremazia sui trattati internazionali, nel senso che gli ultimi non possono costituire impedimento all'esercizio del potere democratico in merito alle questioni oggetto delle convenzioni internazionali. Tuttavia, se la legge sulla legalizzazione della cannabis fosse stata approvata, l'Italia avrebbe di fatto denunciato le Convenzioni e sarebbe quindi uscita dal regime dei trattati internazionali. Nel caso della depenalizzazione dell'uso, ci sono invece margini di compatibilità col dettato delle Convenzioni. Tali margini hanno permesso all'Olanda di perseguire la politica della tolleranza per la cannabis col sistema dei *coffee shop*; così come ad alcuni paesi, soprattutto europei, di aprire le «stanze del consumo» sicure, dotate di assistenza sanitaria (*safe injecting room*) e di sperimentare con successo altre misure di riduzione del danno. In questi casi, i richiami all'ordine dello INCB (puntualmente verificatisi negli esempi sopra citati) si basano su interpretazioni soggettive dei trattati che non si vede per quale ragione debbano prevalere su quelle degli Stati membri, se è vero, com'è vero, che i trattati stessi riconoscono il diritto di applicare gli articoli in accordo col sistema legale vigente negli Stati.³ È evidente che lo INCB sta sconfinando dai suoi compiti istituzionali, per muo-

³ Si veda l'art. 36 della Convenzione Unica del 1961 sulle sostanze narcotiche, l'art. 22 della Convenzione sulle sostanze psicotrope del 1971 e l'art. 3 della Convenzione contro il traffico illecito delle droghe narcotiche e sostanze psicotrope del 1988.

versi su un terreno squisitamente politico, che non gli compete. Stante che il *Board* non ha poteri per costringere i paesi ad applicare le proprie direttive, le sue citazioni di demerito verso gli Stati «disobbedienti» valgono quale forma di stigmatizzazione di fronte alla comunità internazionale. Sono pressioni politiche che possono mettere in serie difficoltà i paesi più deboli (i cosiddetti paesi «produttori», per esempio), ma che non possono intralciare le riforme in quelli più forti. Così è stato in Italia, come si è detto, per le norme di depenalizzazione uscite dal referendum. Così è stato per il Regno Unito, quando nel 2003 fu decisa la declassificazione della cannabis (col risultato di una sostanziale depenalizzazione dell'uso personale di questa sostanza): il governo britannico rispose agli attacchi dello INCB con una nota diplomatica gelida e perfino sprezzante, nel merito e nella forma.

Per tornare al problema più scottante della modifica delle convenzioni, esso è da diverso tempo all'attenzione del movimento riformatore. Nel 2003, Forum Droghe organizzò a Venezia un convegno intitolato «Da Venezia a Vienna. Per un'alternativa alla *war on drugs* in nome dei diritti umani», in occasione della riunione della CND (*Commission on Narcotic Drugs*) per la cosiddetta «valutazione di medio termine» del piano globale antidroga lanciato all'Assemblea Generale dell'ONU del 1998 (*UNGASS Midterm Review*). In quella sede, la studiosa Cindy Fazey propose il «rimpatrio» delle politiche delle droghe: riportare le scelte fondamentali nelle mani dei governi nazionali, lasciando decadere di fatto alcune norme delle Convenzioni internazionali. In questo caso il cambiamento avverrebbe non attraverso i complessi meccanismi burocratici di denuncia o di emendamento previsti dai trattati, ma tramite l'iniziativa politica decentrata di un singolo paese o (meglio) di un certo numero di paesi a vocazione riformatrice. Negli stessi anni, il sociologo Peter Cohen pubblicava un saggio sulla «Chiesa della proibizione» e i suoi «testi sacri». Scriveva fra l'altro: «La vera sfida alla legittimità dei trattati sulle droghe non sta nel prendere iniziative di cambiamento al livello della Congregazione. Il vero test sarà quando i singoli paesi o gruppi di paesi capiranno che i cambiamenti di cui le loro città hanno bisogno andranno sempre contro qualche frase o virgola dei testi sacri». ⁴ È la via della denuncia di fatto, della dissociazione tacita, dell'iniziativa dal basso che si legittima in base all'efficacia dei risultati, alla capacità effettiva di governare le comunità locali. In sintesi, lo svuotamento delle Convenzioni conduce naturalmente alla loro decadenza. Già si è detto dei sintomi di cedimento nell'edificio proibizionista. Nel novembre 2010 si è registrato lo scricchiolio più rumoroso: il *Rapporteur* delle Nazioni Unite per il «Diritto al godimento del più alto possibile standard di

⁴ P. Cohen (2005), *La caduta del dogma*, in F. Corleone e G. Zuffa (a cura di), *La guerra infinita. Le droghe nell'era globale e la svolta punitiva in Italia*, Edizioni Menabò, Ortona.

salute fisica e mentale», Anand Grover, presenta un rapporto di denuncia delle tante violazioni dei diritti umani perpetrate in nome della guerra alla droga e punta l'indice contro le Convenzioni di proibizione. Il *Rapporteur* sul diritto alla salute chiede un «cambio di paradigma» radicale: il superamento delle Convenzioni e il passaggio alla regolamentazione legale seguendo un modello simile a quello del tabacco. Interessante la risposta congiunta degli organismi ONU preposti alla politica delle droghe, lo UNODC e lo INCB: da un lato ribadiscono il carattere perenne dei «sacri» trattati, rivendicando la insostituibilità dell'approccio penale nella «prevenzione dell'abuso e della dipendenza» [sic]; dall'altro propongono un «approccio bilanciato», ricordando che per il consumo le convenzioni *consentono* misure alternative alle sanzioni penali. Esattamente quanto previsto dal referendum italiano del 1993 di depenalizzazione dell'uso di droghe, che allora aveva suscitato le reazioni stizzite dello INCB.

Times they are a-changing a Vienna? Chissà. Intanto, *Times they are a-changing* negli Stati Uniti. Nell'ottobre 2010, il governatore della California, il repubblicano Arnold Schwarzenegger, ha firmato una legge sull'uso personale di marijuana che sostituisce la previsione del carcere con una semplice multa, senza più alcuna conseguenza penale. La legge entra in vigore nel gennaio 2010: siamo curiosi di leggere il prossimo rapporto INCB.

Alcol e cannabis, i limiti della categoria di danno

La regolamentazione legale di tutte le sostanze psicoattive non significa il semplice allineamento (normativo) delle droghe in precedenza illegali a quelle legali. Al contrario, occorre riconsiderare e riclassificare il rischio/danno di tutte le sostanze. La nuova cornice normativa adeguerà i controlli legali alla graduatoria di rischio sanitaria. E poiché l'alcol è sempre più indicato come una sostanza pericolosa, il nuovo sistema dovrà ragionevolmente proporre normative più stringenti per l'alcol a fronte di un allentamento dei controlli per alcune sostanze oggi illegali: così ragionano gli autori del volume. Tale tesi, non nuova nel fronte antiproibizionista, è sostenuta soprattutto dai fautori della legalizzazione della canapa. I quali, per sottolineare la sproporzione fra il bassissimo rischio farmacologico della cannabis («non-droga», si è detto) e l'alto livello di repressione penale, puntano l'indice contro i danni elevati dell'alcol (a fronte degli insufficienti controlli legali). È lo stesso ragionamento del farmacologo britannico David Nutt, che nel 2007, in un primo studio, ha proposto una classificazione del danno da droghe: l'alcol è ai gradini più alti della scala (insieme ad eroina, cocaina e barbiturici) mentre la canapa è classificata a quelli più bassi (undicesimo posto). Il secondo studio di Nutt (2010) segue sostanzialmente la stessa metodologia del primo, di *consensus*

conference fra esperti.⁵ Esso mostra un allargamento della forbice fra la scala del danno da un lato, e i regimi legali dall'altro: l'alcol è ritenuto la sostanza più pericolosa, e raggiunge il vertice (72 punti di danno) grazie agli alti punteggi nei criteri di «danno agli altri» (i danni sociali come «crimine» e «conseguenze negative in famiglia»); la canapa è ben distanziata all'ottavo posto (con 20 punti); addirittura l'ecstasy è al quartultimo posto (con un punteggio di 9).

Questa linea – allentiamo i controlli per la canapa ma rafforziamoli per l'alcol – tanto è solida e di buon senso in apparenza, quanto discutibile nella sostanza.

Fra le possibili obiezioni, una basilare è stata avanzata da un altro farmacologo, Paolo Nencini:⁶ Nutt non tiene presente – sostiene Nencini – che esistono due aree degli effetti dell'alcol, «approssimativamente separate dal livello di alcolemia che distingue lo stato sobrio da quello dell'ebbrezza. La prima area comprende gli effetti che in senso lato facilitano la socializzazione: abbattimento dell'ansia sociale, facilitazione della comunicazione verbale e no, euforia. La seconda comprende invece gli effetti che generano comportamenti antisociali: ostilità e aggressività, distorta percezione dei messaggi verbali e non verbali, errata valutazione delle conseguenze delle proprie azioni». Su questi *differenti* grappoli di effetti si sono fondate differenti culture del bere: «la nostra, la cosiddetta cultura mediterranea, che discende dalla cultura greca, ha familiarità col grappolo di effetti «che contribuisce alla socializzazione e sembra addirittura partecipare alla buona salute fisica della comunità». La classificazione di Nutt crea a Nencini «sorpresa e disagio» perché si riferisce all'altro grappolo di effetti dell'alcol, quello dell'eccesso alcolico, mentre ignora le culture della sobrietà.

È in primo luogo un richiamo a considerare la miopia della categoria di rischio, poiché le sostanze hanno vantaggi e svantaggi, effetti positivi ed effetti negativi; e a valutare il ruolo decisivo delle culture e dei contesti nel «plasmare» i modelli di consumo (massimizzando gli effetti farmacologici positivi e minimizzando/espungendo quelli negativi). Non solo. Desta in noi stupore e disagio che si parli di «danni sociali» delle droghe astraendo da *come* le sostanze vengono usate. In tal modo, i danni sociali sono ricondotti alle proprietà delle sostanze, come se la farmacologia potesse dar conto, in maniera deterministica, dei comportamenti individuali e dei modelli sociali di consumo.

⁵ D. Nutt et al. (2007), *Development of a Rational Scale to Assess the Harm of Drugs of Potential Misuse*, in *The Lancet*, n. 369, 9566, pp. 1047-1053, 24 marzo.

D. Nutt et al. (2010), *Drug Harms in the UK: A Multicriteria Decision Analysis*, in *The Lancet online*, 1° novembre.

Il lavoro di David Nutt ha l'indubbio merito di evidenziare l'incongruenza e l'insensatezza dell'attuale trattamento legale delle sostanze psicoattive. Tuttavia, non sfugge ai limiti della prospettiva «farmacocentrica», la stessa che è alla base della cultura del proibizionismo. Se infatti il problema è nelle sostanze che «dominano» gli individui, e non sono contemplate le capacità degli individui e dei contesti di «dominare» le droghe, allora l'obiettivo principe sarà di ridurre al minimo le opportunità di contatto fra gli individui e le sostanze: il che significa ridurre (fino ad eliminare quale obiettivo ideale) l'offerta della sostanza sì da ridurre al minimo la prevalenza dell'uso di alcol nella popolazione.

La legalizzazione è di là da venire? Mai dire mai

Dunque, il «farmacocentrismo» si tira dietro la centralità dei controlli legali, di interdizione della sostanza (quali il divieto di acquisto e di uso in pubblico al di sotto di una certa età, ad esempio). Peraltro, la proibizione non è altro che l'opzione estrema, più radicale, del controllo legale. Non a caso l'idea di leggere i consumi di alcol attraverso (l'unica) lente del danno, nasce originariamente nell'ambito del Movimento della Temperanza, che sul finire del XIX secolo si batté per la proibizione dell'alcol e riuscì ad imporla nell'America degli anni venti. Per tali ragioni, è assai improbabile che il «riequilibrio» fra alcol e cannabis possa risolversi nel passaggio alla legalità di quest'ultima. È invece assai più probabile che sia l'alcol ad essere risucchiato nella spirale della proibizione.

Non ci stancheremo di ripetere che esiste un modello di salute alternativo, centrato sui controlli sociali. In tale visione, le culture della sobrietà sono un fattore protettivo contro l'eccesso alcolico: sostenerle e promuoverle rappresenta la più efficace forma di prevenzione. I dati sembrano favorire questa linea: i paesi mediterranei, nonostante abbiano più alta prevalenza di consumo di bevande alcoliche rispetto ai paesi nordici e anglosassoni (radicati nella cultura della Temperanza), hanno tuttavia minori problemi alcol correlati.

Ciò non significa che non sia opportuno introdurre nuove norme di legge, ovviamente. Noi stessi abbiamo presentato in Parlamento (peraltro senza successo) proposte per il divieto della pubblicità televisiva dei superalcolici e della vendita di bevande alcoliche nei punti di ristoro delle autostrade. La proposta con prima firma Corleone nella XIII legislatura riprendeva un disegno

⁶ Presentazione al seminario «Nuovi consumi per una droga antica», Forum droghe e Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza, 2, 3, 4 settembre 2010. Cfr. anche P. Nencini (2009), *Ubriachezza e sobrietà nel mondo antico. Alle radici del bere moderno*, gruppo Editoriale Muzio, Bologna.

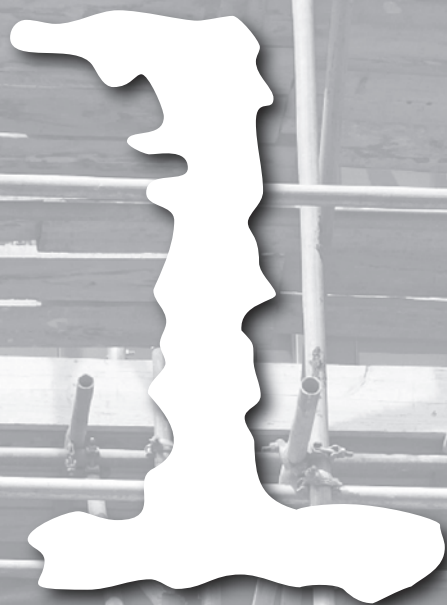
di legge della X legislatura presentato dai senatori Grazia Zuffa, Nicola Imbriaco, Giovanni Berlinguer, Giovanni Correnti e Franca Ongaro Basaglia.⁷ L'essenziale è di non assecondare il riduzionismo farmacologico: l'uso di droghe è un'esperienza umana complessa che non può essere ridotta agli effetti della sostanza sull'organismo.

La legalizzazione è di là da venire? Ethan Nadelmann in un saggio pubblicato su *Fuoriluogo* rispondeva così: «Mai dire mai». E aggiungeva: «Un mondo libero dalla droga, definito dalle Nazioni Unite un obiettivo realistico, è tanto raggiungibile quanto un mondo libero dall'alcol, cosa di cui nessuno più parla seriamente da quando la proibizione è stata abrogata negli Stati Uniti nel 1933. Tuttavia persiste una futile retorica sul vincere la guerra alla droga, nonostante le montagne di evidenze che ne documentano la bancarotta morale e ideologica. La guerra globale alle droghe persiste anche perché tante persone non distinguono tra i danni dell'abuso di sostanze e i danni della proibizione. La legalizzazione ci obbliga a mettere questa distinzione in primo piano. Poche persone hanno ancora dubbi sul fatto che la guerra alla droga sia persa, ma servono coraggio e capacità di visione per superare l'ignoranza, la paura e gli interessi acquisiti che la sostengono».⁸

Condividiamo totalmente questo auspicio e ci auguriamo che questo libro contribuisca a far rinascere anche in Italia una discussione senza pregiudizi. Una nuova stagione, di ragione e tolleranza, forse si avvicina.

⁷ Atto Camera dei deputati n.164 e Atto Senato n. 3094.

⁸ E. Nadelmann (2007), *La legalizzazione è di là da venire? Mai dire mai*, in *Fuoriluogo*, ottobre 2007.



Introduzione

Introduzione

1.1. Un'etica dell'efficacia

La politica mondiale sulle droghe ha le sue radici nella spinta lodevole di affrontare i danni, molto concreti, che le sostanze psicoattive ad uso non medico possono produrre. Questa preoccupazione ha determinato l'agenda politica proibizionista a livello mondiale: un'agenda che investe coloro che la sostengono di una chiara e diretta autorità morale, mentre bolla coloro che la osteggiano come eticamente e politicamente irresponsabili. Ciononostante, pensare in modo così dicotomico può creare dei problemi. Definire il più stretto proibizionismo come la posizione moralmente più corretta rende difficile una valutazione con diverse sfumature dell'impatto della proibizione. In particolare, ciò rende molto difficile osservare l'impatto e i risultati del proibizionismo ed apprenderne utili lezioni. Passati tentativi in questo senso sono stati fatti naufragare, sulla base dell'idea che studiare il proibizionismo equivalga a metterlo in discussione e che mettere in discussione il proibizionismo sia un atto immorale in se stesso: un atto che rende colui che indaga complice delle ben note infamie del mercato nero mondiale delle droghe. Per ironia, sostenere lo *status quo* perpetua quel commercio e i pericoli che esso genera. Questo accade perché un sostegno acritico al più stretto proibizionismo impedisce a politici e legislatori di imparare dall'esperienza. Infatti, un secolo di esperienza col proibizionismo insegna che questo può spesso essere controproducente, in quanto non riesce a ridurre i danni che si propone di combattere e crea una congerie di inaspettate conseguenze catastrofiche. La portata di questo fallimento è stata registrata in dettaglio da molte centinaia di studi di valutazione sobri, indipendenti e oggettivi, stilati da commissioni governative, studiosi e organizzazioni non governative, sparse per il mondo, nel giro di svariati decenni. Il presente studio non mira a passare di nuovo in rassegna i risultati di questa serie di ricerche, che sono facilmente e liberamente disponibili altrove.¹ Piut-

¹ Si veda la collezione di rapporti fondamentali in Transform www.tdpf.org.uk/Policy_KeyReports.htm, e la biblioteca online dell'Alleanza per la Politica sulle Droghe (*Drug Policy Alliance*, DPA) www.drugpolicy.org/library/.

tosto, noi cerchiamo di riconsiderare la gestione delle droghe illegali alla luce dell'esperienza che esse rappresentano e incarnano. Facendo buon uso di tale esperienza, stenderemo un sistema di linee guida per la politica di gestione delle droghe, mirato a ridurre al minimo i danni che il consumo di tali droghe genera, sia a livello dei singoli individui che a livello della società.

In breve, il nostro obiettivo è quello di definire una serie di concrete ed efficienti strategie di gestione e di riduzione di rischi e danni. Tali strategie rappresenteranno un passo chiaro e positivo verso quei buoni risultati che il proibizionismo ha tentato di ottenere, senza successo. Una posizione strettamente proibizionista potrebbe interpretarle come immorali, in quanto invitano alla legalizzazione della produzione e distribuzione di molte droghe attualmente illegali. La posizione di «Transform» è infatti guidata da un'etica dell'efficacia e, come tale, rappresenta un tentativo di riformulare il dibattito mondiale sulla gestione dei danni in termini esclusivamente pratici.

I casi di regolamentazione inadeguata di droghe attualmente legali non ci devono scoraggiare dal cercare modelli più giusti ed efficaci per la regolamentazione delle droghe attualmente illegali. Un'etica dell'efficacia dovrebbe venire applicata a tutte le droghe. Certo, i fallimenti storici nella regolamentazione delle industrie del tabacco e dell'alcol hanno più in comune con l'eliminazione di ogni controllo, di cui è un esempio il proibizionismo, che con le migliori pratiche di regolamentazione.

1.2. Nessuno vuole l'anarchia

L'emergere del proibizionismo è stato difeso in base alla concezione delle droghe come una «minaccia» esistenziale, piuttosto che come un più convenzionale problema di salute o di politica sociale. La retorica proibizionista inquadra le droghe come una minaccia non solo per la salute, ma anche per i nostri bambini, per la sicurezza nazionale («i nostri confini») o, più in generale, per lo stesso tessuto morale della società.

In pratica il modello proibizionista è presentato come una risposta a simili minacce: il che ha rappresentato il discorso proibizionista come una crociata morale contro il «male» che minaccia l'intero genere umano. Il preambolo della Convenzione Unica delle Nazioni Unite sulle droghe del 1961, per esempio, definisce il contesto del sistema legale da essa determinato in questi termini:

- Preoccupato della salute e del benessere del genere umano
- Riconoscendo che la dipendenza da narcotici costituisce un male grave per l'individuo ed è carica di pericoli sociali ed economici per il genere umano
- Consapevole del proprio dovere di prevenire e combattere questo male.

Dato questo contesto retorico, è facile vedere come i sostenitori del proibizionismo interpretino ogni passo verso una regolamentazione legale della produzione e distribuzione della droga come qualcosa di immorale: una forma di resa o di caduta nell'anarchia. La critica alle più liberali politiche sulla droga è infatti formulata in questi termini. I critici definiscono uno o più casi limite negativi, spesso estrapolati da una serie di «e se...?», scaturiti dalla prospettiva di un'immediata e totale assenza di ogni forma di legislazione sul controllo delle droghe, e poi, sulla base di simili casi limite, concludono che essi saranno la norma.

È importante osservare che qui noi siamo d'accordo con i proibizionisti. Una completa e immediata sospensione di ogni infrastruttura di controllo alla droga, che ignori tutta l'esperienza, conquistata a fatica, nella gestione di danni e rischi, porterebbe a dei seri danni sia individuali che sociali, capaci di superare qualsiasi potenziale beneficio. Porre fine al proibizionismo in questo modo sarebbe sia incosciente che sbagliato. Nessuno vuole l'anarchia e noi meno di tutti. Questo resta vero sia nel caso si tratti di anarchia criminale, che di mercati lasciati del tutto a briglia sciolta. Il bisogno di una regolamentazione efficace di produzione, distribuzione e consumo di droghe non a uso medico è sempre stato e rimane di fondamentale importanza.

Invece di interpretare le droghe
come una minaccia violenta,
esistenziale, noi le vediamo come
una fonte di problemi che possono
essere più utilmente definiti
in termini medici e sociali

Ciò che però ci distingue è il significato che noi diamo alla funzione della regolamentazione. Invece di interpretare le droghe come una minaccia violenta, esistenziale, noi le vediamo come una fonte di problemi che possono essere più utilmente definiti in termini medici e sociali. Le motivazioni e i comportamenti

nell'uso di droga sono molti e diversificati, come lo sono le conseguenze di quest'uso: vanno dal consumo benefico, a quello non problematico, a quello problematico e legato a dipendenza cronica. Se da una parte questo libro è principalmente rivolto all'applicazione di una forma di regolamentazione legale laddove i danni causati dalle droghe siano maggiormente evidenti, dobbiamo però anche riconoscere che la maggior parte del consumo di droghe non porta particolari danni ed è dovuto ad una scelta consapevole da parte di individui adulti, motivata razionalmente, prima di tutto dalla ricerca del piacere. Perciò, invece di cercare strumenti legali per punire e sradicare il male morale, noi cerchiamo di contribuire a sviluppare una serie di leggi che aiutino le amministrazioni locali, nazionali e globali a gestire in modo efficace la realtà dei problemi medici e sociali che fronteggiamo, a beneficio di tutti: un beneficio che può essere definito e misurato chiaramente.

1.3. Essere radicali?

I sostenitori del proibizionismo presentano qualsiasi passo verso la regolamentazione del mercato della droga come «radicale», e perciò per sua natura ostile e pericoloso. Tuttavia l'evidenza storica dimostra che, di fatto, è il proibizionismo ad essere la politica radicale. La regolamentazione legale della produzione, distribuzione e consumo della droga è ben più in linea con le maniere correntemente accettate di gestire i rischi sociali e medici in quasi ogni altro settore della vita.

Per contro, la presentazione delle droghe come una «minaccia» esistenziale ha generato una risposta politica che giustifica misure non sostanziate dai fatti e radicali. La politica sulla droga si è sviluppata in un contesto di «messa in sicurezza», caratterizzato da un potenziamento dei poteri e delle risorse volti a mantenere l'ordine pubblico. I risultati di questa strategia, formulata nel termine di «guerra» alla droga, includono la legittimazione della propaganda e la sospensione di molti criteri operativi che definiscono gli interventi più convenzionali di politiche sociali, sanitarie e legali. Dato che la «guerra alle droghe» si regge sul fondamento che lo «sradicamento» della minaccia del «male» droga sia una maniera per ottenere un «mondo libero dalla droga», questo ha effettivamente stabilito un permanente stato di guerra. Ciò ha portato ad una situazione altamente politicizzata che ignora sia il pensiero critico e scientifico che le comuni norme di politica sociale e salute pubblica. Questa lotta diventa un fine in se stessa e, come tale, crea una retorica autoreferenziale e autogiustificante, che rende difficile, se non impossibile, ogni meditata valutazione, analisi o dibattito.

Il proibizionismo è divenuto talmente radicato e istituzionalizzato che molti che lavorano nel campo delle droghe, anche quelli del polo estremo critico più progressista, lo vedono come qualcosa di immutabile, una realtà indiscutibile del panorama legale e politico, che si può solo accettare o aggirare, piuttosto che come una scelta politica. È in questo contesto che noi cerchiamo di mettere in luce come i principi fondamentali della politica sociale e sanitaria possano essere utilizzati per sviluppare risposte efficaci alle droghe. Per dirla schiettamente, è il proibizionismo, non la regolamentazione legale della droga, la politica radicale.

1.4. Le nostre proposte

La «legalizzazione» è solo un processo di riforma legale, ma la regolamentazione è il fine ultimo. Perciò, quando i promotori di questo processo si sentono chiedere «come funzionerebbe la legalizzazione?», o «in che consisterebbe?», trovano difficile dare risposte concrete. In assenza di risposte più com-

piute a queste domande, miti e incomprensioni riempiono il vuoto. Senza una cognizione sicura di come apparirebbe il mondo post-legalizzazione, e di come funzionerebbe la regolamentazione del mercato, è difficile portare avanti il discorso. Questo libro punta a chiarire questi principi di fondo.

Perciò, avanziamo una serie di proposte su come la regolamentazione delle droghe potrebbe funzionare, nel momento in cui si ponesse finalmente un termine alla «guerra contro la droga». Nel farlo, abbiamo cercato di creare una serie molto precisa e pratica di suggerimenti per gestire una varietà di droghe diverse in una maniera appropriata ai singoli effetti che esse producono, e ai pericoli che esse possono causare. In particolare abbiamo preso in considerazione come tali droghe potrebbero essere prodotte e distribuite, in modo tale da sottrarre il controllo del mercato delle droghe a coloro che sono i meno indicati per gestirlo in una maniera costruttiva. Abbiamo basato il nostro ragionamento sui modelli attualmente esistenti di produzione, distribuzione e gestione controllata.

Iniziamo questo lavoro definendo cinque modelli di regolamentazione della distribuzione delle droghe. Secondo la nostra proposta, le droghe potrebbero essere rese disponibili tramite: prescrizione medica, vendita in farmacia, vendita presso locali o negozi forniti di specifica licenza, o infine (in casi presumibilmente rari) vendita presso distributori non forniti di licenza. Bisogna notare che, nel quadro della nostra proposta, quest'ultima è l'eccezione, non la regola; per contro, nel proibizionismo, ogni singolo distributore di droga è per definizione sprovvisto di licenza e perciò al di fuori di ogni forma costruttiva di controllo o gestione da parte dello stato e dell'autorità civile.

Passiamo poi a considerare i dettagli pratici della regolamentazione. Prendiamo in esame quale tipo di produzione e di controlli sul prodotto potrebbero essere messi in atto, allo scopo di assicurare che, per esempio, la potenza e la purezza del prodotto siano salvaguardate e costanti e che un'adeguata informazione sul prodotto sia facilmente reperibile per coloro che ne fanno uso. Definiamo una serie di controlli sui rivenditori e sui punti vendita, in combinazione con alcuni suggerimenti relativamente ai controlli sui compratori e sugli utenti finali. Nell'insieme, questi suggerimenti aiuteranno e incoraggeranno i consumatori di droga a praticarne un uso più moderato e responsabile, e, nei casi appropriati, in ambienti più sicuri e controllati. I controlli sono mirati a ridurre quei pericoli per i singoli individui e per la società che sono correntemente associati al consumo di droga. Di nuovo, con il proibizionismo, una strategia di riduzione del danno è raramente possibile e generalmente nemmeno considerata auspicabile.

Naturalmente, noi riconosciamo che tali cambiamenti non avverranno dall'oggi al domani, né è auspicabile che ciò avvenga. La regolamentazione legale della produzione, distribuzione e consumo di droga rappresenta un rialli-

neamento di fondo nella politica di gestione della droga: come ogni svolta di questo tipo, non è priva di rischi e deve perciò essere realizzata gradualmente e con cautela, valutando accuratamente l'impatto di ogni mutamento prima di introdurre quello successivo. Perciò noi proponiamo un avvio cauto e articolato in fasi. Cerchiamo metodi per definire e classificare con maggiore esattezza i rischi e i pericoli connessi alle droghe, in modo tale da permettere di elaborare valutazioni più circostanziate e metodi per creare un'adeguata regolamentazione a livello globale, nazionale e locale. Una politica efficace richiede una ricerca efficace: noi indichiamo brevemente le linee di tale ricerca e gli obiettivi che essa si prefigge di ottenere. Infine uno sviluppo in direzione di una produzione e distribuzione di droga legalmente regolamentata porterebbe ad una vasta gamma di conseguenze a livello sociale, politico ed economico. Noi cerchiamo di comprenderle e di trovare vie per mitigare le conseguenze negative, mentre si continua a costruire sui punti positivi.

Per concludere, guardiamo a come i mercati regolamentati della droga potrebbero funzionare in pratica. Cominciamo con alcol e tabacco. Nonostante il loro *status* di sostanze socialmente accettate, alcol e tabacco sono capaci di causare danni comprovati e infatti la loro distribuzione è accuratamente governata nella maggior parte delle società moderne. Guardiamo alle maniere più costruttive di gestire alcol e tabacco, imparando dagli errori del passato. Poi, dopo aver affrontato le metodiche e i processi nei capitoli precedenti, prenderemo in esame la distribuzione regolamentata di cannabis e di sostanze stimolanti, psichedeliche e narcotiche.

Il libro è arricchito da due appendici. Esse forniscono un contesto più ampio alla ricerca, descrivendo lo sviluppo e l'azione dell'attuale sistema di controllo della droga delle Nazioni Unite e delineando il quadro generale dell'attuale produzione legale di oppio, cocaina, cannabis e droghe farmaceutiche.

1.5. Conoscere i limiti

È di cruciale importanza riconoscere che la regolamentazione legale delle droghe non eliminerà il loro consumo problematico o il fenomeno di dipendenza. Il proibizionismo non è capace di portare ad un mondo libero dalla droga; i modelli di regolamentazione non possono creare un mondo libero dai pericoli. Alcuni individui continueranno ad essere danneggiati dal proprio uso di droga o in conseguenza dell'uso di droga da parte di altri. Gravi tragedie legate alla droga continueranno a fare notizia. La regolamentazione legale, comunque sia concepita, non è una bacchetta magica o una panacea per «il problema della droga».

La regolamentazione legale e il controllo del mercato della droga possono soltanto cercare di ridurre o eliminare quei pericoli che sono originati o esacer-

bati specificamente dal proibizionismo e dal mercato nero. È anche importante riconoscere che la regolamentazione della produzione di droga è solo un aspetto di un più ampio dibattito sulla politica sulla droga. Questo campo più vasto include una gamma di ambiti politici vari e variamente intersecantisi, come l'educazione e la prevenzione della salute pubblica, la cura e il recupero, o il ruolo di più ampi problemi di politica sociale (come la povertà, l'emarginazione sociale, la disuguaglianza, i diritti umani) e il modo in cui questi si ripercuotono sull'uso e sul mercato della droga.

Questi problemi non sono qui trattati in dettaglio, mentre si insiste sul fatto che il proibizionismo crea ostacoli sia concettuali che pratici nell'affrontare proprio i reali problemi di salute relativi all'uso problematico di droga. La sostituzione della proibizione con un sistema di regolamentazione renderebbe possibile, grazie al reindirizzamento delle risorse, e potenzierebbe una strategia fondata sulla salute e sul benessere pubblico, destinata a produrre benefici di lungo termine, grazie alla riformulazione del dibattito e alla rimozione degli ostacoli politici e ideologici. Ciò creerebbe un contesto in cui sarebbe più facile sia affrontare le condizioni sociali che sono alla base dell'uso problematico della droga, sia gestire meglio i danni più gravi connessi alla droga.

La regolamentazione immaginata qui non sarebbe certo capace di eliminare interamente il mercato nero della droga o i problemi ad esso associati ed è importante osservare che qualsiasi sistema di regolamentazione funziona solo nella misura in cui esso viene applicato. Chiaramente l'attività illegale può in certa misura continuare ad esistere con quasi ogni bene, incluse le droghe che sono attualmente legali (alcol, tabacco, medicinali). Però anche una riduzione parziale del mercato nero e dei danni derivanti dal proibizionismo rappresenta già un netto vantaggio per la società intera.

1.6. Un punto di partenza, non una conclusione

Nel pubblicare questo libro, non ci prefiggiamo di fornire una risposta esaustiva ai problemi pratici relativi alla regolamentazione legale della produzione, distribuzione e consumo della droga. Abbiamo cercato di dimostrare che legalizzazione e regolamentazione non significano anarchia; modelli di gestione delle droghe esistono già in abbondanza e possono essere utilmente e costruttivamente applicati a creare un mondo post-proibizionista, che impari dagli errori delle precedenti politiche di gestione delle droghe e si appoggi sulle loro conquiste positive.

Ciononostante siamo ben consapevoli che questo libro è un punto di partenza, non una conclusione. Noi non cerchiamo di fornire una risposta inoppugnabile ai problemi derivanti dal superamento del proibizionismo; piuttosto, cerchiamo di innescare un dibattito e una discussione sui modi più pratici e

costruttivi per raggiungere un tale cambiamento. Per facilitare questo processo stiamo lanciando diversi punti di discussione su Internet, in combinazione con una serie di eventi, seminari e incontri con personalità di spicco in questo campo. Bacheche virtuali permetteranno ai lettori di condividere le proprie opinioni, mentre una versione ipertestuale «wiki» del presente studio permetterà loro di contribuire direttamente con le proprie competenze ad una evoluzione del libro stesso in vista di una futura riedizione (vai su www.tdpf.org.uk per maggiori informazioni, *n.d.t.*).

Siamo anche ben consapevoli che questo libro è stato scritto in una prospettiva specificamente occidentale e in particolare europea. In particolare accoglieremmo con grande piacere ogni contributo che potesse aiutare ad ampliare la prospettiva del libro e a farlo procedere verso una consapevolezza più pienamente globale dei problemi e delle soluzioni relative al passaggio verso un mondo post-proibizionista.

Bibliografia

- 32 *After the War on Drugs: Options for Control*, Transform Drug Policy Foundation, 2004.
- After the War on Drugs: Tools for the Debate*, Transform Drug Policy Foundation, 2006.
- S. Rolles, «Principles for Rational Drug Policy Making», capitolo di *The Politics of Narcotic Drugs*, a cura di J. Buxton, Routledge, 2009.
- K. Grayson, *Chasing Dragons-Security, Identity and Illicit Drugs in Canada*, University of Toronto Press, 2008.
- R. MacCoun, P. Reuter, *Drug War Heresies: Learning from Other Vices, Times, & Places*, Cambridge University Press, 2001.



Cinque modelli
per regolamentare
la distribuzione della droga

Cinque modelli per regolamentare la distribuzione della droga

2.1. Regolamentazione, proibizionismo e mercato libero

Esiste una gamma di strategie diverse relative al controllo e alla regolamentazione di produzione, distribuzione e possesso/consumo delle diverse droghe. Queste sono comprese, a grandi linee, tra i due estremi del mercato libero completamente privo di regolamentazione da una parte e il proibizionismo punitivo applicato con rigore dall'altra. Ironicamente entrambi questi due estremi sono accomunati da una scarsa, o del tutto assente, regolamentazione del mercato. In mezzo a tali estremi stanno varie opzioni di regolamentazione legale.

Proibizionismo/criminalizzazione

Proibizionismo/criminalizzazione, per mezzo di sanzioni punitive, della produzione, distribuzione e consumo di droghe a scopo non medico. L'intensità dell'applicazione delle sanzioni e la loro severità possono variare. La decriminalizzazione del possesso e consumo a titolo personale può operare entro una cornice di proibizionismo.¹

ESEMPIO: eroina, cocaina, cannabis, ecstasy, ecc.

CONTROLLO DEL MERCATO: imprenditori criminali, forze dell'ordine e pubblici ufficiali corrotti.

Mercato regolamentato

Una serie di controlli viene impiegata allo scopo di regolamentare produzione, commercio, qualità del prodotto, distributori e consumatori. Alcuni tipi di droga, lavorazione e attività rimangono proibite.

ESEMPIO: farmaci con prescrizione, farmaci senza prescrizione, alcol, tabacco.

CONTROLLO DEL MERCATO: da moderata a intensa regolamentazione da parte di agenzie governative.

Legalizzazione del mercato libero o «modello supermercato»

Le droghe sono legali e disponibili per una vendita essenzialmente priva di restrizioni nel «libero mercato», come normali beni di consumo.

PER ESEMPIO: bevande contenenti caffeina.

CONTROLLO DEL MERCATO: imprese pubbliche o private, con minima regolamentazione da parte delle agenzie di governo, codici di comportamento a discrezione dei rivenditori.

¹ Tramite pratiche di sorveglianza da parte delle forze dell'ordine (tolleranza, «chiudere un occhio», limitazione della priorità, mancata applicazione di sanzioni, avvertimenti, ecc.), oppure mutando la sanzione del possesso di droga, passando da sanzioni penali a civili e amministrative.

2.1.1. Proibizionismo/criminalizzazione

Il proibizionismo della droga è un sistema legale nel quale la produzione, distribuzione e consumo (o possesso) di una specifica serie di droghe è proibita per legge e soggetta a sanzioni punitive. Il contesto legale per il proibizionismo globale è definito da tre convenzioni sulla droga delle Nazioni Unite (vedi Appendice 1), che costituiscono la cornice delle legislazioni nazionali nel mondo. Se da una parte queste norme proibizioniste sono drastiche in relazione a qualsiasi uso a scopo non medico, i dettagli relativi alle punizioni e al regime in cui esse vengono applicate non sono specificate e variano grandemente da Stato a Stato. Gli unici modelli legali di produzione e distribuzione di droga previsti da queste convenzioni riguardano l'uso a scopi terapeutici e scientifici, come per esempio gli oppiacei prescritti a mantenimento per i consumatori dipendenti.² Alcune eccezioni sono concesse anche in una zona d'ombra comprendente l'uso a scopi religiosi o tradizionali (vedi: psichedelici). Tali modelli sono di conseguenza limitati ad una minuscola porzione della popolazione dei consumatori.

Entro la generale cornice del proibizionismo globale, i singoli Stati possono esercitare una considerevole flessibilità nel determinare il regime di applicazione delle norme e le risposte punitive per le attività proibite. Infatti, la risposta ad un medesimo reato varia a seconda del paese: da una decriminalizzazione di fatto, a sentenze di prolungata incarcerazione, fino all'estremo della pena di morte. Negli ultimi anni le linee politiche sono andate diversificandosi ed estremizzandosi. Se da una parte in molti paesi la politica sulle droghe è diventata progressivamente draconiana e punitiva,³ dall'altra, in gran parte del mondo sviluppato e nei paesi di recente industrializzazione del Sud America, si è affermata una chiara tendenza in direzione di forme di relativa tolleranza e di decriminalizzazione del possesso e uso di droghe.⁴

È anche importante notare che, se da una parte l'esplorazione di simili strategie meno punitive nei confronti del possesso e del consumo di droga a titolo personale è ammessa entro la cornice legale internazionale, dall'altra non è ammessa assolutamente nessuna sperimentazione di produzione o distribuzione legale delle droghe proibite dalle convenzioni internazionali o dalle leggi locali, a meno che non si tratti di sostanze destinate ad uso medico. Il modello della prescrizione medica è l'unica vera parziale eccezione a questa rigida regola; come tale, esso esiste come un'isola di produzione e distribuzione

² Le convenzioni controllano anche l'uso terapeutico di certe droghe, come, per esempio, i narcotici nella terapia antidolorifica.

³ *At What Cost? HIV and Human Rights Consequences of the Global War on Drugs*, International Harm Reduction Development Program, Open Society Institute, 2009.

⁴ *Illicit Drug Use in the EU: Legislative Approaches*, EMCDDA, 2005, e T. Blickman, M. Jelsma, *Drug Policy Reform in Practice*, Transnational Institute, 2009.

regolamentata, sebbene entro limiti molto stretti. Al di là di questo, non esiste la minima flessibilità per tentare, sperimentare, ricercare o esplorare modelli di produzione e distribuzione regolamentata. Inoltre, questa impenetrabile barriera legale crea seri ostacoli politici perfino alla discussione e alla esposizione di politiche alternative. I difensori dello *status quo* spesso si arroccano su dogmatiche posizioni morali, dipingendo le alternative di regolamentazione legale come immorali, estreme, «pro droga»,⁵ radicali o addirittura eretiche. L'evidente conseguenza di ciò è che discutere simili alternative diventa un argomento politico tabù. Fino a relativamente poco tempo fa, questo clima di paura ha fatto sì che la posizione a favore di una riforma legale rimanesse relegata ai margini del discorso politico dominante.

Per chiunque affronti i problemi relativi alla salute pubblica o alle politiche sociali con un atteggiamento di razionale pragmatismo, esplorando e cercando vie che garantiscano la migliore soluzione, cioè il punto ottimale nello spettro delle possibili politiche sulle droghe, l'idea che esista una simile arbitraria barriera alla ricerca e allo sviluppo di una tale politica è davvero difficile da giustificare.

La regolamentazione legale di beni e attività potenzialmente rischiose non solo è incontrovertibilmente la norma, ma è una delle primarie funzioni di un governo

Questo è vero soprattutto in considerazione del fatto che la grande maggioranza dei mercati di beni e servizi, particolarmente di quelli che prevedono rischi o potenziali danni (incluso quelli relativi a svariate centinaia di psicofarmaci ad

uso medico e no), è legalmente accessibile e regolamentata dai governi.

Una vasta gamma di meccanismi di regolamentazione e di agenzie adibite alla loro attuazione e sorveglianza vengono impiegati per controllare e gestire i produttori, i distributori, gli ambienti, i prodotti e i consumatori. La regolamentazione legale di beni e attività potenzialmente rischiose non solo è incontrovertibilmente la norma, ma è una delle primarie funzioni di governo. Poiché il fatto che perfino l'esplorare una tale possibilità di regolamentazione sia bandito, anche in un solo campo dell'esperienza umana, e relativamente ristretto, non va molto d'accordo con la generale missione delle Nazioni Unite di «promuovere il progresso sociale e i migliori standard di vita in condizioni di maggiore libertà».⁶

⁵ Il direttore esecutivo dell'Ufficio ONU per le Droghe e il Crimine (*United Nations Office for Drugs and Crime*, UNODC) Antonio Costa ha spesso usato quest'espressione per definire i sostenitori della legalizzazione/regolamentazione.

⁶ Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, preambolo.

2.1.2. Mercato regolamentato

Il presente libro definisce la «regolamentazione» come una serie di norme legislative e di infrastrutture per la loro applicazione adibite al controllo e alla gestione di certi tipi di prodotti e attività; diverse opzioni per tali norme e infrastrutture sono esaminate in dettaglio in questo capitolo e nei seguenti. Le attività che hanno luogo al di fuori dei parametri stabiliti da un dato contesto di regolamentazione rimangono proibite e soggette a sanzioni legali.

2.1.3. Legalizzazione del libero mercato

Il modello del libero mercato è spesso a torto associato con la parola «legalizzazione», e spesso deliberatamente identificato con lo «scenario da incubo» di cui parlano gli oppositori della riforma, ma solo un gruppo molto esiguo di libertari radicali lo abbracciano. Con la possibile eccezione di alcuni prodotti a rischio molto basso, come caffè o tè di coca, questo modello non è appropriato per le droghe, perché rinuncia al potenziale che uno Stato ha di intervenire responsabilmente sul controllo e sulla regolamentazione del mercato. In ciò, i sostenitori del libero mercato consegnano il controllo del mercato delle droghe ad imprenditori senza scrupoli, esattamente come fanno i proibizionisti.

In teoria una tale strategia,⁷ almeno dal punto di vista della salute pubblica, è una prospettiva forse anche peggiore di quella di un mercato della droga senza regole controllato dalle agenzie criminali. Attori commerciali legali mossi dallo scopo primario di massimizzare il profitto sarebbero liberi di promuovere aggressivamente il consumo di droga, attraverso campagne di *marketing* e pubblicità.

Che una simile strategia sia in grado di generare costi inaccettabili per la salute pubblica è stato dimostrato anche troppo bene dall'esempio del mercato libero del tabacco in buona parte del mondo, sviluppatosi durante i primi sessant'anni del XX secolo e ancora oggi, in misura ancora maggiore, in vaste porzioni dei paesi in via di sviluppo (vedi paragrafi 5.1 Alcol, e 5.2 Tabacco).

2.2. Definire i cinque modelli base di regolamentazione

Esistono cinque modelli base per regolamentare la distribuzione di droga. Li descriviamo qui di seguito, cominciando dal più restrittivo fino al più aperto. Varianti di questi modelli esistono già e sono in funzione in varie parti del

⁷ Nadelmann, in una critica più dettagliata, descrive ciò come il «modello supermercato»; si veda: E. Nadelmann *Thinking Seriously About Alternatives to Drug Prohibition*, in *Daedalus*, n. 121, 1992, pp. 87-132.

mondo, sostenendo il sistema interamente legale di distribuzione di una serie di sostanze psicoattive ad uso medico, semi-medico e no.

Ovviamente, la particolare natura del sistema di regolamentazione e delle infrastrutture incaricate della sua applicazione variano da paese a paese. C'è anche un certo livello di sfumature tra l'uno e l'altro di questi modelli. Siamo perciò costretti ad un certo livello di generalizzazione, e va anche sottolineato che tali modelli saranno inevitabilmente destinati ad operare in modo diverso in luoghi diversi.

Abbiamo anche fornito alcuni elementari suggerimenti su come adattare questi modelli base alle diverse sfide che la distribuzione di droghe ad uso non medico potrà presentare in futuro.

2.3. Modello di prescrizione medica

Il modello della «prescrizione medica» è il modello di distribuzione di droga più rigidamente controllato e applicato tra quelli attualmente in vigore. In questo modello, una sostanza viene prescritta ad uno specifico consumatore da parte di un operatore medico qualificato e abilitato. La sostanza viene poi distribuita da un farmacista o altro operatore abilitato nell'ambito di una farmacia dotata di licenza o di altro simile punto vendita a questo adibito.

Il processo è controllato da un apparato legislativo, da strutture di regolamentazione e da organismi esecutivi. Questi enti guidano, controllano e vigilano sui dottori che prescrivono le sostanze e sui farmacisti che le dispensano. Essi contribuiscono anche a stabilire quali sostanze siano disponibili, in quale forma, dove, e in quale modo.

Essendo il più rigidamente controllato e applicato, il modello di distribuzione tramite prescrizione medica è anche il più costoso da amministrare. È limitato all'uso per necessità medica, il che restringe il suo attuale o potenziale impiego al polo estremo dello spettro del consumo: il consumo problematico/dipendente.⁸ Più comunemente questo modello è applicato nella prescrizione a mantenimento nell'ambito di un regime di trattamento o di un programma di riduzione del danno. Come tale, esso è destinato ad includere solo una piccola frazione del totale di consumatori di droga: anche se bisogna osservare che proprio questo gruppo è sproporzionatamente associato (specialmente in regimi proibizionisti) ai più gravi danni legati alla droga, a livello sia personale che sociale.⁹

⁸ Così come, per esempio, per l'uso psicoterapeutico dell'MDMA o di certe sostanze allucinogene. La prescrizione di cannabis è un po' diversa nella pratica.

⁹ Si veda la discussione sul rischio di alienazione sociale derivante dal consumo di droghe in *A Comparison of the Cost-effectiveness of the Prohibition and Regulation of Drugs*, Transform Drug Policy Foundation, 2009 (e paragrafo 4.2. Valutare e classificare i danni dovuti alla droga).

In questo scenario, gli oppiacei sostitutivi come il metadone sono quelli prescritti più comunemente. Anche la prescrizione di eroina per via iniettiva (diamorfina) ha una lunga storia e un chiaro fondamento scientifico.¹⁰ Meno comune, anche se non sconosciuta, è la prescrizione di stimolanti, come le anfetamine o la cocaina.

Questi modelli affermati da lunga data appaiono come un'isola di regolamentazione per le droghe che sono proibite in ogni circostanza. Essi offrono un'utile, benché limitata, dimostrazione di come la regolamentazione delle droghe possa permettere alle persone di usufruire di un supporto medico piuttosto che essere ridotti alla condizione di consumatori da strada: un chiaro esempio dei benefici della decriminalizzazione del consumo di droga e della regolamentazione del modo di approvvigionamento.

Questo è particolarmente importante visto che questi modelli legali si sono sviluppati solo entro contesti di proibizione generalmente ostili. Di regola sono stati scarsamente finanziati e politicamente impopolari. È difficile immaginare lo sviluppo che questi servizi potrebbero avere se gestiti con la generosità concessa ad altre problematiche di salute pubblica meno controverse, come per esempio il diabete o la salute mentale.

Ulteriori livelli di regolamentazione sono stati spesso introdotti entro il modello «prescrizione» di base: fra questi, la necessità che la somministrazione sia effettuata in luoghi appositi, dietro supervisione medica, o l'imposizione di criteri di qualificazione molto specifici o la richiesta di una speciale licenza per il medico che prescrive. La prescrizione è generalmente limitata nel tempo, somministrata in dosaggi progressivamente decrescenti o subordinata al raggiungimento di specifici obiettivi nel percorso riabilitativo del paziente.

In alcuni casi la prescrizione viene effettuata in una zona «grigia», in cui la necessità medica si trasforma in quella che è in effetti dipendenza assistita. Questo caso è molto più diffuso di quanto si creda e include la dipendenza da vari analgesici (es. Vicodin o OxyContin) e tranquillanti (es. Valium).

La prescrizione a mantenimento per consumatori dipendenti continua a creare controversie nel campo dell'etica e della pratica medica; solleva alcune difficili questioni per i medici, in quanto va a toccare quella zona grigia al confine tra consumo per ragioni mediche, semi-mediche e non mediche. Ci sono continui dibattiti e conflitti tra la chiara necessità di ridurre i pericoli legati all'uso illegale della droga, da una parte, e, dall'altra, la riluttanza a distribuire sostanze che possono venire usate in qualsiasi forma non medica.

¹⁰ G. Stimson, N. Metrebian, *Prescribing Heroin: What Is the Evidence?*, Joseph Rowntree Foundation, 2003, e M. Ashton, J. Witton, *Thematic Review – Heroin Prescribing*, Drug and Alcohol Findings, n. 9, 2003, p. 16.

Ci sarebbero chiari vantaggi nel creare un sistema di distribuzione sicuro e affidabile di droghe e accessori ad esse connessi. Da un punto di vista medico, questo sarebbe particolarmente utile a coloro che assumono droghe per via iniettiva, in quanto soggetti ad alto rischio di contrarre malattie emo-trasmisibili. Questi vantaggi sono talvolta compromessi allorché i medici sono accusati di favorire il consumo di droghe per puro piacere o intrattenimento, mentre «rinunciano a curare», o addirittura «avallano», la dipendenza da esse.

Per gestire le sfide di oggi, quest'area della cura dovrebbe evolversi verso un maggiore pragmatismo. I passi in tale direzione potrebbero essere: una formazione specialistica e una certificazione/licenza specifica oppure lo sviluppo di una nicchia professionale di medici specializzati in questo tipo di prescrizioni. In loro sostegno potrebbe venire uno stretto codice etico di condotta e linee guida stabilite con chiarezza. Potrebbero inoltre operare sotto la supervisione di una nuova agenzia di regolamentazione o di una sottospecie equivalente.

Al di là di questo quadro generale soprattutto basato sull'Europa occidentale, esiste in molti paesi dell'Oriente e Medio Oriente una vasta storia, anche se scarsamente documentata, di sistemi di registrazione del consumo di oppio. In Iran, i consumatori venivano registrati e seguiti fino al 1953 e poi di nuovo nei primi anni settanta (simili programmi si stanno cautamente reintroducendo oggi); sistemi simili sono anche esistiti in Pakistan e India (dove ce ne sono ancora a livello residuale), in Bangladesh, Indonesia, Thailandia e altrove.

2.4. Modello di vendita in farmacia

Il modello di vendita in farmacia, se da una parte è ancora inserito in un sistema medico chiaramente definito, è meno restrittivo e controllato rispetto al modello della prescrizione medica. I farmacisti sono preparati e abilitati a distribuire medicinali prescritti anche se non possono prescriberne loro stessi. Possono anche vendere certi medicinali a basso rischio «da banco» senza prescrizione. Questo tipo di distribuzione generalmente avviene entro luoghi quali farmacie provviste di licenza.

I farmacisti sono tenuti al rispetto di un particolare sistema regolatore, gestito da agenzie varie e da una ben definita infrastruttura esecutiva. Essi adempiono alle richieste della prescrizione medica o vendono i prodotti da banco. L'accesso a questi ultimi è concesso solo se si rispettano criteri fermi e indiscutibili. Questi includono restrizioni relative all'età del compratore, al livello dell'intossicazione, alla quantità richiesta o ad altre specifiche questioni relative al pericolo di un uso scorretto. Inoltre i farmacisti sono preparati a fornire consulenze mediche di base, aiuto e informazione.

In alcuni luoghi i farmacisti sono già coinvolti in programmi di gestione di droga. Per esempio, nel Regno Unito sono tenuti a supervisionare il consumo sul posto di alcune prescrizioni di metadone a mantenimento: una precauzione contro la possibilità di deviazione del prodotto verso il mercato nero.

Il modello di vendita in farmacia esistente non è direttamente coinvolto nella distribuzione o nella vendita di droghe ad uso non terapeutico. Però potrebbe essere facilmente adattato e trasformato in un sistema efficace di gestione della disponibilità di droghe attualmente illecite destinate ad un tale uso. Professionisti dotati di licenza e qualificati potrebbero fungere da custodi per una serie di droghe di questo tipo. Sarebbero tenuti per legge a restringere le vendite sulla base degli stretti criteri definiti sopra e potrebbero anche essere fonte di consulenza e supporto realistico, ben informato e pratico.

Un farmacista specializzato nella distribuzione di droghe ad uso non terapeutico occuperebbe una distinta nicchia professionale, che necessiterebbe di accurato sviluppo, definizione e amministrazione. Questa nuova figura professionale sarebbe soggetta ad un codice di pratica simile a quello dei farmacisti convenzionali, ma con ulteriori criteri di controllo di accesso. Questi farmacisti specializzati sarebbero anche tenuti ad offrire consulenza sulla riduzione del danno, sull'uso più sicuro, sui servizi di trattamento e sugli invii per aiutare il consumatore a smettere, in caso di bisogno. Tale consulenza dovrebbe essere supportata da una preparazione aggiuntiva o da esperienza nella consulenza su problemi di droga. Queste figure potrebbero operare sia all'interno di farmacie esistenti (con una licenza apposita) sia in punti vendita separati forniti di permesso.

2.5. Modello di vendita con licenza

Attualmente le migliori esperienze di punti vendita autorizzati alla commercializzazione di alcol e tabacco offrono un modello di struttura meno restrittiva e più flessibile che potrebbe essere applicato alla vendita su licenza di certe droghe ad uso non medico a più basso rischio (vedi paragrafi 5.1. Alcol e 5.2. Tabacco). Un tale sistema potrebbe combinare diversi controlli, sul rivenditore, il punto di distribuzione, il prodotto e il consumatore, secondo la necessità.

Esattamente come nel caso delle migliori pratiche di programmi di gestione di alcol e tabacco, si dovrebbe stabilire un quadro politico e legislativo a livello centrale. Questo dovrebbe essere poi attuato e supervisionato dalle autorità municipali, regionali o nazionali, a seconda delle norme legali e culturali del luogo. Queste autorità sarebbero incaricate di fornire e gestire le licenze e do-

vrebbero essere in grado di ritagliare il sistema normativo sui bisogni locali e sulle priorità politiche. Sarebbero supportate dalle autorità di polizia, di dogana, da standard commerciali e da infrastrutture sanitarie e di sicurezza, secondo il bisogno.

Come già si è osservato per il modello di vendita in farmacia, i detentori di licenza potrebbero essere tenuti a fornire consulenza sulla riduzione del danno, sull'uso più sicuro, sui servizi di cura, secondo le necessità. Potrebbero anche essere tenuti a sottoporsi ad una formazione sulla consulenza sulle droghe o ad avere una precedente esperienza in tale campo.

2.6. Modello del locale pubblico con licenza

I pub e i bar che servono alcol offrono l'esempio più comune di locali provvisti di licenza per la vendita e il consumo. In questo sistema ben consolidato esistono vari controlli relativi al locale e soprattutto ai gestori. Questi sono responsabili di limitare le vendite sulla base dell'età, delle condizioni di intossicazione del consumatore e dell'orario di apertura.

L'autorità che rilascia la licenza è di solito un livello dell'amministrazione locale, che governa e applica una serie di normative stabilite a livello centrale. Una ben definita gerarchia di sanzioni per le violazioni di licenza comprende, in una scala crescente: multe, perdita della licenza, fino a sanzioni penali. I gestori possono essere anche ritenuti responsabili, in parte o del tutto, per il comportamento dei loro clienti: esempi di casi sanzionabili sono i comportamenti antisociali, il rumore, l'abbandono di rifiuti, la guida in stato di ubriachezza.

Il sistema della distribuzione di cannabis nei *coffee shop* olandesi offre un altro utile esempio di locali dotati di licenza per vendere prodotti più controversi (vedi paragrafo 5.3. Cannabis). Con questi *coffee shop*, le autorità olandesi sono andate in certo modo verso un sistema di licenze legali per la vendita e il consumo di cannabis. Comunque bisogna notare che perfino qui il commercio della cannabis non è completamente soggetto ad una regolamentazione legale; la fornitura ai *coffee shop* rimane illegale, anche se la distribuzione di piccole quantità e il consumo all'interno dei locali sono tollerati. I *coffee shop* stessi operano entro una serie di condizioni rigorose e rigorosamente controllate dalla polizia.

I locali sotto supervisione dove si distribuisce e si consuma la diamorfina (eroina) su prescrizione costituiscono un'altra forma di strutture dotate di licenza. Queste sono soggette ad un rigoroso processo di concessione di licenza, a regolari ispezioni esterne e ad una rigorosa applicazione di tali norme, anche se essi forniscono droga esclusivamente dietro prescrizione medica.

Sarebbe utile guardare anche ai sistemi impiegati per fornire licenze e regolamentare altre attività soggette a restrizioni e potenzialmente pericolose, come il gioco d'azzardo, certi tipi d'intrattenimento e la prostituzione.¹¹

Gli esempi forniti sopra suggeriscono che un locale dotato di licenza per vendere droga dovrebbe rimanere entro termini abbastanza ristretti relativamente al modo di offrirla e al tipo di consumatori ammessi. Considerando questo, esso potrebbe combinare elementi dal modello esistente di locali o punti vendita dotati di licenza, e da quello della vendita in farmacia, per garantire che un consumo moderato di droga avvenga in un ambiente più sicuro e più capace di offrire supporto.

2.7. Vendita senza licenza

Alcune sostanze psicoattive ritenute sufficientemente a basso rischio, come caffè, l'uso tradizionale di tè di coca e alcuni analgesici a basso potenziale, sono distribuite con una minima o nessuna licenza specifica. In questo caso la regolamentazione si concentra sulla descrizione degli standard di qualità del prodotto e sull'etichettatura. Nel caso, entra in gioco la normativa relativa alla distribuzione di cibo e bevande (rispetto al confezionamento, date di scadenza, ingredienti, ecc.). Queste sostanze sono comunque liberamente disponibili, anche se in certi casi possono essere sottoposte ad alcune restrizioni a livello locale o a codici di autoregolamentazione.

Modello di mercato regolamentato del tabacco

C'è stato un ampio dibattito, in tempi recenti, in risposta ai fallimenti storici delle politiche sul tabacco nel campo della salute pubblica (vedi paragrafo 5.2. Tabacco). Questo ha generato delle proposte per un nuovo modello di regolamentazione che potrebbe essere applicato ad altre droghe. Il professor Ron Borland ha avanzato la proposta del Modello di Mercato Regolamentato (*Regulated Market Model*, RMM), che è basato sull'assunto che il tabacco da fumo non sia un ordinario prodotto di consumo.

Anche quando usato secondo le istruzioni, il tabacco rimane una sostanza che provoca una forte dipendenza e significativamente dannosa per la salute personale. Ne consegue che qualsiasi forma di promozione commerciale che miri ad accrescere il consumo di tabacco, e quindi il suo profitto, porterà inevitabilmente ad un aumento dei danni alla salute.

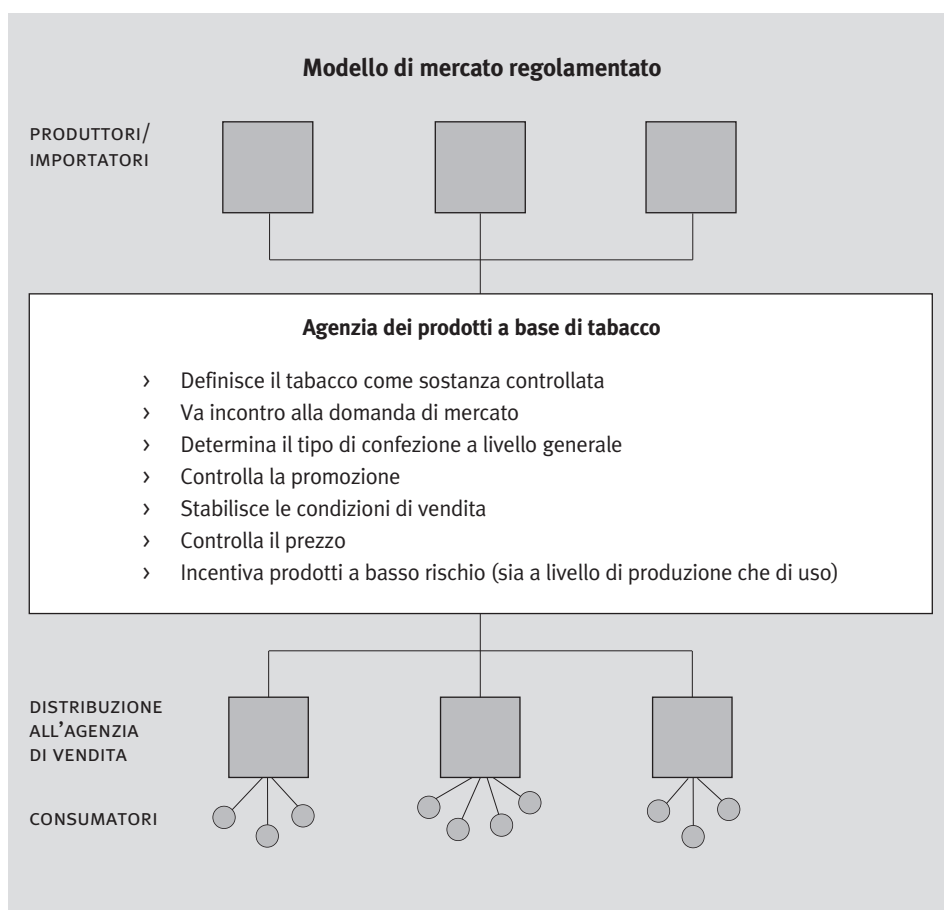
In risposta a questo, il modello proposto manterrebbe l'accesso legale al prodotto da parte degli adulti, ma rimuoverebbe gli incentivi a tentare, per la ricerca di profitto, di aumentare il consumo attraverso la creazione di prodotti capaci di generare una più forte dipendenza, o di incrementare il consumo di prodotti esistenti o di incoraggiare nuovi consumatori ad iniziare a fumare. Il modello pro-

¹¹ R. Mac Coun, P. Reuter, *Drug War Heresies: Learning from Other Vices, Times, & Places*, Cambridge University Press, 2001.

posto istituirebbe dunque un'agenzia di regolamentazione (Agenzia dei Prodotti a base di Tabacco, o *Tobacco Products Agency*, TPA) per fare da tramite tra i produttori e i rivenditori.

La TPA assumerebbe completo controllo sul prodotto e su tutte le azioni di promozione ad esso collegate, gestendo il prodotto e la sua qualità, la produzione, il confezionamento e la promozione. Un rapporto di competizione commerciale si darebbe ugualmente a livello di produzione e distribuzione finale. I produttori di tabacco cioè sarebbero in concorrenza per fornire materia prima alla TPA, mentre i rivenditori trarrebbero vantaggio dal vendere prodotti a base di tabacco ai consumatori appropriati.

La TPA sarebbe dunque capace di perseguire obiettivi di salute pubblica nel gestire e possibilmente nel ridurre il consumo di tabacco, invece di obiettivi di profitto cercando di massimizzare il consumo (vedi grafico).¹²



¹² R. Borland, *A Strategy for Controlling the Marketing of Tobacco Products: A Regulated Market Model*, in *Tobacco Control*, vol. 12, 2003, p. 377.



La regolamentazione in dettaglio

La regolamentazione in dettaglio

3.1. Controlli di produzione

Sorprendentemente, i problemi relativi alla regolamentazione della produzione di droga richiedono molte meno parole e discussione di quelli relativi alla loro distribuzione. Esiste già un gran numero di imprese ben affermate dedicate alla produzione di droghe psicoattive, sia da piantagione che sintetiche. Svolgono tale attività interamente nell'ambito di un contesto legale regionale, nazionale o globale.

Considerando ciò, la produzione di droga ad uso non terapeutico richiederebbe per lo più l'espansione dei quadri normativi già esistenti, piuttosto che lo sviluppo di nuovi. Lo dimostriamo con il seguente riassunto della attuale produzione legale e regolamentata di oppio/eroina, coca/cocaina e cannabis. Per una discussione più dettagliata sull'attuale produzione legale di droga, che è riassunta qui di seguito (vedi Appendice 2).

Bisogna anche osservare che stabilire un regime legale che permetta la vendita e il consumo di droghe ad uso non medico permetterebbe a queste compagnie legalmente regolamentate di competere direttamente con gli attuali fornitori illegali di droga ad uso non medico. La relativa qualità e la legalità dei loro prodotti, al di là di ogni vantaggio di prezzo che i produttori legali potrebbero offrire, li porterebbe indubbiamente, col crescere della loro presenza sul mercato, a sottrarre una porzione molto sostanziale ai loro concorrenti criminali.

Ci sono problemi di natura economica e sociale da affrontare in ogni passaggio da un sistema criminale ad uno legalmente regolamentato; per esempio, ciò solleverebbe importanti questioni per lo sviluppo delle aree precedentemente dedicate alla produzione illegale di droga (vedi paragrafo 4.5. Il generale impatto sociale, politico e economico). A lungo andare comunque, privare un vasto arco di organizzazioni criminali internazionali di una delle loro più importanti fonti di profitto può essere visto solo come un risultato positivo.

3.1.1. *L'attuale produzione legale: oppiacei, cocaina, cannabis, prodotti farmaceutici*

a. Produzione legale di oppio/oppiacei

Quasi metà¹ della produzione mondiale di oppio avviene in modo legale, per essere utilizzata in vari tipi di medicinali a base di oppiacei. Qualsiasi nazione può formalmente presentare domanda alla Commissione sui Narcotici delle Nazioni Unite per coltivare, produrre e commerciare oppio in maniera legale, con il benestare della Convenzione Unica sui Narcotici del 1961 e la supervisione e la direzione della Commissione Internazionale sul Controllo Narcotici (*International Narcotics Control Board*, INCB). Nel 2001 c'erano diciotto paesi che lo facevano, inclusi l'Australia, la Turchia, l'India, la Cina e il Regno Unito.

Il sistema internazionale di controllo delle licenze cerca di autorizzare e regolamentare la produzione e l'uso legittimi e allo stesso tempo di impedire la deviazione del prodotto verso il mercato illegale di droga ad uso non medico. I governi nazionali si occupano della concessione di licenze e dell'ispezione sulla coltivazione, produzione, lavorazione e commercio delle sostanze soggette a controllo, mentre queste azioni vengono monitorate dall'INCB, che è l'ente delle Nazioni Unite responsabile di assicurare un equilibrio tra la produzione legittima e i requisiti legittimi.

Un'estensione della produzione di oppio e derivati nel contesto esistente è chiaramente possibile e non solleva problemi. Perfino con la pressione economica da parte della domanda illegale che c'è ora, la produzione e il transito legale sia di oppio grezzo che di prodotti farmaceutici a base di oppiacei si svolge oggi su vasta scala senza significativi problemi di sicurezza o di deviazione.

Probabilmente l'espansione del consumo legalizzato di oppiacei potrebbe inizialmente avvenire nell'ambito dei modelli esistenti di prescrizione medica; per la verità, questo processo è già in atto, sebbene lento. Mutamenti più significativi da una produzione illecita ad una lecita potrebbero avvenire in maniera graduale nel corso di un certo numero di anni (sia che questo accada tramite un'espansione più sostanziale di modelli di prescrizione, sia tramite qualche altra forma appropriata di vendita su licenza).

Ciò permetterebbe un utile periodo di transizione durante il quale si potrebbero creare o espandere adeguate infrastrutture normative ed esecutive. Qualsiasi problema potrebbe essere affrontato se e quando si presentasse. Con lo sviluppo di questo processo graduale, la domanda per il prodotto illegale di-

¹ La produzione legale di oppio ammontava a più della metà di quella mondiale fino al 2005-2006 circa e ai successivi straordinari raccolti di oppio illegale in Afghanistan.

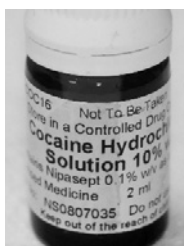
minuirebbe proporzionalmente, e, con essa, gli incentivi economici al dirottamento verso il mercato nero o alla produzione illegale.

Come notato sopra, per qualcuno un cambiamento di tal genere è solo in parte positivo. Esso solleva problemi di sviluppo potenzialmente significativi per l'Afghanistan, che attualmente, secondo le stime, copre il 93% della produzione illegale di oppio del mondo, alimentando così più della metà del suo PIL.² Ogni cambiamento in questo sistema, che vede la produzione di oppio come fonte principale di reddito, sarebbe da gestire con cautela, specialmente in un'area così delicata (vedi paragrafo 4.5. Le conseguenze sociali, politiche ed economiche più generali).

b. Produzione legale di coca/cocaina

Sia la foglia di coca che la cocaina, suo principio attivo, sono soggetti a stretti controlli sulla base della Convenzione Unica sulle Sostanze Narcotiche del 1961, così come l'oppio e i medicinali a base di oppio. Di entrambi esiste una produzione legale, ma in misura molto più ridotta rispetto alla produzione legale di oppio. Nella regione andina la produzione legale di coca continua per il consumo come aromatizzante per bevande (soprattutto per la Coca Cola): la foglia viene esportata negli Stati Uniti dove viene «decocainizzata» da una compagnia farmaceutica autorizzata dall'Agenzia federale per il Controllo delle Droghe. La cocaina estratta viene esportata nel mondo come medicinale anestetico. Anche vari prodotti a base di coca a basso potenziale, come la foglia di coca stessa, tè di coca, cibi e medicine tradizionali a base di coca sono comuni in questa parte del mondo. Esistono in una zona d'ombra legale e rimangono l'oggetto di perduranti dispute tra le agenzie per le droghe delle Nazioni Unite e i governi di Bolivia e Perù.

Considerando questo, la produzione legale di coca per consumo come foglia allo stato grezzo o in prodotti scarsamente lavorati o come cocaina medicinale evidentemente non presenta nessun significativo problema di per sé. Se valutati dal punto di vista dei potenziali danni causati alla salute, i prodotti a base di coca a basso potenziale (foglia e tè) non necessitano di più controlli rispetto ad altri prodotti analoghi, come il caffè. La lavorazione della coca per produrre cocaina medicinale avrebbe luogo a livello industriale, per cui ogni questione di sicurezza e regolamentazione del prodotto opererebbe entro modelli già ben consolidati.



Cocaina ad uso medico in un ospedale del Regno Unito, luglio 2009

² «In Afghanistan, il valore totale del commercio di oppio e eroina, esportati negli Stati vicini, era di 4 miliardi di dollari nel 2007, un aumento del 29% rispetto al 2006: il che significa che la produzione di oppio copre adesso più della metà (53%) del PIL legale del paese». *Afghanistan: Opium Survey 2007*, UNODC, 2007.

I problemi principali in qualsiasi sistema di questo tipo sono quelli già visti in regioni produttrici di coca: le tensioni economiche destabilizzanti e i danni sociali generati da ogni mercato nero parallelo. Regolamentare la produzione legale di foglia di coca in linea con le esistenti direttive di commercio equo (prezzi garantiti e una serie di altre misure protettive a livello sociale e ambientale per i coltivatori di caffè, cacao, zucchero, ecc.) andrebbe nella direzione di migliorare questi problemi. Inoltre, così come per l'oppio e la cannabis, tali problemi diminuirebbero progressivamente con la restrizione della domanda di produzione illegale, man mano che il mercato mondiale passasse ad un sistema di regolazione legale.

Questioni specifiche di commercio e sviluppo potrebbero sorgere durante il periodo di transizione: come la possibilità per le agenzie per le droghe delle Nazioni Unite di autorizzare la produzione di coca solo in un limitato numero di paesi (per esempio limitandola alle nazioni andine) o la possibilità per i singoli Stati di iniziare a coltivare coca per il proprio mercato interno (vedi paragrafo 4.5. Le conseguenze sociali, politiche ed economiche più generali).

c. Produzione legale di cannabis

Per diversi decenni, la cannabis è stata prodotta in una serie di paesi diversi, in particolare Stati Uniti e Canada, soprattutto per vari preparati e utilizzi medici. In alcuni casi è stata coltivata su licenza dello Stato, in altri da cooperative di pazienti, semilegali o tollerate.

Questo ha creato un patrimonio significativo di esperienza riguardo alla regolamentazione legale della produzione di cannabis. Ciò dimostra anche come la produzione possa avere luogo in un modo che tenga conto delle esigenze di sicurezza e dei problemi di controllo sulla qualità. Presi nel loro insieme, questi casi offriranno una chiara guida per il futuro sviluppo di un modello efficiente di produzione ad uso non medico.

Legittime preoccupazioni per la possibilità di una deviazione del prodotto verso il mercato nero potrebbero essere affrontate tramite un'adeguata concessione di licenze ai coltivatori e ai fornitori, in combinazione con un'efficace repressione ogniqualvolta si individuasse una violazione delle condizioni di licenza. Gli incentivi economici a dirottare il prodotto sul mercato illegale diminuirebbero progressivamente man mano che la produzione legale aumentasse e minasse i profitti correnti dei fornitori illegali.

Come per i prodotti a base di oppio e coca, l'espansione della produzione legale avrebbe una crescita progressiva

Gli incentivi economici a dirottare il prodotto sul mercato illegale diminuirebbero progressivamente man mano che la produzione legale aumentasse e minasse i profitti correnti dei fornitori illegali

lungo una serie di anni. Questo permetterebbe una transizione più facile da gestire e, in particolare, lo sviluppo di un'efficiente infrastruttura regolatrice in risposta ad ogni questione o problema che emergesse.

Il rendere disponibile un'affidabile rete di distribuzione della cannabis avrebbe sostanziali conseguenze anche sul fenomeno della coltivazione domestica per uso personale. Questo diventerebbe sempre di più un'attività minoritaria, riservata ad un ridotto gruppo di amatori e conoscitori: qualcosa di simile alla distillazione domestica di vino o birra. Si potrebbero emanare direttive di base e porre limiti sull'ammontare della produzione concessa ad ogni individuo, ma l'esperienza con simili schemi in Europa insegna che questi sono poi difficili da applicare e alla fine ignorati da polizia e coltivatori in egual misura.

Un modello di concessione di licenze potrebbe essere appropriato per piccole o medie associazioni di coltivatori che condividono/forniscono/scambiano la cannabis su base non profit, in maniera tale da mettere in pratica controlli su età e qualità e stabilire certe garanzie. Naturalmente, potrebbe anche darsi che ci fosse poco o nessun interesse per la coltivazione domestica: la coltivazione domestica di tabacco nel Regno Unito (teoricamente soggetta a tasse di dogana) è praticamente inesistente.

Per una discussione più dettagliata dell'attuale produzione legale delle droghe, riassunta sopra, vedi Appendice 2.

d. Produzione legale di prodotti farmaceutici

Esistono già modelli consolidati per la produzione di molte migliaia di prodotti farmaceutici. Sono basati su una regolamentazione molto severa, soprattutto per il controllo della qualità, la sicurezza e le questioni di trasporto. Dato che, come si è messo in evidenza nel caso della cocaina e degli oppiacei, molti prodotti farmaceutici legali sono costituiti dalle stesse sostanze che si trovano usate a scopo non medico, poco o niente sarebbe da cambiare in questo caso.

I modelli esistenti sarebbero più che sufficienti a sostenere l'espansione autorizzata della produzione ad uso non medico. Di nuovo, i problemi di sicurezza e di dirottamento del prodotto diventerebbero meno pressanti col passare del tempo.

3.2. Controlli sulla disponibilità

Ridurre al minimo il danno che una data droga può provocare, sia ai singoli consumatori che all'intera società di cui fanno parte, è una motivazione chiave di ogni regime di controllo. Perciò sembra logico che la migliore maniera di ridurre tali danni sia limitare la disponibilità della droga che li causa e ri-

duerne dunque il consumo: l'obiettivo principale del proibizionismo e della sua applicazione.

Comunque un'accurata quantificazione della disponibilità di droghe illecite è difficile da ottenere, e pertanto è difficile giudicare il relativo successo o fallimento di tali regimi. Inoltre limitare la disponibilità di una determinata droga può, paradossalmente, accrescere, invece che ridurre i danni che la droga genera, regalando la distribuzione e la vendita nelle mani di imprenditori e culture criminali che non hanno alcun interesse a preservare il generale bene sociale.

Ridurre la disponibilità è spesso definito un obiettivo politico primario,³ ma – fatto interessante – il concetto di disponibilità è stato molto poco indagato e spiegato. Quasi nessun dato sulla disponibilità della droga viene raccolto in modo sistematico in alcun luogo, al di là di inferenze formulate sulla base del prezzo o della purezza della droga o talvolta attraverso indagini tra i consumatori o, più comunemente, attraverso insignificanti misurazioni indirette, come quella del numero di sequestri per droga. Anche se si raccogliessero tali dati, la natura caratteristicamente sotterranea e informale del mercato illegale di droga renderebbe molto difficile ottenere una prospettiva attendibile sull'effettiva disponibilità di droga. Dai dati limitati che abbiamo però si deduce chiaramente che l'offerta illegale di droga è più che riuscita a tenere il passo con la domanda; di più: generalmente si ammette che l'offerta è cresciuta nonostante il crescere delle risorse dirette alla repressione della distribuzione.

A differenza dell'offerta illegale, l'offerta di prodotto legale, nelle sue varie forme, può essere misurata e controllata con grande precisione. Questo si può fare grazie alla natura e all'intensità dei controlli impiegati o al rigore e alle risorse diretti alla loro applicazione. Le politiche possono perciò essere adatte alle differenti o mutevoli priorità politiche o ai cambiamenti dell'opinione pubblica. A livello pratico, le politiche possono svilupparsi a seconda dei bisogni dei differenti ambienti e rispondere prontamente al mutare delle circostanze e all'emergere di nuovi problemi.

Alcuni lettori potranno essere ricalcitranti di fronte alla natura restrittiva e intrusiva di alcune delle forme di regolamentazione delineate sotto. Lo scopo di questo libro è di mostrare che esiste una serie di opzioni per controllare produzione, distribuzione e consumo in un regime legalmente regolato. Sarà la volontà più o meno democratica del popolo interessato a decidere la rifinitura delle restrizioni da applicare in ogni dato scenario. Comunque si può presupporre che regimi più restrittivi potrebbero essere applicati nella fase ini-

³ Si veda per esempio (Regno Unito) in *After the War on Drugs: Options for Control*, Transform Drug Policy Foundation, 2004, p. 24.

ziale della regolamentazione legale, mirando ad alleggerire la pressione regolatrice più avanti nel percorso, guidati dai riscontri della sua efficacia e man mano che norme sociali e controlli più sicuri si siano sviluppati (vedi paragrafo 4.1.).

Uno dei molti danni generati da un proibizionismo a tappeto è la riduzione nella gamma di droghe disponibili al consumatore. La conseguenza di un mercato illecito governato esclusivamente dal bisogno di massimizzare i profitti è che tale mercato diventa progressivamente dominato dalle sostanze più concentrate, potenti e rischiose e dai preparati che offrono i più alti profitti: eroina da endovena, crack e metanfetamina, per esempio. Se il controllo nelle mani di imprenditori criminali venisse rimpiazzato da un regime legale controllato dalla Sanità pubblica e dalle autorità dello Stato, ci si potrebbe aspettare di avere più largamente a disposizione varietà di droghe molto meno forti. Ci sono prove evidenti, specialmente nel campo dell'alcol, che dimostrano che i consumatori tendono a scegliere razionalmente varietà più leggere. Le strategie di regolamentazione che stanno emergendo sono flessibili e offrono delle opzioni di controllo che permettono di tenere conto della più ampia gamma di droghe disponibile.

Un elemento cruciale da enfatizzare sta perciò nel fatto che una gestione pubblica dell'offerta di droga assicurerebbe che i modelli di regolamentazione e i controlli addizionali potrebbero essere impiegati in modo differenziato, a differenti livelli di intensità, a seconda dei rischi di un dato prodotto o attività. Non che i maggiori rischi associati con una data droga e/o popolazione di consumatori (o potenziali consumatori) giustifichino una maggiore regolamentazione sulla base di una riduzione pratica dei rischi; piuttosto, l'applicazione differenziata di controlli può creare un gradiente di disponibilità inversamente proporzionale al gradiente di rischio di differenti droghe e preparati, di comportamenti e di ambienti di consumo.

Il gradiente di disponibilità/rischio potrebbe contribuire al raggiungimento di più ampi obiettivi di sanità pubblica e di riduzione del danno: si potrebbero infatti progressivamente scoraggiare prodotti, preparati e comportamenti ad alto rischio, spingendo i modelli di consumo verso prodotti, preparati e comportamenti meno rischiosi, favorendo così, nel lungo termine, norme sociali basate su un consumo più responsabile e meno dannoso. Come già accennato, la cultura della droga illegale non ha una posizione di neutralità a questo riguardo; in molti casi spinge attivamente il consumo nell'opposta direzione, verso prodotti, preparati, comportamenti e ambienti progressivamente più pericolosi (vedi, per esempio, la discussione sui prodotti a base di coca e cocaina nel paragrafo 5.4. Stimolanti).

Il proibizionismo – e i mercati e le culture della droga illegale da esso alimentati – mina le norme e i controlli sociali che potrebbero incoraggiare le scel-

te di consumo più responsabili e al contempo scoraggiare quelle più dannose o pericolose. Questo è un meccanismo paradossale, perché si suppone che il proibizionismo punitivo voglia raggiungere esattamente l'opposto. Quello che è ormai evidente dall'esperienza del passato cinquantennio e più è che il proibizionismo, se usato come strumento di miglioramento e di educazione alla salute pubblica fallisce nel suo scopo. Questo fallimento avviene perché il proibizionismo cede il controllo dell'offerta di droga a coloro che in assoluto sono i meno qualificati o interessati a gestirla responsabilmente, essendo motivati soltanto da un desiderio di massimizzazione del profitto.

Il punto chiave da enfatizzare è che un'offerta regolamentata acquisisce un'opportunità di controllo che è assente nel sistema proibizionista. Offerta controllata non si traduce automaticamente in offerta aumentata. Al contrario dell'idea di un modello valido per tutto, che caratterizza il proibizionismo, la regolamentazione legale crea opportunità di sfumature e flessibilità attraverso un'applicazione differenziata lungo una scala di vettori politici. La flessibilità aiuterà i politici a trovare un equilibrio tra, da una parte, il bisogno di regolare, nel breve termine, gli attuali modelli di consumo indotti dalla proibizione e, dall'altra, la creazione di politiche di lungo termine che incoraggino nuovi modelli di consumo a più basso rischio.

Con la regolamentazione e la gestione delle droghe attualmente illegali, si offre l'opportunità non solo di fermare questa tendenza generale alla massimizzazione del danno creata dal proibizionismo, ma anche di iniziare ad invertire la tendenza e, a medio e lungo termine, a procedere decisamente nella direzione opposta.

3.3. Controlli sul prodotto

3.3.1. *Controlli sul dosaggio, sulla preparazione*

Come discusso altrove (vedi paragrafo 4.2. Valutare e classificare i danni provocati dalla droga), i rischi associati con una data droga sono significativamente determinati dalla natura della preparazione, del dosaggio, e del metodo di assunzione di essa.

Droghe che si somministrano in forma di pillole o polvere dovrebbero essere offerte in unità standard. La standardizzazione assicura la chiara comprensione della quantità consumata. Permette anche che le informazioni associate con il prodotto siano riferite in modo chiaro e diretto a quelle unità. Il dosaggio per ogni unità standard dovrebbe essere determinato dal profilo di rischio di tossicità in relazione alla dose per la droga in questione.

L'offerta di particolari preparati per ogni tipo di droga e i livelli di controllo esercitati su ogni preparato dovranno essere determinati caso per caso. In generale i preparati per uso orale, più leggeri e a rilascio lento, dovrebbero esse-

re disponibili con più facilità. Versioni più forti e a più rapido effetto dovrebbero essere più difficili da reperire. I preparati a più alto rischio, particolarmente se da assumersi per via endovenosa, dovrebbero essere accessibili con le maggiori restrizioni, generalmente o dietro prescrizione o per consumo sotto supervisione.

Il rischio di una deviazione verso mercati illegali secondari potrebbe essere mitigato con l'impiego di micromarcatori. Questi sono dei marcatori microscopici che funzionano come un codice a barre chimico e possono essere aggiunti a preparati farmaceutici. Essi potrebbero aiutare le autorità rilascianti licenza ad identificare e procedere contro la fonte (forse un particolare consumatore di droga o il fornitore originale) di ogni vendita clandestina a terzi.

I controlli sul prezzo sono
altamente flessibili e possono
essere mirati a specifici prodotti,
gruppi di consumatori, tipi
di rivendita o aree geografiche
legate ad un particolare problema

3.3.2. Controlli sui prezzi

La regolamentazione legale permette al governo di influenzare il prezzo della droga, tramite l'aggiunta di una tassa (o l'offerta di un sussidio) ad un prezzo determinato dal mercato oppure tramite interventi più diretti sul prezzo. La tassa può esse-

re calcolata con un criterio di tassa fissa per unità o come percentuale sui beni/servizi forniti (come, per esempio, si calcola attualmente l'IVA). A seconda di come è stabilito, il controllo sul prezzo potrebbe generare un introito fiscale oppure richiedere un sussidio statale per certi prodotti.

In sintesi il prezzo ottimale di una droga può essere definito come l'equilibrio tra due opposte necessità. I prezzi dovrebbero essere sufficientemente alti da scoraggiare l'uso improprio, ma allo stesso tempo sufficientemente bassi da assicurare che un'offerta al ribasso non sia redditizia per i fornitori illegali di droga.

Naturalmente questa è una presentazione molto semplicistica del problema. Bisogna essere cauti nel fare generalizzazioni sulle possibili conseguenze della gestione dei prezzi. Si noti che gli aggiustamenti di prezzo potrebbero avere un impatto molto diverso su gruppi differenti di consumatori e sui differenti mercati delle diverse droghe. Si registrano ampie variazioni nell'elasticità del prezzo di domanda (cioè il grado in cui la domanda risponde ai cambiamenti di prezzo) a seconda del tipo di consumatore, di droga, o di modelli di consumo.

Per esempio, aumentare il prezzo non sempre riduce i livelli di consumo (o viceversa). È vero che questa riduzione determinata dal prezzo è un principio fondamentale di microeconomia ed è dimostrabile anche con alcune droghe e relative fasce di consumatori (es. alcol e tabacco); si può però osservare che

i modelli di consumo spesso salgono e scendono indipendentemente dal prezzo. Negli Stati Uniti, per fare un esempio, il prezzo della cocaina è crollato dell'80% negli ultimi 25 anni, ma il consumo è diminuito.

I livelli di prezzo per le droghe fornite legalmente (incluso ogni intervento governativo su di essi) avranno naturalmente un impatto sul volume di qualsiasi mercato illegale parallelo, visto che il fattore determinante è la relativa differenza di prezzo. Sono gli enormi margini di profitto offerti dal mercato illegale attuale a creare un'attrattiva irresistibile per le organizzazioni e per i singoli criminali (con la repressione della distribuzione che paradossalmente funziona un po' come un sistema informale di supporto ai prezzi).

Ipotizzando che i prezzi di mercato di alcune droghe chiave diminuiscano (eroina e cocaina, le più ovvie) e man mano che il consumo passa alla distribuzione legale, possiamo attenderci una conseguente caduta del margine di profitto illecito sull'offerta, dell'incentivo al coinvolgimento criminale per singole dosi di spaccio, e una corrispondente caduta nel livello e nell'intensità della violenza associata al mercato illegale. La capacità e l'interesse da parte dei trafficanti illegali di fare concorrenza al mercato legale diminuirà man mano che il prezzo si avvicinerà al costo di produzione nel mercato legale e si ridurranno i potenziali margini di profitto.

Tutto questo indica la necessità di una gestione dei livelli di prezzo delle droghe che sia accurata, realistica e che consideri caso per caso. Se gestiti in questo modo, i cambiamenti nel prezzo delle droghe possono essere pilotati in modo tale da massimizzare il loro impatto sui livelli di consumo, su quelli di attività di distribuzione illecita e di crimine commessi per finanziare l'acquisto di droga, così come sui livelli di introito fiscale prodotto. Stabilire un prezzo ottimale per un dato prodotto, in un particolare ambiente, richiederà un accurato bilanciamento dell'impatto di questi vari fattori, che sono spesso in conflitto fra loro. Questa è una sfida ben nota ai responsabili delle politiche di controllo sui prezzi per alcol e tabacco; ci sono molte lezioni utili da imparare nella loro esperienza in questo campo.

Alcune considerazioni di carattere generale sui prezzi da applicare per la droga:

- Il peso della voce di spesa per l'acquisto di droga sul reddito complessivo del consumatore è un fattore chiave. Se i prezzi iniziali sono sufficientemente bassi e/o se il consumo è moderato o occasionale, la spesa totale è probabilmente bassa e anche un cambiamento drastico nel prezzo non avrà un grande impatto sulla domanda. Per contro, laddove il consumo è frequente e il totale di spesa in proporzione al reddito disponibile è alto, le variazioni di prezzo possono avere un impatto significativo sui livelli di consumo (es. alcol e tabacco).

- Coloro che hanno a disposizione un reddito più basso, come per esempio i giovani, saranno generalmente più influenzati dai controlli sul prezzo tesi a limitare i livelli di consumo. Bisogna comunque tenere ben presente che, nonostante tali incrementi possano avere un impatto positivo sulla popolazione giovanile (ricerche sull'alcol, per esempio, dimostrano che gli incrementi di prezzo sono accompagnati da una riduzione del consumo), il più ampio impatto socioeconomico di classe delle politiche di controllo dei prezzi può sollevare questioni controverse.
- Un'idea generalmente accettata è che il bisogno da parte di consumatori dipendenti di mantenere la loro abitudine rende la loro domanda meno influenzabile da variazioni di prezzo rispetto a quella di altri consumatori. Un incremento di prezzo può avere conseguenze indesiderate tra i consumatori con reddito più basso, come i reati allo scopo di procurarsi denaro per la droga (spesso riscontrabile nei consumatori di cocaina ed eroina) o la riduzione di altre voci di spesa come, per esempio, quella per una dieta sana (osservato anche per alcolisti o tabagisti).
- Anche l'offerta e il costo di droghe sostitutive, o di attività ricreative sostitutive, sono un fattore nel determinare l'impatto delle variazioni di fissazione dei prezzi sul consumo di droga. Incrementare il prezzo di una droga può orientare i consumatori su alternative più economiche. L'impatto di tali spostamenti può essere sia positivo che negativo, a seconda di quale sia la droga o l'attività sostitutiva. Lo spostamento può anche andare nella direzione di metodi di somministrazione più rischiosi, ma più efficaci rispetto al costo, come quello per via endovenosa. Naturalmente, va notato che le politiche possono cercare di incoraggiare spostamenti in direzione positiva (vedi oltre).

La scelta del consumatore di servirsi del sistema di distribuzione legale piuttosto che di quello illegale sarà determinata da un complesso gioco di variabili, non soltanto dai prezzi relativi, rendendo così ogni generalizzazione difficile. In futuro, le decisioni sulle politiche dei prezzi dovranno essere basate su una cauta sperimentazione di diversi regimi di prezzo e del loro impatto su vari indicatori attraverso differenti gruppi di popolazione: tale sistema continuo di valutazione dei risultati dovrebbe essere necessariamente inserito in ogni infrastruttura di regolamentazione.

Gli interventi sul prezzo costituiscono uno strumento politico particolarmente utile, in quanto, una volta che una struttura di controllo sul prezzo è stabilita, essa permette di rispondere in modo relativamente rapido a circostanze che mutano e problemi che emergono. I controlli sul prezzo sono altamente flessibili e possono essere mirati a specifici prodotti, gruppi di consumatori, tipi di rivendita o aree geografiche legate ad un particolare problema.

Un'applicazione differenziata di tali controlli sul prezzo può anche contribuire a creare un gradiente basato su incentivi/disincentivi, che può contribuire ad incoraggiare comportamenti di consumo più responsabili e l'uso di prodotti a più basso rischio.

Se da una parte bisogna essere cauti a generalizzare con le droghe, un utile punto di partenza per una politica sul prezzo delle droghe è fornito dalla gamma di esperienze che sono state realizzate per alcol e tabacco. Se da un lato danno dimostrazione di possibili politiche efficaci, bisogna però riconoscere che problemi politici continuano a oscurare gli interventi governativi sui prezzi per entrambe queste sostanze. La possibilità di avere un considerevole introito fiscale può riflettersi negativamente sulle priorità del governo in merito alla salute pubblica (con l'obiettivo generale di moderare il consumo ma riducendo così l'introito), mentre importanti fattori politici sono anche l'impopolarità di ogni incremento di tasse, la pressione da parte delle industrie di produzione e distribuzione, e la presenza di un potenziale elettorato tra il personale stesso di tali industrie.

L'idea, a volte discussa, che l'introito fiscale proveniente dalle droghe potrebbe essere riutilizzato in servizi per la droga (prevenzione, educazione e trattamento/recupero) possiede un certo fascino populista, ma non è utile, anche al di là di più ampie considerazioni di rapporto costi/benefici. L'offerta di servizi dovrebbe infatti essere determinata dalla necessità e dal riscontro della sua efficacia e non essere esposta alle fluttuazioni del gettito fiscale.

3.3.3. Controlli sul confezionamento

a. Confezione a prova di adulterazione

Esistono tipi di confezionamento del prodotto impiegati per prodotti farmaceutici e per alcuni prodotti alimentari che possono ridurre la possibilità che le droghe vengano adulterate e permettere al compratore/consumatore di riconoscere se un'eventuale adulterazione sia avvenuta. Ad esempio, le confezioni *blister* per le pillole, le fiale sigillate e altre forme di contenitori sigillati, come i coperchi a linguetta per i cibi.

b. Confezione a prova di bambino

Esistono tipi di contenitori a prova di bambino (come quelli usati per le medicine) che dovrebbero essere utilizzati per tutte le sostanze psicoattive autorizzate. Secondo necessità, si potrebbero aggiungere altri requisiti per la conservazione commerciale o domestica, come l'obbligo di utilizzare armadietti sigillati/chiusi a chiave.

c. *Informativa sulla confezione*

Le informazioni sulla confezione dovrebbero essere basate sulle norme già esistenti per i medicinali, con informative e messaggi aggiuntivi secondo la necessità. Il contenuto e la visibilità dell'informativa sulla confezione dovrebbero essere decisi dall'autorità sanitaria competente; i casi di inosservanza dovrebbero essere perseguiti legalmente.

L'informativa dovrebbe comprendere:

- contenuto: dichiarato con chiarezza; adoperando sia nomi tecnici che termini di uso comune;
- dosaggio: il contenuto complessivo e il contenuto per unità (es. per pillola), dove necessario;
- effetti ed effetti collaterali, sia positivi che negativi: a differenti dosaggi (incluso effetti probabilmente differenti a seconda del consumatore, es. a seconda della massa corporea);
- rischi generali: intossicazione acuta e cronica, dipendenza e segni di pericolo;
- rischi specifici: durante la gravidanza; per certe patologie (es. problemi di cuore, diabete, salute mentale);
- rischi secondari: diminuzione della capacità di guidare, manovrare macchinari, lavorare;
- riduzione dei danni: come ridurre al minimo i rischi;
- controindicazioni: rischio di interazione con altre sostanze, sia relativamente al consumo di altre sostanze ad uso non medico, sia di medicinali con o senza prescrizione;
- dove trovare maggiore informazione/servizi di supporto: numeri verdi, siti internet, ecc.;
- clausola legale: responsabilità del produttore/rivenditore: «il consumo è a rischio dell'utente», «non per uso medico», «consumo vietato ai minori di 18 anni», «consumo consentito all'acquirente nominato», ecc.;
- misure anticontraffazione (se richiesto): ologrammi, ecc., come si vede con i marchi fiscali su alcuni prodotti alcolici;
- data di scadenza.

Queste linee guida si applicano alla vendita o distribuzione da asporto e avranno bisogno di un certo livello di flessibilità. Per esempio, seguendo il modello di alcuni medicinali, sia su prescrizione che da banco, certi prodotti o certe confezioni potrebbero richiedere una sintesi delle informazioni chiave o una singola avvertenza da mettere in evidenza su una parte della confezione (es. le confezioni *blister* per le pillole). Ciò dovrebbe essere accompagnato da un «bugiardino» che dia informazioni più accurate sul prodotto. Laddove le droghe siano distribuite per un consumo sul posto, un consumo

supervisionato o un consumo da parte di individui autorizzati, si potrebbero applicare normative differenti, come per esempio l'obbligo di esporre le informazioni previste in un punto in vista nel locale. In tal caso, tale informativa non dovrebbe essere necessariamente presente sul prodotto stesso, che, in alcuni casi, potrebbe essere fornito senza confezione.

d. Assenza di messaggi promozionali o marchi sulla confezione

In linea con le più generali direttive di controllo su tutte le forme di pubblicità, *marketing* e promozione, nessun messaggio pubblicitario o più in generale promozionale dovrebbe essere permesso sulla confezione di alcuna sostanza psicoattiva. Le confezioni risultanti sarebbero disegnate sul modello delle attuali confezioni di medicinali o sui modelli di confezione semplice proposti per il tabacco.⁴ L'autorità sanitaria competente dovrebbe dettare delle chiare linee guida per tali norme, che dovrebbero essere fatte rispettare come parte delle condizioni di licenza. Queste autorità dovrebbero anche definire e gestire ogni messaggio su salute e sicurezza da apporre sopra o dentro la confezione.

e. Documento d'identificazione del compratore/consumatore

In alcuni scenari, come nel modello del compratore dotato di licenza (vedi sotto), potrebbe essere appropriato registrare il nome del consumatore sulla confezione. Questo potrebbe essere realizzato a stampa, tramite etichette digitali o codici a barre o una qualche combinazione dei tre. Ciò enfatizzerebbe che il prodotto è inteso ad uso e consumo del solo individuo nominato e che questi è direttamente responsabile di esso e del suo uso. L'etichettatura del prodotto potrebbe essere associata a sanzioni, come la perdita della licenza d'acquisto, qualora il prodotto finisca nelle mani di terzi.

3.4. Controlli su distributori e punti vendita

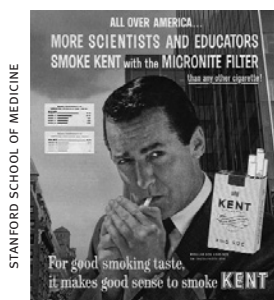
La concessione di licenza ad un individuo o ad una società di rivendita/distribuzione può sottostare ad alcune o a tutte le condizioni elencate qui di seguito. Gli individui o le compagnie autorizzate potrebbero essere soggetti ad una serie di sanzioni per eventuali trasgressioni, come multe, perdita della licenza, o altre sanzioni di tipo civile o penale secondo necessità. Come descritto sopra nel capitolo secondo («Cinque modelli per regolamentare la distribuzione di droga»), tutti i modelli di vendita su licenza imporrebbero il requisito, per i singoli rivenditori, di avere una formazione speciali-

⁴ R. Cunningham, *Smoke and Mirrors: The Canadian Tobacco War*, IDRC, 1996, capitolo 12: «Plain Packaging».

stica e/o esperienza nel campo e di attenersi al codice di comportamento imposto dalla legge.

3.4.1. *Controllo su marketing e pubblicità*

Il collegamento tra la pubblicizzazione e la promozione di prodotti a base di alcol e tabacco e l'incremento del loro utilizzo è ben noto. Una simile pubblicizzazione e promozione potrebbero facilmente portare ad un analogo incremento anche nel caso delle droghe psicoattive.



Una forma inaccettabile di promozione della droga: un cartello pubblicitario per sigarette degli anni Cinquanta

Perciò, la posizione di base in qualsiasi regime che preveda concessione di licenze dovrebbe prevedere un divieto totale di qualsiasi forma di pubblicizzazione, promozione o *marketing* di qualsiasi droga, con eccezioni ammesse solo con estrema cautela e valutando caso per caso da parte delle autorità competenti. Questa proibizione dovrebbe includere anche ogni attività di promozione di alcol e tabacco. Un divieto di base dovrebbe esistere anche per qualsiasi donazione politica da parte di operatori commerciali attivi nel mercato della droga.

La peculiare natura dei rischi derivanti dalla droga rispetto alla maggior parte degli altri beni di consumo e il particolare bisogno di proteggere gruppi vulnerabili dall'esposizione a que-

sti rischi (vedi discussione del Modello di Mercato Regolamentato) giustifica queste severe restrizioni delle normali libertà di commercio. Questi controlli dovrebbero riguardare anche la pubblicità di vendita e l'aspetto esterno e la segnaletica dei punti vendita.

Tali norme dovrebbero essere le più severe possibile, nel contesto del regime locale. Per esempio, negli Stati Uniti, l'argomento della libertà di parola potrebbe essere sollevato contro una simile restrizione. Tuttavia, sebbene la Corte Suprema abbia esteso la difesa della «libertà di parola» alla comunicazione commerciale, questa è ancora soggetta a vari tipi di controllo e limitazioni.

3.4.2. *Dislocazione e densità dei punti vendita*

È stato dimostrato come la dislocazione e la densità di bar e rivenditori autorizzati abbia un impatto sulle tendenze di consumo ed abuso di alcol⁵. Controllare la dislocazione e la densità di rivenditori legali di droga, sia dei punti vendita autorizzati sia dei locali che uniscano vendita e consumo sul posto, potrebbe aiutare a limitare e controllare il consumo in aree potenzialmente problematiche. Si noti che queste limitazioni avrebbero lo scopo di prevenire un'offerta eccessiva, piuttosto che di ridurla a zero (la qual cosa potrebbe

⁵ *Current Research on Alcohol Policy and State Alcohol and Other Drug (AOD) Systems*, State Issue Brief by National Association of State Alcohol and Drug Abuse Directors (NASADAD), 2006, p. 5.

comunque creare opportunità per un commercio illecito). Analogamente, si potrebbero imporre restrizioni per specifici luoghi di interesse pubblico, come scuole o altri luoghi d'incontro per i giovani.

3.4.3. Condivisione di responsabilità tra distributore e consumatore

Una maniera di garantire una condotta responsabile dei rivenditori potrebbe essere quella di introdurre nei patti di licenza punti di condivisione di responsabilità tra distributore e consumatore. Il distributore sarebbe cioè da considerarsi parzialmente responsabile/imputabile per la condotta del consumatore. Questo incoraggerebbe i rivenditori, e, in particolare, i proprietari di locali per il consumo, a monitorare l'ambiente nel quale la droga viene consumata e a limitare le vendite sulla base del comportamento dei consumatori (vedi anche paragrafo 3.5.2. Livelli di intossicazione del compratore).

I proprietari potrebbero essere corresponsabili per gli incidenti socialmente distruttivi, come quelli d'auto. Questa responsabilità potrebbe estendersi per un determinato lasso di tempo successivo al momento in cui la droga viene assunta. Le sanzioni potrebbero comprendere multe o revoche della licenza. Naturalmente il consumatore non verrebbe assolto dalle sue responsabilità per tali incidenti: si dovrebbe stabilire un ben definito equilibrio nella responsabilità condivisa. Bisogna ammettere che questo è un ambito di regolamentazione complicato da definire e da applicare, ma precedenti relativi alla vendita di alcolici esistono in Canada, Stati Uniti e altrove.

3.4.4. Controlli sul volume/razionamento delle vendite

Le vendite ai singoli compratori potrebbero essere ristrette ai livelli appropriati per il consumo individuale. Questo porterebbe a:

- prevenire o ridurre al minimo i casi di vendita o cessione gratuita del prodotto a terzi;
- ridurre la possibilità di un consumo eccessivo.

Naturalmente sorgerebbero problemi qualora un individuo si volesse procurare un quantitativo di droga maggiore. Questo crea un incentivo a aggirare qualsiasi restrizione, tramite, per esempio, acquisti da fonti diverse o accumulo del prodotto in scorte. Bisogna riconoscere che qualsiasi sistema di razione, se da una parte è capace di limitare o contenere alcuni comportamenti in certe circostanze (l'acquisto in blocco di grandi quantitativi, per esempio), dall'altra è destinato a rimanere imperfetto e, con un poco di impegno e determinazione, potrà essere aggirato.

Ulteriori livelli di regolamentazione potrebbero essere stabiliti qualora l'aggiornamento della legge divenisse particolarmente problematico. Il più ovvio esempio attualmente esistente di controllo/razionamento del volume di distri-

buzione è quello usato per gestire i medicinali su prescrizione, compresi i sistemi di droghe a mantenimento per consumatori dipendenti, alcuni dei quali necessitano di un frequente rinnovo della prescrizione o del ritiro giornaliero del medicinale. Questi ultimi esempi riguardano metodi di gestione estremamente rigidi, che sono difficili da giustificare se non nel caso delle droghe/preparati a più alto rischio, o nel caso di prescrizione a mantenimento. Più in generale, tracciare gli acquisti tramite un database centralizzato, in combinazione con un sistema di documenti identificativi forniti ai compratori autorizzati (vedi sotto), potrebbe in certa misura prevenire l'acquisto e l'accumulo di scorte. Ciononostante un tale sistema potrebbe risultare burocratico e costoso e potrebbe sollevare questioni relative alla *privacy*: molti potrebbero considerarlo un'invasione eccessiva.

Sistemi simili però già esistono per certi medicinali su prescrizione controllata, come il sistema *Pharmanet* nella regione della British Columbia in Canada, nel quale tutte le prescrizioni per certi tipi di sostanze sono tracciate a livello centrale e ogni medico o farmacista può avere accesso a tale database in rete.⁶

Combinare i controlli sui prezzi con la tracciabilità degli acquisti potrebbe creare un sistema di progressivo incremento dei prezzi che potrebbe, a sua volta, portare ad un progressivo disincentivo economico all'acquisto in blocco (piuttosto che proibirlo in assoluto), visto che il prezzo aumenterebbe all'aumentare della quantità acquistata.

Norme di razionamento della quantità di acquisto per unità familiare esistono anche per gli acquisti di alcol e tabacco nelle aree *duty free*, anche se queste norme mirano a prevenire la vendita commerciale a terzi, piuttosto che l'abuso di tali sostanze in sé. In Olanda il limite di cinque grammi di cannabis per singolo consumatore è il patto di licenza nei *coffee shop* che la distribuiscono.

3.4.5. Intervallo tra ordine e ritiro merci

L'esistenza di un intervallo di tempo tra ordine e ritiro di una droga potrebbe incoraggiare la pianificazione dell'assunzione della droga e perciò un consumo più responsabile e moderato. Ciò contribuirebbe anche a limitare un consumo *binge* (frenetico), prevenendo la possibilità di accesso immediato ad un'ulteriore offerta di droga, una volta esaurita la scorta esistente. In alcuni paesi l'accesso ai casinò è controllato in questa maniera: una tessera associativa è necessaria per l'ingresso, ma essa viene attivata solo il giorno successivo alla richiesta.

⁶ Per maggiori dettagli sul sistema *Pharmanet* e su come esso opera si veda: <http://www.health.gov.bc.ca/pharmacare/pharmanet/hp.html>.

3.5. Controlli sui compratori e sui consumatori finali

3.5.1. Controlli sull'età del compratore

Limitare o prevenire l'accesso alle droghe da parte di soggetti non adulti è un elemento chiave in qualsiasi modello di regolamentazione esistente o futuro. Nessun diritto di accesso a sostanze psicoattive e nessuna libera scelta nella decisione di assumere droghe dovrebbe essere garantita se non ad adulti consenzienti.

Questo in parte è dovuto a motivi generali circa la differenza di diritti e responsabilità fra minori e adulti. Ma, ancora più importante, i rischi per la salute, a breve e lungo termine, specificamente associati con il consumo di droga sono significativamente più alti nei minori: naturalmente, più giovane è il minore, più gravi sono i rischi.

Questa combinazione di principi legali e gestione della salute pubblica legittima una politica di rigoroso controllo sull'età. In termini pratici, bisogna anche notare che le restrizioni rigorose sull'accesso alle droghe da parte dei giovani, se da una parte sono inevitabilmente destinate ad essere imperfette, dall'altra però sono più praticabili e più facili da applicare rispetto a una generale proibizione sull'intera popolazione. In generale i minori sono soggetti ad una serie di controlli sociali e statali a cui gli adulti sono estranei. Più specificamente, le restrizioni sulla droga relative ai minori richiedono un supporto pressoché universale da parte degli adulti.

C'è da considerare anche un altro fatto: se i mercati creati da ogni forma di proibizionismo sono sempre destinati ad attrarre l'interesse criminale, il mercato minorile delle droghe è però solo una piccola frazione del mercato totale. Perciò le risorse repressive potrebbero concentrarsi su questo settore con molta più efficacia e, di conseguenza, con più ampie possibilità di successo. Vale anche la pena di osservare che, ironicamente, un effetto collaterale indesiderato del proibizionismo può essere di rendere il mercato illegale della droga, che non ha soglie di età, più agibile per i giovani rispetto al mercato legalmente regolamentato, per esempio dell'alcol o del tabacco.

Naturalmente, un importante dibattito è in corso sull'età in cui un individuo possa essere considerato adulto e che possa essere ritenuta una soglia di accesso accettabile. Soglie differenti sono state adottate a seconda del paese nel caso del tabacco e dell'alcol, andando dai 14 ai 21 anni, come età per l'acquisto o per l'accesso a punti vendita autorizzati. Il punto in cui questa soglia si dovrebbe attestare per ogni data sostanza dipenderà da una serie di scelte

Nessun diritto di accesso a sostanze psicoattive e nessuna libera scelta nella decisione di assumere droghe dovrebbe essere garantita se non ad adulti consenzienti

pragmatiche. Queste dovrebbero essere guidate da oggettive stime del rischio, valutate dai singoli Stati o dalle autorità locali che rilasciano le licenze, e dovrebbero essere tarate sulla base delle priorità che questi hanno. Come in ogni altro campo di politica di regolamentazione, c'è bisogno di mantenere una certa flessibilità in risposta al mutare delle circostanze o all'emergere di nuovi dati.

In Gran Bretagna, per esempio, l'età minima per l'acquisto del tabacco è stata recentemente innalzata da 16 a 18 anni, mentre negli Stati Uniti c'è un crescente dibattito sulla soglia di 21 anni per il consumo di alcol, che appare troppo alta. L'Iniziativa Ametista,⁷ per esempio (supportata da 135 rettori e presidenti di istituti universitari americani), sostiene che il limite di 21 anni ha creato «una cultura di un pericoloso e clandestino *binge drinking* [«bere frenetico», *n.d.t.*], che viene spesso praticato al di fuori del *campus*», e che, «scegliendo di usare documenti d'identità falsificati, gli studenti sono portati a compromessi etici che erodono il loro rispetto della legge». Anche nel contesto di una cornice di regolamentazione legale, i divieti inappropriati hanno la potenzialità di creare conseguenze indesiderate. Questo può minare, invece che accrescere, i controlli sociali e le norme responsabili riguardo alle droghe ed al loro uso.

È chiaro che i limiti di età devono essere realistici e, cosa fondamentale, fatti rispettare a dovere, per essere efficaci. Nel Regno Unito, per esempio, dove il *binge drinking* tra i giovani è un problema crescente, si registra una diffusa mancanza di applicazione delle norme sui limiti di età. Il rapporto *Alcohol Concern* riferisce infatti che: «Il 10-15% delle rivendite autorizzate si trovano a vendere ripetutamente alcol a minori, eppure solo lo 0,5% di esse è chiamato a render conto».⁸ Anche la distribuzione di seconda mano a minori, di droghe pur legittimamente acquisite, richiederà un'adeguata repressione e un sanzionamento, magari con una crescita di severità proporzionale all'aumentare della distanza d'età dalla soglia legale.

Il controllo legale sull'età può, ovviamente, essere solo una parte della soluzione per ridurre i danni legati alla droga tra i giovani. Una regolamentazione efficace e il controllo sull'accesso alle sostanze devono essere sostenuti da uno sforzo comune per la prevenzione. La prevenzione dovrebbe consistere in un'educazione sulle droghe pragmatica e mirata, che trovi un equilibrio fra il bisogno di incoraggiare uno stile di vita salutare (inclusa l'astinenza), e la necessità di ridurre il rischio e, cosa forse ancor più importante, la necessità di un investimento nel capitale sociale. Ai giovani, specialmente quelli degli

⁷ Si veda: www.amethystinitiative.org.

⁸ *Unequal Partners: A Report into the Limitations of the Alcohol Regulatory Regime*, Alcohol Concern, 2008, p. 19.

strati più emarginati/vulnerabili, dovrebbero essere fornite alternative intelligenti all'uso delle droghe. Il programma statunitense SMART, che lavora su proprietà di edilizia pubblica, ha dimostrato che dare ai giovani dei punti di ritrovo ha un impatto efficace sulla riduzione del consumo di droga, dello spaccio e dell'attività criminale complessiva sia tra i giovani che tra gli adulti.⁹ Vale anche la pena di notare che l'Olanda e la Svezia sono regolarmente in vetta alla classifica stilata dal Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia (UNICEF) per il benessere dei minori¹⁰ e hanno livelli relativamente bassi di abuso di droga, mentre il Regno Unito e gli Stati Uniti si collocano invariabilmente in fondo alla classifica o quasi e hanno livelli relativamente alti di abuso di droga e un'età più bassa per coloro che ne abusano.

Se da una parte è importante fare passi per limitare la possibilità di accesso alle droghe e ridurre il consumo tra i giovani, dall'altra è anche fondamentale riconoscere che alcuni giovani continueranno comunque ad avervi accesso e a farne uso. È di vitale importanza che essi siano anche capaci di avere accesso senza timore a strutture di recupero appropriate e a programmi per la riduzione del danno.

3.5.2. *Livelli di intossicazione del compratore*

Questa forma di controllo unisce il criterio della condivisione di responsabilità tra consumatore e rivenditore con il concetto che la scelta di assumere una droga dovrebbe essere basata su di un consenso informato e una decisione responsabile, i quali potrebbero essere entrambi compromessi dall'intossicazione.

Una serie di paesi hanno stabilito un precedente per questo tipo di controllo col rendere illegale la vendita di alcol a persone ubriache,¹¹ sia nei punti vendita che nei locali per il consumo. Tuttavia, una tale norma è problematica, in quanto tende ad essere esercitata poco o in maniera non omogenea, e ad essere raramente soggetta a conseguenze legali.¹² Alcuni di questi problemi sono trattati in seguito, insieme alle eventuali soluzioni che potrebbero aumentare l'efficacia di questo tipo di regime normativo.

⁹ Steven P. Schinke et al., *The Effects of Boys & Girls Clubs on Alcohol and Other Drug Use and Related Problems in Public Housing. Final Research Report*, Education Resource Information Center, 1991.

¹⁰ *Child Poverty in Perspective: An Overview of Child Well-being in Rich Countries, Innocenti Report Card 7*, UNICEF, 2007, p. 4.

¹¹ Per esempio, nel Regno Unito, il Licensing Act 2003, Part 7/141.

¹² Una risposta parlamentare del Ministero dell'Interno britannico (19 marzo 2008) rivela che i procedimenti giudiziari per aver servito un cliente ubriaco rimangono pari a zero o poco più nella maggior parte del Regno Unito.

QUESTIONE/PROBLEMA

Qual è il livello limite d'intossicazione, oltre il quale vendere e comprare è proibito? Quali criteri dovrebbero essere utilizzati per stabilirlo? Come si determina se qualcuno lo ha superato? Senza l'impiego, per motivi pratici, di strumenti come gli etilometri o simili tecnologie o di più dettagliati test di disabilità, c'è un gran livello di soggettività nel formulare tali giudizi (compito ancor più difficile in ambienti come bar o club che sono affollati, rumorosi e scarsamente illuminati).

RISPOSTA/SOLUZIONE

- Per evitare i casi marginali più esposti a interpretazioni soggettive, solo i casi di intossicazione abbastanza estrema avrebbero i requisiti per essere soggetti a restrizione, con una serie ben definita di parametri di valutazione. Sarebbe necessario che questi parametri fossero ben compresi sia dai rivenditori che dai clienti (vedi oltre). Sarebbero necessari investimenti nell'educazione pubblica, cosicché i clienti sappiano cosa aspettarsi.
- La somministrazione di metadone in Canada, per esempio, è subordinata al fatto che il paziente appaia lucido e non eccessivamente sedato. I farmacisti sono imputabili se somministrano una dose che porti ad un danno o alla morte.

QUESTIONE/PROBLEMA

Acquisto da parte di terzi per conto di un individuo intossicato.

RISPOSTA/SOLUZIONE

- In teoria l'acquistare consapevolmente una droga per qualcuno a cui l'acquisto sia stato negato potrebbe essere considerato un reato amministrativo. Tuttavia questo potrebbe introdurre complicazioni ulteriori agli sforzi per far rispettare la legge e potrebbe non essere realisticamente attuabile in pratica.
- Bisogna riconoscere che il sistema è imperfetto: l'approccio migliore rimane quello di incoraggiare la vigilanza e la responsabilità del personale di locali e punti vendita autorizzati.

QUESTIONE/PROBLEMA

Di fronte al rifiuto del servizio, i clienti arrabbiati, offesi e altamente intossicati costituiscono un potenziale problema di sicurezza e ordine pubblico per il personale dei locali e per gli altri (questo è un problema che si incontra più con l'alcol che con qualsiasi altra sostanza).

RISPOSTA/SOLUZIONE

- Precauzioni d'igiene e sicurezza per il personale potrebbero includere la presenza di personale addetto alla sicurezza nei locali, o di barriere fisiche tra venditori e compratori.
- Informazioni chiare e facili da richiamare riguardo alle regole del servizio.
- Investimenti per diffondere una migliore comprensione della legge da parte del pubblico.
- Formazione del personale per gestire clienti difficili.

QUESTIONE/PROBLEMA

Mancanza di competenza nel personale. Il personale di bar e locali è spesso pagato poco, assunto in via temporanea, transitoria su base informale e dunque privo di licenza e di una appropriata formazione nel settore.

RISPOSTA/SOLUZIONE

- Si potrebbe esplorare la possibilità di un modello di concessione di licenze a soglia bassa, a cui sottoporre il personale di bar e locali e che includerebbe il requisito di un'adeguata formazione di base.
- I gestori del locale potrebbero essere resi imputabili per le mancanze del personale, il che li spingerebbe a garantire un livello almeno minimo di formazione del personale.
- In Canada (e nello Utah, negli Stati Uniti), i proprietari dei bar, così come i privati a casa loro, possono essere imputabili se il cliente o l'ospite bevono e in seguito hanno un incidente stradale. Le pene consistono in multe per il proprietario del locale (ed eventualmente per il privato). La licenza per la vendita dell'alcol può anche essere revocata.

QUESTIONE/PROBLEMA

La ricerca del profitto da parte dei rivenditori commerciali e il bisogno di massimizzare le vendite in un mercato altamente competitivo (molti gestori di catene di pub lavorano per raggiungere obiettivi di volume di vendite molto stringenti) creeranno naturalmente una tendenza *contro* la limitazione delle vendite.

Anche se questa può non essere la norma, molte persone vanno nei locali specificamente per intossicarsi e l'industria se ne avvantaggia, e in qualche misura incoraggia precisamente questo tipo di intossicazione eccessiva, che queste norme, teoricamente imposte all'industria, cercano di limitare.

RISPOSTA/SOLUZIONE

- Questa è fondamentalmente una questione del bastone e della carota: da una parte bisognerebbe incoraggiare una cultura per cui i rivenditori capiscano che rispettare le norme è a lungo termine nel loro interesse, dall'altra si dovrebbero investire risorse pubbliche nell'educare sia i rivenditori che i consumatori su questo aspetto e poi bisognerebbe far rispettare più efficacemente le regole.
- Si spera che l'applicazione efficace di una tale regolamentazione possa contribuire, col tempo, a stabilire norme sociali capaci di definire livelli socialmente accettabili di intossicazione in pubblico.

Un principio simile opera nelle farmacie. I farmacisti sono tenuti a limitare o rifiutare la vendita di certi medicinali prescritti o da banco, qualora sospettino che il cliente sia affetto da intossicazione o intenzionato ad un potenziale uso non medico o sbagliato del prodotto. Ma le farmacie sono ambienti fortemente regolamentati e i farmacisti sono professionisti altamente qualificati e rispettati. Questo significa che il personale delle farmacie incontra pochi dei problemi collegati ai bar o ai locali, dove la sostanza in questione è inequivocabilmente consumata sul posto a scopo d'intossicazione ricreazionale.

Perciò sembra ragionevole concludere che i locali autorizzati solo per la vendita, anziché per la vendita e il consumo sul posto, abbiano maggiore facilità ad imporre queste limitazioni, ma è anche meno probabile che ne abbiano necessità. Tuttavia, anch'essi possono aver bisogno di considerare alcune delle questioni esposte sopra. Per esempio, in Canada la prescrizione di metadone può specificare «somministrazione sorvegliata». In questo caso, i pazienti devono bere il «meta» davanti agli occhi del farmacista, che deve registrare anche il fatto che non siano intossicati.

Questioni particolari sorgono per i farmacisti che riforniscono la droga di mantenimento o sostitutiva a consumatori dipendenti. Esiste già un insieme considerevole di esperienze e di direttive ben definite per gestire i vari casi e i problemi associati con questo tipo di transazione.

I locali autorizzati per il consumo di cannabis costituiscono un buon esempio del punto in cui tali norme potrebbero entrare in gioco nell'ambito di futuri regimi meno restrittivi di offerta di droga. L'esperienza in Olanda e altrove suggerisce che il consumo di cannabis, nell'insieme, si autoregola e non tende a generare gravi problemi di eccessiva intossicazione. In questo caso, le restrizioni di vendita per intossicazione avverrebbero generalmente per individui che sono o ubriachi o sotto l'effetto di altre droghe. Se poi questi cercassero di acquistare o consumare cannabis, potrebbero essere applicate direttive analoghe a quelle esistenti per i locali che vendono alcolici.

3.5.3. Licenze per compratori/consumatori

Un sistema di concessione di licenze a compratori/consumatori presenta l'opportunità di introdurre una serie di differenti controlli.

Ottenere una licenza per acquistare o possedere una data droga potrebbe essere simile, per esempio, ad ottenere una licenza di guida, o una per comprare e usare fuochi d'artificio. Potrebbe essere vincolata al superamento di un test, teso a stabilire se il richiedente conosca e comprenda i rischi inerenti al consumo di droga e sia perciò incline a compiere scelte di consumo responsabili. Questo è un sistema potenzialmente flessibile:

- La licenza d'accesso alla droga potrebbe, in qualche misura, determinare

- tempi, luoghi e compagnia per i nuovi utenti, proprio come i neopatentati sottostanno, in alcuni casi, a limitazioni relative al dove e quando guidino, e alle persone insieme alle quali sia permesso loro guidare.
- Come nel caso della patente di guida, le violazioni delle condizioni di licenza potrebbero essere associate con una serie di pene. Queste potrebbero dipendere dalla gravità della violazione e potrebbero portare alla sospensione della licenza, una volta superati certi punti limite. Tali reati potrebbero includere il consumo di droga in pubblico, la cessione/vendita di droghe a individui non autorizzati, la guida in stato di intossicazione. Le pene per tali reati dovrebbero essere commisurate a sanzioni amministrative o penali per analoghi reati.
 - Un sistema di licenze variabile potrebbe anche essere applicato nell'ambito di un programma graduale, che specificasse differenti livelli di accesso a vari tipi di prodotto, basati su livelli di formazione, o su periodi di buona condotta, o sul mantenimento di una licenza pulita.
 - Le licenze d'acquisto potrebbero essere collegate ad un sistema di documenti identificativi, a testimonianza che il compratore sia effettivamente la persona autorizzata dalla licenza. Tali documenti identificativi potrebbero presentare lo stesso tipo di sistemi di identificazione elettronica (dati biometrici, ecc.) come altri modelli correntemente esistenti di documento d'identità/patente di guida; oppure la patente d'accesso alla droga potrebbe essere inserita o collegata elettronicamente ad un preesistente documento identificativo.

Dal punto di vista della salute pubblica e della riduzione del danno, programmi di formazione per i richiedenti la patente offrirebbero un'inestimabile opportunità di accrescere l'educazione su droga e salute per un gruppo di popolazione di cruciale importanza. I consumatori di droga potrebbero ricevere informazioni su rischio, dipendenza, servizi di recupero e altre questioni di salute. Bisognerebbe fare attenzione a presentare il contenuto educativo senza assumere toni opprimenti, accondiscendenti, o predicatori.

Ricorrendo ai metodi esistenti di educazione alla prevenzione, ai principi di riduzione del danno e alle tecniche motivazionali, i programmi potrebbero fornire ai patentati fondamentali conoscenze e competenze in materia di droga. Queste conoscenze incrementerebbero la capacità di fare scelte indipendenti sul consumo di droga, di ridurre i danni ad essa collegati, di coltivare norme sociali in sostegno di un uso responsabile e moderato, di promuovere l'astinenza come l'opzione a rischio zero e di chiarire diritti e responsabilità dei consumatori di droga.

Come accennato nel capitolo 3.4.4. («Controlli sul volume/razionamento delle vendite»), i consumatori autorizzati potrebbero vedersi tracciare il vo-

lume e la frequenza di acquisto. Questi dati potrebbero essere usati per mettere in evidenza i modelli di consumo potenzialmente problematici. Se emerge un problema, il farmacista che dispensa la sostanza potrebbe attivare un «intervento sanitario»: potrebbe, cioè, far presente il problema al consumatore e offrire assistenza. La tracciabilità potrebbe essere essa stessa un deterrente al consumo. Potrebbe anche essere combinata con altri elementi deterrenti: per esempio, incrementi di prezzo si potrebbero innescare una volta che il consumatore avesse superato una certa soglia nel volume d'acquisto. I consumatori potrebbero anche far inserire di loro iniziativa una norma di divieto di acquisto sulla propria licenza, per assicurarsi di non cadere in tentazione. Tale norma disattiverebbe l'accesso ad una certa droga per un dato lasso di tempo.

3.5.4. Prova di residenza con l'acquisto

Alcune società hanno sviluppato «meccanismi culturalmente specifici di controllo sociale» che, nel tempo, hanno permesso ai loro membri di creare un rapporto relativamente sano e non problematico con certe droghe. C'è la possibilità che «turisti della droga», che non sono integrati in tale cultura, non aderiscano alle pratiche di contegno sociale del luogo e assumano invece comportamenti problematici o pericolosi.

Per contribuire ad evitare tali comportamenti, la licenza potrebbe venire limitata ai residenti di un paese, di uno Stato/provincia, di una città o perfino di un particolare quartiere. Questo richiederebbe comunque un sistema identificativo legato alla residenza, che di per sé non è senza problemi.

3.5.5. Acquisto previa iscrizione ad un club o associazione

I consumatori di droga potrebbero iscriversi ad un club o ad un'associazione.¹³ Questi organismi potrebbero funzionare in maniera analoga alle esistenti associazioni professionali. Essi fornirebbero ai propri membri accesso a specifiche droghe, insieme a ben definite direttive di buona condotta. Se un consumatore trasgredisce alle norme o regole del gruppo, l'iscrizione può essere rifiutata o revocata. Le norme vengono comunicate con un'adeguata formazione e fatte rispettare tramite una varietà di processi formali e sociali.

In alternativa, potrebbero esserci locali autorizzati con un modello di iscrizione basato su quelli usati, in alcuni paesi, per limitare l'accesso ai casinò o ai locali che servono alcolici fino a tarda notte.¹⁴ Un tale modello potrebbe es-

¹³ D. Gieringer, *Drug User's Clubs: A Modest Proposal*, unpublished conference discussion paper, (US) Drug Policy Foundation conference, novembre 1994.

¹⁴ Come si usava, per esempio, nel Regno Unito prima che il Gambling Act 2005 entrasse in vigore.

sere applicato ai locali autorizzati alla vendita e al consumo di certe droghe, come una condizione di base della licenza. Il modello del locale o club basato sull'iscrizione permette di mettere in atto vari altri tipi di controllo, secondo il bisogno.

Tra questi:

- un intervallo di tempo tra la richiesta d'iscrizione e la concessione dell'accesso al locale (nel modello dei casinò del Regno Unito era impiegato un intervallo di 48 ore), o un intervallo tra ordine e consegna;
- condizioni d'iscrizione, come l'obbligo di sottoporsi ad un percorso formativo e ad un colloquio;
- consumo esclusivamente sul posto: niente vendite «da asporto»;
- condizioni di concessione della licenza al locale (vedi sopra).

3.5.6. Controlli sui luoghi consentiti per il consumo

Una delle maggiori preoccupazioni, anche se inconfessata, sulla riforma relativa alla droga sta nel fatto che il consumo di droga diventi ben più visibile e socialmente invadente. In realtà, i nuovi regimi di regolamentazione permetterebbero di rendere il consumo ben più invisibile di quanto non sia attualmente.

I regimi di concessione di licenze per alcol e tabacco hanno fissato dei chiari precedenti per definire e controllare i luoghi adibiti al consumo di tali sostanze. Una gamma di controlli flessibili esiste per entrambi, incluse:

- rivendite autorizzate per il consumo di alcol;
- aree esterne, giardini o settori adibiti al fumo (a seguito dell'adozione su vasta scala di restrizioni al fumo negli spazi pubblici al chiuso);
- norme di zonizzazione per limitare il consumo di alcol e il fumo in specifici spazi pubblici e privati.

Le funzioni di queste restrizioni sono varie. Le restrizioni sul fumo sono generalmente giustificate sulla base dell'impatto che il fumo ha sull'ambiente e sulla salute di terzi;¹⁵ il consumo di alcol in pubblico è più

¹⁵ Sebbene la maggior parte dei benefici per la salute pubblica derivino probabilmente da livelli ridotti di uso.



STEPHEN ROLLES

Un'area controllata per bere nel Regno Unito



FLICKR/KYLER STORM

Un cartello «Divieto di iniettarsi» ad Amsterdam, Olanda



Un cartello «Divieto di fumare cannabis» ad Amsterdam, che specifica la sanzione di 50 euro per ogni violazione



Un cartello «Divieto di fumare», Regno Unito

spesso limitato per ragioni di ordine pubblico e, in minor misura, per evitare la disseminazione di rifiuti. Queste restrizioni sono definite su iniziativa talvolta centrale, talvolta regionale. Sono fatte rispettare in diversa misura, generalmente tramite il ricorso a multe.

Dato che godono di vasto favore popolare, queste restrizioni sono generalmente ben rispettate. L'esperienza suggerisce che queste norme, quando esercitate efficacemente, possono portare a nuove regole sociali e assicurare che, col passare del tempo, mezzi meno onerosi siano necessari per farle rispettare.

Pensare che, in futuro, simili restrizioni possano esistere anche per altre sostanze è ragionevole e realistico. Per esempio, limitazioni al fumo in pubblico potrebbero naturalmente essere estese per comprendere il fumo di qualsiasi sostanza, più comunemente la cannabis. Le restrizioni relative all'intossicazione in pubblico e al disordine pubblico, che esistono già e che sono regolarmente applicate all'ubriachezza, potrebbero essere estese ad ogni forma d'intossicazione. Infatti, in certa misura lo sono già.

Le droghe sotto forma di pillola per via orale e, in minor misura, le droghe in polvere che si assumono per via orale o sniffando, generalmente presentano meno problemi in termini di consumo in pubblico.

Il momento dell'assunzione in sé è breve: non fa parte dell'esperienza o del rituale del consumo della droga, così come lo sono il bere, il fumare o il bucarsi.

L'uso per via iniettiva con i suoi accessori per l'iniezione rappresenta solo un minuscola frazione del consumo totale di droga, ma crea un problema di regolamentazione assai grande in proporzione. I consumatori caotici di droga da iniezione richiedono particolare attenzione. Essi sono al tempo stesso tendenzialmente i più portati a causare problemi di pericolosa disseminazione di rifiuti e i meno propensi a ricordarsi delle proprie responsabilità civili.

Perciò sembrerebbe ragionevole proibire il bucarsi in pubblico. Tuttavia, l'esperienza dimostra che tali divieti sono capaci di avere successo esclusivamente se più ampie strategie sociali e di riduzione del danno vengono contemporaneamente portate avanti.

Queste includono:

- facilità di accesso a siringhe pulite;
- disponibilità di strutture sicure e supervisionate per l'iniezione;
- alloggi per i senzatetto;
- programmi di prossimità (*outreach*);
- bassa soglia per accedere a programmi di recupero e offerta di servizi;
- accesso al supporto sociale e alla previdenza.

Senza tali politiche, con tutta probabilità la pratica di bucarsi in pubblico è destinata a continuare, anche se in luoghi diversi. Far rispettare il divieto di iniettarsi le sostanze avrà semplicemente l'effetto di aumentare il peso dei reati sulle spalle dei consumatori caotici, che spesso non sono capaci nemmeno di pagare le multe previste per tali norme. Questo avrà solo l'effetto di spingerli verso ambienti di emarginazione ancora più sporchi e rischiosi, senza alcun effetto significativo di deterrenza.

Bibliografia

- A Public Health Approach to Drug Control*, British Columbia Health Officers Council, 2005.
- Effective Drug Control: Toward A New Legal Framework*, The King County Bar Association, 2005.
- E. Nadelmann, *Thinking Seriously About Alternatives to Drug Prohibition*, in *Daedalus*, n. 121, 1992, pp. 87-132.



Come creare un sistema
di regolamentazione

Come creare un sistema di regolamentazione

4.1. Un'introduzione cauta e graduale

I governi e le altre autorità sono in possesso di una buona esperienza nel campo della regolamentazione di prodotti e attività ricreative potenzialmente dannose, inclusa una larga gamma di sostanze psicoattive. Tuttavia elaborare e realizzare nuovi modelli di regolamentazione legale per droghe attualmente illegali significherebbe essenzialmente partire da zero. Questa situazione comporta chiaramente la possibilità di imparare dai successi e dai fallimenti delle politiche del passato, ma anche quella di incontrare rischi indesiderati e inattese conseguenze negative.

Per alcuni elementi dell'agenda di riforma (per esempio l'inclusione di principi e normative sui diritti umani nel controllo internazionale sulle droghe) si richiede un cambiamento rapido. Per altri elementi, come lo sviluppo di modelli di distribuzione legale e di forme di controllo sull'offerta, l'approccio responsabile è quello di diluire il cambiamento nel corso di mesi e anni. Questo cambiamento dovrebbe avere luogo di pari passo col mutare delle politiche, cosicché modelli di regolamentazione e di politiche possano svilupparsi mentre vengono monitorati e accuratamente valutati i loro effetti su certi fattori chiave.

In partenza questa strategia dovrebbe essere fondata su un principio di cautela, particolarmente laddove le evidenze sulle politiche preesistenti siano esigue o laddove siano identificate specifiche condizioni di alto rischio. Inizialmente pertanto i nuovi modelli si indirizzeranno verso forme di regolamentazione più severa e invasiva, mentre livelli più bassi di restrizione potranno entrare in gioco solo in un secondo momento. Una strategia cauta e graduale permette di monitorare con cura elementi di attenzione di fondamentale importanza, come l'offerta di droga tra i giovani, l'aumento di comportamenti ad alto rischio o altre specifiche questioni di salute pubblica. Qualora insorgano dei problemi, le politiche possono fare un passo indietro, affinarsi e aggiustarsi e impiegare ulteriori o diversi strumenti di regolamentazione.

Inoltre una tale strategia ha dei vantaggi in chiave di sviluppo della democrazia, in quanto permette un maggiore coinvolgimento della società civile nello sviluppo delle politiche. Contribuisce anche a limitare la paura che tutte le droghe diventino automaticamente disponibili dall'oggi al domani. Se una scelta politica dimostra di svilupparsi in modo responsabile e cauto, sulla scorta delle conferme della propria efficacia e prestando attenzione a paure e preoccupazioni legittime, essa può conquistare un più alto livello di sostegno pubblico e politico ad un programma di riforme. Un approccio così cauto e misurato aiuterà anche a placare i critici, i quali temono che i passi in direzione di una regolamentazione siano una «scommessa», non supportata dai fatti o in qualche modo «incosciente».

Un utile precedente in questo campo è offerto dagli sviluppi, nel corso degli ultimi vent'anni, di alcune delle più controverse politiche di riduzione del danno, come lo scambio delle siringhe, i locali per praticare l'iniezione di droga in modo assistito, o la prescrizione di narcotici. A causa del clima fortemente politicizzato attorno alle questioni relative alle droghe, tali interventi sono stati sottoposti a processi di regolamentazione e ricerca senza precedenti. Una particolare attenzione è stata dedicata alla loro efficacia nel ridurre i danni alla salute e alla preoccupazione che essi, in qualche modo, finiscano per incoraggiare il consumo. Le risposte a tale esame hanno dimostrato come si possano sviluppare interventi di politiche efficaci, gestire con saggezza le preoccupazioni pubbliche, rispondere con intelligenza alle campagne sensazionaliste dei *media* e migliorare il confronto politico.

Le fasi attraverso le quali il cambiamento graduale può essere realizzato sono essenzialmente in linea con la gamma di strumenti di regolamentazione descritti nei capitoli secondo e terzo. Si può muovere da livelli più alti a più bassi di regolamentazione, pilotando i livelli di offerta sia tramite l'impiego di una molteplicità di controlli su distributori, compratori e prodotti, sia calibrando l'intensità di tali controlli. Laddove è possibile, l'obiettivo di lungo termine dovrebbe essere quello di promuovere il passaggio da un controllo imposto a livello amministrativo/legale ad uno condiviso dalla società.

I diversi paesi adotteranno naturalmente strategie differenti e vedranno le proprie politiche e infrastrutture legali svilupparsi lungo linee altre. Sfide ben diverse dovranno essere fronteggiate, per esempio, in paesi che sono principalmente produttori di droga, piuttosto che di transito o consumatori, oppure in Stati con differenti livelli di risorse economiche, stabilità politica, sanità pubblica e forze dell'ordine, o infine in Stati che sono geograficamente isolati piuttosto che confinanti con regioni sovrappopolate.

La cannabis è probabilmente la prima sostanza per la quale si potrebbero saggiare più seriamente dei modelli di regolamentazione. Infatti:

- la cannabis è di gran lunga la droga illegale più ampiamente consumata;
- esistono già modelli definiti ed efficienti per regolare la sua produzione e distribuzione (vedi oltre);
- l'opinione pubblica in proposito è generalmente e progressivamente sempre più favorevole alla riforma (avendo raggiunto, completamente o quasi, una posizione di maggioranza in molti paesi).¹

All'altro estremo dello spettro, per quanto riguarda il consumo problematico e dipendente di oppiacei e stimolanti, è probabile che assisteremo allo sviluppo e all'espansione della prescrizione medica a mantenimento. Tali modelli si ispireranno a sistemi di intervento ben consolidati, efficienti e in atto in numerosi paesi. L'emergere di queste due tendenze sta già definendo l'avanzare di un processo di riforma pragmatica in ambiti in cui la necessità pratica è più pressante: laddove gli effetti del proibizionismo sono più notevoli o in termini di diffusione fra la popolazione (nel caso della cannabis) o in termini di danno complessivo (nel caso del consumo caotico/dipendente).

Raggruppando, a grandi linee, tipi simili di droghe (stimolanti, depressivi o allucinogeni; vedi capitolo quinto), possiamo ragionevolmente aspettarci che si avviino progetti pilota di offerta legalmente regolamentata indirizzati alle droghe con minor probabilità di causare danni o costi per il singolo individuo o per la società (vedi paragrafo 4.2. Valutare e classificare i danni provocati dalla droga).

Analogamente in primo luogo potrebbero essere rese disponibili sostanze meno forti, da consumarsi tramite metodi di somministrazione a basso rischio. Così, per esempio, inizialmente si potrebbero rendere disponibili i funghi allucinogeni («magici») anziché lo LSD, l'oppio anziché i preparati a base di oppiacei, oppure gli stimolanti a basso potenziale e da consumarsi oralmente, anziché la polvere di cocaina o la metanfetamina.

4.2. Valutare e classificare i danni provocati dalla droga

L'idea di quantificare e classificare i danni provocati dalla droga ha principalmente due funzioni. Per prima cosa, le classificazioni dovrebbero fornire informazioni ai responsabili delle politiche, in modo che essi possano sviluppare risposte efficaci, mirate e proporzionate alla gamma dei differenti danni provocati dalle varie droghe, sì che questi possano essere ben gestiti e ridotti al minimo. Questo è un elemento essenziale nello sviluppo di un efficiente contesto di regolamentazione e richiede inevitabilmente un certo grado di ge-

¹ R. Newcombe, *Attitudes to Drug Policy and Drug Laws; A Review of the International Evidence*, Transform Drug Policy Foundation, 2004.

neralizzazione sulla popolazione di consumatori. Il secondo obiettivo è quello di facilitare l'educazione dei singoli riguardo ai rischi e ai danni relativi alle droghe, in modo da renderli capaci di prendere decisioni informate e responsabili sulla propria salute ed il proprio benessere. Questo richiede un tipo di informazione più sfumata e più specificamente modellata sul singolo individuo.

Per affrontare questi problemi bisogna fare due importanti distinzioni. Prima di tutto, i danni primari alla salute dei consumatori individuali dovrebbero essere distinti dai danni sociali secondari a terzi che derivano da tale consumo. In secondo luogo, i danni legati al consumo di droga in sé (sia primari che secondari) dovrebbero essere distinti dai danni creati o esacerbati dal contesto determinato dalla politica scelta. Il giudizio prevalente che sta alla base della maggior parte delle politiche sulla droga comprende abbastanza bene la prima distinzione (tra danni alla salute e alla società), ma manca totalmente di comprendere la seconda (tra danni causati dalla droga e quelli causati dalle scelte politiche). In quest'ultimo caso infatti si confondono e si mischiano i due elementi, spesso attribuendo alle droghe in sé, o fondamentalmente ai consumatori, i danni derivanti invece dal proibizionismo e dal mercato illegale, e si alimenta così quel circolo vizioso autogiustificante che ha contribuito a mettere il proibizionismo al riparo da ogni discussione.²

Alcuni sforzi sono stati fatti per svincolare i danni legati al consumo di droga dai danni derivanti dalla politica sulla droga, sebbene questa sia un'area che richiede considerazione e analisi più dettagliate. La pubblicazione del 2004, *After the War on Drugs: Options for Control*, a cura di Transform,³ descrive sei danni fondamentali (ciascuno di essi ulteriormente suddiviso in sotto-categorie) generati dal proibizionismo: «creazione del crimine», «crisi nel sistema di giustizia criminale e nelle carceri», «miliardi di spreco in spese e perdita di introiti fiscali», «insidie alla salute pubblica e massimizzazione dei rischi [per la salute]», «destabilizzazione dei paesi produttori di droga», «minaccia ai diritti umani». Il rapporto di Transform fa poi una distinzione tra gli obiettivi del movimento di riforma della politica sulla droga (cioè ridurre o eliminare i danni specificamente creati o esacerbati dal proibizionismo e dai mercati illegali) e i più convenzionali obiettivi di un'efficace politica sulla droga (cioè ridurre o eliminare i danni direttamente o indirettamente associati con l'uso e l'abuso di droga).

² Per una più dettagliata discussione dei danni derivanti dalle politiche sulla droga e da un consumo alienato di essa, si veda: *A Comparison of the Cost-effectiveness of the Prohibition and Regulation of Drugs*, Transform Drug Policy Foundation, 2009.

³ *After the War on Drugs: Options for Control*, Transform Drug Policy Foundation, 2004, p. 9.

Una più estesa «tassonomia dei danni collegati alla droga» è stata stabilita da MacCoun e Reuter,⁴ che individuano quarantasei tipi di danno e li raggruppano in quattro grandi categorie: «salute», «funzioni socioeconomiche», «sicurezza e ordine pubblico» e «giustizia criminale».

In uno schema sinottico poi identificano sei gruppi di popolazione («consumatori», «spacciatori», «persone intime», «datori di lavoro», «vicini» e «società») e notano quale di questi «sopporta il danno/rischio» per ciascuno dei tipi di danno elencati. Quel che è più importante, in una colonna a parte individuano anche ciò che definiscono come «la principale fonte del danno» per ciascun gruppo di popolazione e distinguono tre fonti: «il consumo», «la condizione d'illegalità» e «l'applicazione della legge» (la condizione d'illegalità e l'applicazione della legge sono identificate come fonte di trentasei dei danni elencati).

Anche il tipo di preparazione della droga, la modalità di assunzione e l'ambiente fisico e sociale in cui il consumo ha luogo sono variabili d'importanza cruciale nella valutazione del rischio

Il compito di valutare e classificare i danni derivanti dalla droga è evidentemente complicato dal numero di variabili coinvolte, il mutare delle quali rende il tentativo di descrivere e categorizzare danni e rischi una sfida complessa. La politica mondiale è correntemente basata

su un raggruppamento delle droghe illegali in un numero di classi di rischio che va da tre a cinque (per esempio il sistema delle classi «A, B, C» nel Regno Unito, o il sistema delle tabelle «I-IV» negli Stati Uniti). Se da una parte questi sistemi hanno una qualche utilità, dall'altra sono spesso incoerenti ed estremamente semplicistici. A livello pratico, sono basati su generalizzazioni, sono confondenti perché non includono le sostanze legali e mischiano o non riconoscono appieno molteplici danni; questo ha sostanzialmente ridotto la loro utilità, sia come strumenti di attuazione di una politica precisa, sia come sostegno per i singoli consumatori a compiere scelte informate sul consumo personale di droga.

Prima di discutere più in dettaglio questi problemi e le loro implicazioni politiche, vale la pena di provare ad isolare i principali vettori di danno associati specificamente con il consumo di droga (distinti, quindi, dai danni derivanti dalla politica sulla droga), che i responsabili delle politiche devono tenere presenti.

⁴ R. MacCoun, P. Reuter, *Drug War Heresies*, Cambridge University Press, 2001, p. 106.

4.2.1. Definizione dei danni/rischi per la salute provocati dalla droga

I rischi/danni per la salute personale associati ad una particolare droga possono essere distinti in tossicità e «effetto dipendenza», cioè la capacità di una droga di indurre dipendenza. Il livello di rischio associato con la tossicità di una droga e la sua propensione ad indurre dipendenza è poi limitato da una serie di variabili comportamentali e dalla predisposizione del singolo consumatore. Questi fattori possono essere descritti su base individuale o di popolazione/classe di popolazione.

a. Tossicità

Bisogna fare una distinzione tra casi di tossicità acuta a breve termine (per esempio, morte per arresto respiratorio a seguito di un'overdose di eroina) e effetti di tossicità cronica a lungo termine (per esempio, morte per cirrosi epatica dopo decenni di forte consumo di alcol).

La tossicità acuta di una droga dipende dalla misura del margine esistente tra la soglia attiva, cioè la dose alla quale l'effetto della droga (o comunque l'effetto desiderato) è raggiunto dal consumatore, e la dose alla quale si dà una specifica reazione tossica o overdose. Tale reazione tossica potrebbe semplicemente consistere in spiacevoli effetti collaterali temporanei, come vomito, vertigini, svenimenti, angoscia, ecc., oppure in una serie di episodi acuti più gravi, danni ai tessuti di vario tipo o morte.

La terminologia corrispondente nei farmaci è «indice terapeutico», cioè il rapporto tra dose terapeutica e dose tossica. Con le sostanze ad uso non medico, il livello di tossicità acuta di una data droga è spesso misurato valutando il rapporto tra la dose letale e quella normale o attiva. Più piccolo è questo intervallo tra dosaggio attivo e tossico, più tossica una droga viene ritenuta. Esistono anche altri metodi di misurare la tossicità, come quello di valutare gli effetti tossici sub-letali; ognuno di questi metodi è chiaro e relativamente semplice.

Nel classificare le droghe, tuttavia, la questione della tossicità acuta è complicata da una serie di variabili comportamentali: le più ovvie sono la modalità di assunzione della droga e il policonsumo. Lo sviluppo della tolleranza individuale è un altro fattore che va a complicare le cose.

Per contro, la tossicità cronica a lungo termine di una droga è intrinsecamente più difficile da quantificare, specialmente per droghe nuove o emergenti. È specialmente difficile valutare i singoli effetti di causalità nel contesto di una serie di variabili nello stile di vita e di uso di molteplici droghe. Perfino quando si possono tracciare stime e misurazioni attendibili degli effetti a lungo termine, sorge il problema che i vari sistemi di classificazione delle droghe sulla base dei loro effetti di tossicità acuta e cronica non coincidono tra loro. Perciò non è detto che sia sempre utile raggruppare insieme le droghe. Per

esempio, è difficile paragonare il fumo di tabacco, che comporta un basso rischio di tossicità acuta ma uno alto di tossicità cronica, con il consumo di oppiacei, che hanno invece un alto rischio di tossicità acuta a breve termine, ma uno più basso a livello di tossicità cronica.

b. Addiction/Dipendenza

Storicamente, il discorso politico sui danni derivanti dalla droga è stato dominato dal concetto della dipendenza. La classificazione originaria stilata nella Convenzione Unica sulle Droghe delle Nazioni Unite del 1961 (poi modello per la maggior parte dei successivi sistemi di classificazione adottati nei vari paesi) fu largamente definita sulla base della concezione di dipendenza che si aveva all'epoca in cui il trattato venne stilato, cioè negli anni Quaranta e Cinquanta⁵.

La *addiction* da droghe, o la dipendenza, come è ora generalmente detta, è un concetto difficile da definire con precisione o sul quale raggiungere un consenso. I criteri della OMS e del DSM⁶ dell'Associazione Psichiatrica Americana probabilmente sono quelli che vi si avvicinano maggiormente, ma la questione è ancora fonte di controversie senza fine, non ultimo il fatto che la dipendenza sia comunemente definita come un problema di salute mentale. Tuttavia, un maggiore consenso esiste relativamente alle componenti fisiologiche della dipendenza da droga, definite in termini di chimica cerebrale (neurotrasmettitori, recettori, ecc.). Queste componenti fisiologiche sono state descritte bene nella letteratura medica dell'ultimo secolo (almeno per quanto riguarda le droghe ben affermate, anche se forse non altrettanto per quelle emergenti), e sono adesso ben comprese.

È possibile, ed è utile, quantificare e quindi classificare il livello al quale una particolare droga tenda ad essere associata con lo sviluppo di un fenomeno di tolleranza (assuefazione) e di specifici sintomi di astinenza. Un ulteriore aspetto fisiologico dell'azione della droga che si riflette sulla dipendenza è la durata, cioè la misura di quanto a lungo duri il suo effetto. Le droghe ad effetto rapido si prestano ad un più frequente uso ripetuto. Anche la qualità dell'esperienza nella fase iniziale dell'intossicazione (*rush*) e nella successiva fase di calo (cioè la valutazione soggettiva del livello di piacere associato al consumo della droga) sono variabili importanti. Tuttavia sono variabili più difficili da quantificare oggettivamente e anche collegate, in buona misura, al tipo di preparazione della droga, al suo dosaggio e alla modalità di assunzione.

⁵ Il preambolo alla Convenzione del 1961 dice anche: «Riconoscendo che la dipendenza da sostanze stupefacenti costituisce un grave male per l'individuo ed è portatrice di pericoli per l'umanità sia a livello sociale che economico».

⁶ Il DSM è il Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali a cura dell'Associazione Psichiatrica Americana.

Tuttavia, mentre le componenti fisiologiche nell'azione di una droga e la relazione con l'effetto di dipendenza possono essere valutate e potenzialmente classificate, i problemi di dipendenza sono drammaticamente complicati dall'individualità dei singoli consumatori e dalla serie di fattori psicosociali che si combinano con i processi fisiologici. Questa interazione produce comportamenti collegati alla dipendenza che domandano l'attenzione dei responsabili delle politiche e dei fornitori di servizi. L'influenza psicosociale o gli elementi di dipendenza legati ad una data droga sono molto più difficili da quantificare e classificare e assai più controversi nella letteratura sull'argomento. Per esempio la *addiction*/dipendenza psicologica è adesso associata anche col sesso, lo *shopping*, il gioco d'azzardo, Internet e così via.⁷

Ciononostante, anche queste componenti psicosociali sono chiaramente altrettanto importanti nel determinare i comportamenti. Alcune droghe, che hanno effetti di dipendenza fisiologica relativamente moderati o bassi, sono però associate a potenti forme di dipendenza psicologica, come notoriamente, per esempio, nel caso della cocaina. Rimane un punto da discutere: se la dipendenza fisiologica e quella psicologica debbano essere fuse insieme nella classificazione delle droghe, così come lo è la questione se «dipendenza» sia ancora un termine utile per definire il fenomeno, piuttosto che quello di «consumo disfunzionale», problematico o dipendente.

c. Predisposizione individuale

Anche se i differenti vettori dei danni da droga descritti sopra possono essere significativamente quantificati e classificati, almeno in termini di popolazione generale, i problemi rimangono. In particolare, la valutazione del rischio è complicata dall'ampia gamma di varianti nella costituzione fisiologica e psicologica dei singoli consumatori di droga. Tra le varianti chiave ci sono le generali condizioni di salute fisica e mentale e l'età (giovani e vecchi sono più vulnerabili). Specifiche condizioni di salute fisica e mentale possono avere un impatto di maggiore importanza sul rischio individuale, mentre fattori di interazione farmacologica possono anche causare vulnerabilità ai danni di una certa droga in alcuni individui.

d. Preparazione della droga, metodo d'assunzione, comportamento di consumo

Per tutte le droghe esiste una chiara relazione tra rischio e dosaggio. Questo fatto è generalmente preso in scarsa considerazione nelle più generali classificazioni del danno. Chiaramente una piccola quantità di una droga di Classe

⁷ Esiste un'utile discussione sulla questione di come la dipendenza venga interpretata in B. Alexander, *The Globalisation of Addiction: A Study in Poverty of the Spirit*, Oxford University Press, 2008.

A (Regno Unito) o Tabella 1 (Stati Uniti) presenterà meno rischi di una dose abbondante di una droga di una categoria inferiore.

Anche l'analoga questione della potenza di una droga è un fattore di rischio. Comunque un mercato regolamentato, con prodotti standardizzati e informazioni sulla confezione, contribuirebbe largamente ad eliminare i rischi specificamente derivanti dalla mancata consapevolezza della potenza di una droga (e in particolare da una potenza inaspettatamente alta). Infatti, la questione dei rischi connessi alla potenza di una droga è stata forse sopravvalutata, dal momento che, se i consumatori fossero in possesso della dovuta informazione sul dosaggio, sarebbero portati a scegliere razionalmente la dose da assumere, in modo da regolare la propria esposizione al rischio, o ad "autotitolarsela" in modo da ottenere il livello di effetto psicoattivo che desiderano.

Anche il tipo di preparazione della droga, la modalità di assunzione e l'ambiente fisico e sociale in cui il consumo ha luogo sono variabili d'importanza cruciale nella valutazione del rischio. Questo è illustrato bene dal caso delle droghe a base di coca, che vanno dalla foglia di coca da masticare, al tè di coca, alla polvere di cocaina da sniffare, fino al crack da fumare (vedi oltre). Tutte implicano un consumo di cocaina, ma a livelli di rischio molto diversi.

Sommario dei vettori di rischio per metodo di assunzione della droga⁸

INIEZIONE

La forma di assunzione più rischiosa, non solo perché il consumatore è esposto immediatamente alla totalità della dose consumata, rischiando perciò l'overdose, ma anche perché l'iniezione di per sé comporta rischi di infortunio e infezione.

FUMO/INALAZIONE

Esponde il consumatore ad un effetto della droga solo parzialmente più lento dell'iniezione, ma permette un più alto livello di controllo su sovradosaggio e intossicazione, abbassando così il rischio di overdose. Tuttavia presenta un ulteriore rischio di danno cronico ai polmoni. Vale la pena di osservare che il rischio di danno ai polmoni può essere significativamente ridotto se la droga viene inalata in forma vaporizzata,⁹ piuttosto che come fumo da combustione.

SNIFFAGGIO (INSUFFLAZIONE)

Le droghe in polvere possono essere sniffate e assorbite dalle mucose del naso nel giro di alcuni minuti. A differenza dell'iniezione, praticata in pochi secondi, l'insufflazione è

⁸ Altri metodi meno comuni di somministrazione sono i cerotti epidermici (usati, per esempio, nella terapia sostitutiva della nicotina e di metilfenidato a rilascio lento) e le supposte (che altrimenti sono usate quasi esclusivamente a scopi medici).

⁹ Inalatori da medicinali offrono un esempio familiare di come una sostanza possa essere assorbita dai polmoni senza i rischi ad essi recati dal fumo. «Vaporizzatori» sono anche comunemente impiegati per il consumo della cannabis.

un metodo a più bassa intensità e che dà un certo livello di controllo sul dosaggio. Esiste un moderato rischio di danno cronico alle membrane del naso.

CONSUMO ORALE

La droga viene assorbita in un lasso di tempo più lungo (un'ora o più) dallo stomaco, che è relativamente ben preparato per gestire sostanze esterne.¹⁰ Le droghe consumate per via orale a rilascio lento saranno generalmente a più basso rischio rispetto agli equivalenti a rilascio rapido, visto che il livello di esposizione (nel sangue) è ridotto in ogni momento, sebbene la durata dell'esposizione/intossicazione sia prolungata. Alcune droghe, come il tabacco e la foglia di coca, sono tenute in bocca e assorbite attraverso le mucose della bocca.

4.2.2. *Rischi/danni sociali secondari*

Separare i danni delle droghe da quelli delle politiche

Così come nella valutazione dei rischi/danni per la salute, considerazioni sui rischi/danni secondari sono complicate dall'influenza dell'ambiente determinato dalla politica scelta. La posizione riformista è sostanzialmente basata sull'osservazione che sia i rischi/danni per la salute che quelli secondari a livello sociale aumentano nel contesto di una produzione e distribuzione in mano all'illegalità e di ambienti di consumo illegale. Se, da una parte, è molto complesso distinguere i rischi/danni dovuti all'una o all'altra cosa, l'assunto più generale può essere semplicemente illustrato con un esempio dal mondo reale. Paragoniamo due consumatori di eroina per via iniettiva. Il primo è coinvolto in un gran numero di furti e in attività di prostituzione per finanziare la propria pratica illegale. Fa uso di eroina «di strada» (di potenza e purezza sconosciuta), con siringhe sporche, spesso condivise, in un ambiente poco sicuro. Se ne approvvigiona sfruttando un'infrastruttura di commercio/traffico criminale che può essere ricondotta alla produzione illegale afghana. Ha contratto il virus HIV, l'epatite C ed ha una fedina penale lunga e ancora in espansione.

Il secondo consuma dell'eroina di nota potenza e purezza, prodotta legalmente e prescritta da un medico, all'interno di un ambiente clinico sorvegliato, con strumenti per l'iniezione puliti. Nessun tipo di azione criminale, profitto, o violenza si verifica ad alcuno stadio della produzione, dell'approvvigionamento o del consumo della droga; non c'è nessun rischio di trasmissione di malattie tramite il sangue, un rischio quasi pari a zero di morte per overdose, e nessun crimine per finanziare il consumo.

Significativamente, questi due esempi non sono tratti da alcun modello teorico: questi due individui coesistono in una serie di paesi dove la sommini-

¹⁰ Incluso il meccanismo difensivo del vomito.

strazione di eroina per mantenimento è disponibile in parallelo con il commercio illegale. Un paragone analogo, sebbene meno drammatico, potrebbe essere fatto per la maggior parte delle droghe.

Se da una parte gli sforzi per separare i rischi/danni derivanti dalle droghe da quelli derivanti da una particolare politica sono di vitale importanza per far progredire il discorso politico, dall'altra certamente esistono anche rischi/danni secondari e di natura sociale che sono in effetti associati con il consumo di droga. Derivano specificamente dalla natura degli effetti di una data droga e sono collegati a comportamenti associati con l'intossicazione, alla propensione del singolo alla dipendenza, ai danni che possono risultare da comportamenti indotti dalla dipendenza. L'Accademia di Scienze Mediche del Regno Unito ha identificato i seguenti rischi/danni sociali potenzialmente derivanti dal consumo di droga:¹¹

- impoverimento e contrasti in famiglia derivanti dalla disoccupazione/perdita di reddito, perdita di giorni lavorativi, negligenza nei confronti di familiari/figli; rischio di abusi;
- criminalità associata con il consumo, compresa la turbativa dell'ordine pubblico; problemi per i precedenti penali; onere sul sistema di giustizia criminale (incluso il carcere);
- onere sui servizi sociali e di recupero.

Si dovrebbero includere anche i rischi/danni connessi alla guida o alla manovra di macchinari o simili, mentre le proprie facoltà sono ridotte dal consumo di droga.

4.2.3. Affinamento delle risposte politiche e della comunicazione

Talvolta è necessario operare delle generalizzazioni riguardo ai danni sulla popolazione provocati da una particolare sostanza: per esempio ciò può aiutare a definire le priorità politiche generali. Tuttavia questo non è sempre utile qualora si voglia affinare la risposta politica adatta per specifiche classi di popolazione o per i singoli individui.

Allo stato attuale, le valutazioni e le classificazioni dei danni provocati dalla droga possono essere utili alle generalizzazioni. Tuttavia, la loro efficacia si riduce quando si tratti di risposte più particolari e qui abbiamo cercato di mostrare alcuni dei fattori che possono aiutare in quest'opera di affinamento: questi fattori non sono invece presi in considerazione negli attuali sistemi di generalizzazione limitati a tre o quattro categorie.

Infatti questi sistemi risultano spesso semplicistici, senza prendere in considerazione e offrire risposte ai comportamenti di specifiche subculture di grup-

¹¹ *Brain Science, Addiction and Drugs*, UK Academy of Medical Sciences, 2008, p. 88.

pi di popolazione. Inoltre mischiano una serie di fattori di rischio che hanno livelli chiaramente diversi. Questo porta alla costruzione di politiche basate sull'assunto che «la droga A è più pericolosa della droga B», anche se spesso tale giudizio è privo di valore, se applicato ai comportamenti che si riscontrano nel mondo reale e all'esperienza individuale dei consumatori.

Per quanto riguarda l'educazione alla salute, i consumatori di droga, presenti, passati e potenziali, così come i non consumatori, necessitano di informazioni su misura relativamente ai rischi e ai danni a cui possono andare incontro singolarmente. Per esempio, tali informazioni dovrebbero poter andare incontro ai bisogni specifici di un diciottenne in piena salute incuriosito dall'ecstasy, o di un ventiseienne con una storia di psicosi che fa uso di cannabis, o di un trentaseienne diabetico preoccupato per la cocaina, o infine di un sessantaseienne affetto da ipertensione che sta valutando il proprio consumo di alcol.

Ogni singolo consumatore dovrebbe essere capace di comprendere i rischi che personalmente corre nel far uso di una particolare droga, ad un particolare dosaggio, con una particolare frequenza, con un particolare metodo di assunzione, in un dato contesto.¹² Questa è una sfida significativa, ma certamente non impossibile, per gli educatori, siano essi nelle scuole o nelle università, oppure sia che operino tramite la pubblicazione di siti internet o *brochure*, o tramite la creazione di pannelli pubblicitari o spot televisivi.

Questi mezzi educativi devono trovare la maniera di rendere la complessità cui si è accennato sopra comprensibile e accessibile ad una vasta popolazione. In particolare, devono rivolgersi a coloro che sono i più vulnerabili ai danni connessi alla droga, ma che spesso sono anche i più difficili da raggiungere.

I dettagli relativi al modo migliore di affrontare questa sfida vanno al di là del merito di questa pubblicazione, ma sulla base di questa discussione è chiaro che le variabili chiave (cioè i fattori che determinano i danni che derivano dalla droga) devono essere distinti, quantificati e classificati in modo indipendente. Questi includono: tossicità acuta e cronica, propensione alla dipendenza (sia fisiologica che psicologica), problemi relativi al dosaggio, alla potenza della sostanza, alla frequenza dell'uso, alla preparazione e al modo di somministrazione, infine fattori di rischio individuali come le condizioni di salute fisica e mentale, l'età, l'interazione con altri farmaci, e fattori comportamentali come il contesto di consumo ed il policonsumo.

¹² Devono anche ricevere informazioni sui segni di allerta sul fatto che il proprio consumo, o quello all'interno del proprio gruppo, sia diventato o stia diventando problematico e sulle appropriate misure da prendere in tal caso, incluso il possibile accesso a servizi di supporto e recupero.

4.3. Legiferare a livello internazionale, nazionale e locale

- Gli argomenti illustrati in precedenza richiedono la creazione di una vasta serie di nuove strategie e normative nell'ambito della politica sulle droghe. È comunque importante comprendere a che livello politico tali scelte e tali innovazioni legislative dovrebbero avere luogo. In linea di principio, questi cambiamenti non differiscono significativamente da simili questioni in altri campi di politica e legislazione sociale, che abbiano a che fare con droghe attualmente legali ad uso medico e non medico. Sulla base di ciò, noi qui suggeriamo che un nuovo tipo di legislazione e amministrazione in materia di droghe potrebbe essere integrato in (e venire gestito da) una serie di organismi politici, a partire dal livello internazionale fino a quello più specificamente locale.
- Le varie agenzie delle Nazioni Unite continuerebbero ad essere responsabili per le questioni internazionali dei diritti umani e del commercio. Esse fornirebbero il fondamento, le regole base e i parametri entro i quali i singoli Stati possano operare, e ugualmente potrebbero offrire una guida e un punto di riferimento per la ricerca e la raccolta di dati sulla droga a livello internazionale. Il ruolo delle Nazioni Unite includerebbe la funzione di supervisione e di guida sui diritti della sovranità degli Stati, così come sulla responsabilità verso gli Stati vicini e verso la più ampia comunità internazionale. Un'ulteriore funzione consisterebbe nella supervisione delle questioni di commercio internazionale di droghe ad uso non medico, che sarebbe esercitata in parallelo a quella attualmente esercitata sulla produzione di droghe ad uso medico (svolta in combinazione con l'Organizzazione Mondiale del Commercio (*World Trade Organization*, WTO) e altri rilevanti enti/accordi relativi al commercio).
- I singoli Stati dovrebbero essere in grado di determinare democraticamente la propria politica e la propria legislazione sulla droga. Tale determinazione naturalmente avrebbe luogo entro i parametri legali internazionali, i diritti e le responsabilità stabilite dalle Nazioni Unite e da ogni altro ente internazionale e governo regionale a cui i singoli Stati appartengano. Questi stabilirebbero fondamentali standard di giustizia e di rispetto dei diritti umani che avrebbero poi implicazioni sull'uso di sanzioni punitive contro i consumatori di droga; essi però non potrebbero né imporre né precludere l'accesso/distribuzione legale o il commercio di droghe all'interno del singolo paese.
- Le amministrazioni locali e municipali potrebbero determinare i dettagli su questioni legali di livello inferiore relative alla regolamentazione, alla concessione di licenze e alle misure per farle rispettare, insieme a fornire servizi sanitari sociali per la droga. Tutto ciò dovrebbe rispettare i parametri e gli

obiettivi stabiliti dal governo nazionale in accordo con la più ampia legislazione internazionale. Simili strutture normative sono già attive in diversi paesi per la concessione di licenze per la vendita di alcol. Nel Regno Unito, per esempio, le autorità che erogano licenze devono revisionare ogni tre anni le licenze dei locali d'intrattenimento, consultandosi con il capo della polizia, con i vigili del fuoco e con i rappresentanti sia dei locali autorizzati che di altri esercizi e dei residenti della zona. Negli Stati Uniti la politica sull'alcol è gestita in larga misura dai singoli Stati, i quali controllano la produzione, la distribuzione e la vendita all'interno dei propri confini, mentre il governo federale regola l'importazione ed il trasporto tra Stato e Stato. Analogamente, i singoli Stati, sia negli Stati Uniti che in Australia, hanno differenti approcci per l'applicazione della legge nel caso del consumo di cannabis, andando da una decriminalizzazione di fatto (o sanzioni amministrative) a sanzioni penali punitive.¹³ La dinamica di potere tra singoli Stati e governo federale generalmente vede cadere la giurisdizione sui crimini più gravi nelle mani degli organi federali, mentre crimini meno gravi o infrazioni amministrative sono delegati alle autorità del singolo Stato.

4.4. Una ricerca efficace per una politica efficace

Nel corso degli ultimi cinquant'anni il proibizionismo ha costituito una linea di forte importanza politica per i governi in tutto il mondo. La sua importanza è stata determinata dal desiderio di gestire con fermezza quello che viene percepito come «un male» (e di mostrarsi capaci di farlo agli occhi dell'opinione pubblica), piuttosto che dal desiderio di affrontare in modo diretto una serie di questioni sociali e sanitarie molto impegnative e complesse. Il bisogno di giustificare un tale approccio ha modellato l'agenda della ricerca sulla droga. Direttamente o indirettamente ha incoraggiato la ricerca a mostrare i danni delle sostanze, al preciso scopo di giustificare e sostenere risposte punitive alla «minaccia della droga». Questa focalizzazione sulla ricerca al fine di giustificare azioni ferme e punitive ha portato ad evitare una ricerca sulle politiche per valutare e analizzare in modo significativo gli effettivi risultati del proibizionismo.

Esiste pertanto un chiaro bisogno di correggere l'agenda della ricerca dalla sua deviazione storica e di indirizzarla verso la ricerca medica sulla tossicità delle droghe e sulla loro capacità di indurre dipendenza e soprattutto verso una ricerca sulle politiche da attuare. Ovviamente rimane molto importante indagare a fondo e comprendere i danni alla salute legati alla droga. Ma la com-

¹³ La legislazione federale e internazionale comunque attualmente impedisce l'esplorazione di opzioni di regolamentazione legale di distribuzione di sostanze ad uso non terapeutico.

preensione di ciò deve essere accompagnata da un'accurata valutazione delle politiche tese a mitigare tali danni. In particolare bisognerebbe valutare accuratamente ed esplorare i risultati di ogni politica e le sue alternative.

Storicamente questo compito è ampiamente ricaduto sulle spalle dei settori non governativi. L'ingresso del governo in questo campo ed il suo supporto ad esso avrebbero l'effetto di sostenere sia lo sviluppo di nuove politiche di gestione delle droghe sia il miglioramento di quelle esistenti. Questo assicurerebbe un più efficace contenimento dei danni legati alla droga a livello locale, nazionale e internazionale, sia a breve che a lungo termine.

Bisognerebbe avviare due fondamentali programmi di ricerca:

- I critici dell'approccio proibizionista sostengono con autorevolezza che esistono prove evidenti del fallimento complessivo e della natura controproducente di tale linea politica. Per progredire politicamente, però, tali critiche e analisi devono fondarsi solidamente su un corpo vasto ed in continuo sviluppo di ricerche governative sia a livello internazionale (Nazioni Unite) che nazionale, nelle quali tutti gli effetti di una politica siano apertamente e accuratamente valutati, sulla base di standard stabiliti ed in continuo aggiornamento e tramite una serie stabilita di indicatori/misuratori. Siamo ancora lontani dall'ottenere qualcosa di paragonabile a questo.¹⁴ La scarsità di dati e analisi adeguate relativamente alle politiche correnti è un significativo ostacolo alla comprensione degli effetti di tali politiche e quindi anche alla capacità di modificarle o svilupparle allo scopo di massimizzarne l'efficacia.
- In parallelo a più ponderate valutazioni e ad un approccio più critico nei confronti delle politiche correnti, bisogna investire adeguatamente nell'individuazione di politiche e linee alternative. Tale ricerca può far uso di già esistenti strumenti di analisi di natura più speculativa, come l'analisi comparativa di costi e benefici o la valutazione degli effetti.¹⁵ Questi metodi possono coadiuvare delle ricerche pilota su modelli di produzione e distribuzione regolamentate. Sia a livello nazionale che delle Nazioni Unite, potrebbero operare delle commissioni indipendenti di valutazione per supervisionare l'agenda di ricerca e per diffonderne i risultati a tutti gli organi interessati.

4.5. Le conseguenze sociali, politiche ed economiche più generali

La produzione ed il commercio di droga ha avuto una serie di profonde conseguenze sullo sviluppo sociale, politico ed economico di paesi chiave nella

¹⁴ Per una discussione ulteriore si veda: M. Trace, M. Roberts, A. Klein, *Assessing Drug Policy: Principles and Practice*, Beckley Foundation, 2004.

¹⁵ Per una discussione ulteriore si veda: *A Comparison of the Cost-effectiveness of the Prohibition and Regulation of Drugs*, Transform Drug Policy Foundation, 2009.

produzione e nel transito della droga. L'impatto su di essi di una qualsiasi transizione, nel mercato globale, ad una produzione regolamentata comporterà significative conseguenze. Gli effetti, per il loro sviluppo, del proibizionismo globale (e l'impatto di ogni deviazione da questo) devono assumere una posizione di maggiore centralità nella discussione sulla riforma della politica sulla droga, che finora ha invece teso a concentrarsi sui problemi interni dei paesi sviluppati in cui le droghe vengono consumate. Questi effetti dovrebbero assumere maggior rilievo nel dibattito più ampio sullo sviluppo. Molti paesi o regioni coinvolte nella produzione e nel traffico di droga hanno governi e infrastrutture nazionali deboli o caotiche: casi evidenti sono, per esempio, l'Afghanistan, la Guinea Bissau e certe aree della Colombia. Il proibizionismo esercitato su beni per i quali la domanda è alta, porta inevitabilmente a generare opportunità per il crimine, spingendo produzione, distribuzione e consumo entro un'economia parallela illegale. Tale attività illecita è flessibile e opportunistica, portata naturalmente a cercare località dove possa operare a costi minimi e con minimi elementi di disturbo: di conseguenza si comprende che le attività illegali siano attratte verso le regioni geograficamente marginali e gli Stati fragili, collassati o sul punto del collasso. Le attività illegali su larga scala traggono alimento da una spirale di sviluppo negativo. In questa spirale i problemi esistenti vengono esacerbati ed i governi finiscono per essere ulteriormente destabilizzati dalla corruzione e dalla violenza endemiche, inevitabili tratti distintivi dei mercati della droga illegali, interamente controllati da affaristi della criminalità organizzata.

La maggior parte dei produttori di droga non rispecchiano lo stereotipo dei gangster di cartello che siedono in cima alla piramide del commercio illegale, accumulando la maggior parte della ricchezza da esso generata. I contadini e gli operai, che costituiscono la maggior parte della forza lavoro illegale, vivono frequentemente in ambienti poveri, sottosviluppati e poco sicuri. Il loro coinvolgimento nel mercato illegale di droga è in larga misura dovuto «al bisogno e non all'avidità»; il loro «passaggio all'illegalità»¹⁶ è principalmente effetto di povertà e mancan-

La maggior parte dei produttori di droga non rispecchiano lo stereotipo dei gangster di cartello che siedono in cima alla piramide del commercio illegale [...]. I contadini e gli operai, che costituiscono la maggior parte della forza lavoro illegale, vivono frequentemente in ambienti poveri, sottosviluppati e poco sicuri

¹⁶ M. Jelsma, *Vicious Circle: The Chemical and Biological War on Drugs*, Transnational Institute, 2001, p. 26.

za di scelte. Per esempio l'UNODC ha riconosciuto che nel Myanmar «la coltivazione dell'oppio è un segno di povertà piuttosto che di ricchezza».¹⁷ Questa discussione richiede che si mettano in evidenza quei danni che sono specificamente il risultato della (o che sono esacerbati dalla) natura illegale del commercio di droga. Naturalmente tale natura illegale è di per sé la conseguenza inevitabile e diretta della scelta di un approccio esclusivamente proibizionista al controllo della droga.

La Commissione Latino Americana su Droghe e Democrazia del 2009¹⁸ ha identificato cinque principali problemi causati dal proibizionismo, dalla sua applicazione e dal commercio illegale che esso genera:

- lo sviluppo di poteri paralleli in aree sensibili degli Stati nazionali (quartieri poveri nelle grandi città e nelle loro periferie; regioni remote dell'inter-no; aree di frontiera; i territori dell'Amazzonia);
- la criminalizzazione dei conflitti politici;
- la corruzione della vita pubblica (soprattutto della polizia e del sistema giudiziario e penitenziario);
- l'alienazione della gioventù e specialmente della gioventù povera;
- la migrazione forzata dei contadini (più di due milioni sono costretti a sfollare entro gli Stati, a cui si aggiungono le migliaia di rifugiati in fuga dalla guerriglia per la droga in Colombia) e la stigmatizzazione di culture tradizionali (lo stigma alla coltivazione di coca, il prodotto principale della cultura andina in Bolivia e Perù).

A questa lista si potrebbero aggiungere:

- la «migrazione» della politica»,¹⁹ per cui l'ambiente politico (piuttosto che le prove di efficacia) dirottano drammaticamente l'attenzione politica e le risorse verso una controproducente azione di contrasto penale e di sradicamento, a spese dello sviluppo sociale ed economico. Problemi di sanità locali, come il consumo problematico di droga e la diffusione del virus HIV/AIDS ad esso connessa, vengono ugualmente marginalizzati;
- interventi per lo sviluppo, qualora siano messi in piedi, vengono distorti dagli obiettivi della guerra alla droga, diventando così spesso inadeguati nelle loro proporzioni e inefficaci nel modo in cui vengono disegnati e realizzati;

¹⁷ *Life in the Wa Hills: Towards Sustainable Development*, UNODC Myanmar Country Office, 2006, p. 3.

¹⁸ *Drugs and Democracy: Towards a Paradigm Shift*, Latin American Commission on Drugs & Democracy, 2009, p. 25.

¹⁹ Un concetto presentato dal direttore esecutivo dell'UNODC come una «conseguenza indesiderata» del sistema di controllo delle droghe. Si veda: *Making Drug Control «Fit for Purpose»: Building on the UNGASS Decade*, UNODC, 2008.

- distruzioni ambientali: per esempio la deforestazione della Colombia²⁰ per la coltivazione di coca illecita (fenomeno esacerbato anche dal conseguente sfollamento della popolazione in seguito allo sradicamento) e l'inquinamento dovuto alla lavorazione della coca senza regole;
- la diretta alimentazione dei conflitti, fornendo una fonte di guadagno ai gruppi rivoluzionari, terroristici, alle milizie e ai governi corrotti che le sostengono nel perseguire i propri obiettivi militari.

Naturalmente tutte le risorse naturali di alto valore, sia legali che illegali, possono alimentare conflitti, come per esempio oggi accade per il petrolio, i diamanti e il coltan.²¹ Ma il loro valore rimane costantemente alto, indipendentemente dal contesto legale internazionale. Per contro, le coltivazioni di droga, come l'oppio e la coca, valgono poco di per sé. Sono diventati beni di alto valore solo in conseguenza del contesto legale proibizionista, che ha incoraggiato lo sviluppo di un commercio controllato dal crimine. È quando raggiungono i consumatori nel mondo sviluppato (tale è l'alchimia del proibizionismo) che il loro valore diventa letteralmente maggiore che se fossero d'oro. Per contro, la produzione legale di oppio e coca (vedi Appendice 2) è associata con pochi o nessuno dei problemi messi in luce sopra. In questo contesto legale, essi hanno fundamentalmente la stessa funzione di normali beni agricoli, non diversamente dal caffè, tè o altre piante usate per la produzione di medicinali.

In un regime di produzione legale, le coltivazioni di droga diventerebbero parte di un più ampio discorso di sviluppo. Se da una parte tali attività agricole mettono alla prova le comunità sia locali che internazionali con una serie di sfide gravi ed urgenti (per esempio, fare i conti con gli umori del mercato globale capitalistico e con la mancanza di infrastrutture di mercato equo), dall'altra gestire questi problemi nel contesto di un mercato legalmente regolamentato significherebbe eliminare almeno l'ostacolo in più delle conseguenze negative del proibizionismo e degli imperi criminali da esso creati.

Il ruolo che i paesi attualmente produttori illegali di droga avrebbero nel quadro di un commercio post-proibizionista, insieme ai problemi dell'inevitabile processo di transizione, solleva una serie di questioni che richiedono una considerazione più dettagliata da parte di agenzie chiave, organizzazioni non governative e ricercatori.

²⁰ La Colombia è una delle nazioni più ricche in biodiversità della terra.

²¹ Il minerale grezzo estratto in Congo, da cui si ottiene il Tantalum, un minerale essenziale nella fabbricazione di telefoni cellulari. Si veda: B. Todd, *Congo, Coltan, Conflict*, in *The Heinz Journal*, vol. 3, n. 1, 2006.

Esiste la possibilità per le coltivazioni legali e semi-legali di coca da tempo stabilite nelle regioni andine di continuare ad esistere o di espandersi nell'ambito di un nuovo sistema di regolamentazione. Come nel caso del caffè, la produzione di coca potrebbe essere sottoposta a principi di commercio equo e, nel caso di prodotti non farmaceutici a base di coca, anche ad alcune forme di protezionismo sulla linea dei sistemi in vigore nell'Unione Europea con i marchi di «Denominazione di Origine Protetta» (DOP), «Indicazione geografica protetta» (IGP) o «Specialità Tradizionale Garantita» (TSG).²² Inevitabilmente, tuttavia, non ci sarebbe nulla capace di fermare l'emergere altrove di altri mercati legali nella coltivazione di coca, a meno che le convenzioni sulla droga delle Nazioni Unite venissero adattate a controllare tale produzione (come accade adesso per la produzione di oppio) o che venissero stilati nuovi accordi commerciali a livello internazionale per svolgere una simile funzione.

Per le regioni andine, la transizione dalla produzione illegale di coca avrebbe indubbiamente numerosi vantaggi. Tuttavia avrebbe anche effetti potenzialmente negativi, in termini di riduzione del PIL e delle opportunità economiche per alcune popolazioni già marginalizzate e in difficoltà. Non si possono ignorare queste conseguenze negative, che devono anche essere inserite in qualsiasi analisi di sviluppo e qualsiasi azione di pianificazione intrapresa da agenzie nazionali e internazionali.

Sarebbe anche indispensabile controllare l'influenza dei gruppi multinazionali nell'ambito di questo commercio; la Colombia ha già avuto brutte esperienze con compagnie come la Coca Cola. In casi estremi, il fatto di appartenere a un sindacato ha voluto dire essere perseguitati, rapiti e uccisi. Un'opzione più attraente è rappresentata dall'espansione e revisione del ruolo di esistenti monopoli di Stato sul mercato della droga, sì da portarli ad una più stretta collaborazione con le agenzie sulla droga delle Nazioni Unite e con enti commerciali internazionali.

Il futuro del commercio di oppio in Afghanistan, e, in minor misura, della produzione di oppio altrove in Medio Oriente ed Oriente, è più problematico. L'oppio viene già prodotto nel mondo; l'esistente produzione legale ad uso medico potrebbe essere estesa, con relativa facilità, ad una produzione per uso non medico (vedi Appendice 2). La coltivazione di papavero diventerebbe meno attraente per i produttori afgani, man mano che il prezzo precedentemente garantito dal proibizionismo mondiale si erodesse. Senza norme stabilite a livello internazionale di commercio equo e prezzi minimi specificamente garantiti, essi non sarebbero capaci di competere con la più vasta produzione internazionale industrializzata.

²² Per una descrizione dettagliata di questi marchi si veda: www.ec.europa.eu/agriculture/quality/.

Può darsi che, mentre la domanda illegale si contrae, possa tornare utile qualcosa di simile al programma «Papavero per uso medico»²³, animato da buone intenzioni ma mal concepito. La presente produzione illegale potrebbe anche progressivamente confluire in un quadro legale di commercio equo per le esportazioni, supervisionato da agenzie per la droga delle Nazioni Unite, in modo analogo all'attuale produzione ad uso medico (come soprattutto quella che avviene in India).

In uno scenario di mercato illegale in contrazione di qualsiasi tipo, comunque, si avrebbero dinamiche molto differenti da quelle che la produzione illegale presenta al momento. Essa opererebbe certamente su scala più ridotta e, come nel caso della coca prodotta nelle regioni andine, ciò avrebbe importanti conseguenze dal punto di vista socioeconomico. Gli effetti positivi della riduzione del profitto criminale, dei conflitti e dell'instabilità dovrebbero venire valutati a confronto con la riduzione, a breve e medio termine, di opportunità economiche e del PIL.

C'è invece bisogno di interventi di sviluppo più convenzionali per i produttori di coca e oppio che si trovano al fondo della piramide di produzione illegale, i quali sono negativamente colpiti dalla progressiva contrazione di opportunità del mercato illecito e per i quali la transizione ad una qualsiasi forma di commercio legale post-proibizionista potrebbe non essere praticabile o economicamente possibile. In questo campo si può imparare dalla vasta esperienza dello Sviluppo Alternativo (*Alternative Development*, AD), un concetto che non è riuscito nel suo obiettivo di ridurre la generale produzione illegale di droga, ma che tuttavia, quando applicato bene, ha dimostrato come sia possibile per i contadini effettuare la transizione ad un sistema di vita non più basato sulla produzione di droga. Ci sono alcuni punti chiave da considerare:

- Un programma di Sviluppo Alternativo deve essere ben pianificato e prendere bene in considerazione le realtà del posto. In passato è stato spesso imposto dall'alto come parte di una strategia di sradicamento e repressione; la partecipazione locale nei progetti di sviluppo e la paternità locale dei programmi sono essenziali.
- Troppo spesso i programmi di Sviluppo Alternativo sono stati visti come qualcosa di separato dalle strategie di riduzione della povertà e dai programmi di sviluppo nazionale, mentre in realtà queste azioni sono tutte inestricabilmente legate.²⁴ I programmi di Sviluppo Alternativo devono essere separati dall'insieme delle strategie di controllo sulla droga e venire invece integrati in una più ampia politica di sviluppo.

²³ Si veda: www.poppyformedicine.net.

²⁴ J. Buxton, *Alternative Development in Counter Narcotics Strategy: An Opportunity Lost?* (in attesa di pubblicazione), 2009.

- Un programma di Sviluppo Alternativo deve essere ben finanziato ed includere piani di micro-finanziamento per i contadini; si deve concentrare su colture e mercati praticabili; deve riconoscere l'impatto di una maggiore sicurezza, sviluppo e garanzia dei diritti umani, così come dell'educazione, della sanità, della stabilità di governo e delle opportunità economiche.

Una preoccupazione reale esiste, tuttavia: una volta che venissero meno le priorità di controllo e sradicamento della droga che animano la politica attuale, verrebbero meno anche il livello di interesse e le risorse destinate allo sviluppo dei produttori di droga impoveriti.²⁵ Questi andrebbero semplicemente ad aggiungersi alla vasta schiera di popolazioni marginalizzate, che vengono così comunemente ignorate o abbandonate dagli sforzi per lo sviluppo internazionale. I paesi consumatori dovrebbero assumersi delle responsabilità in questo ambito, nel corso della fase di transizione. Forse tale responsabilità potrebbe risolversi in una sorta di «Piano Marshall» del dopoguerra alle droghe. Nell'ambito di tale piano, una porzione della spesa precedentemente assegnata alla repressione della produzione potrebbe essere reinvestita a vantaggio delle economie devastate nelle regioni ex produttrici di droga. Ciò potrebbe contribuire a sostenere metodi di sussistenza alternativi e a sviluppare il buon governo e infrastrutture statali migliori. Il finanziamento proverrebbe dai «dividendi di pace» derivanti dalla fine della guerra alla droga, possibilmente integrati anche dall'incipiente introito fiscale ricavato dal commercio legittimo della droga.

Le politiche per lo sviluppo nel loro insieme, incluse quelle praticate dai governi e dalle organizzazioni non governative, hanno palesemente mancato di occuparsi del ruolo del proibizionismo nella creazione di problemi per lo sviluppo. La discussione di alternative al proibizionismo è stata quasi pari a zero. Nei casi in cui ci sia stato un qualche interesse in questa direzione, ci si è limitati ai sintomi (tentativi a livello locale di ridurre in qualche misura il mercato illecito e i danni derivanti dalla sua repressione; risoluzione di conflitti, ma solo tramite risposte repressive ancor più eccessive/militari; ecc.), ma in genere si è costantemente mancato di indirizzarsi alle cause di fondo del problema.

I principi di base e le strutture legali del proibizionismo in sé non sono stati messi in discussione quasi per nulla. Essi sono invariabilmente visti come una serie di strutture politico-legali assolute ed immutabili, piuttosto che come una particolare e modificabile scelta politica. Un po' di colpa per questa si-

²⁵ Una simile preoccupazione è stata espressa in relazione alla priorità ed alle risorse assegnate al recupero dalla droga in un contesto post-proibizionista, allorché l'agenda di repressione del crimine diventasse progressivamente meno rilevante.

tuazione ricade sulle spalle del movimento di riforma della droga e sulle sue preoccupazioni rivolte in modo miope solo a problemi interni, ma più in generale la mancanza di impegno è dovuta semplicemente alla paura. Discutere alternative al proibizionismo è ancora visto come un tabù in molte arene politiche di alto livello, e specialmente nella grande maggioranza delle agenzie per lo sviluppo che sono finanziate a livello nazionale o che operano sotto l'egida delle Nazioni Unite.

Qualsiasi progresso su questo punto deve iniziare con uno sforzo intelligente da parte di agenzie chiave a livello internazionale (organizzazioni non governative, governi e le Nazioni Unite) a fare una stima dei costi in termini sociali e di sviluppo economico che la fedeltà globale alla politica proibizionista comporta: «le conseguenze indesiderate del controllo sulla droga», definite in maniera così eloquente dall'UNODC.²⁶

Tali valutazioni guideranno e sosterranno un dialogo sulla maniera di trovare nuove e più efficienti vie di progresso. Questa evoluzione dovrebbe galvanizzare la formazione di un più ampio campo di ricerca sullo sviluppo, che abbia finalmente la possibilità di iniziare ad affrontare questi grandi e urgenti problemi e di creare opportunità di sviluppo più efficienti, e quindi più costruttive, di quanto non sia mai stato fatto prima.

4.5.1. Conseguenze più generali sul crimine organizzato

Una preoccupazione che viene avanzata di frequente riguardo ad uno sviluppo in direzione di una regolamentazione legale del mercato della droga si concentra su di una semplice domanda: «Che cosa faranno i criminali una volta che siano rimosse le opportunità garantite loro dal proibizionismo?». Chiaramente l'impatto del processo verso la regolazione legale dei mercati della droga sarà diverso a seconda dei vari livelli dell'infrastruttura criminale e degli ambienti in cui essi operano. Visto che le riforme saranno diluite nel corso di diversi anni e non avverranno dall'oggi al domani, le infrastrutture criminali attraverseranno un periodo prolungato di declino in cui le opportunità di profitto diminuiranno progressivamente.

Indubbiamente alcuni criminali cercheranno nuovi campi di attività illegale ed è realistico aspettarsi che si possa registrare un incremento in alcuni campi, come il crimine telematico, l'estorsione o il commercio illecito di altri prodotti. Tuttavia il crimine è in larga misura dipendente dalle opportunità ed è impossibile immaginare che si offrano nuove opportunità di attività criminale tali da assorbire la forza lavoro correntemente operante nel mercato illegale delle droghe, il quale genera profitti annui che globalmente si aggirano in-

²⁶ A. Costa, *Making Drug Control «Fit for Purpose»: Building on the UNGASS Decade*, UNODC, 2008.

torno ai 320 miliardi di dollari. Anche nel caso in cui ci sia un dirottamento verso altre attività criminali, il quadro complessivo, a lungo termine, mostrerà indubbiamente una significativa flessione nell'attività criminale in genere. Liberarsi dei mercati illegali delle droghe significa ridurre le *opportunità* per delinquere.

Questa è una strana preoccupazione da avanzare come argomento contro la riforma, perché, a ben vedere, sembra difendere il proibizionismo allo scopo di mantenere in vita i distruttivi imperi costruiti sul commercio illegale di droga, in modo tale che la criminalità organizzata non sia costretta a cambiare lavoro. Per contro, dal punto di vista dei sostenitori della riforma, l'argomento verte intorno alla possibilità di sottrarre la più ampia opportunità criminale che ci sia al mondo non solo ai criminali esistenti, ma, ancor più significativamente, alle future generazioni di criminali. Porre fine al proibizionismo offre la prospettiva di allontanare da una vita legata al crimine milioni di giovani potenziali produttori di droga, trafficanti e spacciatori.

Per molte persone inserite nei livelli economici più bassi del commercio illecito delle droghe nel mondo sviluppato, così come per quelle inserite nei livelli più bassi del sistema di produzione delle droghe nel mondo in via di sviluppo, il contrarsi del commercio illegale può avere conseguenze negative e presentare significative difficoltà a breve e medio termine. Al di là dei molteplici danni sociali creati dai mercati illegali, è vero che il mercato illegale della droga genera reali attività economiche e offre impiego a molti individui e popolazioni emarginati ed esclusi dalla società, i quali avrebbero altrimenti scelte economiche limitate, specialmente nei centri urbani.

Occorre che l'impatto di qualsiasi processo di riforma della politica della droga su questi gruppi diventi uno dei fattori nel dibattito di politica sociale, contestualmente alla transizione dal proibizionismo.

«Sembra che gli imprenditori illegali tendano a rispondere alla decriminalizzazione e al contrarsi dei mercati illegali in una delle seguenti quattro maniere. Alcuni riescono a operare una transizione al sistema legale rimanendo nel medesimo ramo. Alcuni cercano di rimanere in affari in modo illegale, o offrendo prodotti e servizi in competizione con il mercato legale o cercando di approfittare del mercato legale con mezzi illegali. Per esempio, dopo la fine del proibizionismo, alcuni distillatori clandestini continuarono a commerciare i propri prodotti contraffacendo i timbri sui liquori, forzando i gestori di locali a continuare a tenere i loro liquori di contrabbando e importati illegalmente e facendosi strada a forza nella distribuzione legale di alcol. Alcuni lottarono anche per mantenere il proprio mercato tra i consumatori che, prima e durante il proibizionismo, avevano sviluppato una predilezione per il whisky di mais. Il terzo tipo di risposta dei venditori di contrabbando e dei trafficanti di droga consiste nell'abbandonare la propria impresa e confluire invece in altre attività criminali, basate sul vizio e su altri tipi di crimine. Di certo una potenziale conseguenza negativa della decriminalizzazione potrebbe essere

che molti criminali incalliti compensino la perdita dei proventi del commercio di droga, spostando le proprie energie su crimini di furto e perciò smentendo, in certa misura, la prospettiva di una riduzione di tali crimini dovuta al fatto che i drogati non avrebbero più bisogno di procurarsi notevoli somme di denaro per pagare i prezzi gonfiati delle droghe illegali. La quarta risposta – che è stata e potrebbe essere attraente per molti spacciatori presenti, passati e potenziali – sarebbe quella di abbandonare del tutto l'attività criminale».

«Relativamente poche attività criminali sono paragonabili al commercio di droga per gli alti compensi che offre, per il fatto di richiedere così poche abilità, di rimanere ben accessibili a nuovi venuti, e di presentare attraenti opportunità di arricchimento per quella porzione di gioventù urbana che è più scarsamente istruita e integrata. Durante il proibizionismo, decine, se non centinaia di migliaia, di americani privi di una particolare vocazione a condurre una vita criminale furono attirati nel giro della produzione e distribuzione illegale di alcol; in seguito alla revoca del proibizionismo, molti, se non la maggior parte, di loro abbandonarono del tutto l'impresa criminale. C'è ogni ragione di credere che la decriminalizzazione della droga possa avere lo stesso effetto su molti che sono attualmente coinvolti nel commercio della droga, ma che non sarebbero stati indotti ad azioni criminali se non fosse per le particolari attrattive economiche di tale attività. La sfida per i ricercatori è naturalmente quella di stimare le proporzioni relative di commercianti di droga presenti e potenziali che reagirebbero in ciascuno di questi quattro modi. La sfida ancora più vasta è quella di individuare le politiche pubbliche capaci di massimizzare la porzione di coloro che potrebbero abbandonare del tutto l'attività criminale».

E. Nadelmann, *Thinking Seriously About Alternatives to Drug Prohibition*, in *Daedalus*, n. 121, 1994, pp. 87-132.

Bibliografia

La valutazione dei danni derivanti dalla droga:

Nutt et al., *Development of a Rational Scale to Assess the Harms of Drugs of Potential Misuse*, in *The Lancet*, vol. 369, n. 9566, 2007, pp. 1047-1053.

Brain Science, Addiction and Drugs, The Academy of Medical Sciences (UK), capitolo 5.3: «Measuring the Harm Associated with the Use of Illegal Drugs», 2008.

Transform submission to the Parliamentary Science and Technology Select Committee inquiry: *Scientific Advice, Risk and Evidence: How the Government Handles Them – Case Study on the Classification of Illegal Drugs*, 2006.

M. Roberts, D. Bewley-Taylor, M. Trace, *Monitoring Drug Policy Outcomes: The Measurement of Drug Related Harm*, 2006.

La ricerca efficace:

M. Trace, M. Roberts, A. Klein, *Assessing Drug Policy: Principles and Practice*, 2004.

Lo sviluppo sociale ed economico:

Drugs and Democracy: Towards a Paradigm Shift, Latin American Commission on Drugs and Democracy, 2009.

Transnational Institute Drugs and Democracy Programme, nel sito www.tni.org.



La regolamentazione
dei mercati della droga
nella pratica



La regolamentazione dei mercati della droga nella pratica

Qualsiasi discussione sulla regolamentazione del mercato legale della droga deve necessariamente partire da un esame delle esperienze derivanti dai diversi approcci utilizzati per le droghe attualmente legali, come alcol e tabacco. Anche se nel corso del secolo scorso si sono compiuti molti errori con la politica sull'alcol e il tabacco, oggi sono state sviluppate e adottate risposte più appropriate ed efficaci.

Bisogna riconoscere che il particolare *status* storico, culturale e legale di alcol e tabacco, e i loro specifici effetti e modelli di consumo rendono in qualche modo necessaria una buona dose di realismo e di flessibilità pragmatica. Tuttavia, anche considerando questo, non si può pensare di gestire alcol e tabacco se non con una politica basata sugli intenti e i principi operativi che ispirano questo volume: si ricorre infatti alla stessa serie di strumenti di regolamentazione e si perseguono gli stessi obiettivi. Perciò è coerente e necessario combinare lo sviluppo di un'efficace regolamentazione legale delle droghe attualmente illecite con un richiamo a migliorare la regolamentazione di quelle già legali.

In entrambi i casi, da una parte si riconosce il particolare *status* delle droghe psicoattive quali beni che necessitano un particolare tipo di attenzione e dall'altra si condivide l'obiettivo comune di andare in direzione di modelli di regolamentazione ottimali (sebbene nei due casi sia diverso il punto di partenza nel *continuum* delle politiche possibili e le sfide da affrontare siano dunque diverse). Allo stesso modo, in entrambi i casi si cerca di raggiungere l'obiettivo comune di ridurre i danni personali e sociali associati con la produzione, la distribuzione ed il consumo di una data droga e più in generale la promozione della salute e del benessere.

Resta tuttavia una differenza di fondo nel gestire droghe legali e illegali. Nel processo di sviluppo della gestione di alcol e tabacco è stato possibile interrogarsi – e fino a un certo punto dare anche risposte – su quali forme di regolamentazione siano più efficaci. Questo è un punto di vitale importanza: l'attuale inquadramento legale della maggior parte delle altre droghe impedisce infatti di esplorare tali questioni con la profondità ed il rigore che si richiederebbero.

L'adozione di una strategia politica trasversale e coerente per tutte le droghe contribuirà a colmare questa lacuna nella ricerca. Ciò offre la prospettiva di migliorare drasticamente non solo la politica relativa alle droghe attualmente illegali, ma anche quella sull'alcol e il tabacco.

5.1. Alcol

La politica sull'alcol fornisce un'inesestimabile miniera di evidenze a supporto del futuro sviluppo di efficaci modelli di regolamentazione legale per le droghe attualmente illegali. Esiste un ampio corpo di ricerche, pubblicazioni e studi sull'argomento, elaborati dai governi nazionali, da organizzazioni non governative, da studiosi e enti facenti capo alle Nazioni Unite, come, in primo piano, l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Nel corso della trattazione di questo libro, si è accennato ad alcune di queste ricerche. Invece di passare nuovamente in rassegna queste analisi ben conosciute, questa breve discussione si concentrerà maggiormente su alcuni dei temi più generali che ne sono emersi e sulle loro implicazioni per le altre droghe.

L'alcol è una droga psicoattiva che ha effetti tossici e che può indurre dipendenza. Tuttavia è anche importante riconoscere le differenze con le altre droghe. Queste differenze non riguardano solo il suo *status* legale.

L'alcol è l'unica droga a presentarsi in forma di cibo/bevanda: l'alcol in sé, infatti, avendo un contenuto in zuccheri, ha un apporto calorico.

Questo apporto è accresciuto dai vari tipi di bevanda, e talvolta di cibo, insieme ai quali viene mescolato e consumato. Per di più, molte bevande alcoliche hanno assunto un ruolo ed un'importanza culturale solo tangenzialmente collegata ai loro effetti tossici. Per esempio, gli alcolici vengono impiegati per cucinare o come componenti di rituali religiosi. È ben noto che, per esempio nel caso dei conoscitori di vino, la bevanda alcolica non è consumata esclusivamente per gli effetti psicoattivi.

L'alcol ha una storia antica come la civilizzazione umana, il suo uso è profondamente radicato in un'ampia serie di contesti sociali e di rituali culturali, nella gran parte delle società del mondo. Forse, con la sola eccezione della caffeina, l'alcol è la sostanza psicoattiva ad uso non medico più vastamente consumata. La OMS stima che «nel mondo ci sono 2 miliardi di persone che

Perché la politica sull'alcol possa avere una maggiore efficacia in futuro, è chiaro che bisognerà prendere decisioni potenzialmente molto impopolari, che includano un aumento della regolamentazione e pesanti restrizioni su ogni aspetto della commercializzazione e pubblicizzazione

consumano bevande alcoliche e 76,3 milioni a cui viene diagnosticato un disturbo legato al consumo di alcol». Le grandi proporzioni del consumo di alcol e della sua penetrazione culturale a livello globale spiegano la grandezza degli effetti negativi sulla salute pubblica superati solo dal tabacco.

Se un vantaggio esiste in questa situazione, esso consiste nel fatto che si è sperimentato un ampio spettro di possibili strategie di controllo sull'alcol, in contesti sociali molto differenti: dal mercato libero non regolamentato, a varie formule di vendita su licenza, ai monopoli di Stato e fino al proibizionismo. Questi esperimenti hanno avuto luogo in ogni parte del mondo e nel corso di tutta la storia recente. Dopo aver passato in rassegna queste esperienze, il rapporto OMS 2004 «Lo statuto globale della politica dell'alcol» conclude che:

Il mix di politiche che ha maggiori probabilità di successo nel ridurre il livello di problematiche legate al consumo di alcol è quello che combina l'uso di tasse e controlli sull'accesso fisico, che realizza misure contro la guida in stato di ebbrezza e che investe largamente sul trattamento dei disturbi da consumo di alcol, particolarmente nella medicina di base, così come sulle restrizioni alla pubblicità e su campagne di educazione pubblica (Edwards et al., 1994). Quindi, per essere efficace, una politica complessiva sull'alcol non solo deve comprendere misure per educare la gente sui rischi di un consumo di alcol azzardato e dannoso o interventi concentrati soprattutto sul trattamento o sulla punizione di coloro che mettano a rischio la propria salute e la propria sicurezza e quella degli altri; deve anche realizzare interventi di regolamentazione e altri interventi sull'ambiente mirati a migliorare in generale la salute della popolazione tutta.

Questo suggerimento, con alcune variazioni e cambiamenti necessari, descrive chiaramente il tipo di approccio alla politica della droga e alla sua regolamentazione che si auspica più ampiamente in questo volume. E davvero è un'esperienza rivelatrice leggere autorevoli testi sulla politica del controllo sull'alcol, sostituendo la parola «droga» ad «alcol» e «consumo di droga» a «bere».¹

Una questione chiave, che compare ripetutamente nella letteratura relativa alla politica sull'alcol è il fondamentale conflitto tra la politica di sanità pubblica e il fatto che vendita e consumo di alcol siano attività guidate da una logica commerciale. Questo problema solleva una serie di importanti preoccupazioni per quanto riguarda la più generale politica sulle droghe e l'agenda di una riforma legislativa. Ciò, per esempio, è spiegato in modo piuttosto diplo-

¹ Per un esempio di questo procedimento si veda: *After the War on Drugs: Tools for the Debate*, Transform Drug Policy Foundation, 2006, p. 16.

matico ancora nello «Inquadramento delle politiche per l'alcol nella regione europea della OMS» (*Framework for Alcohol Policy in WHO European Region*),² nel quale si osserva che:

Oltre ad avere proprietà psicoattive, le bevande alcoliche sono anche viste come beni di consumo. La produzione e la vendita di bevande alcoliche, insieme ad altri settori di produzione correlati, costituiscono una parte importante dell'economia in molti paesi europei, offrendo impiego a molte persone, guadagni dall'esportazione per molte industrie e significativi introiti fiscali per i governi. Questi interessi economici e fiscali diventano spesso un fattore determinante in politica e possono essere un ostacolo ad iniziative per la tutela della salute pubblica. È perciò essenziale diffondere i risultati della ricerca sulla salute pubblica allo scopo di controbilanciare questi interessi economici e fiscali.

I produttori e i distributori di alcol vedono questa sostanza in una prospettiva commerciale piuttosto che sanitaria. Essi non devono infatti sostenere i costi secondari del consumo problematico di alcol. Com'è ovvio, il loro scopo principale è quello di generare i più alti profitti possibili. Ciò logicamente si ottiene col massimizzare il consumo, sia in termini di diffusione fra la popolazione che di consumo pro capite. Le questioni di salute pubblica diventano per loro un problema solo quando minacciano di scontrarsi con questo principio di fondo, e rimarranno sempre secondarie alla massimizzazione del profitto.

Storicamente l'industria dell'alcol³ ha sempre cercato di concedere ai legislatori il minor controllo possibile sul mercato. Ci sono riusciti ricorrendo ad un *mix*, ormai ben noto, di pressioni politiche ad alto livello, di atteggiamenti di indignazione e populisti («lo Stato balia» contro «il diritto di un uomo di farsi una bevuta dopo il lavoro», ecc.), di richiamo a ricerche scientifiche di dubbia attendibilità (creando l'illusione che esista un vero dibattito o una controversia su questioni come l'efficacia dei controlli sui prezzi e sulle strategie di *marketing*), e di gesti simbolici.

In molti paesi questi sforzi si sono dimostrati molto efficaci nell'impedire o nel ritardare un qualsiasi significativo sviluppo di una legislazione regolatrice. Inoltre, molti sono spesso riusciti a mantenere a livello opzionale l'applicazione di qualunque regolamentazione: il che significa che tale regolamentazione può venire ampiamente ignorata o aggirata al punto da renderla completamente inefficace.

² Si veda: www.euro.who.int/document/e88335.pdf.

³ L'«industria del bere» o «industria dell'alcol», per difendere i propri interessi, ricorre ai rappresentanti delle società, agli enti professionali, ad agenzie di pressione politica e di pubbliche relazioni finanziate da produttori e distributori di bevande alcoliche.

L'industria dell'alcol nel suo insieme non abbraccerà mai volentieri una politica che comporti una maggiore o una più rigida regolamentazione e che porti ad una sostanziale diminuzione del consumo e dei profitti. Eppure questo è proprio ciò che sarebbe necessario per affrontare particolari questioni legate al *binge drinking* o all'alcolismo e per incoraggiare invece il generale sviluppo di una cultura del bere più moderata e responsabile. È importante ricordare che i fenomeni dell'alcolismo e del «bere per ubriacarsi» (*binge drinking*) generano una porzione significativa dei profitti dell'industria dell'alcol: molto semplicemente, infatti, questi sono comportamenti di consumo molto proficui. Questi problemi hanno spinto alcuni paesi ad adottare modelli di controllo monopolistico statale su alcuni settori della distribuzione dell'alcol. Esempi ne sono il sistema *Systembolaget* in Svezia,⁴ nel quale lo Stato ha il controllo su tutta l'importazione e la distribuzione, oppure il controllo del governo provinciale sui punti vendita di alcol in alcune province del Canada (Ontario e Quebec). Questi modelli hanno alcuni punti di somiglianza con il Modello di Mercato Regolamentato (*Regulated Market Model*) proposto per il tabacco (vedi in precedenza).

Esiste qui anche un problema politico correlato. Come il resoconto della OMS europea mette in evidenza, i governi stessi ricavano considerevoli introiti fiscali dalle vendite di alcol. Per di più, l'industria dell'alcol ha alle sue dipendenze molti potenziali elettori. Questi fattori si vanno a combinare con l'immenso potere di pressione politica posseduto dagli organismi dell'industria dell'alcol e con la pubblica impopolarità di misure di restrizione della vendita di alcol o di aumento del prezzo: si creano così giganteschi ostacoli politici alla realizzazione di efficaci riforme. Questo accade perfino quando c'è chiara consapevolezza di ciò che sarebbe utile dal punto di vista della salute pubblica (cioè incoraggiare un consumo ridotto e/o moderato). In effetti, molti governi sono stati complici dell'aggravarsi dei problemi di salute pubblica legati all'alcol.

Perché la politica sull'alcol possa avere una maggiore efficacia in futuro, è chiaro che bisognerà prendere decisioni potenzialmente molto impopolari, che includano un aumento della regolamentazione e pesanti restrizioni su ogni aspetto della commercializzazione e pubblicizzazione. Il modo in cui queste riforme evolveranno fornirà una fonte preziosa da cui imparare per costruire i futuri mercati legalmente regolati delle droghe, così come sono oggi esempi istruttivi i successi e i fallimenti storici del controllo sull'alcol.

⁴ Nel 2007 l'Unione Europea ha sentenziato che il sistema svedese violava gli accordi sul libero mercato: il che ha sollevato alcune difficili questioni riguardo al ruolo dei controlli statali sulle droghe in un più ampio contesto di mercato libero internazionale.

Bibliografia

- Global Status Report: Alcohol Policy*, World Health Organization, 2004 (public health impacts of alcohol around the world).
- The Global Alcohol Status Report*, World Health Organization, 2004 (different policy approaches around the world, and their effectiveness).
- Working Document for Developing a Draft Global Strategy to Reduce Harmful Use of Alcohol*, World Health Organization, 2009.
- 50 Best Collection: Alcohol Harm Reduction*, International Harm Reduction Association, 2008.

5.2. Tabacco

Il tabacco è la droga psicoattiva più largamente consumata dopo caffeina e alcol. È tuttavia associato con un livello sproporzionatamente alto di danni per la salute, in una scala che eclissa tutte le altre droghe messe insieme. Queste enormi conseguenze sulla salute pubblica sono soprattutto associate con il fumo: sono collegate all'elevata capacità del tabacco di indurre dipendenza,⁵ insieme al fatto che esso non genera, al momento del consumo, un livello di intossicazione tale da alterare significativamente le funzioni del consumatore. Questa combinazione porta a modelli molto frequenti di uso dipendente. Molti fumatori assumono nicotina più di 20 volte ogni giorno, per periodi prolungati, spesso per molti anni.

Nonostante gli alti rischi che il fumo comporta (circa metà dei fumatori è destinata a morire prematuramente a causa di esso), il basso livello di intossicazione momentanea creato dalla nicotina lo ha esentato dallo sdegno morale che storicamente ha invece alimentato il Movimento della Temperanza e ha dato forma a buona parte del pensiero proibizionista sulle altre droghe. Perciò il tabacco ha assunto un ruolo unico nella società: esso è caratterizzato da un modello molto evidente di uso dipendente di droga associato ad alti rischi di danni cronici alla salute. Eppure è una sostanza che in buona parte del mondo, almeno fino agli anni recenti, era aggressivamente commercializzata e il cui consumo era socialmente accettato in pubblico in pressoché ogni ambiente.

Tuttavia il disastro sanitario associato con il fumo del tabacco ha alla fine portato all'emergere, in diversi paesi, di una serie di risposte più pragmatiche a

⁵ Il tabacco ha un rilascio rapido, un'azione breve ed è accompagnato dallo sviluppo di uno stato di assuefazione e di specifici sintomi di astinenza, in aggiunta all'effetto psicologico dato dall'abitudine a vari rituali di consumo personali e culturali.

livello di sanità e di regolamentazione. Come nel caso dell'alcol, si può osservare l'intera gamma di risposte politiche al problema del tabacco e si può imparare da queste; esiste anche un corpo significativo di studi sul fenomeno, da cui trarre materiale. Oggi c'è un chiaro consenso sul tipo di interventi e modelli di regolamentazione del mercato che hanno più probabilità di migliorare le politiche. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha sponsorizzato una Convenzione quadro sul controllo del Tabacco (*Framework Convention on Tobacco Control*), che ne ha fornito un buon sommario:

Previsioni chiave della Convenzione quadro sul controllo del tabacco (FCTC)⁶

- Aumentare le tasse sul tabacco.
- Proteggere i cittadini dall'esposizione al fumo passivo nei luoghi di lavoro, sui mezzi di trasporto e nei luoghi pubblici chiusi.
- Applicare divieti sulla pubblicizzazione, promozione e sponsorizzazione di tabacco.
- Regolamentare il confezionamento e l'etichettatura dei prodotti a base di tabacco, in maniera da evitare l'uso di termini ambigui o ingannevoli come «light» o «mild».
- Regolamentare il confezionamento e l'etichettatura dei prodotti a base di tabacco, in maniera da assicurare che le dovute avvertenze sul prodotto vengano comunicate al consumatore; imporre l'obbligo di collocare l'avvertenza sui danni per la salute sulle confezioni, anche con figure o pittogrammi, che copra almeno il 30% (ma idealmente il 50% o più) dell'area visibile.
- Regolamentare i test e la conseguente dichiarazione degli ingredienti e delle emissioni provocate dai prodotti a base di tabacco.
- Promuovere la pubblica consapevolezza sulle questioni relative al controllo del tabacco, assicurando un ampio accesso a programmi efficaci e globali di educazione e di sensibilizzazione pubblica sui rischi per la salute generati dal tabacco e dall'esposizione al fumo.
- Promuovere e realizzare programmi efficaci mirati ad incoraggiare l'abbandono del consumo di tabacco.
- Combattere il contrabbando, per esempio piazzando sulle confezioni un marchio indicante la destinazione finale.
- Migliorare la legislazione e i programmi finalizzati a proibire la vendita di prodotti a base di tabacco ai minori.
- Realizzare politiche mirate a sostenere economicamente la ricerca di fonti alternative di guadagno praticabili per lavoratori, coltivatori, e rivenditori di tabacco.

È interessante che questa convenzione sul controllo del tabacco sia stata sottoscritta da 168 paesi, che rappresentano un potente nucleo di consenso internazionale per una legislazione che ha specificamente a che fare con que-

⁶ Si veda l'intero testo della Convenzione Quadro sul Controllo del Tabacco delle Nazioni Unite su: www.who.int/fctc/en/.

stioni di regolamentazione efficace di un mercato di droga ad uso non medico. Da notare che questo livello di consenso è lo stesso di quello a sostegno dei tre trattati sulla droga delle Nazioni Unite, che delineano un sistema diametralmente opposto di assoluto proibizionismo per tutti gli altri mercati delle droghe ad uso non medico (vedi Appendice 1).

In netto contrasto con quanto si registra per le droghe illegali, la popolarità del tabacco sta diminuendo e non sta aumentando nel mondo sviluppato: il suo consumo è infatti andato a decrescere a partire dagli anni settanta. Questo è dovuto ad una combinazione di campagne di educazione alla salute pubblica, che hanno aumentato la consapevolezza sui rischi per la salute prima poco compresi, e di una diffusione sempre più ampia di controlli sul mercato come quelli delineati dalla OMS e, più recentemente, anche di divieti al consumo in luoghi pubblici chiusi. Particolarmente importante è stata anche l'imposizione di un freno all'aggressiva azione di promozione che ha alimentato l'esplosione nel consumo di tabacco (soprattutto di sigarette) nella prima metà del secolo scorso.

Rimane tuttavia allarmante che questa tendenza sia tutt'altro che universale. Il consumo di tabacco sta diventando più diffuso in larghe fette del mondo in via di sviluppo o di recente industrializzazione. In queste aree il tabacco è commercializzato aggressivamente, spesso pubblicizzato come uno *status symbol* del desiderabile stile di vita occidentale: il che è ironico, considerando la sua decrescente popolarità in Occidente. Quelle forze commerciali che in passato hanno distorto così efficacemente le priorità politiche non hanno perso niente della loro capacità di influenza: il che suona come un avvertimento circa la natura corruttrice della motivazione del profitto nei mercati delle droghe.

(Si veda il riquadro «Modello di mercato regolamentato del tabacco», nel capitolo secondo).

Riduzione del danno da tabacco: il tabacco senza fumo

I danni provocati dal tabacco sono sostanzialmente legati all'inalazione del fumo, piuttosto che al consumo di nicotina in sé. In linea con il tema della regolamentazione e della scala del danno analizzati nei capitoli precedenti, ci sono vantaggi nell'individuare e sviluppare il mercato ed il consumo di più sicuri prodotti a base di nicotina/tabacco non da fumare, in alternativa al tabacco da fumo.

L'uso di vari sistemi di rilascio di nicotina (come inalatori, gomme e cerotti), utilizzati per aiutare a smettere di fumare, è già molto diffuso e dovrebbe venire attivamente sostenuto. Il sostegno potrebbe consistere nella facilitazione di una maggiore accessibilità a questi sistemi, come, per esempio, la riduzione di prezzo (tramite incentivi statali se necessario) in modo tale che coloro che sono maggiormente dipendenti da nicoti-

na, e specialmente quelli a più basso reddito, possano permettersi di avere accesso a questi prodotti.

Tuttavia l'uso di questi sistemi alternativi di rilascio di nicotina, pensati come ausili per smettere di fumare, avviene adesso solo nell'ambito di un modello medico, specificamente mirato ad ottenere uno stato di astinenza. Questo è un punto importante della risposta sanitaria al problema del tabacco: non aiuta tuttavia coloro che invece sono determinati a continuare a consumare nicotina e lo faranno a dispetto di ogni intervento. Certi prodotti a base di tabacco da consumarsi per via orale, anziché da fumarsi (come «Snus» e «Bandits»), offrono possibili metodi alternativi di preparazione/consumo del tabacco, che sono (si stima) al 90% più sicuri del tabacco da fumo.⁷

L'uso di tali prodotti però può darsi solo qualora si offrano al consumatore i mezzi per compiere una scelta informata, e ciò potrà prendere piede tra gli attuali fumatori solo qualora venga in qualche misura pubblicizzato come alternativa. In molti posti invece questi prodotti sono scarsamente disponibili: per esempio, la loro vendita è in effetti proibita nella maggior parte dell'Unione Europea.

Questo divieto, come altre forme di proibizione delle droghe, è nato da buone intenzioni; tuttavia il risultato è che dei prodotti orali a base di tabacco che sono significativamente più sicuri del tabacco da fumo non sono attualmente disponibili come un'alternativa alle sigarette.

Il prodotto di tabacco per uso orale «Snus» è molto popolare in Svezia, che è esentata dal divieto europeo sulla vendita: questo nonostante una politica proibizionista sulla droga che è tra le più rigide in Europa. È stato sostenuto in modo convincente che quest'alto uso di tabacco orale sia collegato al fatto che il paese ha la percentuale più bassa di fumatori di tutto il mondo sviluppato. C'è stata una grande flessione nel numero di fumatori in Svezia, in particolare tra la popolazione maschile, andando dal 40% nel 1976 al 15% nel 2002, che è parzialmente attribuibile ad un aumento pressoché corrispondente di consumo di Snus.⁸

È comprensibile che molti professionisti nel campo della sanità e molti legislatori siano contrari a promuovere attivamente il consumo di prodotti a base di tabacco non da fumo a discapito delle terapie sostitutive di nicotina o ai programmi per smettere del tutto di fumare. Tuttavia, il modello svedese fornisce prove in abbondanza a sostegno del fatto che Snus e altri prodotti simili possano in effetti aiutare i consumatori a smettere e al tempo stesso fornire una più sicura alternativa al tabacco.

Esistono ovviamente difficili questioni etiche e pratiche su come tali prodotti possano essere portati sul mercato e quindi regolamentati e promossi responsabilmente; cioè, in modo da incoraggiare i fumatori attuali a smettere o almeno ad abbandonare il tabacco da fumo, ma evitando di indurre al consumo coloro che fumatori non sono. Queste sfide però non sono insormontabili. I potenziali vantaggi per la salute pubblica sono talmente grandi che, anche esclusivamente sulla base di considerazioni sanitarie, le agenzie apposite dovrebbero essere spinte a considerare seriamente la possibilità di riforme legislative in questo senso. Si dovrebbero commissionare ricerche e studi pilota, secondo il bisogno, per studiare le vie da percorrere.

⁷ C. Bates et al., *European Union policy on Smokeless Tobacco: A Statement in Favour of Evidence Based Regulation for Public Health*, in *Tobacco Control*, vol. 12, 2003, pp. 360-367.

⁸ J. Foulds et al., *Effect of Smokeless Tobacco (Snus) on Smoking and Public Health in Sweden*, in *Tobacco Control*, n. 12, 2003, pp. 349-359.

Bibliografia

50 Best Collection: Tobacco Harm Reduction, International Harm Reduction Association, 2008.

R. Cunningham, *Smoke and Mirrors: The Canadian Tobacco War*, IDRC, 1996.

Proposta di modelli di discussione per le droghe al momento illegali

Prima di tutto è molto importante ribadire che i modelli qui proposti sono semplicemente tali: cioè proposte tese ad incoraggiare ulteriori discussioni. Bisogna anche riconoscere che i modelli qui indicati riflettono il *background* occidentale degli autori. Altri tipi di ambiente e di popolazione di consumatori richiederanno differenti modi di pensare, appropriati a tali regioni. Quindi abbiamo costruito queste proposte mantenendo un certo livello di apertura e flessibilità. In particolare abbiamo cercato di illustrare una possibile varietà di più alti o più bassi livelli di regolamentazione, applicazione e/o ricorso ad ulteriori forme di controllo.

5.3. Cannabis

(Vedi anche paragrafo 3.1.1.c. Produzione legale di cannabis, e Appendice 2.)

Un vasto corpo di letteratura, ricerca ed esperienza reale può contribuire a disegnare modelli legali di distribuzione e consumo della cannabis. Infatti, pur essendo una droga inclusa nelle convenzioni delle Nazioni Unite, il trattamento della cannabis spazia, in modo singolare, entro tutto lo spettro dei possibili sistemi di controllo della droga, con esempi di quasi tutti i tipi di strategia di regolamentazione esistenti al mondo. Questi vanno dal più estremo proibizionismo ad una distribuzione e consumo quasi legalmente regolamentati.

Di particolare importanza è l'esperienza dell'Olanda col suo peculiare modello dei *coffee shop*, un sistema di concessione legale *de facto* di licenza per la distribuzione ed il consumo, che è in piedi dal 1976. Su di un piano, però, il sistema ha dei problemi: una questione di primaria importanza è il cosiddetto *back door problem* («problema della porta di dietro»), cioè il fatto che, mentre si tollerano possesso e distribuzione nei *coffee shop* (il primo legale di fatto e il secondo autorizzato su licenza), la produzione di cannabis in sé rimane illegale.

Questo significa che i *coffee shop* sono costretti a rifornirsi dal mercato illegale. Questa situazione paradossale è dovuta principalmente agli obblighi imposti dalle Convenzioni delle Nazioni Unite, che l'Olanda ha sottoscritto.

Il fatto che la distribuzione di fatto legale in Olanda sia unica tra le regioni con essa immediatamente confinanti ha anche causato fenomeni di «turismo della droga», con un gran numero di acquirenti che entrano nel paese con l'unico obiettivo di procurarsela. La strategia pragmatica dell'Olanda ha anche esposto il paese, sul piano internazionale, ad un concerto di attacchi politici e di critiche da parte degli oppositori alla riforma.

Ciononostante il modello di concessione di licenza dei *coffee shop* in sé è ben consolidato. Sembra infatti che funzioni in modo efficiente e senza problemi significativi: quando sono emersi specifici problemi, la politica si è modificata, sono state introdotte delle regole o sono state rese più severe quelle esistenti ed alcuni *coffee shop* sono stati chiusi. Naturalmente tutto ciò non è avvenuto senza qualche controversia. Comunque il generale successo di questa strategia è stata capace di attirarsi un sostegno sempre più ampio da parte di componenti fondamentali dell'opinione pubblica interna sino dalla metà degli anni settanta: come le forze dell'ordine, organismi responsabili delle politiche e enti di sanità pubblica e la gente in generale.

Tracciare confronti a livello internazionale può comportare vari vizi di metodo. Tuttavia colpisce il fatto che l'Olanda non registri livelli di consumo più alti di quelli dei paesi confinanti che non condividono il suo approccio tollerante e non hanno i punti di vendita autorizzati; il che scardina la validità della nozione semplicistica che la disponibilità legale è un fattore chiave nel determinare la diffusione del consumo. Certamente, gli scenari da incubo prospettati dagli oppositori della regolamentazione legale non si sono materializzati.

Più recentemente, modelli di distribuzione della cannabis ad uso medico sono stati sviluppati in California e in altri Stati americani. Questi schemi sono spesso in larga misura identici a quelli proposti qui ad uso non medico. È certo che, anche se in modo un po' controverso, una parte della distribuzione «medica» è chiaramente diventata di fatto una struttura per la distribuzione ad uso non medico.⁹

Storicamente l'analisi dei rischi per la salute derivanti dalla cannabis è stata distorta dal dibattito sullo *status* legale della droga e confusa con esso. Da un punto di vista oggettivo, però, i rischi associati al consumo di cannabis sono stati ben compresi e acquisiti in letteratura. Esistono particolari rischi associati con il consumo frequente e sostenuto (specialmente delle varietà più forti/potenti), con il consumo da parte di minori o da parte di individui affetti da certe patologie mentali, e infine c'è il rischio di danni ai polmoni dovuti al fumo, specialmente se in combinazione col tabacco.

⁹ Questa è un'osservazione piuttosto che una linea politica consigliata; Transform ha già scritto in passato sulla necessità di tenere separate le questioni relative all'uso medico e non medico della cannabis.

La tossicità acuta e cronica e il potenziale di indurre dipendenza sono relativamente bassi in confronto alla maggior parte delle droghe comunemente in uso, inclusi tabacco e alcol. La maggior parte del consumo di cannabis è moderato, occasionale e non è significativamente dannoso: il che, anche in questo caso, suggerisce ai legislatori e ai responsabili delle politiche di concentrare la propria attenzione e le proprie risorse sulla minoranza che davvero sperimenta, o potrebbe sperimentare, problemi reali.

Nonostante le ovvie differenze, la natura e le proporzioni del consumo di cannabis implicano che questa, più di ogni altra droga attualmente illecita, possa sfruttare le lezioni che provengono dall'attuale regolamentazione di alcol e tabacco. Dato ciò, la Convenzione Quadro OMS sul Controllo del Tabacco (che potrebbe essere adattata al caso della cannabis semplicemente sostituendo le parole) e le linee guida della OMS sulla regolamentazione dell'alcol forniscono una base solida per costruire modelli di regolamentazione per la cannabis.

Proposta di modelli di discussione per la regolamentazione della cannabis

Modelli base di regolamentazione

- I modelli base dovrebbero includere varie forme di vendita su licenza, per consumo sul posto o da asporto: questi sarebbero sottoposti ai controlli specificati più avanti e non precluderebbero la possibilità di un modello di vendita in farmacia.
- Un modello di mercato regolamentato potrebbe costituire un appropriato passo successivo, man mano che le infrastrutture di distribuzione legale e i punti vendita vengono stabiliti. Un compito fondamentale di ogni forma di regolamentazione sarebbe quello di gestire la distribuzione in modo tale da impedire l'emergere di marchi commerciali e di limitare qualsiasi forma di *marketing* e promozione mirati al profitto.
- Una volta liberati dall'influenza fuorviante del dibattito sul consumo non medico, sulla base delle evidenze si potrebbero sviluppare modelli di prescrizione su ricetta medica per l'uso medico della cannabis. La questione assumerebbe un'importanza molto inferiore a quella di adesso.

CONTROLLI SUL PRODOTTO

Dosaggio e preparazione

- Si potrebbe determinare la forza/potenza della cannabis in forma di erba o resina, sulla base delle proporzioni relative dei principi attivi contenuti (cioè il rapporto tra THC [tetraidrocannabinolo] e CBD [cannabidiolo]). Si potrebbe dunque specificare il contenuto massimo e minimo in percentuale.
- Si potrebbero istituire controlli per individuare agenti contaminanti potenzialmente nocivi: per esempio pesticidi, fertilizzanti o agenti biologici come funghi.¹⁰

¹⁰ Si vedano per esempio le direttive del governo olandese: *Guidelines for Cultivating Cannabis for Medicinal Purposes: Annex to the Regulation of the Minister of Health, Welfare and Sport of 9 January 2003*, p. 60.

- Diversi tipi di cannabis coltivati da diversi produttori potrebbero essere identificati con nome e specificazione del produttore, magari per mezzo di una certificazione sullo stile della «Denominazione di Origine Controllata». Anche prodotti a base di cannabis generici potrebbero essere disponibili, purché soggetti ai controlli menzionati sopra.
- Preparati a base di cannabis per consumo orale (vedi torte e biscotti) dovrebbero essere venduti in confezioni standard appropriatamente etichettate, stabilite sulla base del peso del prodotto e del contenuto/forza del principio attivo per unità. Esistono infatti particolari problemi legati alla difficoltà di dosare/autodeterminare la forza della cannabis quando la si ingerisce.
- In gran parte d'Europa esiste una stretta associazione tra consumo di tabacco e di cannabis, che sono infatti spesso fumati insieme. I punti vendita legali potrebbero avere una funzione di primo piano nell'affrontare questo problema per la salute, contribuendo a realizzare cambiamenti culturali e attitudinali che riducano al minimo il consumo di tabacco legato alla cannabis.

Controlli sul prezzo

- Si potrebbero specificare prezzi fissi per unità o prezzi minimi/massimi, anche includendo tasse, calcolate in base al peso per unità o in percentuale.
- Preparati più forti o più potenti potrebbero avere prezzi più alti o potrebbero essere maggiormente tassati.
- È probabile che i prezzi risultino simili o marginalmente più bassi di quelli correntemente in vigore sul mercato illegale. Anche adesso i prezzi sono comunque relativamente bassi e il bisogno di scoraggiare la produzione e la vendita illegali è meno pressante che nel caso di molte altre droghe.

Controlli sul confezionamento

- Confezioni a prova di adulterazione, se necessario.
- Contenitori a prova di bambino (es. le bottiglie o le scatole da pillole in uso per i medicinali).
- Etichettatura standardizzata: ingredienti (specificando forza/potenza), unità, avvertenze per la salute, data di scadenza, ecc. I dettagli del compratore autorizzato, se necessario.

Le vendite per il consumo sul posto non dovrebbero necessariamente rispettare i requisiti elencati sopra.

CONTROLLI SUL PUNTO VENDITA/LOCALE PER LA DISTRIBUZIONE

Pubblicità/promozione

- Il consumo di cannabis è inserito in buona parte della cultura popolare. I prodotti a base di cannabis e l'iconografia del prodotto sono generalmente privi di marchio e generici: quindi una strategia di proibizionismo a tappeto di qualsiasi cosa possa costituire promozione o pubblicità della cannabis non sarebbe possibile da praticare. Ragionevoli forme di controllo sull'esposizione di bambini e giovani potrebbero essere più facili da mettere in pratica, ma rimarrebbero difficili da definire e applicare a livello globale. Tuttavia si può ricorrere alle evidenze e all'esperienza sui controlli già esistenti

ed ampiamente applicati sui riferimenti alle droghe (legali e illegali) nei *media* e nella pubblicità destinata ai giovani.

- Si può imparare molto anche dalle restrizioni sulla promozione e il *marketing* di alcol e tabacco. Le aree in cui l'applicazione di controlli sulla promozione e la pubblicità della cannabis è più realistica includono:
 - La pubblicità per locali destinati alla vendita commerciale potrebbe venire limitata nel contenuto e negli obiettivi: per esempio, relegandola a pubblicazioni specialistiche o a locali in cui l'accesso sia vietato ai minori. Un divieto assoluto di pubblicità per la promozione dei locali che distribuiscono cannabis non è realistico. I *coffee shop* olandesi non sono autorizzati a pubblicizzarsi ma lo riescono comunque a fare in una certa misura: il divieto agisce in pratica come un elemento frenante più che come un divieto totale.
 - Si potrebbero imporre restrizioni sull'aspetto e la segnaletica dei locali/punti vendita. In Olanda i *coffee shop* non sono autorizzati a fare riferimento alla cannabis o ad usare alcuna immagine ad essa correlata al loro esterno. Immagini rasta, o la figura di una foglia di palma o la scritta «*coffee shop*» sono diventati i tipi di insegna base.
 - Si potrebbero imporre restrizioni sulla pubblicizzazione di certi tipi di accessori che contenessero riferimenti alla droga.

Dislocazione/densità dei punti vendita

- I controlli per zone potrebbero essere effettuati dalle autorità locali incaricate di rilasciare la licenza, in modo analogo a quanto succede per i punti vendita di alcol. Si potrebbero esercitare controlli anche sulla dimensione e il tipo dei punti vendita. Questo è ciò che accade in Olanda dove, per esempio, alcuni comuni non permettono l'apertura di *coffee shop* (che portano a qualche fenomeno interno di «turismo della droga») e altri hanno chiuso quelli vicini alle scuole. Quest'ultima misura sembra eccessiva nei contesti densamente urbanizzati e probabilmente ha più che altro motivazioni politiche: controlli simili a quelli già in uso per gestire bar e rivendite di alcolici potrebbero essere sufficienti in casi del genere.

Concessione di licenza a rivenditori/distributori, in generale

- Basata su un sistema ampiamente simile alla concessione di licenza a rivenditori commerciali di alcol.
- Requisiti aggiuntivi per i rivenditori, come quello di un'adeguata formazione sulla salute e sulla sicurezza, per esempio, per limitare la vendita a coloro che siano già intossicati o per offrire consigli sui servizi, ecc.
- Condivisione della responsabilità: per atti di disturbo della quiete pubblica o abbandono di rifiuti nelle vicinanze del locale, per i costi della polizia locale.
- I punti vendita dovrebbero, almeno inizialmente, essere limitati alla vendita/consumo della sola cannabis. In Olanda il divieto di vendita di qualsiasi altra droga, incluso l'alcol, è una condizione fondamentale per la concessione della licenza.
- Ogni rivenditore dovrebbe essere tenuto a promuovere un consumo responsabile e più sicuro e ad offrire informazioni sulla droga e sui servizi offerti per essa.
- I locali che offrissero anche cibo o musica dal vivo rientrerebbero nella stessa struttura di regolamentazione e dovrebbero rispettare gli stessi requisiti di sanità e sicurezza.
- L'orario d'apertura autorizzato dovrebbe essere determinato dall'autorità locale erogante licenza.

- I *coffee shop* olandesi sono tenuti a non eccedere i 300 grammi nella quantità totale di droga presente nel locale in ogni dato momento. Questo è principalmente finalizzato a controllare il rifornimento illegale (*back door*); questi limiti non sarebbero probabilmente necessari per i locali autorizzati in un sistema di produzione legalmente regolamentata.

Controlli sul volume di vendita/razionamento

- Si potrebbero imporre restrizioni sulle vendite all'ingrosso, stabilendo una soglia ragionevole per il consumo personale. In Olanda è applicato il limite di 5 grammi. Non c'è nulla che possa impedire acquisti molteplici in punti vendita diversi; tuttavia, la generale facilità con cui la cannabis è reperibile indica che il pericolo di tali acquisti multipli è un problema limitato.

CONTROLLI SUL COMPRATORE/CONSUMATORE

Controllo sull'età per l'accesso

- I rivenditori sarebbero tenuti ad effettuare un controllo sull'età, tramite la richiesta di un documento d'identità: l'età consentita per l'accesso sarebbe determinato localmente, ma è probabile che sarebbe in linea con i limiti localmente imposti per il consumo di alcol o di tabacco. In Olanda il limite d'età per i *coffee shop* è 18 anni.

Livello di intossicazione del compratore

- I rivenditori sarebbero tenuti a rifiutare la vendita ad individui evidentemente intossicati, sulla base di una precisa serie di linee guida. L'ubriachezza sarebbe il motivo di preoccupazione maggiore.

Licenze per i compratori/consumatori

- L'esperienza dell'Olanda suggerisce che non è necessaria la licenza per l'acquisto. Tuttavia queste potrebbero essere impiegate in certe circostanze, sia come parte di un processo di avvio dell'infrastruttura di regolamentazione, sia allorché sorgano specifici problemi. Per esempio, in Olanda l'unica condizione per cui a un cittadino è vietato l'acquisto riguarda la sua implicazione in questioni di commercio internazionale illecito; c'è stata anche una recente discussione sulla possibilità di rendere i *coffee shop* dei club aperti solo ai membri.

Limitazioni al consumo nelle località autorizzate

- Normative di piano regolatore, comunemente applicate per il controllo dell'alcol, potrebbero designare spazi o aree pubbliche con potenziali rischi per l'ordine pubblico come aree «non fumatori». Queste normative verrebbero promosse sulla base di ordinanze locali riguardo a fenomeni di intossicazione pubblica e disturbo della quiete pubblica.
- Preesistenti restrizioni sul fumo in luoghi pubblici chiusi sarebbero applicati anche al fumo di cannabis.¹¹ Come nel caso del tabacco, il fumo nei locali pubblici potrebbe so-

¹¹ In Olanda è nata una strana situazione in cui le ordinanze contro il fumo di tabacco sono venute a cozzare con la concessione di licenze ai *coffee shop*. Questo implica che il fumo di cannabis sia legale mentre quello di tabacco no: il che ha portato alla singolare scena di forze dell'ordine che controllano gli spinelli per vedere se per caso contengono il tabacco proibito.

lo essere consentito in spazi aperti. Un tale divieto, che comporterebbe sanzioni civili e amministrative piuttosto che sanzioni penali, potrebbe contribuire ad incoraggiare forme meno dannose di consumo di cannabis. I vaporizzatori, che non generano fumo e non sono associati con gli specifici rischi legati ad esso, potrebbero essere esentati dalle ordinanze sul fumo.¹²

Bibliografia

R. Room et al., *The Global Cannabis Commission Report*, The Beckley Foundation, 2007.

Cannabis Policy, Implementation and Outcomes, RAND Europe, 2003.

M. Aoyagi, *Beyond Punitive Prohibition: Liberalizing the Dialogue on International Drug Policy* (includes detailed discussion of Dutch cannabis policy and law), 2006.

Cannabis, EMCDDA drug profile.

5.4. Stimolanti

Questa sezione si concentra sui tre tipi più ampiamente diffusi di stimolanti correntemente illegali: le anfetamine, la cocaina e l'MDMA/ecstasy.

I potenziali modelli di regolamentazione degli stimolanti devono rispondere appropriatamente ai rischi presentati da questo gruppo di droghe. Quindi è importante riconoscere che i comportanti di consumo abbracciano una vasta gamma di motivazioni, ambienti e preparazioni del prodotto. Questi comportamenti sono poi associati ad un'ampia serie di rischi e danni, che presentano tutti sfide per la regolamentazione molto disparate. Tuttavia, si possono suddividere in tre grandi categorie:

- *Funzionali*, che talvolta s'intersecano con quelli a scopo medico e che forse potrebbero essere meglio definiti come «droghe da stile di vita». Per esempio, certi stimolanti possono venire consumati allo scopo di allontanare la stanchezza o incrementare la concentrazione.
- *Ricreativi*, laddove i consumatori cercano di ottenere stimoli e piacere in un'ampia serie di contesti sociali.
- *Problematici*: per una ridotta minoranza dei consumatori a scopo funzionale o ricreativo si viene a sviluppare un consumo problematico/dipendente. Tali problemi insorgono più comunemente con preparati a più alta potenza (per esempio crack o metanfetamina) e/o coi modelli più rischiosi di

¹² A Vancouver, in Canada, esiste un simile locale con vaporizzatori nel quale è invece proibito fumare.

uso a effetto più rapido, cioè tramite fumo o iniezione, invece che tramite uso orale o sniffando.

Bisogna anche osservare che la presenza degli stimolanti nella cultura e nella società contemporanee è molto vasta. Medicinali a base di stimolanti vengono ampiamente prescritti e consumati in grandi quantità (anche dai bambini, seppure tra molte controversie).¹³ Inoltre due tra le droghe psicoattive più diffuse al mondo, cioè la nicotina e la caffeina, sono stimolanti funzionali: nel loro insieme pervadono così tanto la cultura contemporanea da essere praticamente presenti ovunque.

La caffeina, che è al primo posto, viene comunemente consumata sotto forma di caffè, di bevande del tipo della Coca Cola e di cioccolata. Anche gli *energy drinks* a base di caffeina stanno diventando sempre più popolari. Sono aggressivamente pubblicizzati proprio sulla base delle loro proprietà stimolanti, in modo assai simile a come un tempo venivano pubblicizzati tabacco e anfetamine. Il caso di tali bevande fornisce un chiaro indicatore di quale sia il fattore trainante nel consumo di caffeina: di esse infatti si apprezza soprattutto la funzione stimolante, piuttosto che il piacere che esse possono indurre. La caffeina è agli ultimi posti in qualsiasi scala ragionevole di rischio delle droghe, ma non si può nemmeno dire che sia completamente innocua. Il suo consumo tuttavia rimane largamente privo di regolamentazione.

Il consumo diffuso e non dannoso (anzi ampiamente utile) di caffeina è il corrispettivo della diffusione di quello di prodotti a base di cocaina a bassa potenza: per esempio, la masticazione della foglia di coca ed il tè alla coca nelle regioni andine del Sud America. Bisogna osservare che la legalità di tali prodotti rimane oggetto di contenziosi legali a livello internazionale. Simili abitudini locali di consumo di stimolanti esistono altrove, come nel caso del consumo di khat in Somalia o di noce di betel nelle regioni dell'Asia meridionale e del Pacifico. Entrambe queste sostanze sono associate a problemi sanitari meglio documentati di quanto non lo sia il consumo di bevande a base di coca o caffeina, ma esse rimangono comunque legali entro i loro rispettivi ambienti.

Esiste una gamma significativa di comportamenti che coinvolgono il consumo ricreazionale di stimolanti in particolari contesti sociali. Questi comportamenti sono determinati o dal piacere derivante dal consumo dello stimolante in se stesso o dalla ricerca di un ausilio semi-funzionale ad un comportamento sociale. Le motivazioni funzionali possono includere il desiderio di stare svegli per tutta la notte, di aumentare la propria sicurezza e lucidità nel gestire i rapporti sociali, di avere energia per ballare più a lungo, ecc. Inevita-

¹³ Si veda: N. Gibbs, *The Age of Ritalin*, in *Time Magazine*, 24 giugno 2001.

bilmente questo consumo comporta dosaggi più elevati, anche se generalmente praticato con minore frequenza rispetto al consumo funzionale/da stile di vita. Come tale, questo genere di consumo presenta una serie diversa di rischi e sfide: non fosse altro perché la popolazione che lo pratica è in larga misura costituita da giovani.

Nell'ambito di questo tipo di popolazione, esiste una considerevole flessibilità nei comportamenti di consumo degli stimolanti. Queste sostanze possono facilmente essere sostituite in base al gusto o alla disponibilità e non di rado sono usate in combinazione. Anche se tali modelli di consumo presentano più alti livelli di rischio, non sono per lo più associati a danni significativi, a livello personale o sociale.¹⁴ Il consumo è generalmente occasionale, moderato e limitato da norme sociali che, in un contesto sociale, emergono all'interno dei gruppi dei pari composti da consumatori e non consumatori. Queste norme sono ulteriormente rafforzate da forme di controllo personale, basate sia sull'esperienza che su una consapevolezza informata dei rischi legati all'uso.

La riduzione del rischio e la prevenzione del passaggio al consumo problematico/dipendente saranno fra le sfide chiave da affrontare nella regolamentazione della popolazione di consumatori di stimolanti ad uso ricreativo. Si dovrebbe anche incoraggiare uno sviluppo in direzione di un consumo di prodotti e preparati a più basso rischio (a dosaggio inferiore, rilascio più lento, da somministrarsi per via orale), comportamenti di consumo più informati e a più basso rischio (moderazione, inclusa l'astinenza, evitare il policonsumo o il consumo *binge*, incoraggiare il supporto dei pari, ecc.) e in ambienti più sicuri. Infine c'è un sotto-gruppo tra i consumatori elencati sopra che svilupperà un consumo di stimolanti caotico, dipendente o altrimenti problematico. Un tale comportamento è spesso concomitante con il consumo problematico di altre droghe non-stimolanti, generalmente narcotici e alcol. Per questo tipo di consumatori, la risposta migliore è più di tipo medico. In particolare ciò richiede modelli di distribuzione regolamentata mirati alla riduzione del danno (essenzialmente come descritto sopra), in combinazione con un'adeguata fornitura di servizi di trattamento/recupero e di un più generale supporto sociale.

5.4.1. Prodotti a base di coca/cocaina

Le droghe a base di coca/cocaina hanno una natura e dei livelli di rischio estremamente vari. I diversi preparati variano da quelli a rischio trascurabile e da consumarsi oralmente, come la foglia di coca o il tè alla coca, alla cocai-

¹⁴ Naturalmente oltre ai danni legati al commercio illecito in se stesso.

na da sniffare (il sale di cocaina, cloridrato di cocaina), che presenta un rischio moderato, al crack da fumare (a base di cocaina) ad alto rischio. Questi prodotti sono qui esaminati in ordine inverso al rischio.

I rischi e i danni legati alla cocaina sono anche significativamente determinati dai comportamenti di consumo. Un dettagliato studio globale sul consumo di cocaina intrapreso nel 1995 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dall'Istituto Interregionale per la Ricerca sul Crimine e la Giustizia delle Nazioni Unite (*United Nations Inter-regional Crime and Justice Research Institute*, UNICRI)¹⁵ osserva che:

Non è possibile descrivere un «consumatore medio di cocaina». È stata riscontrata un'enorme varietà nel tipo di persone che fanno uso di cocaina, nella quantità di droga consumata, nella frequenza del consumo, nella durata e intensità degli effetti, nelle ragioni che spingono all'uso e nei conseguenti problemi sociali incontrati (p. 1).

Il rapporto descrive un *continuum* di comportamenti di consumo:

- Consumo sperimentale;
- Consumo occasionale;
- Consumo collegato ad una specifica situazione;
- Consumo intensivo;
- Consumo compulsivo/disfunzionale.

I tipi di consumo sperimentale e occasionale sono di gran lunga i più comuni, e quello compulsivo/disfunzionale di gran lunga il meno comune (p. 28).

E osserva anche che:

I problemi di salute dovuti al consumo di sostanze legali, in particolare alcol e tabacco, sono di gran lunga maggiori di quelli dovuti al consumo di cocaina. Sono pochi gli esperti che descrivono la cocaina come invariabilmente nociva alla salute. Molto più comunemente si pensa che i problemi legati alla cocaina siano più comuni e più gravi per coloro che ne fanno un uso frequente e ad alto dosaggio e invece molto rari e molto meno gravi per quanti la consumano occasionalmente e a bassi dosaggi (p. 6).

Cocaina/crack

La domanda «ma allora che si fa col crack?» non si lascia mai attendere quando si discute di regolamentazione legale della cocaina. È una questione im-

¹⁵ Il rapporto della WHO/UNICRI *The Cocaine Project* è stato accantonato a seguito di pressioni da parte degli Stati Uniti e solo successivamente è filtrato in pubblico: un altro esempio d'interferenza nell'agenda della politica e della ricerca sulla droga. (Per una maggiore discussione vedi: Appendice 2). Il resoconto è disponibile online in: www.tdpf.org.uk/WHO-leaked.pdf.

portante e ragionevole da porre. I consumatori problematici di crack costituiscono la punta estrema dell'uso caotico di droga e sono causa di una sproporzionata quantità di danni secondari alla società. Dato ciò, come facciamo o almeno come tentiamo di regolamentare una droga come il crack, che è per lo più associata all'uso incontrollato, al caos e al danno? La risposta sta, come già si è visto, nel cominciare a superare le soluzioni semplicistiche che, nel corso degli anni, hanno evidentemente fallito a produrre risultati efficaci.

Nonostante i migliori sforzi nell'applicazione della legge penale e di altri enti impegnati nelle campagne di prevenzione, la dipendenza da crack è un problema che non è stato sradicato. Perciò dobbiamo accettare la realtà che alcune persone desiderano e continueranno a desiderare di far uso di crack, per quanto riprovevole questo ci appaia. Poi bisogna prendere in esame tutte le evidenze disponibili. Questo ci aiuterà a capire quali tipi di intervento saranno più efficaci a ridurre il danno che l'uso di crack causa sia ai consumatori che alla comunità in generale. Tale strategia di riduzione del danno naturalmente dovrebbe prevedere sia una riduzione a più lungo termine del consumo complessivo di crack sia una riduzione del numero dei consumatori. Non dobbiamo avere la falsa impressione che il crack sia una delle sfide più difficili per i sostenitori di un modello di regolamentazione legale. Comunque, rimane la realtà dei fatti che se uno è determinato a fare uso di crack, lo farà in ogni modo. Perciò sembra logico che i consumatori di crack debbano avere accesso legale ad un'offerta di droga di forza e purezza conosciute, piuttosto che doversene approvvigionare sul mercato nero, con tutti i rischi e i danni connessi. Tale accesso legale garantirà che i consumatori non debbano commettere crimini contro gli altri o prostituirsi allo scopo di procurarsi la droga.

Perciò sembrerebbe che le future strategie debbano partire dall'assunto che non ci sono vantaggi nel criminalizzare e demonizzare ulteriormente i consumatori di crack. Invece una risposta organizzata e di ispirazione in primo luogo sanitaria, in combinazione con un adeguato supporto sociale, sembrerebbe una reazione più produttiva ad un problema finora intoccabile. Se da una parte la regolamentazione ha un ruolo importante nella riduzione del danno, dall'altra è chiaro che la chiave per ridurre tali comportamenti dannosi sul lungo termine continui a risiedere nella capacità di affrontare le condizioni sociali e il basso livello di benessere che sono alla base del consumo problematico di crack.

Dare una risposta sanitaria al problema del crack è più difficoltoso e fondato su basi meno consolidate rispetto al caso dell'eroina. Infatti perfino la maggior parte dei consumatori caotici di eroina si atterra alle prescrizioni regolari che soddisfano il proprio bisogno, mentre i consumatori di crack continueranno spesso a praticare un consumo *binge* e incontrollato. Mentre i consu-

matori di eroina possono accettare prescrizioni sostitutive, come il metadone, simili alternative non esistono per i consumatori di crack. La ricerca continua ad esplorare una serie di possibilità, come la somministrazione di stimolanti sostitutivi,¹⁶ come le anfetamine o il Modafinil, o di preparati meno potenti a base di cocaina.¹⁷ Questo è chiaramente un settore della ricerca che richiederebbe un'attenzione e degli investimenti sostanzialmente maggiori.

Il bisogno di questo tipo di ricerca si sta facendo sempre più pressante, man mano che la diffusione dell'uso combinato di crack e eroina sta rendendo sempre più difficile la gestione dei problemi legati al crack. Certamente questo sviluppo nel consumo di crack è un altro degli effetti indesiderati del proibizionismo. È stato infatti favorito da quella infrastruttura di distribuzione e da quella cultura sotterranea che è cresciuta intorno al mercato nero degli oppiacei: un mercato e una cultura che la legalizzazione e la conseguente regolamentazione contribuirebbero attivamente e direttamente a smantellare.

Naturalmente il crack potrebbe venire proibito, ma per la cornice di regolamentazione si dovrebbe anche riconoscere che se la cocaina in polvere è disponibile (in vendita in modo legale o meno, o su prescrizione), anche il crack è in effetti disponibile. Produrre crack dalla polvere di cocaina è una procedura semplice da fare in casa e che è impossibile prevenire. Perciò, anche se il crack non fosse direttamente disponibile, i consumatori ben determinati, che in precedenza non avevano avuto scrupoli ad entrare nello sporco e pericoloso mercato nero per procurarsene, non mancherebbero certo di motivazione a fabbricarsene, usando la polvere di cocaina acquistata legalmente.

In positivo invece, si stanno ragionevolmente affermando e consolidando alcuni metodi basilari di riduzione del danno per il consumo di crack. Per esempio, Vancouver è uno tra i diversi posti in cui si distribuiscono kit di riduzione del danno per il crack e sono stati anche avviati alcuni esperimenti di apertura di locali per il consumo assistito.¹⁸ Questi interventi vanno in direzione di un modello in cui, anche se il crack non fosse disponibile in modo diretto, si attuerebbero comunque misure di riduzione del danno per quanti continuassero a procurarsene e a farne uso, sia tramite canali legali che semi-legali.

Questo modello di locali per l'accesso legale all'uso supervisionato di polvere di cocaina/crack ha un chiaro potenziale in termini di riduzione del danno, sia personale che sociale, generato dal mercato attualmente illegale del crack.

¹⁶ Un utile sommario in: Kampman, *The Search for Medications to Treat Stimulant Dependence*, in *Addiction Science and Clinical Practice*, n. 4 (2), 2008, pp. 28-35.

¹⁷ WHO/UNICRI, *The Cocaine Project*, report, 1995, p. 16.

¹⁸ *Distributing Safer Crack Use Kits in Canada*, Canadian HIV Legal Network, 2008.

Questa riduzione è così grande da sopravanzare il peso del potenziale aumento nei danni alla salute che, per alcuni consumatori, potrebbero derivare dall'abbassamento della barriera di prezzo (che può limitare il consumo di crack per i consumatori caotici a basso reddito). Vale anche la pena di notare che, anche per i più caotici tra questi consumatori, il consumo di crack non è infinito: è limitato da fattori fisiologici, così come dai costi.

Si può anche imparare da storiche misure nel campo dell'eroina e di altri oppiacei, come la loro distribuzione su prescrizione medica e la fornitura di servizi, quali i locali per l'iniezione assistita. Queste esperienze ci insegnano che affrontare in modo diretto e costruttivo i bisogni immediati dei consumatori problematici, attraverso misure di riduzione del danno e altri servizi, può dare dei ben precisi risultati positivi. In particolare ciò aumenta le probabilità non solo che i consumatori facciano uso di droga in modo più sicuro e moderato e in un ambiente di pari più salvaguardato, ma anche che essi vengano maggiormente a contatto con i servizi offerti e siano quindi più incoraggiati a ricorrervi.

La domanda «e allora il crack?» mette anche in evidenza il ruolo del proibizionismo nell'emergere dell'«epidemia del crack». Il proibizionismo genera un mercato sregolato, guidato da processi economici molto chiaramente definiti.¹⁹ Uno di questi processi consiste nell'incoraggiare la creazione ed il consumo di droghe più potenti o di preparati più concentrati, che offrono un profitto maggiore per unità di peso. Questo è direttamente paragonabile alla maniera in cui, durante il proibizionismo dell'alcol, le vendite di alcolici più concentrati, lucrativi e pericolosi avevano preso piede di più rispetto a quelle di birra e vino. Questo stesso fenomeno si è osservato, nel corso del secolo scorso, per il mercato di diverse droghe illegali. Per esempio, nel mercato degli oppiacei, l'oppio (sia da fumo che in forma di bevanda) è stato soppiantato dall'eroina da iniezione. Più di recente il mercato nero della cannabis si è sempre più riempito di varietà più potenti, coltivate al chiuso (*indoor*).

Con i prodotti a base di coca la trasformazione è stata drastica. Prima che il proibizionismo le colpisse, le forme più diffuse di consumo di coca erano la masticazione della foglia di coca e il tè o le bevande alcoliche a base di coca: tutti prodotti a basso rischio. La cocaina da sniffare fa la sua comparsa sulle strade in risposta ai dettami del mercato illegale creato dal proibizionismo. La pressione di questo mercato alla fine ha anche portato allo sviluppo ed al diffondersi del crack da fumo ad alto rischio.

È interessante osservare che il mercato della cocaina (al di fuori delle regioni andine) è attualmente caratterizzato dal fatto che solo le forme più forti e ri-

¹⁹ Si veda: J. Miron, *Drug War Crimes*, The Independent Institute, 2004, p. 16.

schiose di droga siano disponibili. Se fossero disponibili dei preparati meno potenti, è probabile che la domanda si allontanerebbe da quelli più rischiosi, proprio come le abitudini di consumo di alcol si spostarono in direzione di birra e vino, quando il proibizionismo dell'alcol negli Stati Uniti fu revocato. A questo potrebbe contribuire l'applicazione di un sistema di gradiente di prezzo, come quello descritto nel capitolo terzo.

Nel caso della diffusione del crack nel Regno Unito, il ben consolidato mercato illegale dell'eroina fornì una rete di distribuzione già pronta e una base di consumatori interessata al nuovo prodotto. Il mercato dell'eroina e quello del crack si sono fusi nel giro di poco tempo: la maggior parte dei consumatori di crack sono anche consumatori di eroina. Se si riuscisse a smantellare queste reti commerciali illegali tramite l'introduzione di una distribuzione regolamentata, la prossima «epidemia» di una nuova droga avrebbe molte meno probabilità di prendere piede.

Proposta di modelli di discussione per la regolamentazione della polvere di cocaina

MODELLI BASE DI REGOLAMENTAZIONE

- La polvere di cloridrato di cocaina sarebbe disponibile per i consumatori provvisti di licenza, in base ad un modello di vendita al dettaglio presso una farmacia specializzata o, in alcune limitate circostanze, su prescrizione medica.
- La distribuzione avverrebbe in maniera interamente controllata dallo Stato o tramite un ente appaltatore autorizzato dallo Stato (vedi: Modello di Mercato Regolamentato).

CONTROLLI SUL PRODOTTO

Dosaggio e preparazione

- La polvere sarebbe un prodotto di tipo farmaceutico (soggetta agli stessi controlli delle medicine).
- Sulla scorta del fatto che la cocaina pura è pressoché sconosciuta sul mercato illegale, un prodotto legale potrebbe essere ridotto ad un livello di purezza appropriato inferiore al 100% tagliandola con un agente sicuro e non tossico.
- Si potrebbero aggiungere dei micromarcatori in certe circostanze (vedi sotto).

Controlli sul prezzo

- Si potrebbero specificare prezzi fissi per unità o prezzi minimi/massimi, magari includendo tasse, calcolate in base al peso per unità o in percentuale.
- Il preciso livello di prezzo dovrebbe variare in base ad una cauta sperimentazione e all'attento monitoraggio dei principali effetti portati da ciò nel tempo (studiando indicatori come i livelli di consumo e la reazione del mercato illecito: vedi discussione sul prezzo della droga).

- Inizialmente si dovrebbe stabilire un prezzo marginalmente inferiore a quello del mercato illegale (Haden²⁰ ha suggerito circa il 70% come punto di partenza per il prezzo legale degli stimolanti).
- Nell'ambito di un modello di tracciabilità del compratore/consumatore, i prezzi potrebbero aumentare proporzionalmente al volume di acquisto, in modo da scoraggiare un consumo eccessivo.

Controlli sul confezionamento

- Confezione semplice priva di marchi, come per i medicinali.
- La polvere sarebbe fornita in bustine sigillate contenenti un quantitativo fisso, a loro volta inserite in un contenitore sigillato.
- Il contenitore sarebbe a prova di adulterazione e a prova di bambino.
- Etichettatura standardizzata: ingredienti (specificando forza/potenza), numero unità, avvertenze per la salute e la sicurezza, data di scadenza, ecc. Informazioni riassuntive e evidenti avvertenze esposte sul contenitore e sulle bustine sarebbero elaborate in dettaglio in un foglio informativo inserito all'interno del contenitore.
- I dati del compratore autorizzato potrebbero apparire sia sul contenitore che sulle bustine, quando necessario.

CONTROLLI SUL PUNTO VENDITA/LOCALE PER LA DISTRIBUZIONE

Controlli sul punto vendita

- Vedi paragrafo 2.4. Modello di vendita in farmacia, per una più ampia discussione.
- L'orario d'apertura autorizzato, la dislocazione/densità dei punti vendita dovrebbero essere determinati dalle autorità locali eroganti licenza.

Pubblicità/promozione

- Divieto totale di ogni tipo di pubblicizzazione e promozione, incluso stretti controlli sull'aspetto e la segnaletica dei punti vendita.
- Controlli sul volume di vendita/razionamento.
- Bisognerebbe accettare realisticamente che un certo livello di condivisione avverrebbe in contesti sociali, anche se le vendite sono a volume limitato e solo per uso personale. Parallelamente si stabilirebbe un tetto massimo per il volume di vendite consentite per ogni compratore (al giorno/settimana/mese) e/o un sistema di crescita di prezzo per volume d'acquisto.
- Possibilità di includere i dati personali contenuti nella licenza al compratore in un database centrale per tracciare gli acquisti, in modo da esercitare un controllo sul raziamento.

CONTROLLI SUL COMPRATORE/CONSUMATORE

Controllo sull'età per l'accesso

- Controlli d'età con documento identificativo obbligatori, potenzialmente collegati al sistema di concessione di licenza per il compratore.

²⁰ Mark Haden, *Controlling Illegal Stimulants: A Regulated Market Model*, in *Harm Reduction Journal*, n. 5, 1, 2008.

Livello di intossicazione del compratore

- I rivenditori sarebbero tenuti a rifiutare la vendita ad individui evidentemente intossicati, in base ad una serie precisa di linee guida.

Licenze per i compratori/consumatori

- In una fase iniziale (certamente nel caso di esperimenti pilota), si stabilirebbe un sistema in base al quale l'accesso ad uso personale fosse consentito solo ad individui muniti di licenza. Questo potrebbe essere collegato ad un sistema di tracciabilità dell'acquisto basato sull'impiego di documenti d'identità. Le licenze potrebbero essere revocate per specifiche violazioni (es. vendite a terzi).
- I compratori potrebbero avere il loro nome inserito sulla confezione con un codice (o tramite l'uso di micromarcatori).

Limitazioni al consumo nelle località autorizzate

- Il consumo in pubblico sarebbe un reato sanzionabile con multe in molte località.
- Bisognerebbe dedicare particolare attenzione a mettere in evidenza i rischi del consumo di cocaina in combinazione con l'alcol.

Modelli possibili per la regolamentazione di preparati a base di cocaina a più basso potenziale

Come già notato, il tè alla coca ha, nelle regioni andine, un uso e un profilo dal punto di vista sanitario non dissimili da quelli del caffè e del tè convenzionale nel resto del mondo. Non c'è ragione per cui, su base simile, esso non possa essere reso ampiamente disponibile per quanti lo desiderino.²¹ È probabile che, a breve e medio termine, il suo consumo rimanga confinato entro i limiti della sua patria culturale. A livello internazionale, troverebbe probabilmente la sua porzione di mercato soprattutto nel settore delle specialità di tè. Non ci sono particolari motivi di pensare che esso possa soppiantare o danneggiare seriamente il mercato del tè o del caffè, dove questi siano consolidati.

Piuttosto è più probabile che alcuni imprenditori decidano di sviluppare un nuovo tipo di *energy drink* a base di coca, per competere sul lucrativo mercato delle bevande a base di caffeina. Il modello più ovvio per tali bevande sarebbe fornito da quelle esistenti del tipo della Coca Cola. Potrebbero anche entrare nel mercato cospicuo e in rapida espansione degli *energy drink* a più alto contenuto di caffeina e andare sullo stesso scaffale di prodotti come la *Red Bull*. Mentre il tè alla coca ha un limite naturale alla presenza di principio attivo, le bevande sottoposte a lavorazione non lo avrebbero. Dovrebbe-

²¹ In realtà il tè alla coca è già ampiamente disponibile a livello internazionale, eppure il suo mercato rimane ristretto.

ro perciò sottostare ad ulteriori livelli di regolamentazione, in modo tale che la quantità di principio attivo sia controllata e limitata, che informazioni adeguate siano inserite sull'etichetta e sulla confezione e che si attuino altri adeguati controlli sulla pubblicizzazione/promozione.

Tali bevande sarebbero distribuite presumibilmente (a seconda dei livelli di contenuto di principio attivo e della valutazione dei rischi connessi) entro un modello di vendita su licenza simile a quello in vigore per gli alcolici. In alternativa potrebbero essere distribuite come prodotti da banco in farmacia, come succede per la Red Bull in alcuni paesi europei. Naturalmente tale regolamentazione potrebbe investire anche bevande altre da quelle a base di coca: per esempio ci sono ottime ragioni per regolamentare con più rigore il confezionamento, la promozione e la distribuzione di certi *energy drink* a base di caffeina.²²

Tali bevande a base di coca hanno il potenziale di assorbire parte della domanda di polvere di cocaina. Molti consumatori a scopo ricreativo preferirebbero, se ne avessero la possibilità, una bevanda stimolante con un effetto più sicuro e a rilascio più lento della polvere da sniffare. Questa preferenza potrebbe essere ulteriormente incoraggiata con l'uso di controlli sull'offerta e sul prezzo in maniera da rendere le bevande energetiche a base di coca più attraenti rispetto alle polveri da sniffare.

Un tale sviluppo potrebbe sia costituire una forma vantaggiosa di riduzione del rischio, sia contribuire ad una cultura più moderata e responsabile di consumo di stimolanti: una cultura che, nei decenni passati, è andata nella direzione opposta. I promotori della regolamentazione dovrebbero comunque considerare i particolari rischi del consumo di tali prodotti in combinazione con altre droghe, soprattutto con l'alcol. Per esempio, dovrebbero essere consapevoli di come il consumo di cocaina sia spesso associato a modelli di uso problematico di alcol.

Per capire il problema che potrebbe delinarsi, c'è il diffondersi su alcuni mercati di cocktail che uniscono alcolici ad *energy drink* a base di caffeina. Il famoso cocktail a base di Red Bull e vodka è forse l'esempio più evidente di questo fenomeno. Sono nate anche alcune bevande confezionate che contengono questa stessa combinazione di ingredienti e che sfruttano questa moda di cocktail a base di caffeina e alcol. Questi cocktail possono essere pericolosi perché gli effetti stimolanti più quelli depressivi dei loro ingredienti possono, in certa misura, annullarsi a vicenda. Ciò può portare ad un consumo eccessivo e dunque ad un aumento del rischio. Un ulteriore motivo di preoc-

²² Tali richiami sono stati fatti sempre più frequentemente da una varietà di autorità mediche. Si veda: C. Reissig, E. Strain, R. Griffiths, *Caffeinated Energy Drinks – A Growing Problem, Drug and Alcohol Dependence*, 1° gennaio 2009.

cupazione nel caso potenziale di cocktail a base di coca più alcol sta nel fatto che l'assunzione concomitante di cocaina e alcol porta alla formazione di co-caetilene nel corpo. Questa è una droga che ha proprietà simili alla cocaina, ma che si ritiene abbia un maggiore livello di tossicità sul sistema cardiovascolare e sul fegato.

I modelli di regolamentazione potrebbero rispondere a queste preoccupazioni con una combinazione di restrizioni dell'offerta e di educazione al rischio. Ciò potrebbe includere restrizioni per le bevande a base di coca al di sopra di una concentrazione prefissata nelle rivendite di alcolici e nei bar, limitandone la vendita alle sole farmacie come prodotti da banco; oppure vietando la produzione di bevande confezionate contenenti questo *mix*, o imponendo l'apposizione di avvertenze sulla confezione ed esercitando il dovuto controllo sulla loro pubblicizzazione, promozione e utilizzo di marchi di fabbrica.

Altri prodotti a base di coca/cocaina per consumo orale

In base allo studio stilato nel 1995 dalla OMS e dallo UNICRI, il consumo tradizionale di foglia di coca, masticata insieme ad una piccola quantità di *lime*, per favorire il rilascio del principio attivo,

[...] non sembra avere effetti negativi sulla salute ma ha invece una funzione positiva, terapeutica, sacra e sociale per le popolazioni indigene delle Ande.

Molti degli usi funzionali e benefici che la foglia di coca ha presso le comunità indigene andine sono molto specifici dal punto di vista regionale e culturale. Per esempio il consumo di foglia di coca contribuisce a combattere il mal di montagna e fornisce certe sostanze nutritive benefiche a livello locale. Perciò, sembra relativamente improbabile che nel resto del mondo si possa venire a creare un significativo mercato per il consumo di foglia di coca alla maniera della tradizione andina, anche se non ci fosse alcun ostacolo alla sua produzione e esportazione. In modo analogo, altri stimolanti culturalmente/regionalmente specifici, come il khat e la noce di betel, non hanno trovato mercati più ampi di un qualche rilievo.

Tuttavia, dal momento che la cocaina viene assorbita molto meglio attraverso il palato che attraverso lo stomaco, ci potrebbe essere la possibilità di sviluppare dei prodotti a base di foglia di coca più facili da usare. Questi potrebbero essere paragonabili ai prodotti per consumo orale di tabacco come i *Bandits*. Una certa quantità di foglia di coca, con l'aggiunta di un additivo alcalino, potrebbe essere contenuta in una bustina permeabile, del tipo di quelle da tè, da mettersi in bocca. Prodotti a base di coca potrebbero anche prendere la forma di pastiglie o gomme da masticare, da consumarsi in modo analogo ai prodotti sostitutivi a base di nicotina. Tali prodotti richiederebbero livelli di regolamentazione adeguati ai livelli di rischio che presentano. Co-

munque si stima che questi siano relativamente bassi: tali prodotti richiederebbero probabilmente livelli di regolamentazione paragonabili a quelli degli analoghi prodotti di sostituzione della nicotina.

Se tali prodotti dovessero emergere, rimarrebbero generalmente entro la fascia funzionale/benefica/di stile di vita dei comportamenti d'uso di stimolanti e non avrebbero presumibilmente un impatto significativo sui modelli di consumo ricreazionali o problematici,²³ al di là del fatto che chiaramente potrebbero contribuire ad incoraggiare una cultura del consumo più moderata e intelligente. Tuttavia, come nel caso dei prodotti non da fumo a base di tabacco, i responsabili della regolamentazione e gli ufficiali sanitari hanno spesso faticato a conciliare la promozione attiva di tali nuovi prodotti con i loro principi di salute pubblica che enfatizzano la riduzione del consumo (vedi il riquadro «Riduzione del danno da tabacco», nel paragrafo 5.2.). Chiaramente, i prodotti a base di tabacco per consumo orale sono dei sostituti incredibilmente più sicuri del tabacco da fumare. Però non si conosce con precisione la possibile estensione di forme simili di sostituzione nel caso dei prodotti con cocaina. L'introduzione di prodotti a base di coca per consumo orale e a basso potenziale potrebbe effettivamente creare una nuova nicchia di mercato ed un nuovo tipo di comportamento, che prima non esistevano.

D'altro canto è probabile che tali prodotti emergano in qualche forma nell'ambito del nuovo regime legale e perciò sono almeno degni di considerazione. Inoltre, il loro emergere può semplicemente servire ad espandere la scelta del consumatore tra prodotti (come il tabacco/nicotina o il caffè) che hanno una funzione e un ruolo culturale simili.

5.4.2. Anfetamine

Esiste una serie di droghe correlate tra loro che sono raggruppate sotto il nome di anfetamine. L'anfetamina vera e propria (il nome deriva dal suo appellativo chimico completo: alfa-metilfenetilamina) è il composto originario da cui è stato generato un vasto numero di derivati, ciascuno con una struttura molecolare leggermente differente, che possono essere suddivisi in quattro tipi principali:

- l'anfetamina; variante racemica, dextroanfetamina (Dexedrina);
- la metilanfetamina; variante racemica dexametananfetamina (più comunemente nota semplicemente come metananfetamina);
- le chetoanfetamine; catina e catinone (i principi attivi del «khat»);
- le pseudoanfetamine; metilfenidato (Ritalin), ecc.



Pillole di Dexedrina su prescrizione medica (solfato di dexanfetamina)

²³ Il rapporto OMS/UNICRI *The Cocaine Project* del 1995 fa riferimento alla possibilità di un uso del tè di coca per i consumatori dipendenti di coca, con alcuni risultati positivi (p. 16).

L'MDMA (ecstasy) è un'altra sostanza correlata all'anfetamina, ma che verrà discussa separatamente in seguito.

Nel mondo le anfetamine sono la droga illegale più diffusa dopo la cannabis.²⁴ Come la cocaina, esse sono associate ad una gamma di comportamenti di consumo e modi di preparazione che vanno dall'uso funzionale/medico, a quello a scopo ricreativo, fino a quello problematico. Questi comportamenti sono a loro volta associati ad un ampio spettro di rischi così come di sfide per la regolamentazione.

Come per altri tipi di droghe, bisogna bilanciare da una parte la necessità, a breve termine, di ridurre i danni derivanti da forme più dannose o rischiose di consumo e dall'altra l'obiettivo, a lungo termine, di incoraggiare un passaggio progressivo a prodotti, comportamenti e ambienti più sicuri.

L'utilità delle anfetamine per una serie di applicazioni mediche (dai decongestionanti nasali e i medicinali per il raffreddore da banco,²⁵ ai trattamenti per la sindrome da deficit di attenzione e iperattività o per la narcolessia) comporta che, a differenza della cocaina, molte anfetamine siano già ampiamente in circolazione, in una varietà di forme. Questo significa che esse sono più accessibili (incluso la possibilità di diversione/riutilizzo ad uso non medico) ma anche che i rischi e le forme di consumo e di abuso sono probabilmente comprese meglio e quindi meglio gestibili, sia dal punto di vista medico che sociale.

Proposta di modelli di discussione per la regolamentazione delle anfetamine

MODELLI BASE DI REGOLAMENTAZIONE

- La Dexamfetamina (e potenzialmente qualche altra anfetamina) dovrebbero essere disponibili in forma di pillola esclusivamente entro il modello della farmacia specialistica, inizialmente nello schema del compratore provvisto di licenza.
- Anche una versione in polvere potrebbe essere disponibile in alcune circostanze, con più stretti controlli sulla sua offerta.
- Preparati più leggeri, come soluzioni per consumo orale, potrebbero essere disponibili come prodotti da banco o entro un appropriato sistema di licenze alla vendita, soggetta a restrizioni in base alla quantità.
- Un modello di prescrizione medica potrebbe esistere in parallelo ad ogni forma di rivendita autorizzata.

CONTROLLI SUL PRODOTTO

Dosaggio e preparazione

- Ciascuna droga, in pillole o in polvere, sarebbe prodotta e venduta sottostando a controlli farmaceutici standard.

²⁴ *World Drugs Report 2008*, UNODC, 2008, p. 9.

²⁵ I quali talvolta contengono levometanfetamina e psuedoefedrina.

- Le pillole dovrebbero essere formulate in modo tale da scoraggiarne la tritatura per sniffare o iniettare la sostanza.
- Il dosaggio sarebbe fissato ad un livello standard appropriato, per pillola o bustina di polvere (determinato sulla base dell'esperienza con le anfetamine per ricetta medica).
- Come nel caso della cocaina, qualsiasi anfetamina in forma di polvere da sniffare potrebbe essere ridotta in potenza sotto il 100%, tagliandola con l'aggiunta di agenti non tossici.
- Si potrebbe anche sperimentare l'uso di cerotti epidermici a rilascio lento, già in uso per il metilfenidato (Ritalin).

Controlli sul prezzo

- Si potrebbero specificare prezzi fissi per unità o prezzi minimi/massimi, con tasse incluse stabilite in base al peso per unità o in percentuale.
- Si potrebbe introdurre un aumento progressivo di prezzo/tassazione, andando dai preparati con dosaggio più basso e a rilascio più lento, a quelli a dosaggio più elevato e rilascio più veloce.
- I prezzi sarebbero probabilmente simili o marginalmente inferiori a quelli attualmente offerti sul mercato illegale. I prezzi dell'anfetamina sono comunque in genere relativamente bassi e non sono di conseguenza un fattore molto determinante nella decisione di farne uso. Una riduzione del prezzo potrebbe perciò servire a minare la produzione e la distribuzione illegali senza necessariamente invogliare al consumo. Come per i prezzi di tutte le droghe, i cambiamenti dovrebbero basarsi su una cauta sperimentazione ed un attento monitoraggio degli esiti principali.

Controlli sul confezionamento

- Confezione semplice priva di marchi, come per i medicinali.
- Le pillole sarebbero contenute in bottiglie/contenitori standard per pillole medicinali, o in confezione a *blister* poste entro un apposito contenitore. La polvere sarebbe fornita in bustine o confezioni con un quantitativo fisso, contenute in un contenitore sigillato.
- Il contenitore sarebbe a prova di adulterazione e a prova di bambino.
- Etichettatura standardizzata: ingredienti (specificando forza/potenza), numero di unità, avvertenze per la salute e la sicurezza, data di scadenza, ecc. Le informazioni riassuntive e le avvertenze base esposte sul contenitore e sulle bustine sarebbero riproposte più in dettaglio in un foglio informativo inserito all'interno del contenitore. L'etichetta specificherebbe chiaramente «non ad uso medico», in modo da contribuire a mantenere chiara la distinzione di mercato tra prodotto ad uso medico e no.
- I dati del compratore autorizzato potrebbero apparire sia sul contenitore che sulle bustine e i *blister*, quando necessario.

CONTROLLI SUL LOCALE/PUNTO VENDITA

Pubblicità/promozione

- Divieto totale di ogni tipo di pubblicizzazione e promozione per pillole e polveri di anfetamine, inclusi gli stretti controlli sull'aspetto e la segnaletica dei punti vendita.
- Potrebbe essere autorizzato un certo tipo di promozione di prodotti a basso potenziale/da banco (soluzioni orali leggere/*energy drinks*) sotto limitate condizioni, come già accade per alcuni prodotti legali a base di anfetamina.

Concessione di licenza a rivenditori/distributori, in generale

- Si veda il modello farmacia per una più ampia discussione.
- Gli orari d'apertura e la dislocazione/densità dei punti vendita dovrebbero essere stabiliti dall'autorità locale erogante le licenze.

Controlli sul volume di vendita/razionamento

- Si stabilirebbe un tetto massimo per il volume della vendita per ogni compratore (al giorno/settimana/mese) e/o un sistema di crescita di prezzo proporzionale al volume d'acquisto. Il volume dovrebbe essere fissato ad un livello realistico per il consumo personale (forse una volta a settimana/quattro volte al mese), ma che rimanesse comunque ben al di sotto di un livello e frequenza individuati come problematici (cioè, un consumo giornaliero). Bisognerebbe accettare realisticamente un certo livello di condivisione della sostanza nei contesti sociali, anche se le vendite sono a volume limitato e solo per uso personale del compratore.
- I livelli problematici/dipendenti di consumo sarebbero gestiti tramite un modello di prescrizione medica.
- Si potrebbero applicare i controlli sul razioneamento ricorrendo ad una concessione di licenze d'acquisto individuali, collegate ad un sistema di tracciabilità degli acquisti basato su documenti identificativi.

CONTROLLI SUL COMPRATORE/CONSUMATORE

Controllo sull'età all'accesso

- I rivenditori sarebbero tenuti ad esercitare un controllo sull'età, richiedendo obbligatoriamente un documento identificativo, potenzialmente collegato al sistema di concessione di licenza ai compratori.

Livello d'intossicazione del compratore

- I rivenditori sarebbero tenuti a rifiutare la vendita ad individui evidentemente intossicati, in base ad una serie precisa di linee guida.

Licenze per i compratori/consumatori

- Almeno in una fase iniziale (certamente nel caso di esperimenti pilota), si stabilirebbe un sistema in base al quale l'uso personale fosse consentito solo ad individui muniti di licenza. Questo potrebbe essere collegato ad un sistema di tracciabilità dell'acquisto basato sull'impiego di documenti d'identità. Le licenze potrebbero essere revocate per specifiche violazioni, come le vendite a terzi.
- I prodotti acquistati potrebbero avere il nome del compratore inserito sulla confezione con un codice (o tramite l'uso di micromarcatori).

Consumo limitato a luoghi autorizzati

- Il consumo in pubblico di pillole non sarebbe un problema; sniffare in pubblico potrebbe invece essere un reato sanzionabile con multe in molti luoghi.
- Bisognerebbe mettere molto bene in evidenza i rischi del consumo di anfetamina in combinazione con l'alcol.

Altre anfetamine

Metilfenidato (Ritalin)

Il Ritalin è largamente prescritto per curare una varietà di condizioni patologiche. Il suo utilizzo più noto, e anche il più controverso, è nel trattamento della sindrome di deficit d'attenzione e iperattività nei bambini di età scolare e perfino prescolare.²⁶ È anche soggetto frequentemente a dirottamento come stimolante per un uso non medico; la prevalenza dell'impiego sui bambini nell'uso medico ha portato a particolari problemi di abuso in questo gruppo d'età. Lo sviluppo di preparati giornalieri a rilascio più lento e di cerotti hanno fatto alcuni progressi nella risposta al problema del dirottamento.

Anche se il dirottamento fra i bambini delle prescrizioni mediche rimane un serio motivo di preoccupazione, questo non dovrebbe però influire sul potenziale accesso di adulti consenzienti per uso non medico. Se esistesse la possibilità di accesso legale alla dexanfetamina, si vedrebbe diminuire naturalmente la domanda di altri tipi di anfetamina ad uso medico con effetti simili, come il Ritalin. Se questa domanda continuasse in qualche misura ad esistere, si potrebbe istituire un sistema di offerta regolamentata di metilfenidato, in parallelo (o perfino al posto di) quello per la dexanfetamina, sulla stessa base.

Metanfetamina

La metanfetamina è un tipo di anfetamina più potente e ad azione prolungata, anche se la sua distinzione da altre anfetamine è probabilmente stata enfatizzata eccessivamente: infatti le differenze principali consistono nella facilità della sua produzione e nel fatto che può essere più facilmente fumata (vedi paragrafo 4.2. Valutare e classificare i danni provocati dalle droghe). Nel corso degli ultimi vent'anni, sono diminuiti i suoi utilizzi in medicina mentre la produzione e il consumo illegali ad uso non medico sono cresciuti rapidamente. È così divenuto un problema sanitario di prim'ordine in diverse regioni, in particolare nel Sud-Est asiatico, nell'Europa orientale, nella Federazione Russa e nel Nord America.

Di conseguenza e insieme a significativi problemi associati al commercio illegale delle droghe, la metanfetamina è divenuta propriamente «la nuova minaccia della droga». Negli Stati Uniti, per esem-

Nell'assenza di opzioni legalmente accessibili per altri tipi di anfetamine o stimolanti, i profittatori sono stati ancora una volta capaci di indirizzare il mercato illecito verso prodotti più potenti, rischiosi e lucrativi

²⁶ Anche la dexanfetamina e l'Adderal (un mix di Ritalin e dexanfetamina) sono state largamente prescritte per questa patologia.

pio, nella retorica della «guerra alla droga», essa ha assunto in certa misura il posto precedentemente occupato dal crack. Come risultato, il panico mediatico ha generato racconti iperbolici sulla minaccia rappresentata dalla metanfetamina. È importante però che l'iperbole sui danni non oscuri né la realistica consapevolezza dei seri problemi legati al consumo cui va incontro una significativa minoranza di consumatori, né il fatto però che gran parte del consumo è ampiamente non problematico. Bisogna anche tener presente che la metanfetamina può essere ottenuta con facilità per mezzo di precursori chimici e di sostanze di facile accesso, compresi medicinali da banco (l'efedrina e la pseudoefedrina). Già questo rende i controlli pressoché impossibili e crea un mercato attraente e lucrativo per i profittatori criminali. Nell'assenza di opzioni legalmente accessibili per altri tipi di anfetamine o stimolanti, questi profittatori sono stati ancora una volta capaci di indirizzare il mercato illecito verso prodotti più potenti, rischiosi e lucrativi.²⁷

Nelle regioni in cui la metanfetamina è diventata un problema importante, si richiedono risposte distinte ma parallele per affrontare le sfide che essa presenta. A breve termine bisogna accettare la realtà del consumo di metanfetamina per com'è e adottare strategie di salute pubblica per ridurre i rischi/danni associati per la salute personale e per la società. Questo rimanda alla strategia definita in precedenza per il crack, comprendente restrizioni nella fornitura, i locali per il consumo sotto supervisione e servizi di trattamento/recupero/sostegno per i consumatori problematici.

Tale strategia di riduzione del danno potrebbe essere combinata con l'offerta di sostanza su prescrizione a mantenimento, laddove si rispettassero specifici criteri. Quest'ultima sarebbe gestita in base ai consolidati modelli di prescrizione di anfetamina. Ai consumatori problematici di metanfetamina si potrebbe anche distribuire, dietro prescrizione, un tipo di anfetamina meno potente e a rilascio più lento.²⁸ La sostanza potrebbe essere fornita sotto forma di preparato ad uso orale, più leggero e a rilascio più lento, al fine di scoraggiare comportamenti a più alto rischio come il fumo o la via iniettiva.

Sul lungo termine, la regolamentazione dell'anfetamina e più in generale degli stimolanti mirerebbe a invertire la pressione creata dall'economia del mercato illegale, puntando ad incoraggiare una relazione con gli stimolanti più sana a livello personale e meno dannosa a livello sociale. Gli strumenti di regolamentazione potrebbero combinarsi con campagne di educazione alla salute e con interventi di riduzione del danno, allo scopo di creare un impatto

²⁷ In contrasto con l'esperienza degli Stati Uniti, nel Regno Unito, dove il solfato di anfetamina illegale ha costi abbastanza bassi, il consumo di metanfetamina è rimasto molto basso.

²⁸ In una serie di paesi, incluso Finlandia e Nuova Zelanda, sono in corso studi che usano il metilfenidato a questo scopo.

positivo sui consumatori e sulla cultura di consumo degli stimolanti, in direzione di droghe, preparati, comportamenti e ambienti di consumo meno rischiosi.

Efedrina

Sia per la sua struttura chimica che per gli effetti che induce, la efedrina è simile alla dexanfetamina e alla metanfetamina, anche se è meno potente di entrambe. La droga si trova in natura nella pianta dell'efedra, che in Cina ha una lunga tradizione di utilizzo come medicinale. L'efedrina è legalmente disponibile in molti paesi, incluso gli Stati Uniti, nella forma di cloridrato o solfato. È venduta sia come medicinale su prescrizione che come prodotto farmaceutico da banco ed è comunemente utilizzata da professionisti, studenti e alcuni sportivi come stimolante funzionale.²⁹ L'efedrina ha anche altri utilizzi medici e di stile di vita: per esempio come decongestionante, soppressore d'appetito e broncodilatatore.

Fino a tempi relativamente recenti, l'efedrina è stata presa in scarsa considerazione dai consumatori non a fini medici. Ma la situazione è cambiata quando si è scoperto che uno dei suoi isomeri, la pseudoefedrina, è un ingrediente primario nella produzione della metanfetamina. A questo punto l'efedrina ha cominciato ad essere sottoposta a controlli sempre più stretti. È interessante osservare che gli Stati Uniti hanno risposto non col divieto assoluto, bensì con una serie di norme severe, facenti parte del *Combat Methamphetamine Epidemic Act* del 2005,³⁰ entrato in vigore nel 2006.

Questo ha emendato la legge statunitense sulla vendita di prodotti contenenti efedrina. Lo statuto federale include ora i seguenti requisiti per i commercianti che vendono efedrina o pseudoefedrina:

- un registro accessibile di tutti gli acquisti, che riporta nome e indirizzo di ciascun compratore, da tenere agli atti per due anni;
- obbligo di verifica di un documento d'identità per tutti i compratori;
- obbligo di seguire norme di protezione nella raccolta dei dati personali;
- obbligo di denuncia al procuratore generale di ogni pagamento sospetto o sparizione dei prodotti sotto controllo;
- dosi in forma non liquida del prodotto sotto controllo possono essere vendute solo in confezioni a *blister* monodose;
- i prodotti sotto controllo devono essere tenuti dietro il banco o in un armadio chiuso, in modo da impedirne l'accesso;

²⁹ La sua sicurezza nell'allenamento sportivo è altamente discutibile e la sua legalità in sport competitivi è oggetto di una controversia ancora in corso.

³⁰ Per dettagli si veda: www.fmi.org/gr/METH_summary_clean_update3_06_logo.pdf.

- la vendita giornaliera del prodotto sotto controllo non può eccedere i 3,6 grammi, indipendentemente dal numero di acquisti;
- la vendita mensile non può eccedere i 9 grammi di pseudoefedrina nei prodotti sotto controllo: le stesse limitazioni si applicano anche agli acquisti per corrispondenza, anche se il limite mensile è in tal caso di 7,5 grammi.

Questo tipo di reazione sembra da una parte piuttosto draconiano per i farmaci e i medicinali per il raffreddore che fanno mostra di sé negli armadietti dei bagni, e d'altro canto appare inefficace a ridurre la disponibilità e il consumo illegale di metanfetamina. E infatti, la produzione di metanfetamina è semplicemente passata dai consumatori/produuttori su piccola scala alle imprese su più larga scala del crimine organizzato. Comunque, anche senza volerlo, questa esperienza offre indicazioni per elaborare utilmente un modello di regolamentazione per le anfetamine ad uso non medico.

5.4.3. Ecstasy/MDMA

L'MDMA, anche noto come ecstasy, è una droga sintetica, chimicamente simile alle anfetamine. Tuttavia, le sue proprietà stimolanti sono accompagnate da altri effetti psicologici molto peculiari che la distinguono dagli altri stimolanti. Questi effetti sono descritti come la creazione di un senso di empatia o intimità nelle situazioni sociali. L'ecstasy è stata pertanto anche definita come un agente «empatogeno» o «entactogeno».

L'ecstasy/MDMA è di gran lunga la più popolare tra le molte droghe sintetiche psicoattive (talvolta anche definite *designer drugs*), che sono state sviluppate nel corso del secolo scorso.³¹ Tutte le altre droghe sintetiche (come il 2CB e l'MDA) non hanno raggiunto se non modelli di consumo basso o relativamente poco significativo sulla scena delle droghe illegali. A guardare bene, molte di queste sono infatti vendute come ecstasy.

Il rapido emergere dell'ecstasy nella cultura giovanile della fine degli anni ottanta e dell'inizio dei novanta ha innescato l'usuale ondata di «panico morale», che sporadicamente continua ad echeggiare ancora oggi. Questo fenomeno di panico è stato accompagnato dal proliferare di ricerche tese a valutare i rischi e i danni associati con il consumo di questa droga in una serie di diversi ambienti. C'è stata una evidente discrepanza tra queste ricerche e buona parte della risposta politica e mediatica a quest'ondata di panico, che ha teso a distorcere i danni per la popolazione, concentrandosi in modo ossessivo su singoli casi di fatalità.

³¹ Il più famoso ricercatore in questo campo è Alexander Shulgin, che nel suo libro *PiHKAL* descrive il processo con cui ha sviluppato e testato più di 200 sostanze di questo tipo, incluso l'MDMA (inizialmente sviluppata nel 1912 da Merck).

La più recente e sistematica revisione indipendente sulle evidenze osservabili³² è stata pubblicata nel 2009. Faceva parte della revisione britannica sulla classificazione dell'MDMA, stilata dal Consiglio Consultivo sull'Abuso di Droghe (*Advisory Council on the Misuse of Drugs, ACMD*), nominato dal governo del Regno Unito. Il rapporto dell'ACMD del 2009 raccomandava di riclassificare l'MDMA dalla classe A alla B. A sostegno di questa proposta, si osservava che:

- Il consumo di MDMA è indubbiamente dannoso. In alte dosi può portare alla morte a causa della sua tossicità intrinseca, in situazioni di ipertermia/disidratazione o di eccessiva ingestione di acqua o per altre ragioni. Tuttavia, il numero di fatalità è relativamente basso in considerazione della diffusione del suo consumo ed è significativamente più basso a paragone di quello provocato da altre droghe di Classe A, in particolar modo eroina e cocaina. Questi rischi possono essere ridotti al minimo seguendo indicazioni come bere un adeguato quantitativo d'acqua, anche se ciò non sostituisce l'invito all'astinenza.
- Alcune persone incorrono in serie conseguenze mediche a seguito del consumo di MDMA, fino alla necessità di ricovero in ospedale, talvolta per terapie intensive. Attualmente, i casi di avvelenamento da MDMA non sono in aumento e sono meno frequenti degli episodi dovuti al consumo di cocaina.
- Non sembra che l'MDMA abbia un'alta capacità di indurre dipendenza o di generare crisi d'astinenza, anche se diversi consumatori cercano aiuto attraverso servizi di recupero.
- L'MDMA sembra avere pochi effetti acuti o di lunga durata sulla salute mentale del consumatore medio; al contrario delle anfetamine e della cocaina, è raramente implicata in episodi significativi di paranoia.
- Al presente esistono scarse evidenze sui danni a lungo termine che possono essere provocati al cervello, sia per quanto riguarda la sua struttura che la funzione. Tuttavia, ci sono dati che testimoniano un piccolo abbassamento in una serie di funzioni, come la memoria verbale, anche a bassi dosaggi ripetuti. L'importanza di tali deficit appare scarsa e la loro rilevanza clinica non chiara. I dati mostrano che l'MDMA è stata consumata nel Regno Unito per 20 anni, ma bisogna notare che non si possono escludere gli effetti a lungo termine del consumo.
- Nell'insieme l'ACMD conclude che i danni fisici dell'MDMA assomi-

³² G. Rogers et al., *The Harmful Health Effects of Recreational Ecstasy: A Systematic Review of Observational Evidence*, in *Health Technology Assessment*, vol. 13 (6), 2009, pp. 1-338. Questo studio ha passato in rassegna più di 4.000 studi pubblicati, 422 dei quali hanno soddisfatto i criteri per essere inclusi.

gliano più da vicino a quelli dell'anfetamina che a quelli dell'eroina o della cocaina.

- Il consumo di MDMA sembra avere pochi effetti sulla società in termini di danni o disordine pubblico dovuto all'intossicazione. Tuttavia, l'ACMD osserva che esiste una percentuale molto piccola di casi in cui l'uso di ecstasy è stato implicato in casi di violenze sessuali.
- A differenza di quello che succede nel caso di cocaina, anfetamine, eroina e alcol, sotto l'effetto di MDMA non si registrano comunemente comportamenti privi di inibizioni e impulsivi, violenti o rischiosi.

Naturalmente bisogna riconoscere alcuni difetti nella ricerca sull'MDMA: questa è una droga relativamente nuova (nell'uso più diffuso), a paragone per esempio dell'anfetamina o della cocaina, e il fatto che sia illegale costituisce un ulteriore ostacolo alla ricerca. Tuttavia, adesso abbiamo una ragionevole valutazione dei rischi di questa droga, specialmente a confronto con altri stimolanti.

I suoi rischi tossici/acuti sono relativamente bassi, specialmente se si seguono basilari istruzioni per la riduzione del rischio; queste includono l'attenzione al livello d'idratazione, a gestire i problemi di surriscaldamento nelle discoteche e alle feste, la consapevolezza dei rischi legati al consumo concomitante di droghe diverse. Se da una parte si osservano casi di consumo ad alto rischio, dall'altra sono estremamente rari i modelli di consumo dipendente. A differenza della cocaina e delle anfetamine, l'MDMA non presenta né un consumo funzionale/di stile di vita a basso dosaggio, né i problemi di dipendenza cronica associati con il consumo frequente ad alto dosaggio.

A partire da questo, proponiamo all'inizio un modello di distribuzione nell'ambito di una farmacia specializzata, sulla stessa linea di quello descritto per l'anfetamina e la cocaina in polvere. Il fatto che l'MDMA sia consumata nell'ambito di feste/discoteche potrebbe indurre a praticare modelli di club autorizzati a tesseramento, anche se solo su base sperimentale. Quest'ultima sarebbe una risposta appropriata, di accettazione della realtà del consumo dell'MDMA: di fatto, la sostanza è già disponibile, facilmente e a prezzi bassi, in molti locali ed ambienti analoghi. Infatti, nell'esperienza del Regno Unito, i costi per pillola sono crollati drasticamente negli ultimi vent'anni, anche se il consumo si è solo marginalmente abbassato a partire dalla metà degli anni novanta. A livello pratico, la presenza di un punto vendita autorizzato all'interno di tali locali potrebbe facilitare una scelta informata sui contenuti e i dosaggi. Tale scelta informata viene invece meno nel contesto del mercato illegale, in cui non si conosce la potenza, il contenuto e la purezza delle «pillole».

I rivenditori autorizzati sul posto assumerebbero anche molte delle responsabilità proprie di un farmacista. Sarebbero tenuti a restringere le vendite sulla base del livello di intossicazione, del numero di acquisti compiuti e delle quantità permesse e al tempo stesso potrebbero offrire consigli per un consumo più sicuro. Tali locali potrebbero inizialmente essere aperti ai soli membri tesserati. Questo permetterebbe un certo controllo sull'accesso, con la possibilità di revoca della tessera a seguito della violazione delle regole del locale. Tali violazioni potrebbero includere la vendita a terzi o la fornitura alle persone cui fosse stato negato l'accesso al locale.

Inoltre, le proprietà "empatogene"/"entactogene" dell'MDMA potrebbero giustificare la creazione di un ulteriore canale d'accesso: cioè rendendo la droga disponibile per un consumo terapeutico assistito tramite personale medico autorizzato. L'uso dell'MDMA in una serie di situazioni terapeutiche è stato l'oggetto di una ricerca ancora in corso: per esempio esso sembrerebbe avere un'utilità nella terapia di coppia, la depressione, gli stati d'ansia per i malati di cancro, lo stress post-traumatico. Senza pretendere di difendere la sua efficacia a priori, tuttavia questa ricerca potrebbe apportare benefici e non dovrebbe essere accantonata semplicemente a causa di incongrue preoccupazioni per l'uso di questa droga a scopi ricreativi. Sulla base di queste considerazioni, negli Stati Uniti e altrove sono in via di espansione ricerche sull'uso terapeutico ufficialmente autorizzate.³³

5.4.4. L'emersione di sostanze analoghe al MDMA e di altre Designer Drug

Nel corso degli ultimi venti o trenta anni, l'emergere dell'MDMA e di una serie di composti simili ha sollevato alcune importanti questioni sulla maniera in cui le agenzie sanitarie e le forze dell'ordine possano gestire l'emergere di nuove droghe psicoattive. In alcuni paesi, incluso il Regno Unito, intere categorie di composti chimici simili (incluse le varianti che si pensa potrebbero essere sviluppate in futuro) sono coperte dalla stessa legislazione.

È ragionevole proporre che qualsiasi nuova droga non coperta dalla cornice di regolamentazione esistente, di partenza, non dovrebbe essere disponibile legalmente: il che è ciò che accade adesso. Un divieto di base, certamente su ogni forma di vendita commerciale, sembrerebbe una linea cauta e responsabile da seguire (anche la legislazione sulle sostanze tossiche potrebbe entrare in gioco per coprire i casi di distribuzione di sostanze ignote, specialmente se diffuse in maniera fuorviante o senza un consenso informato). Tale divieto dovrebbe rimanere in piedi finché la droga in questione non fosse sta-

³³ Si veda per esempio: www.maps.org/mdma/.

ta adeguatamente esaminata e coperta da avvertenze dalle appropriate agenzie di regolamentazione.

Ma il modo in cui il divieto potrebbe operare solleva una serie di questioni potenzialmente spinose. Bisognerebbe fare dei distinguo e stabilire sanzioni diverse, in base alla natura della droga e alle ragioni per la sua produzione e distribuzione. Lo sviluppo commerciale e la vendita di droghe non classificate sarebbero i principali obiettivi di tali restrizioni. Tuttavia sembra plausibile che ci sarebbero meno incentivi a sviluppare e commercializzare illegalmente nuove droghe se fossero disponibili delle alternative legali. Sarebbe comunque utile distinguere le attività finalizzate alla commercializzazione da quelle, chiaramente marginali, degli «psiconauti» (i chimici delle droghe per hobby). Idealmente, la ricerca nel campo delle nuove droghe dovrebbe essere svolta da un organismo accademico o governativo sotto una qualche forma di supervisione e esame esterno.

Bibliografia

M. Haden, *Controlling Illicit Stimulants: A Regulated Market Model*, in *Harm Reduction Journal*, n. 5, 1, 2008.

The Cocaine Project report, World Health Organization, and UN Inter-regional Crime and Justice Research Institute, 1995.

Coca Myths, Transnational Institute, 2009.

C. Reinerman, H. Levine (a cura di), *Crack in America: Demon Drugs and Social Justice*, University of California Press, 1997.

M. Jay, *From Soft Drink to Hard Drug: A Snapshot History of Coca, Cocaine and Crack*, Transform Drug Policy Foundation, 2005.

T. Feiling, *The Candy Machine: How Cocaine Took Over the World*, Penguin, 2009.

P. Fleming, *Prescribing Amphetamine to Amphetamine Users as a Harm Reduction Measure*, in *International Journal of Harm Reduction*, n. 9, 5, 1998, pp. 33-344.

For background on different stimulant drugs see: the EMCDDA «drug profiles» resource: www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles.

BZP: New Zealand's experiment with legal regulation of a non-medical stimulant, Transform Drug Policy Foundation, forthcoming.

5.5. Gli psichedelici

La vasta categoria degli allucinogeni, cioè le droghe che inducono allucinazioni, può essere utilmente suddivisa in tre distinte sottocategorie, definite in

base al modo di azione ed agli effetti soggettivi provocati: allucinogeni dissociativi,³⁴ deliranti³⁵ e psichedelici. Qui ci concentriamo sugli psichedelici.

«Psichedelico» è un termine relativamente nuovo, che fundamentalmente significa «che mostra la mente» e che è impiegato per descrivere un gruppo di droghe che provocano alterazioni soggettive nella percezione e nella coscienza. Gli psichedelici più comuni per uso non medico sono: l'LSD (dietilamide dell'acido lisergico), lo psilocybin/psilocibe (in forma di pianta: i funghi «magici»), la mescalina (in forma di piante: il peyote e il cactus San Pedro) e il DMT (in forma di pianta: l'ayahuasca).³⁶ Anche altre droghe, come la cannabis ed alcune del gruppo dell'MDMA, possono avere degli effetti psichedelici; questi tuttavia non sono gli effetti predominanti e tali droghe non sono pertanto incluse nel gruppo degli psichedelici.

Anche se tutti hanno i loro aspetti di rischio, questi psichedelici però sono anche accomunati da una serie di qualità: sono generalmente considerati a bassa tossicità e a basso rischio di overdose. I casi di morte associati al loro uso sono pertanto rari e sono generalmente dovuti all'uso concomitante di droghe diverse o ad incidenti capitati sotto l'influenza della droga, a causa dell'effetto di sospensione delle inibizioni e delle cautele o per il disorientamento.³⁷ Inoltre questi psichedelici non sono associati a modelli di uso dipendente (la stessa natura intensa dell'esperienza costituisce un freno)³⁸ o a crisi di astinenza e solo di rado ad un consumo frequente o *binge*. Bisogna però osservare che il consumo di psichedelici può risultare problematico in altri modi. I principali rischi che sono stati identificati riguardano il possibile grave inasprimento di preesistenti patologie mentali o la precipitazione di problemi di salute mentale fino a quel momento latenti e la possibilità di esperien-

³⁴ Dissociativi, come la chetamina, il PCP e il protossido d'azoto, tendono a indurre un'esperienza di perdita di sensibilità/extra-corporea/onirica vigile tramite la loro capacità di isolare la parte cosciente della mente dalle altre parti (la chetamina e il protossido d'azoto sono utilizzati in anestesia proprio per questi effetti).

³⁵ Delirianti, come il mandrake, le piante di giusquiamo e di datura (ed alcuni prodotti farmaceutici ad alto dosaggio come il Benadryl), che possiedono una specifica maniera di agire nel cervello e creano profonde allucinazioni. Sono anche molto più tossici di altri allucinogeni e sono spesso accompagnati da spiacevoli effetti collaterali e pertanto non vengono molto usati a scopo ricreazionale (e in genere non sono mai stati proibiti), essendo per lo più d'interesse solo per gli storici e per un esiguo gruppo di «psiconauti».

³⁶ Anche sostanze psichedeliche in forma di pianta usate in contesti religiosi o sciamanici sono talvolta definite «enteogene».

³⁷ Anche se l'idea diffusa che la gente sotto effetto di psichedelici possa «credere di volare e dunque saltare da una finestra» è largamente il risultato del panico da LSD degli anni sessanta, ci sono inevitabilmente stati casi di incidenti seri, e talvolta letali, che hanno coinvolto l'uso di psichedelici.

³⁸ Lo sviluppo molto rapido dell'assuefazione (incluso l'assuefazione trasversale tra diversi psichedelici) è un altro fattore limitante.

ze traumatiche negative (un *bad trip*, [«cattivo viaggio», *n.d.t.*]), compresi episodi acuti di psicosi.

A causa di questo basso livello di tossicità e della bassa capacità di indurre dipendenza, la maggior parte delle valutazioni di rischio classifica gli psichedelici come sostanze a basso rischio, a paragone della maggior parte degli stimolanti e depressivi.³⁹ I rischi che in effetti esistono, in considerazione dei quali si è costruito il modello qui proposto di distribuzione e consumo, sono concentrati sulle persone con particolare vulnerabilità di salute mentale e questioni di *set* inappropriato (stato mentale/emotivo o psicologico, quando si assume la droga) e di *setting* inadeguato (l'ambiente di consumo, incluso l'ambiente fisico e il contesto delle compagnie con cui si consuma).

Il consumo di psichedelici racchiude una serie di comportamenti. Questi possono essere suddivisi in un uso specificatamente rivolto a ottenere gli effetti «di manifestazione della mente» indotti da queste droghe, come parte di un'esplorazione, esperienza, rituale personale o di gruppo pianificati; e un consumo destinato ad aggiungersi o a potenziare un'altra attività ricreativa, in una varietà di contesti sociali (come ad un concerto, ad una festa, in un locale notturno e così via).

Tre dei quattro psichedelici qui trattati, lo psilocybin, la mescalina e il DMT, si trovano sia in forma naturale di pianta che di prodotto farmaceutico lavorato. Questi psichedelici a base di piante hanno una lunga storia di consumo rituale/sacrale/sciamanico in molte culture. Ne sono esempi l'uso del cactus di peyote presso gli indiani d'America, quello del cactus di San Pedro presso le popolazioni andine, quello dell'ayahuasca presso quelle indigene dell'Amazzonia ed infine l'ampia diffusione del consumo di funghi psilocybin, che riflette la loro larghissima diffusione geografica.

Il consumo di ayahuasca e dei cactus peyote e di San Pedro al di fuori di queste culture indigene locali è di piccola scala e in gran parte limitato a contesti rituali/spirituali. La preparazione delle piante per la consumazione è molto difficile e laboriosa, le bevande che ne derivano sono cattive di sapore e, nel caso dell'ayahuasca, spesso portatrici di effetti collaterali come vomito e diarrea.⁴⁰ Non c'è forse da sorprendersi se queste sostanze non sono diventate un elemento tipico della scena delle *party drug* e delle droghe

³⁹ Si veda: Nutt et al., *Development of a Rational Scale to Assess the Harm of Drugs of Potential Misuse*, in *The Lancet*, n. 369, 2007, pp. 1047-1053. Per ragioni storiche che possono essere ricondotte all'emergere delle droghe psichedeliche caratteristico del movimento di contestazione degli anni sessanta, la classificazione legale (negli Stati Uniti e nel Regno Unito, per esempio) tende a collocare gli psichedelici nelle categorie «più pericolose», stranamente insieme a eroina e cocaina.

⁴⁰ Il suo uso sacrale è spesso associato ad un processo di purificazione sia fisica che spirituale.

ricreazionali (a differenza dei funghi «magici», come si vedrà sotto): costituiscono perciò un motivo di preoccupazione solo marginale ai fini di un progetto di regolamentazione. Parallelamente, se le droghe attive (mescalina e DMT) sono proibite, le piante di per sé non lo sono. In particolare, il cactus di San Pedro, per esempio, è coltivato molto diffusamente come pianta ornamentale.

L'attuale *status* legale delle droghe psichedeliche sotto forma di pianta è in certo modo ambiguo e poco chiaro. Ciò è un riflesso degli ovvi problemi pratici che sorgono nel tentativo di proibire l'accesso a piante che crescono spontaneamente, o di stabilire criteri precisi per stabilire quando il possessore di una pianta/droga sia da considerarsi passibile di sanzioni punitive. Mentre la Convenzione delle Nazioni Unite sulle Sostanze Psicotrope del 1971 include mescalina, DMT e psilocina/psilosin nella Tabella 1, il commento alla convenzione (la guida ufficiale alla sua applicazione) chiarisce che:

La coltivazione di piante da cui si ricavano sostanze psicotrope non è soggetta a controllo in base alla Convenzione di Vienna. [...] Né la corona (il frutto, il bottone di mescal) del cactus Peyote né le radici della pianta Mimosa hostilis o i funghi Psilocybin in sé sono inclusi nella Tabella 1, ma lo sono soltanto i loro principi attivi, rispettivamente la mescalina, il DMT e la psilocina/psilosin.

Lo stesso articolo 32 della Convenzione del 1971 fornisce un'ulteriore eccezione:

Uno Stato sul cui territorio ci siano piante spontanee che contengono sostanze psicotrope tra quelle incluse nella Tabella 1 e che siano tradizionalmente impiegate da determinati piccoli gruppi e ben definiti in riti magici o religiosi può, al momento della sottoscrizione, ratifica o accesso, avanzare delle riserve, relativamente alle suddette piante, rispetto alle direttive dell'articolo 7, eccetto che per le direttive riguardanti il commercio internazionale.

Una serie di tali eccezioni è stata messa in pratica ed è in vigore nell'ambito della legislazione interna di alcuni paesi, fornendo un modello legale funzionante per il consumo rituale/sacrale di psichedelici. Un significativo esempio è l'autorizzazione al consumo di cactus Peyote/mescalina per gli indiani d'America negli Stati Uniti e l'autorizzazione a non dichiararlo nel caso in cui ci si arruoli nell'esercito.

L'uso tradizionale e rituale fornisce chiare indicazioni per più ampi modelli di regolamentazione. Questo tipo di consumo è soggetto a ben consolidati controlli sociali e culturali, che fanno sì che esso sia solo molto occasionale e che il *set* e il *setting* siano chiaramente definiti attraverso un'accurata preparazione rituale.

Nell'ambito di tale modello, i consumatori sono molto ben informati e organizzati; il consumo avviene sotto sostegno esperto e con la guida dei pari, con un profondo rispetto per la natura potenzialmente profonda e intensa dell'esperienza indotta dalla droga.

Per i consumatori che ricercano l'esperienza più esplorativa degli psichedelici, si potrebbe proporre un modello del tipo di un'associazione/società/club che prenda spunto da alcune delle lezioni provenienti dal consumo rituale tradizionale. Il modello offrirebbe un'ampia scelta di psichedelici (possibilmente includendo LSD e i preparati farmaceutici di DMT e Mescalina) e combinerebbe elementi del modello di punto vendita e del rivenditore fornito di licenza con la concessione di licenza al compratore o col sistema di tesseramento.

Proposta di modelli di discussione per la regolamentazione degli psichedelici

MODELLI BASE DI REGOLAMENTAZIONE

- Un modello di associazione/club che comporti iscrizione e che potrebbe unire elementi propri del modello della farmacia specializzata (un rivenditore dotato di specifica formazione e licenza, con specifiche responsabilità), di quello del locale per vendita e consumo e di quello della concessione di licenza ai consumatori (un sistema di iscrizione vincolata ad obblighi di formazione e possibilmente di rispetto di certi principi sanitari).

CONTROLLI SUL PRODOTTO

Dosaggio e preparazione

- Per gli psichedelici a base di piante, la quantificazione del dosaggio, entro accettabili parametri di errore, si baserebbe su di una conoscenza consolidata del rapporto tra effetti e quantità (nel caso di preparati da bere) o peso (nel caso dei funghi psilocybin freschi o secchi), a seconda della potenza delle differenti specie di pianta.
- I preparati farmaceutici sarebbero forniti in unità standard, con un dosaggio vicino alla soglia più bassa di principio attivo: le dosi più alte si otterrebbero moltiplicando queste unità o aggiungendone frazioni.

Controlli sul prezzo

- L'attuale mercato illegale di psichedelici è relativamente piccolo, con prezzi sufficientemente bassi e consumo in genere sufficientemente sporadico per considerare il prezzo come un fattore determinante nella decisione di consumare: perciò l'impiego del prezzo come strumento deterrente avrebbe un'utilità marginale.
- Si stabilirebbe un prezzo fisso per unità, con vendite su base no profit (anche se altri elementi connessi all'esperienza del consumo potrebbero generare profitto), allo scopo di ridurre gli incentivi a spingere all'aumento dei consumi o all'aumento del dosaggio, e le tasse potrebbero essere calcolate su base percentuale o per unità. Sarebbe comunque preferibile che i gruppi coinvolti nelle vendite fossero su base no profit.

Controlli sul confezionamento

- La distribuzione di droghe psichedeliche per il consumo che avviene in locali autorizzati non richiederebbe specifici controlli sul confezionamento.
- Nel caso che si permettesse, per qualsiasi ragione, di portare le droghe fuori dal locale autorizzato, sarebbero obbligatori controlli standard sul confezionamento (vedi in precedenza), incluso l'impiego di contenitori a prova di adulterazione e a prova di bambino, etichettatura standard e dati del consumatore autorizzato se necessario.

CONTROLLI SUL PUNTO VENDITA/LOCALE PER LA DISTRIBUZIONE**Concessione di licenza a rivenditori/distributori**

Il gestore dei locali di vendita e delle sedi dell'associazione/club, a cui è stata concessa la licenza, dovrebbe rivestire una serie di funzioni e responsabilità, come:

- Un ruolo simile a quello di un farmacista, tenuto a fornire informazioni su effetti, salute, sicurezza, riduzione del rischio e servizi disponibili, nonché ad impedire l'accesso in base a certi criteri (vedi sotto, controlli sul consumatore). Questo richiederebbe l'obbligo di una formazione standard, come condizione di licenza.
- La responsabilità di sorvegliare sul benessere dei consumatori e il dovere di soccorrerli nel caso che incontrassero difficoltà o problemi: potrebbero dunque essere tenuti a dirigere/guidare/controlare l'esperienza del consumo (con il pre-requisito di non essere essi stessi consumatori), in special modo per consumatori nuovi/inesperti. Potrebbero anche essere autorizzati a somministrare benzodiazepina, che mitiga o annulla i fenomeni intensi di disagio legato agli psichedelici.
- La responsabilità di gestire il transito e l'immagazzinamento delle droghe in modo sicuro e di tenere un'accurata registrazione delle vendite e dei membri.
- La gestione delle tessere associative (ammissione ed esclusione) in base a precisi criteri obbligatori e la responsabilità di assicurarsi che l'accesso sia limitato ai soli membri.
- La responsabilità di applicare misure sanitarie e di sicurezza standard.
- La responsabilità di limitare il consumo di droga nell'ambiente del gruppo esclusivamente agli psichedelici per cui è stata concessa la licenza.
- Le questioni relative alla dislocazione ed alla densità dei locali e all'orario di apertura sarebbero decise dall'autorità locale erogante licenze, ma non costituirebbero un gran problema in quanto sarebbe previsto il consumo di gruppo o sotto guida in luoghi che potrebbero variare (incluso, per esempio, locali in affitto o case/giardini privati previa approvazione).

Controlli sul volume di vendita/razionamento

- Se le vendite sono per un consumo assistito e sul posto, il razionamento non è un problema, in quanto le droghe sono somministrate per un consumo immediato, direttamente dal rivenditore al consumatore (ed il consumo può avvenire sotto supervisione).
- Qualsiasi vendita da asporto sarebbe razionata ad un livello adeguato per un consumo personale occasionale.

CONTROLLI SUL COMPRATORE/CONSUMATORE**Controllo sull'età all'accesso**

- La tessera associativa e l'accesso sarebbero concessi nel rispetto di una soglia minima di età (molto probabilmente 18 anni).

Livello di intossicazione/stato mentale del compratore/consumatore

- I rivenditori sarebbero tenuti a rifiutare la vendita ad individui in evidente stato di intossicazione, in base ad una serie precisa di linee guida.
- Ulteriori restrizioni all'accesso potrebbero essere applicate, a discrezione del rivenditore e in ottemperanza di una serie di linee guida precise, qualora il rivenditore preveda che lo stato mentale del potenziale consumatore non gli permetterebbe, per qualsiasi motivo, un'esperienza psichedelica priva di problemi.

Requisiti di concessione di licenza/tesseramento per i compratori/consumatori

- L'ammissione ad un'associazione/club per il consumo di psichedelici potrebbe essere condizionata alla partecipazione a sessioni di formazione finalizzate a far comprendere i potenziali effetti, sia positivi che negativi, del consumo di differenti tipi di psichedelici, sottolineando l'importanza del *set* (la psicologia del consumatore) e del *setting* (il contesto di consumo), i rischi e le responsabilità, ecc.
- Il sistema del tesseramento mirerebbe ad impedire/limitare l'accesso agli individui vulnerabili (quelli con certe patologie mentali, problemi emotivi o psicologici, o che fanno uso di farmaci potenzialmente controindicati), per i quali il consumo di psichedelici potrebbe presentare livelli di rischio maggiori o inaccettabili. Il modo in cui tali criteri potrebbero essere stabiliti oggettivamente e messi in pratica in modo non discriminatorio o incoerente è una questione che solleva qualche problema; forse la soluzione migliore sarebbe di elaborare una serie mirata di domande da inserire in un colloquio informale necessario per l'ammissione al club (possibilmente anche finalizzato a stabilire l'adeguatezza della formazione seguita). Le informazioni rilevanti dovrebbero però essere fornite su base volontaria, a meno che non fosse obbligatorio un «nulla osta» da parte del medico.
- Possibilità di un'ammissione graduale ai club: si potrebbe iniziare con un'esperienza non problematica di consumo di droga ad un più basso dosaggio/ad azione più breve sotto supervisione/guida, passando poi gradualmente, se richiesto, ad un accesso ad una varietà più estesa di droghe/dosaggi. Una volta che un membro si sia dimostrato, per un certo periodo di tempo, un consumatore responsabile, informato e non problematico, allora gli potrebbe venire permesso di portare le droghe per uso personale anche al di fuori del locale.
- La tessera associativa/facoltà di accesso potrebbe venire revocata a seguito della violazione delle regole dell'associazione/club.

Modello di vendita in farmacia

Un modello di vendita a compratore autorizzato in farmacia potrebbe operare per certi psichedelici, possibilmente a fianco del modello dell'associazione descritto sopra. Questo potrebbe funzionare o per individui che sono già membri esperti di un'associazione o per permettervi l'accesso, sulla base di un analogo processo di formazione/preparazione.

Autorizzazione di vendite a soglia più bassa per i funghi («magici») psilocybin

I funghi Psilocybin o «magici» sono diversi dagli altri psichedelici qui trattati per alcuni aspetti fondamentali. Essi hanno un'azione generalmente più breve⁴¹ e, a differenza dei cactus di peyote e San Pedro e dell'ayahuasca, si possono consumare nella forma grezza, senza bisogno di alcuna preparazione.⁴² Perciò, con qualche nozione base sulla loro potenza, essi offrono al consumatore un controllo sul dosaggio relativamente facile. In molte parti del mondo, si trovano liberamente nell'ambiente e sono considerati i meno rischiosi tra gli psichedelici. *Frank*, il sito governativo britannico per l'informazione sulla droga, osserva che:

*Il rischio più grave nel prendere un fungo magico sta nell'accertarsi di avere scelto il fungo giusto. Esistono centinaia di specie [di funghi] e alcune sono altamente velenose.*⁴³

La combinazione di questi fattori comporta che i funghi psilocybin esercitino una maggiore attrattiva rispetto ad altri psichedelici per coloro che si dedicano ad un consumo sociale. Questo si riflette nella prevalenza di consumo all'interno di questo gruppo. Per esempio il consumo di funghi è cresciuto in Europa nell'ultimo decennio, facendoli divenire più popolari dell'LSD, che era precedentemente la sostanza psichedelica preferita. I funghi psilocybin sono anche usati, generalmente in dosaggi più elevati, da un gruppo minoritario di persone per una serie di consumi più specificatamente personali, esplorativi, rituali e spirituali.

In una serie di paesi, l'ambiguo *status* legale dei funghi psilocybin ha fatto sì che la loro vendita sia, o sia stata, effettivamente legale, soggetta esclusivamente ad una regolamentazione volontaria. Fino ad un recente divieto,⁴⁴ sono stati legalmente disponibili in Olanda nei cosiddetti *smart shops*. Per un numero di anni sono stati soggetti solo ad una regolamentazione volontaria: erano riportate sulla confezione norme di controllo sull'età e limitate indicazioni sanitarie e di sicurezza. Nel Regno Unito, quando nel 2001-02 ci si è accorti della scappatoia legale che permetteva di vendere legalmente funghi

⁴¹ I loro effetti durano normalmente 2-6 ore (a seconda del dosaggio e del singolo consumatore), contro le 8-16 ore della mescalina, ayahuasca e LSD. Un'eccezione è il farmaceutico DMT da fumare che può durare circa 5-30 minuti.

⁴² Anch'essi possono essere consumati in forma di tè o preparati all'interno di alimenti.

⁴³ www.talktofrank.com (ultimo accesso luglio 2009).

⁴⁴ Il divieto fu precipitosamente indetto a seguito di una tempesta politica e mediatica che si abbatté sulle vendite degli *smart shop* dopo una serie di incidenti (tutti relativi a turisti) e soprattutto dopo la morte di una giovane turista francese, che, apparentemente, aveva assunto dei funghetti magici; si veda: www.time.com/time/world/article/0,8599,1650873,00.

psilocybin freschi, questi, importati dall'Olanda, cominciarono ad essere largamente disponibili nei cosiddetti *head shops*⁴⁵ e in altri punti vendita. Non erano soggetti ad alcuna forma di regolamentazione e sono stati infatti spesso pubblicizzati e venduti irresponsabilmente.⁴⁶ Prevedibilmente, questa situazione ha portato ad un divieto più organico nel 2005.

Il consumo di funghi è cresciuto in quel periodo ed è diminuito a seguito del divieto. Tuttavia, l'assenza di dati scientifici fa sì che non sia chiaro se i cambiamenti nel consumo di funghi abbiano avuto delle conseguenze sul consumo di altri psichedelici o altre droghe più rischiose.⁴⁷ Il confronto con altri paesi che non hanno avuto questa disponibilità legale è reso difficile dalla scarsa qualità dei dati. Tuttavia, in generale pare che il consumo di funghi magici sia generalmente aumentato in tutta Europa a partire dalla fine degli anni novanta, mentre quello di LSD è rimasto stabile o è diminuito, probabilmente in conseguenza di una tendenza razionale dei consumatori a preferire un prodotto meno forte e con azione più breve. Gli indicatori di consumo «almeno una volta nella vita» (*life-time*) sono relativamente alti in Olanda e Regno Unito, ma i dati relativi all'uso nell'ultimo mese e nell'ultimo anno sono più vicini alle medie europee. Ci sono altri paesi che registrano livelli di consumo equivalenti o maggiori, a seconda delle misure che si usano.⁴⁸ È interessante che l'indagine sulle scuole ESPAD del 2003⁴⁹ non abbia riscontrato alcuna evidente correlazione tra la riferita facilità di reperimento e i regimi legali, con l'Olanda che occupa un posto più basso nella scala della facilità di accesso rispetto alla Repubblica Ceca, l'Irlanda, l'Italia, la Polonia e il Regno Unito. Sembra che l'aumentare della disponibilità in combinazione con l'assenza di una regolamentazione di mercato abbiano avuto un impatto sui livelli di consumo, ma, come sempre, il quadro è complicato da varie tendenze sociali concomitanti.

È vero che l'assenza di regolamentazione, sia in Olanda che nel Regno Unito, è stata chiaramente inadeguata, tuttavia la disponibilità di funghi non ha portato ad una crisi della salute pubblica o a disordini sociali, nonostante il sensazionalismo dei *media* nel riferire in maniera distorta gli incidenti spesso iso-

⁴⁵ L'equivalente nel Regno Unito degli *smart shop* olandesi, che distribuiscono «sballo legale», accessori per il consumo (pipe, *bong*, ecc.), libri, poster e altri prodotti relativi alla cultura della droga.

⁴⁶ *How to Deal with Psilocybe Mushrooms*, Transform Drug Policy Foundation briefing, 2004.

⁴⁷ I funghi fly-agaric (contenenti il componente allucinogeno muscimol), che sono molto più tossici dei funghi psilocybin, non sono stati proibiti nel Regno Unito e sono ancora in vendita negli stessi negozi che precedentemente vendevano funghi psilocybin.

⁴⁸ Si veda: *Hallucinogenic Mushrooms; An Emerging Case Study*, EMCDDA, 2006.

⁴⁹ *The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*: www.espad.org/espad-reports.

lati. Dato ciò, i funghi psilocybin potrebbero essere resi legalmente disponibili con una regolamentazione più appropriata, imparando dai precedenti errori. Quantomeno dovrebbero essere venduti tramite rivenditori autorizzati ed essere soggetti al rispetto dei limiti di età, delle norme di confezionamento ed etichettatura e di rigide restrizioni sulla pubblicizzazione e promozione. Ciò dovrebbe essere accompagnato da un'efficace e mirata campagna d'informazione sulla riduzione del rischio. In queste condizioni, sembra probabile che i funghi psilocybin, probabilmente il prodotto psichedelico a più basso rischio, andrebbero a coprire la maggioranza della domanda di psichedelici.

Ciò potrebbe inoltre produrre un effetto di sostituzione, allontanando i consumatori ricreazionali dalle *party drug* più rischiose, come gli stimolanti e l'alcol.

Bibliografia

Hallucinogenic Mushrooms; An Emerging Case Study, EMCDDA, 2006.

How to Deal with Psilocybe Mushrooms, Transform Drug Policy Foundation, 2004.

A. Weil, *The Natural Mind: An Investigation of Drugs and the Higher Consciousness*, Mariner Books, 1998.

P. Stafford, *Psychedelics Encyclopaedia*, Ronin Publishing, 1993.

Hallucinogenic Mushrooms, EMCDDA drug profile.

LSD, EMCDDA drug profile.

5.6. I depressivi

Il consumo di droghe depressive, come gli oppiacei, le benzodiazepine e i barbiturici è associato con una serie di comportamenti definiti in base ad una vasta gamma di motivazioni e funzioni: spaziano dalla ricerca più convenzionale del piacere fino alla ricerca di sollievo o alla fuga da un dolore, uno stress, un disagio, fisici o emotivi. Come tale, il consumo di depressivi sta a cavallo tra una funzione ricreativa e una medica o semi-medica e il confine tra le due è spesso sfumato. Proprio perché entrano in contatto con una popolazione di consumatori in buona parte caratterizzati da un basso livello di benessere, i depressivi presentano singolari sfide politiche. Molti consumatori infatti cercano nelle droghe depressive un sollievo temporaneo, spesso come forma di «auto-medicazione», piuttosto che come ricerca edonistica. Fattori aggiuntivi possono essere anche questioni emotive, psicologiche o di salute mentale, spesso combinate con situazioni di deprivazione socio-economica.

Il livello di consumo problematico di depressivi è probabilmente collegato in modo più stretto al benessere personale e sociale di quanto non lo sia il con-

Entrare in contatto con una popolazione di consumatori, in buona parte caratterizzati da un basso livello di benessere, presenta sfide politiche uniche

sumo degli altri gruppi di droghe (per esempio, gli stimolanti e gli psichedelici). Naturalmente, un efficace sistema di regolamentazione legale dovrebbe essere capace di ridurre drasticamente i danni legati a tale consumo. Tuttavia, la particola-

re natura delle motivazioni che spingono all'uso di depressivi di nuovo enfatizza l'importanza di considerare il più ampio contesto socio-politico nella politica sulle droghe. Sul lungo termine, sarà possibile ridurre il consumo problematico di depressivi solo qualora si affrontino le cause che stanno alla radice dei bassi livelli di benessere personale e sociale.

È importante mettere in evidenza che anche l'alcol è una droga depressiva, anche se, a dosi basse e medie, funziona come un disinibente e sembra perciò avere proprietà stimolanti. Il consumo problematico di alcol ha caratteristiche in comune con quello dei depressivi, su prescrizione o di uso illecito. Due caratteristiche fondamentali del profilo di rischio delle droghe depressive hanno implicazioni per la loro regolamentazione. Per prima cosa, tutti i depressivi hanno un alto potenziale di overdose, anche se la tossicità cronica di queste sostanze può variare considerevolmente tra una e l'altra. Dal momento che i depressivi agiscono sul sistema nervoso centrale, la soglia alla quale gli effetti desiderati possono diventare pericolosi, potenzialmente portando a perdita di coscienza, coma o morte, è spesso relativamente bassa. Un rischio particolare è rappresentato dal consumo di depressivi, prescritti o illegali, in combinazione con altre droghe (nel caso più comune con alcol). In secondo luogo, essi possiedono un potenziale relativamente alto di sviluppare forme di consumo dipendente. Tutti i depressivi possono produrre potenti effetti fisici di astinenza (nel caso dei barbiturici anche letali), così come lo sviluppo di tolleranza. Anche il fattore psicosociale della dipendenza può essere profondo, soprattutto nel contesto di un consumo per «automedicazione» o per una ricerca di fuga.

5.6.1. *Gli oppiacei*

Rientra nella categoria degli oppiacei un vasto gruppo di droghe, con struttura molecolare simile e caratteristiche comuni.

I principali raggruppamenti sono:

- *Gli oppiacei naturali* del papavero da oppio: la morfina, la codeina⁵⁰ e la tebaina, che si trovano in combinazione nella resina del papavero a co-

⁵⁰ La codeina è presente in molti antidolorifici da banco, generalmente in combinazione col paracetamolo es. Solpadeine.

stituire l'oppio⁵¹ o in una tintura di oppio a base di alcol chiamata laudano.

- *Gli oppiacei semi-sintetici* derivati da questi, come l'oxicodone (in forma farmaceutica anche conosciuto col nome di OxyContin),⁵² l'idrocodone (conosciuto anche col nome commerciale di Dicodid o, più comunemente, in combinazione col paracetamolo, come Vicodin)⁵³ e la diamorfina, anche conosciuta come eroina (originariamente era il suo nome di marchio commerciale farmaceutico, che poi è di fatto diventato il suo titolo generico).
- *Gli oppiacei completamente sintetici*, come il metadone, la petadina, il fentanyl e il tramadol.

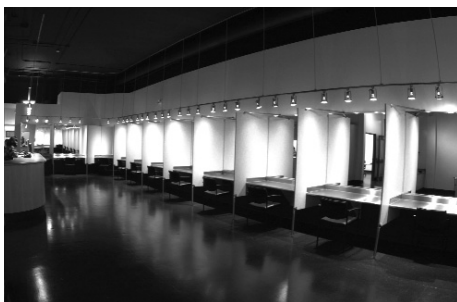
I modelli di consumo degli oppiacei variano grandemente tra una regione o un paese e l'altro. Questi riflettono la storia delle diverse disponibilità di narcotici nei due secoli scorsi e le culture che, a livello locale, si sono formate attorno a questa disponibilità e i più ampi contesti sociali, economici e culturali. Per tentare di escogitare risposte politiche efficaci alla questione del consumo di oppiacei bisogna però vederli come un tutt'uno: sono infatti molto probabili gli spostamenti da un oppiaceo all'altro con effetti simili, oppure da una preparazione o da un metodo d'uso all'altro per lo stesso oppiaceo. Anche altri tipi di depressivi, e più in generale l'uso di droghe, dovrebbero essere visti in questo contesto, seppure in misura minore.

Le risposte politiche all'uso di oppiacei dovrebbero trovare un equilibrio fra l'obiettivo, a breve termine, di ridurre i danni associati al consumo di oppiacei quale è adesso (soprattutto i danni sproporzionati dell'uso per via iniettiva), e quello, a più lungo termine, di una più vasta riduzione del consumo problematico di oppiacei e dei danni ad essi legati. Gli sforzi a breve e lungo termine dovrebbero andare di pari passo mirando ad incoraggiare il passaggio da prodotti (rispetto alla sostanza e alla preparazione) – così come ambienti e comportamenti d'uso – più rischiosi a meno rischiosi. Nel loro insieme, questi sforzi dovrebbero puntare a ridurre la dipendenza da oppiacei e ad ottenere una riduzione della domanda sul lungo termine, rimuovendo gli ostacoli che impediscono di affrontare le più ampie questioni di politica sociale sottese al consumo problematico di oppiacei e di altre droghe.

⁵¹ L'oppio contiene anche una serie di altre droghe attive a livelli inferiori.

⁵² OxyContin è uno di una serie di preparati farmaceutici, di marca o generici, a base di oxycodone, tra i quali ci sono anche preparati a base di paracetamolo (l'acetaminofene, anche conosciuto nella forma di marca come Percocet), aspirina (nella versione di marca, Percodan), e ibuprofene (nella versione di marca, Combunox).

⁵³ Il Vicodin è uno dei molti preparati farmaceutici, di marca e generici, a base di idrocodone usato come antidolorifico, tra i quali ci sono anche il Lortab (con aspirina) e il Vicoprofene (con ibuprofene).



Ambienti più sicuri: il locale per l'iniezione assistita (Safe Injecting Room), *Insite* a Vancouver (sopra) e una scena di consumo di droga all'aria aperta nel vicolo immediatamente di fronte ad esso (sotto)

L'intersecarsi del vasto consumo legale di oppiacei ad uso medico con quello informale a scopo semi-medico e ricreativo presenta una particolare serie di sfide. Come menzionato nel capitolo secondo (e nell'Appendice 2), circa metà della produzione mondiale di oppio è legale e destinata all'industria farmaceutica. Bisogna fare particolare attenzione ad evitare un problema attuale di fondo: la paura di incoraggiare il consumo di oppiacei illegale o non medico e ricreativo ha spesso limitato l'accesso ad un prodotto che ha una funzione essenziale in medicina, anche per le cure palliative e la più generale terapia del dolore.

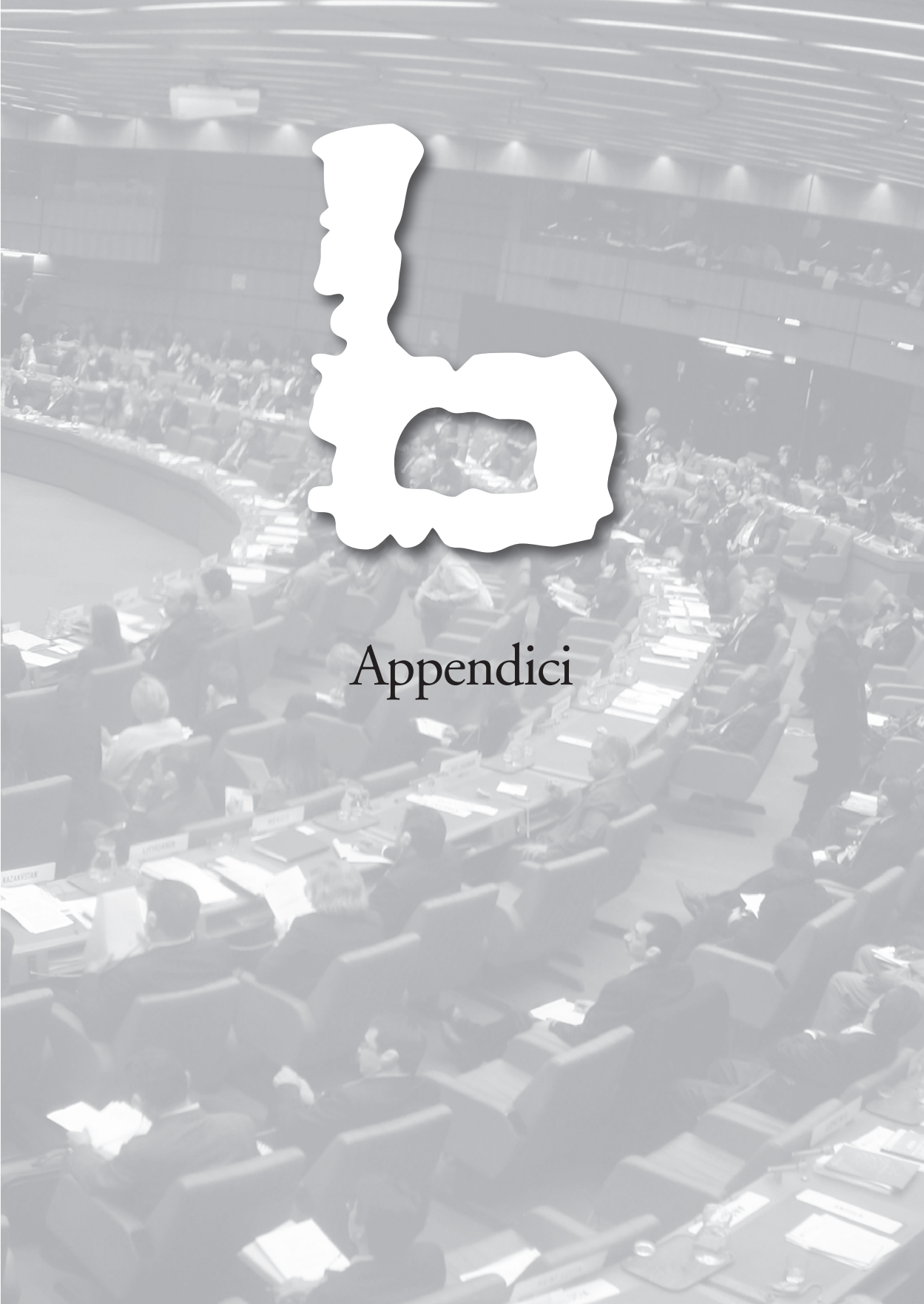
Come si è accennato nel capitolo secondo, una strategia pragmatica prenderà le mosse da una graduale applicazione della riduzione del danno. Ciò richiederà l'applicazione differenziata della regolamentazione, lungo vettori chiave di rischio. Si potrebbe proporre un sistema di regolamentazione a livelli:

- Alcuni oppiacei ad alto potenziale e ad azione immediata, sintetici e semi-sintetici, come il fentanyl (e i suoi vari analoghi), rimarrebbero sempre proibiti per la distribuzione e il consumo non medico. È vero che molte di queste droghe sono occasionalmente comparse tra la popolazione di consumatori di oppiacei (generalmente come prodotti medici trafugati), tuttavia il loro consumo è soprattutto effetto della mancanza di accesso ad alternative. Se si desse una più ampia offerta e scelta di altri narcotici, si pensa che la domanda per gli oppiacei medici di nicchia sarebbe in gran parte destinata a scomparire.
- In caso di accesso regolamentato, le restrizioni più severe dovrebbero essere applicate agli oppiacei per via iniettiva, soprattutto la diamorfina/eroina, che presenta il rischio più grande. Questi sarebbero disponibili su prescrizione medica, laddove si rispettino precisi criteri. I modelli di prescrizione di oppiacei hanno una lunga storia in una serie di paesi e sono ben consolidati. Come discusso nel capitolo secondo, esistono vari modelli che prevedono l'accesso a condizione che il consumo avvenga in un *setting* clinico sotto supervisione medica.

- Una serie di oppiacei farmaceutici sotto forma di pillole e di soluzioni per consumo orale potrebbe essere reperibile entro un modello di farmacie autorizzate e di compratori dotati di licenza. Questo potrebbe essere combinato con dei locali autorizzati per la distribuzione e il consumo, o con i club e i locali riservati ai tesserati. I livelli specifici di regolamentazione per particolari prodotti sarebbero stabiliti sulla base della valutazione del rischio dei singoli preparati, insieme ad una valutazione della domanda locale, delle tendenze di consumo e dei comportamenti a rischio. Si dovrebbe puntare su preparati a più basso dosaggio, a rilascio più lento e sull'uso orale. Alcuni prodotti più potenti e più rischiosi non sarebbero resi disponibili e rimarrebbero confinati al solo uso medico. Anche alcuni oppiacei farmaceutici non da iniezione (come il metadone) sarebbero disponibili su prescrizione sotto determinate condizioni. Queste sostanze potrebbero essere soggette a restrizioni più severe, come per esempio l'obbligo di consumo sotto supervisione.
- L'oppio non raffinato o moderatamente raffinato sarebbe soggetto a controlli relativamente meno stringenti: sarebbe disponibile come prodotto da fumo o per consumo orale (come il tè al papavero), nell'ambito di un modello di rivenditore/punto vendita autorizzato/consumatore provvisto di licenza, o di uno di vendita in farmacia e di consumatore provvisto di licenza, o in alcuni casi su prescrizione medica. Questo alleggerimento delle restrizioni sulla disponibilità dell'oppio avrebbe lo scopo di invertire la tendenza, sviluppatasi nell'ultimo secolo di proibizionismo, a cercare prodotti a base di oppiacei più concentrati. I preparati a base di oppio a più basso rischio potrebbero assorbire una porzione sempre più grande della domanda di narcotici che attualmente è soddisfatta dal mercato illegale e dal dirottamento dall'uso medico di oppiacei a più alto rischio. L'offerta per il consumo in locali regolamentati renderebbe possibile una serie di controlli, il supporto da parte dei pari, la riduzione del rischio e l'offerta di informazioni e servizi sanitari utili.



Appendici



Appendice 1.***Riformare il sistema di controllo sulle droghe delle Nazioni Unite*****Il problema: la mancanza di flessibilità**

I tentativi di procedere lungo la gamma delle opzioni disponibili nella politica della droga, spostandosi da un approccio proibizionista punitivo in direzione di una decriminalizzazione del consumo tra gli adulti e, più specificamente, di una regolamentazione legale della produzione e distribuzione di droga ad uso non medico, s'imbattono inevitabilmente negli ostacoli legali e istituzionali creati dalle tre Convenzioni sulla droga delle Nazioni Unite (1961, 1971, e 1988, descritte sotto).

Vale la pena osservare che, mentre le Convenzioni danno direttive molto stringenti in una delle direzioni del *continuum* politico, poche barriere e parametri esistono invece nell'altra, cioè nel caso di spostamento verso un aumento nel livello di rigore repressivo, per quanto la Convenzione del 1988 osservi che la repressione deve essere *sempre sottoposta* al rispetto della legge sui diritti umani. La Commissione Internazionale per il Controllo sui Narcotici (*International Narcotics Control Board*, INCB, vedi sotto) di rado si è pubblicamente espressa contro le risposte eccessivamente punitive al consumo di droga,¹ perfino quando queste contenevano gravi violazioni dei diritti umani: per esempio, il ricorso alla pena di morte per i reati legati alle droghe (in diretta violazione delle normative internazionali² e dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite)³ e l'esecuzione capitale senza processo di più di 2000 cittadini durante la fase decisiva della Guerra alla Droga in Thailandia nel 2003.

¹ D. Barrett, *Unique in International Relations?*, HR2, IHRA, 2008.

² R. Lines, *The Death Penalty for Drug Offences*, HR2, IHRA, 2008.

³ L'Assemblea generale delle Nazioni Unite è intervenuta richiedendo una moratoria sul ricorso alla pena di morte nel 2007. Si veda: www.un.org/News/Press/docs/2007/ga10678.doc.

Ciò è in netto contrasto con le vibranti e frequenti proteste al benché minimo cambiamento nella direzione opposta. È soltanto nella storia più recente degli organismi delle Nazioni Unite in materia di droga che, a seguito di uno sforzo comune di varie associazioni della società civile e organizzazioni non governative, la menzione dei diritti umani ha fatto la sua comparsa, in una qualche maniera significativa, nelle deliberazioni della Commissione sui Narcotici (*Commission on Narcotic Drugs*, CND) e dell'UNODC.⁴

La sfida: permettere una maggiore flessibilità senza minare l'intero sistema

La sfida nella riforma delle infrastrutture internazionali di controllo alle droghe consiste nell'avviare cambiamenti che rimuovano le barriere che impediscono ai singoli Stati o a gruppi di Stati di esplorare modelli di regolamentazione legale e di distribuzione di alcune droghe al momento illegali, senza tuttavia distruggere l'intera infrastruttura internazionale per il controllo sulla droga, che, in buona parte, è indubbiamente utile. Il sistema di controllo e di regolamentazione del commercio di prodotti farmaceutici è di vitale importanza. Il consenso e i comuni obiettivi riflessi nelle convenzioni, al di là del bisogno di affrontare i problemi associati con le droghe, hanno grandi possibilità per lo sviluppo e la realizzazione di risposte più efficaci a livello internazionale, guidate dai principi e dalle norme delle Nazioni Unite.

Il retroterra delle Convenzioni delle Nazioni Unite

Il sistema attuale di controllo sulla droga nel mondo è regolato da tre convenzioni internazionali. Queste sono la Convenzione Unica sui Narcotici del 1961, con gli emendamenti del Protocollo del 1972, la Convenzione sulle Sostanze Psicotrope del 1971 e la Convenzione contro il Traffico illecito di Narcotici e Sostanze Psicotrope del 1988.⁵ A marzo 2009, 183 Stati avevano sottoscritto tutte e tre le convenzioni:

La Convenzione sui Narcotici del 1961

La pietra miliare del regime mondiale di controllo alla droga è la Convenzione Unica del 1961, così chiamata perché ha in larga misura rimpiazzato i precedenti accordi internazionali, sviluppatasi in parti separate a partire dai

⁴ D. Barrett, *Recalibrating the Regime*, IHRA, Human Rights Watch, CHALN, 2008.

⁵ Tutti e tre i trattati sono disponibili per intero sul sito dell'UNODC: www.unodc.org.

«...crediamo che sia giunto il momento di riconsiderare i trattati internazionali» e di raccomandare che «il governo dia inizio, all'interno della Commissione sui narcotici, ad una discussione sulle alternative possibili per affrontare il dilemma globale delle droghe, incluso la possibilità di una loro legalizzazione e regolamentazione»

Il rapporto *The Government's Drugs Policy: Is It Working?*, stilato nel 2001 a cura del Comitato Ristretto per gli Affari Interni della Camera dei Comuni britannica (*House of Commons Affairs Select Committee*).

pio al solo uso medico e a coordinare gli sforzi internazionali per applicare restrizioni al consumo non medico, compreso la chiusura dei «covi» del fumo d'oppio (*opium dens*) e a penalizzare specificamente il possesso non autorizzato. È interessante osservare che il controllo sulla droga presenta una linea evolutiva inversa a quella di molte politiche contemporanee su questioni sociali, penali o di sanità pubblica: esso infatti è iniziato con un approccio internazionale «dall'alto al basso» e solo in un secondo momento è stato consolidato nelle politiche e nelle legislazioni nazionali.⁶

La Convenzione del 1961 delinea gli stessi principi proibizionisti già espressi nella prima convenzione, ma riguarda una gamma molto più ampia di droghe e coinvolge un numero significativamente più alto di Stati partecipanti. Essa ha dato forma alla politica sulla droga a livello nazionale e globale per il mezzo secolo successivo. In maniera analoga alla Convenzione sull'oppio dell'Aia, quella del 1961, richiede come obbligo generale (all'articolo 4c) alle nazioni firmatarie di limitare al solo scopo medico e scientifico la produzione, lavorazione, esportazione, importazione, distribuzione, commercio, consumo e possesso delle droghe elencate.

La convenzione riflette le principali preoccupazioni del tempo (tenendo presente che la maggior parte del testo della convenzione fu stilato negli anni

primi anni del XX secolo. Si ritiene che il primo e più significativo di questi accordi sia stata la Convenzione sull'Oppio dell'Aia del 1912, che fu elaborata dalla Commissione sull'Oppio di Shanghai, messa in piedi dagli Stati Uniti nel 1909. I tredici paesi coinvolti erano tutti interessati a limitare il commercio dell'oppio (sebbene per una diversa serie di motivi, di natura culturale, geopolitica ed economica). La convenzione dell'Aia che emerse nel 1912 stabilì il modello di controllo internazionale sulla droga che è ancora oggi in vigore, impegnando i firmatari a limitare la produzione, la distribuzione e il consumo di op-

⁶ A. Jamieson, *International Drug Conventions, National Compliance and the UN Commentaries: The Shaming Mechanism*, in N. Dorn, A. Jamieson, *European Drug Laws: the Room for Manoeuvre*, Drugscope, 2001.

cinquanta, ed alcune parti anche già negli anni quaranta),⁷ e si concentra in particolar modo sulle droghe a base di piante: oppio, coca, cannabis (insieme ai derivati eroina e cocaina). Infatti più di cento sostanze illecite vengono catalogate in quattro tabelle, formalmente basate sulla loro pericolosità percepita (in particolar modo la capacità di indurre dipendenza), così come veniva intesa all'epoca.⁸ È interessante osservare che il periodo di compilazione della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani (1946-48) coincide in parte con quello della Convenzione Unica e anzi la Dichiarazione Universale era già in vigore tredici anni prima. Tuttavia non sembra che essa abbia influenzato la stesura della Convenzione Unica ed è particolarmente evidente l'assenza di ogni riferimento alla Dichiarazione Universale nel preambolo della Convenzione Unica.

L'articolo 2 della Convenzione Unica stabilisce che la fornitura o la somministrazione di qualsiasi delle sostanze elencate è possibile esclusivamente dietro autorizzazione legale, specificamente dietro concessione di licenza.

- La Tabella I comprende le sostanze che sono soggette a tutte le misure di controllo previste dalla Convenzione; per esempio eroina, cocaina, cannabis.
- La Tabella II è composta da sostanze impiegate a scopi medici e che si ritiene richiedano un controllo meno stretto, dato l'inferiore rischio di abuso; per esempio la codeina.
- La Tabella III è in vigore per le esenzioni e, come tale, esclude una serie di preparati farmaceutici derivati da sostanze che si ritiene non conducano ad abuso o ad effetti nocivi, per esempio polveri e liquidi con dosaggi molto bassi di oppio e cocaina.
- La Tabella IV comprende sostanze il cui uso è permesso in quantitativi che siano necessari per la ricerca medica e scientifica. Essa include anche alcune sostanze della Tabella I, quando si ritiene che possiedano proprietà particolarmente pericolose ma controbilanciate da un valore terapeutico che non può essere ottenuto da altre sostanze.

La Convenzione Unica ha anche stabilito la costituzione della Commissione Internazionale di Controllo sui Narcotici (INCB, comunemente chiamato *Board*), nell'ambito del sistema internazionale di controllo sulla droga delle Nazioni Unite. Esso si autodefinisce come un «ente indipendente e paragiu-

⁷ Per rendere l'idea, Al Capone morì nel 1947.

⁸ Come queste classificazioni siano state determinate rimane poco chiaro e c'è un crescente numero di critiche sulle anomalie nei livelli di classificazione e, in generale, sull'utilità di un sistema di suddivisione in categorie (vedi paragrafo 4.2.).

ridico di monitoraggio per l'attuazione delle convenzioni internazionali di controllo sulla droga delle Nazioni Unite». ⁹ L'INCB ha una funzione di «cane da guardia» delle convenzioni, in teoria molto simile a quella di analoghe agenzie nate per monitorare l'applicazione di altri trattati delle Nazioni Unite. ¹⁰ Tuttavia l'INCB è andata incontro a critiche crescenti. Sempre di più il *Board* è stato visto come un organismo inflessibile e incapace di scendere a compromessi, fungendo da «guardiano» della purezza delle convenzioni (ostacolando le attività che non si adattano alla sua rigida interpretazione del trattato) e risultando incapace di rispondere ai bisogni degli Stati membri, in un mondo drammaticamente cambiato rispetto a quando l'INCB fu creato (vedi bibliografia aggiuntiva).

La Convenzione sulle Sostanze Psicotrope del 1971

La Convenzione del 1971 fu creata in risposta alla preoccupazione per l'emergere, nel corso degli anni sessanta, di nuove droghe e dei comportamenti ad esse legati, in particolare droghe sintetiche di più alto profilo e/o sostanze prescrivibili, ¹¹ come stimolanti del tipo dell'anfetamina, barbiturici e altri sedativi-ipnotici/depressivi e allucinogeni (al tempo soprattutto l'LSD). Queste sostanze sono analogamente classificate in quattro categorie, in base alla percezione del danno e al loro valore terapeutico, con una corrispondente gerarchia di controlli sulla concessione di licenza a scopi medici, scientifici o altro.

Un obiettivo importante sia della Convenzione del 1961 che di quella del 1971 era quello di codificare misure di controllo appropriate su scala internazionale, allo scopo di assicurare la disponibilità delle sostanze in questione a scopi medici e scientifici, ma di prevenirne la dispersione verso canali illegali. In questo contesto, l'Organizzazione Mondiale della Sanità è responsabile per la valutazione medica e scientifica di tutte le sostanze psicoattive e per i conseguenti suggerimenti alla Commissione sulle Droghe Narcotiche (CND o la

⁹ Si veda: INCB, *Mandate and Functions*, www.incb.org/incb/mandate.html.

¹⁰ Il giudizio ultimo sulle dispute a proposito delle convenzioni è la Corte Internazionale di Giustizia.

¹¹ Le agenzie sulle droghe delle Nazioni Unite definiscono tali droghe sintetiche come «sostanze psicotrope» (da cui il nome della Convenzione del 1971), distinte dalle «sostanze narcotiche», cioè le droghe a base di piante che erano la principale preoccupazione della Convenzione del 1961. L'uso del termine «narcotico» è piuttosto disorientante, dato che il suo significato primo è di «sostanza che induce sonno o fiacchezza». Nonostante il termine sia piuttosto superato e ridondante, nella legislazione degli Stati Uniti e delle Nazioni Unite, esso è stato impiegato sempre più comunemente per indicare non più uno specifico tipo di droga con uno specifico effetto, bensì qualsiasi tipo di droga illegale.

Commissione) sulla classificazione delle droghe nelle quattro tabelle stabilite dai trattati del 1961 e 1971 (inclusi i cambiamenti nella classificazione).

La Convenzione contro il traffico illecito di narcotici e di sostanze psicotrope del 1988

La Convenzione del 1988 fu pensata in primo luogo per gestire la crescita del traffico internazionale di sostanze illegali negli anni settanta e ottanta. Gli strumenti internazionali precedenti avevano clamorosamente fallito nell'obiettivo di prevenire la produzione, il traffico e la distribuzione delle droghe incluse nella lista. La Convenzione del 1988 può essere vista come un tentativo di risposta a questo fallimento e alle inadeguatezze dei trattati precedenti sotto questo aspetto. Come tale, fornisce una serie di misure contro il traffico di droga e i precursori chimici. Il sito Web dell'INCB nota che:

[la Convenzione] offre un'ampia serie di misure contro il traffico di droga, incluse le norme contro il riciclaggio di denaro e il dirottamento di precursori chimici. Fornisce misure di cooperazione internazionale tramite, per esempio, l'estradizione di trafficanti di droga, le forniture sotto controllo e il trasferimento dei procedimenti.

All'interno del trattato, i precursori chimici sono anch'essi classificati in modo analogo alle droghe coperte dai precedenti trattati.

A differenza delle convenzioni del 1961 e del 1971, che si concentravano quasi esclusivamente sui problemi di produzione e di distribuzione di droga, il trattato del 1988 se ne distacca perché incorpora anche la domanda di droga in un paragrafo chiave (paragrafo 2 dell'articolo 3), che riguarda direttamente la criminalizzazione dei consumatori di droga. Esso afferma senza possibilità di equivoci che:

«Nell'aria si respira certamente uno spirito di riforma, volta a rendere le convenzioni più mirate e ad adattare ad una realtà che è considerevolmente cambiata dal tempo in cui furono stilate. Considerando che già disponiamo di una struttura poliedrica per l'adattamento delle convenzioni, tutto ciò di cui abbiamo bisogno è: per prima cosa, un rinnovato impegno a rispettare i principi del multilateralismo e della condivisione di responsabilità; in secondo luogo, un impegno a fondare la nostra riforma sulle evidenze empiriche e non sull'ideologia e, terzo, dare avvio ad azioni concrete in supporto dei principi suddetti, andando al di là della semplice retorica e dei pronunciamenti»

Antonio Maria Costa, direttore esecutivo dell'Ufficio sulle Droghe e il Crimine delle Nazioni Unite, *Making Drug Control «Fit for Purpose»*: *Building on the UNGASS decade* (p. 13)

[...] ogni firmatario dovrà adottare misure appropriate affinché la propria legislazione definisca come atto criminale, qualora compiuto intenzionalmente, il possesso, l'acquisto o la coltivazione di narcotici o sostanze psicotrope per uso personale in contravvenzione alle direttive della Convenzione del 1961, della Convenzione del 1961 per come emendata, o della Convenzione del 1971.¹²

Questo passaggio è di gran lunga più specifico del vago invito alla criminalizzazione del possesso nelle convenzioni precedenti. Come il commentario alla Convenzione del 1988 dice esplicitamente, questo paragrafo «porta infatti anche ad una penalizzazione del consumo personale»¹³. Esistono poche convenzioni delle Nazioni Unite che, come questa, prescrivano specificamente sanzioni criminali per una condotta individuale di persona adulta, invece che per le azioni di Stato o di governo, sulle quali si focalizzano invece la maggior parte delle convenzioni.

Gli unici casi vagamente paragonabili a questo di divieti avanzati dalle convenzioni contro azioni individuali riguardano la tortura, i crimini contro l'umanità, come il genocidio, gli atti di terrorismo, il traffico di esseri umani e lo sfruttamento sessuale dei bambini. Questi sono chiaramente casi di ordine ben diverso rispetto al consumo di droga da parte di un adulto consenziente.

Una crisi dentro al sistema

La crisi nel sistema di controllo sulle droghe delle Nazioni Unite che spinge il dibattito su una possibile riforma ha una serie di aspetti:

- *Il fallimento del sistema, sul lungo termine, nel raggiungere i propri obiettivi:* l'obiettivo dichiarato dalle agenzie sulla droga delle Nazioni Unite di ottenere un «mondo libero dalla droga» è, per loro stessa ammissione, più lontano che mai. La retorica dell'UNODC parla adesso più di «contenimento» che di «sradicamento», ma anche questa posizione è insostenibile alla luce del peggioramento dei risultati rispetto a quasi tutti gli indicatori significativi.

¹² È interessante notare che questo paragrafo è introdotto dal seguente *caveat*: «Soggetto ai propri principi costituzionali e ai concetti fondamentali del proprio sistema legale».

¹³ *Commentary on the United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances*, New York, United Nations Publications, E/CN.7/590, dicembre 1988. Questo commento è un documento discorsivo ufficiale (non vincolante) delle Nazioni Unite creato in retrospettiva allo scopo di fornire una guida legale all'interpretazione e alla realizzazione delle convenzioni.



La commissione delle Nazioni Unite sui Narcotici, Vienna 2008

STEPHEN ROLLES

- *Le sfide, le tensioni e le contraddizioni create dalla strategia di riduzione del danno:* anche se il movimento di riduzione del danno (distinto da quello di legalizzazione/regolamentazione) in larga misura ricerca riforme entro l'esistente contesto legale, esso introduce tuttavia una serie di profonde contraddizioni per le infrastrutture globali di controllo della droga delle Nazioni Unite. I principi di riduzione del danno sono spesso fondamentalmente in contrasto con quelli su cui si fonda il proibizionismo e che hanno dato forma ai trattati del secolo scorso. È anche impossibile ignorare che molti dei danni che il movimento cerca di ridurre direttamente o indirettamente derivano dalla proibizione e dalla sua applicazione (vedi paragrafo 4.2. Valutare e classificare i danni provocati dalla droga). Queste tensioni contrappongono gli organismi ONU contro la droga (in particolare CND e INCB) ad altri membri della stessa famiglia delle Nazioni Unite (soprattutto UNAIDS e OMS) e anche raggruppamenti di Stati membri divisi in modo sempre più polarizzato tra sostenitori della riforma e del proibizionismo.
- *Le sfide poste dalla decriminalizzazione:* se da una parte la crescente tendenza globale alla decriminalizzazione, legittimata oppure di fatto, del possesso/consumo di droga è nominalmente permessa dai trattati, come nel caso delle strategie di riduzione del danno, dall'altra, sul lungo termine, essa pone seri problemi di natura pratica e concettuale allo *status quo*. Non solo queste riforme rappresentano una sfida allo spirito di fondo delle convenzioni, ma stanno spingendo lo «spazio di manovra» fino al limite del consentito e, si potrebbe sostenere, anche oltre.

Flessibilità nelle convenzioni?

È importante notare che nessuna delle convenzioni ha la forza di essere applicata di per sé. Cioè, mentre le convenzioni impongono agli Stati l'obbligo di applicare la legge internazionale, tale legge non è direttamente o immediatamente applicabile. Ciò a differenza, per esempio, di ciò che accade nel Regno Unito con la Convenzione Europea sullo *status* dei Diritti Umani, che è stata incorporata nella legislazione nazionale. Le convenzioni in pratica rimangono contratti tra gli Stati. Questa natura contrattuale, sostenuta da un gran numero di firmatari, è probabilmente la vera fonte del loro potere.

L'INCB, come ente responsabile di supervisionare l'operatività dei trattati, non ha nessun potere formale di imporre l'implementazione delle varie direttive delle convenzioni o di punire la loro mancata applicazione. Tuttavia, se lo INCB critica le azioni di un singolo Stato (il che in genere accade nel suo rapporto annuale), ciò può significare un considerevole disonore pubblico.¹⁴

Ovviamente ai singoli Stati si richiede di interpretare e mettere in pratica i trattati delle Nazioni Unite in buona fede, rispettando «l'oggetto e l'obiettivo» delle convenzioni di cui sono parti contraenti; un atteggiamento necessario affinché il sistema dei trattati delle Nazioni Unite possa avere una qualche coerenza, stabilità e autorità.¹⁵ Perciò, e nonostante il fatto che, come si è visto, l'autonomia della legislazione nazionale sia sottolineata da tutte le convenzioni,¹⁶ si richiede, o almeno ci si aspetta, che gli Stati membri aderiscano agli standard e alle norme del sistema globale di controllo delle droghe. In ogni modo, il sistema e la formulazione delle convenzioni internazionali certamente lasciano uno spazio considerevole ad una interpretazione a livello nazionale. Esse offrono alle nazioni firmatarie, nel formulare e nel mettere in pratica le politiche nazionali e le strategie di applicazione, più «spazio di manovra» di quanto non sia generalmente riconosciuto nel discorso politico e nei *mass media*. Questo spiega perché, nonostante l'apparente consen-

¹⁴ Per contro la Corte Europea dei Diritti Umani e la Corte Europea di Giustizia esercitano un più diretto potere coercitivo relativamente ai trattati del Consiglio d'Europa e alle direttive europee. Anche gli enti connessi col trattato sui diritti umani, sebbene la loro principale forma di sanzione sia politica, prevedono tuttavia procedure semi-giudiziarie, che possono suggerire rimedi, come degli indennizzi.

¹⁵ Ciò è specificamente determinato dalla Convenzione di Vienna sulla legge dei trattati, articolo 31 (essenzialmente un trattato che codifica la legislazione relativa ai trattati, come base legale per il sistema delle convenzioni).

¹⁶ Questo vale in termini di flessibilità e interpretazione e non significa che la legislazione nazionale possa essere citata per giustificare la mancata applicazione di un trattato (si veda l'articolo 27 della Convenzione di Vienna).

so alla base delle convenzioni, esistano però ampie variazioni nel modo in cui esse sono interpretate e implementate. Molte di queste interpretazioni sembrano spingersi al limite della lettera e dello spirito delle convenzioni (vedi sopra).

Alcuni, soprattutto l'INCB, hanno sostenuto che certe azioni – in particolare modo riforme di alto profilo, come la riduzione delle sanzioni penali per la cannabis o la sua decriminalizzazione di fatto, e interventi di riduzione del danno, come la creazione di locali per l'iniezione assistita, *safe injecting room* (e, fino a poco tempo fa, anche la distribuzione di siringhe sterili)¹⁷ – non rispettano o contrastano apertamente lo «spirito delle Convenzioni», specialmente le più severe direttive della Convenzione del 1988.

Ciononostante, le nazioni in questione sono in una posizione legale di forza quando sostengono di stare ancora operando nel rispetto dei parametri della legislazione internazionale.¹⁸

Un ulteriore margine di manovra è offerto dal fatto che la Convenzione Unica non definisce «l'uso medico e scientifico». Per ragioni pratiche, gli estensori della Convenzione del 1961 non poterono dare troppe specifiche su tale terminologia, riconoscendo che esse avrebbero inevitabilmente avuto significati diversi in paesi e culture diverse e che questi sarebbero senza dubbio cambiati nel corso del tempo. Molte iniziative di riduzione del danno che rimangono controverse, soprattutto agli occhi dell'INCB, sono legittimamente difese come interventi a scopo medico: la prevenzione dell'HIV è l'argomento più ovvio e politicamente forte.

Perciò, nell'adottare le limitate riforme che hanno avuto luogo finora, come la distribuzione di siringhe e l'iniezione sotto supervisione, i singoli Stati non hanno incontrato ripercussioni politiche internazionali tali da costringerli ad abbandonare i benefici di tali politiche. Per di più, a sostegno di tali riforme nell'arena delle Nazioni Unite ha giocato il fatto che esse sono state adottate da un buon numero di paesi e che comunque sono state sottoposte ad un esame senza precedenti. Infatti, molte di queste strategie sono oggi supportate da un notevole corpo di evidenze, che dimostrano come esse, se condotte nel modo giusto, possano portare risultati positivi in

¹⁷ Secondo l'ex presidente dell'INCB, Philip O. Emafo, la distribuzione di siringhe dovrebbe essere vista come un provvedimento «contrario alle direttive delle convenzioni». Intervista su *Update*, UNODC, dicembre 2002.

¹⁸ Per esempio, il trattamento a base di metadone è specificamente permesso dalle convenzioni, come notato nel commento a quella del 1988, e nel 2002 l'INCB stessa ha commissionato alla Sezione Affari Legali dell'UNDCP un'indagine di opinione pubblica sull'istituzione di locali supervisionati per l'iniezione, intitolata *Flexibility of Treaty Provisions as Regards Harm Reduction Approaches*, che concludeva che il trattamento sostitutivo, la distribuzione di siringhe e l'istituzione di locali per l'iniezione assistita non vanno contro le convenzioni.

termini di sanità pubblica e di giustizia criminale.¹⁹ Questa posizione difensiva, basata sulla «forza dei numeri», indica la via per alcune future riforme, come discusso di seguito.

Nonostante questa zona d'ombra controversa ai margini di quello che è permesso dalle convenzioni, non c'è dubbio che esse abbiano una natura specificamente proibizionista. Nella loro forma attuale, non offrono alcuno spazio ad alcuna forma di produzione, distribuzione e consumo ad uso non medico legalmente regolamentati, se non per l'esigua quantità di casi limite che inevitabilmente capitano nell'ambito dei modelli di accesso medico attualmente in vigore. In ogni caso, questi modelli esistenti si concentrano su una minoranza di consumatori problematici piuttosto che sulla maggioranza costituita da quelli non problematici. La flessibilità che potrebbe esserci in termini di una maggiore indulgenza nei confronti dei consumatori di droga è semplicemente assente, in base all'interpretazione oggettiva della legge, nel caso di una regolamentazione legale di produzione e distribuzione di droga ad uso non medici. Bewley-Taylor (2005) nota che:

Anche se le nazioni possono al momento forzare i limiti della normativa internazionale, il perseguimento di una qualsiasi azione per legalizzare formalmente il consumo di droga ad uso non medico o scientifico richiederebbe una revisione del trattato oppure un parziale o completo abbandono del regime presente.

Le opzioni per riformare il sistema di controllo sulle droghe delle Nazioni Unite

La revisione del trattato

Il Rapporto sulle Droghe nel Mondo (*World Drugs Report*) del 1997, realizzato dal Programma di Controllo sulla Droga delle Nazioni Unite (*UN Drug Control Program*, UNDCP)²⁰ nota che:

Le leggi, e perfino le Convenzioni Internazionali, non sono la Bibbia: possono essere cambiate quando la volontà democratica dei paesi lo desidera.²¹

Ci sono meccanismi che permettono la revisione delle convenzioni, chiaramente previsti nelle convenzioni stesse (come in tutte le convenzioni). Sotto

¹⁹ Per esempio Insite, la struttura per l'iniezione assistita di Vancouver.

²⁰ Successivamente assorbito entro l'attuale Ufficio sulle Droghe e sul Crimine delle Nazioni Unite (UNODC).

²¹ UNODC World Drug Report 1997, capitolo 8: «The Regulation-Legalization Debate». La frase successiva (che, tra l'altro, è quella conclusiva del capitolo) è: «Ma i sostenitori della legalizzazione devono trovare risposte migliori alle domande più intricate perché il mondo si metta a seguirli».

questo aspetto, esistono due vie praticabili: la modifica e l'emendamento. Bewley-Taylor²² riassume così queste opzioni:

La modifica si riferisce al possibile cambiamento del regime tramite la riclassificazione di una droga, cioè il suo spostamento dall'una all'altra delle classi delle Convenzioni del 1961 e 1971 o delle tabelle della Convenzione del 1988, oppure tramite la totale cancellazione di una droga da una classe o tabella. L'emendamento si riferisce al cambiamento formale delle previsioni del trattato, come un articolo della convenzione, vincolando così tutti i firmatari.

Bewley-Taylor è uno tra gli studiosi della Convenzione che ha descritto le difficoltà pratiche di ottenere riforme sostanziali usando uno di questi meccanismi.

Le modifiche

L'articolo 3 della Convenzione Unica permette all'OMS o a qualsiasi Stato partecipante di dare avvio, in qualsiasi momento, al processo di modifica per riclassificare una particolare sostanza o per escluderla dalle convenzioni. Nel caso di cannabis e coca, si richiederebbe anche un emendamento della Convenzione Unica in quanto la coltivazione e produzione delle piante è specificamente proibita, al di là della struttura delle tabelle: il che limita drasticamente le possibilità di riforma teoricamente disponibili per altre droghe classificate. La natura delle direttive della Convenzione rende queste possibilità di modifica in qualche modo speculative, in quanto i singoli Stati hanno il potere di bloccare facilmente il cambiamento all'interno del sistema. L'OMS, mentre ha un ruolo chiave in ogni processo di modifica in quanto riveste una funzione di consulenza, può tuttavia fornire solo raccomandazioni non vincolanti: il potere di realizzare i cambiamenti resta nelle mani dei 53 membri della CND, che opera nell'ambito dell'UNODC e ne decide la politica.

All'interno della CND, esiste una curiosa alleanza tra Stati (come Svezia, Giappone, molti Stati dell'ex Unione Sovietica, la maggior parte dei paesi arabi e gli Stati Uniti) che sono caparbiamente contrari ad ogni revisione che allontani il trattato dai suoi principi punitivi. Per questi paesi le convenzioni sono basate su una posizione rigida e assoluta secondo cui *qualsiasi* tipo di consumo (illegale) di droga è moralmente inaccettabile, cosicché le convenzioni hanno assunto uno *status* più vicino a quello dei testi religiosi.²³ In

²² D. Bewley-Taylor, *Challenging the UN Drug Control Conventions: Problems and Possibilities*, in *International Journal of Drug Policy*, vol. 14, 2003, pp. 171-179.

²³ P. Cohen, *The Drug Prohibition Church and the Adventure of Reformation*, in *International Journal of Drug Policy*, vol. 14, n. 2, 2003, pp. 213-215 (trad. it. *La caduta del dogma*, in *Fuoriluogo*, maggio 2003).

realtà, contrariamente a quanto affermato nello *World Drugs Report 1997* (vedi sopra), per questi Stati le convenzioni sono a tutti gli effetti come la Bibbia.

I meccanismi di cambiamento previsti per tutte e tre le convenzioni offrono a questo gruppo di paesi ampie opportunità di soffocare qualsiasi azione di revisione. Entro questo importante blocco di potere gli Stati Uniti, come ci si può aspettare, detengono un ruolo di egemonia. Gli Stati Uniti sono stati il vero motore trainante delle convenzioni in prima istanza (il loro carattere proibizionista rispecchia le storiche tendenze culturali degli Stati Uniti) e, tramite il proprio supporto e anche altre forme di pressione politica (come il sistema di certificazione), ne sono sempre rimasti il caposaldo. Come ha osservato alcuni anni fa un diplomatico delle Nazioni Unite a Vienna: «Ovunque una nazione mostri l'intenzione di disertare [il punto di vista di Washington sul proibizionismo], gli Stati Uniti sono lì a persuadere o minacciare»²⁴.

La composizione della Commissione fa sì che non sarà mai raggiunto il consenso su mosse di revisione. Anche in caso di voto, evento che la cultura politica di Vienna rende altamente improbabile, la maggioranza sarebbe difficilmente raggiungibile. Anche se la revisione fosse accettata dalla CND, qualsiasi Stato potrebbe richiedere di presentare la modifica al Consiglio Economico e Sociale delle Nazioni Unite (*UN Economic and Social Council*, ECO-SOC), le cui decisioni sono inappellabili; dunque si ripresenterebbero di nuovo i soliti problemi con gli Stati proibizionisti.

Procedure analoghe, con minime varianti amministrative, esistono per le convenzioni del 1971 e del 1988 (quella del 1971 richiede che la decisione sia approvata dai due terzi anziché dalla semplice maggioranza della CND).

Gli emendamenti

Se la modifica è un'opzione in pratica inutile per gli ostacoli che vi si frappongono, la prospettiva dell'emendamento appare inizialmente più promettente. Tuttavia, ancora una volta le parti contrarie hanno ampio gioco per bloccare il cambiamento.

La possibilità di emendare è prevista dall'articolo 47 della Convenzione Unica, dall'articolo 30 della Convenzione del 1971 e dall'articolo 31 della Convenzione del 1988. Gli Stati partecipanti possono informare il segretario generale della proposta di emendamento, includendo le ragioni che stanno dietro il passo. Il segretario generale comunica quindi l'emendamento proposto e le sue motivazioni agli Stati partecipanti e al Consiglio. Sta poi all'ECO-

²⁴ Webster, 1998, citato in D. Bewley-Taylor, *Emerging Policy Contradictions between the United Nations Drug Control System and the Core Values of the United Nations*, in *International Journal of Drug Policy*, vol. 16, 2005, pp. 423-431.

SOC di stabilire se sia il caso di indire una conferenza per discutere l'emendamento o di chiedere agli Stati partecipanti se vogliono accettarlo. Nel caso improbabile che nessuno Stato rifiuti l'emendamento entro 18 mesi, allora questo entra in vigore.

Nel caso più probabile che vengano sollevate obiezioni all'ECOSOC, il Consiglio può allora decidere se indire o meno una conferenza per discutere l'emendamento. La conferenza potrebbe essere utile a sollevare la questione della revisione, ma non ci sarebbero garanzie che cambiamenti significativi fossero poi approvati. Gli Stati orientati al proibizionismo potrebbero perfino sfruttare l'occasione per spingere la politica nella direzione opposta.²⁵ Contro la convocazione della conferenza si potrebbero anche sollevare obiezioni sulla spesa, sostenendo che sarebbe troppo costosa.

Altre opzioni di revisione

Ci sono altre vie attraverso cui si possono avanzare degli emendamenti, sebbene non delineate negli articoli centrali delle convenzioni. Per esempio, sulla base del Commento alla Convenzione Unica (*Commentary on the Single Convention*), l'ECOSOC può sottoporre gli emendamenti proposti all'Assemblea Generale, in accordo con l'articolo 62 paragrafo 3 dello Statuto delle Nazioni Unite. La stessa Assemblea Generale può prendere l'iniziativa di emendare la Convenzione, sia adottando le revisioni, sia convocando una Riunione Plenipotenziaria a questo scopo. Lo stesso vale per le Convenzioni del 1971 e 1988.

Tuttavia, considerando le complesse dinamiche politiche vigenti nell'Assemblea Generale, non c'è ragione di pensare che queste procedure alternative di emendamenti possano superare gli ostacoli frapposti dal blocco orientato alla proibizione, allorché si seguano le regole stabilite negli articoli specifici.

Per spezzare questo nodo di Gordio, gli Stati membri possono prendere in considerazione il ritiro dai trattati.

Il ritiro dai trattati

Le possibilità di blocco amministrativo nelle procedure di revisione delle convenzioni comportano per il fronte proibizionista la sicurezza che non sia approvata nessuna revisione indesiderata. L'unica possibilità per uno Stato che voglia operare al di fuori delle convenzioni sarebbe allora quella di ritirarsi dal

²⁵ Questo è accaduto dietro le quinte durante e dopo la riunione della Sessione Speciale sulle Droghe dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite (*United Nations General Assembly Special Session on Drugs*, UNGASS). Allora gli sforzi iniziali per ridimensionare il regime di controllo sulla droga vennero ridotti invece ad una riaffermazione del sistema corrente e delle sue strategie.

«Se guardiamo al secolo passato, possiamo vedere che il sistema di controllo e la sua applicazione hanno avuto diverse conseguenze indesiderate: sia che fossero prevedibili o meno, certamente non sono state intenzionali».

«La prima conseguenza indesiderata è un gigantesco mercato nero criminale che prospera nel trasferimento delle sostanze proibite dai produttori ai consumatori: sia che esso sia guidato da 'una spinta dell'offerta' o da 'una crescita della domanda', gli incentivi finanziari ad entrare in questo mercato sono enormi.

Non mancano i criminali in concorrenza per strapparsi una porzione di un mercato in cui gli aumenti di prezzo dalla produzione al dettaglio sono nell'ordine delle centinaia di volte tanto».

«La seconda conseguenza indesiderata è ciò che si potrebbe chiamare un effetto di 'spostamento' politico.

La salute pubblica, che è chiaramente il principio fondamentale del controllo sulla droga [...] è passata in secondo piano». «La terza conseguenza indesiderata è un effetto di spostamento geografico. È spesso chiamato 'l'effetto pallone', perché stringere (con controlli più rigidi) da una parte produce un rigonfiamento (cioè un aumento) da un'altra [...].»

Antonio Maria Costa, direttore esecutivo dell'Ufficio su Droghe e Crimine delle Nazioni Unite, *Making Drug Control «Fit for Purpose»: Building on the UNGASS decade*, p. 10

trattato in questione. Esistono due opzioni principali per il ritiro dai trattati sulle droghe; se da una parte, nel contesto delle relazioni internazionali e della cultura delle Nazioni Unite, il ritiro verrebbe visto come una misura estrema, dall'altra però rimarrebbe entro i limiti della legislazione internazionale, in un modo tecnicamente contemplato dagli articoli dei trattati.

Le possibilità di denuncia

Alcuni articoli presenti in tutti e tre i trattati permettono ad ogni parte di ritirarsi previa presentazione di denuncia scritta al segretario generale, che includa il riferimento al fondamento legale di tale atto. Per le Convenzioni del 1961 e 1971, se il segretario generale riceve questa dichiarazione entro il primo di luglio, la denuncia entra in vigore per quella parte all'inizio dell'anno successivo. La denuncia della Convenzione del 1988 entra in vigore per la parte che l'ha presentata un anno dopo che la notifica è stata ricevuta dal segretario generale.

Al marzo 2008, però, ci vorrebbero 143 denunce di singoli Stati per ridurre il numero delle ratifiche della Convenzione del 1961 a meno di 40, determinandone così la decadenza (in accordo all'articolo 41).

Bisogna riconoscere che questo è assolutamente improbabile, anche se, in teoria, possibile o perfino auspicabile. Quanto alla Convenzione del 1988, questa non possiede una clausola di decadenza e, in accordo con

l'articolo 55 della Convenzione di Vienna sulla Legislazione dei Trattati, sarebbe stranamente destinata a rimanere in vigore anche se ci restasse un solo firmatario.

È anche chiaro che, al di là di ciò che è tecnicamente lecito o meno, le conseguenze politiche per i singoli Stati che decidessero di ritirarsi in questo modo dal regime proibizionista potrebbero essere gravi. Le critiche da parte del blocco proibizionista, soprattutto da parte degli Stati Uniti, dello UNODC e dello INCB, costituirebbero un serio ostacolo.

Lo studioso statunitense Peter Andreas nota che:

L'aperta defezione dal regime proibizionista delle droghe [...] potrebbe avere serie conseguenze: porrebbe il paese responsabile nella categoria dei «narco-Stati» paria, provocherebbe ripercussioni materiali sotto forma di sanzioni economiche e di tagli agli aiuti e danneggerebbe la reputazione morale del paese nella comunità internazionale.²⁶

I paesi sviluppati si troverebbero ovviamente in una posizione migliore per resistere alla pressione degli Stati Uniti, così come gli Stati che dipendono meno dal commercio o dagli aiuti degli Stati Uniti. L'Olanda per esempio ha ricevuto critiche per anni a causa del suo sistema di *coffee shop* per la cannabis, ma perfino loro non si sono ritirati dai trattati, ma hanno invece scelto di operare ai margini di ciò che è permesso nella lettera e nello spirito delle convenzioni.

Anche se è possibile che un singolo Stato decida di ritirarsi in certe circostanze, è però assai improbabile che lo faccia, nonostante ci siano dei precedenti: tra il 1945 ed il 2004 ci sono state 1547 denunce di ritiro dai trattati delle Nazioni Unite: poco meno del 5% del numero totale di ratifiche²⁷ (nessuna delle quali però relativa ai trattati sulla droga). Molto più plausibile è che un gruppo di Stati animati dalla stessa volontà di revisione decida di mettere in discussione il sistema. Bewley-Taylor²⁸ suggerisce che:

Se, per esempio, un gruppo credibile di Parti in Europa e Australasia e il gruppo dei paesi dell'America latina e dei Caraibi presenti nelle Nazioni Unite (il cosiddetto GRULAC) si unissero per denunciare uno dei trattati o tutti, l'asse Stati Uniti/Nazioni Unite potrebbe perdere molto del suo potere d'influenza. I «denunciatori» potrebbero farsi forza del loro numero e uscire in modo perfettamente legittimo dai trattati.

²⁶ Citato in Bewley-Taylor, 2003.

²⁷ L. Helfer, *Exiting Treaties*, in *Virginia Law Review*, n. 91, 2005, pp. 1579-1648.

²⁸ D. Bewley-Taylor, *Emerging Policy Contradictions between the United Nations Drug Control System and the Core Values of the United Nations*, in *International Journal of Drug Policy*, vol. 16, n. 6, 2005, pp. 423-431.

Bewley-Taylor sostiene anche che perfino la sola minaccia di un passo simile potrebbe essere sufficiente a sollecitare riforme sostanziali, consentendo di rinnovare il sistema in modo tale da permettere una flessibilità assai maggiore nelle opzioni politiche, rispetto a quanto non sia permesso oggi dalle barriere imposte dall'assolutismo proibizionista. Gli Stati proibizionisti potrebbero cedere a riforme parziali, se si venissero a trovare in una situazione in cui il rifiuto potrebbe mettere a repentaglio l'intero sistema dei trattati sulle droghe. Bewley-Taylor nota che:

Questo scenario è plausibile dato che in genere si conviene che la denuncia di un qualsiasi trattato può portare al suo abbandono. Questo sarebbe probabilmente vero nel caso dei trattati sul controllo della droga, a causa della natura del problema e dell'importanza che le convenzioni abbiano una vasta adesione internazionale. L'uso della denuncia per innescare una revisione del trattato differirebbe dalle procedure per modificare le convenzioni discusse sopra, in quanto un gruppo di Stati di comune orientamento non giocherebbe solo sui numeri per ottenere la maggioranza nelle decisioni del Consiglio o della Commissione. Un gruppo di denunciatori abbastanza di peso potrebbe non solo resistere alla pressione dell'asse Stati Uniti/Nazioni Unite, ma potrebbe esso stesso esercitare una considerevole pressione.

Il rapporto della Commissione Mondiale sulla Cannabis (*Global Cannabis Commission*) della Fondazione Beckley individua un'ulteriore possibilità,²⁹ probabilmente più attraente dal punto di vista politico: denunciare il trattato, per poi aderirvi di nuovo ma con riserva. La Commissione mette in luce i problemi tecnici di una tale linea d'azione, ma nota anche che sia l'Olanda che la Svizzera hanno presentato riserve sull'applicazione di alcune delle direttive sulla criminalizzazione (nell'articolo 3), al momento di ratificare la Convenzione del 1988.

Altre possibilità di riforma dei trattati

Il Rapporto sulla Droga nel Mondo (*World Drugs Report*) del 1997, dello UNDCP, afferma che:

[...] [nessuna delle] tre Convenzioni internazionali sulla droga insiste nella definizione del consumo di droga in sé come un reato punibile. Solo la Convenzione del 1988 richiede esplicitamente alle Parti di definire per legge come reato criminale il possesso, l'acquisto o la coltivazione per il consumo personale a scopo non medico delle droghe oggetto di controllo, a meno che ciò non sia

²⁹ Beckley Foundation, *Global Cannabis Commission*, 2008, p. 155 (nota: la discussione è limitata alla cannabis piuttosto che affrontare il più sostanziale dibattito su tutte le opzioni per le droghe correntemente illegali).

contrario ai principi costituzionali e ai concetti fondamentali dei loro sistemi legislativi.

Come è stato accennato in precedenza, qualora la Corte Costituzionale di una nazione firmataria determinasse che la proibizione di una particolare droga o di un gruppo o persino di tutte le droghe va contro i propri principi costituzionali, allora quella parte non sarebbe in effetti più legata alle limitazioni delle Convenzioni relativamente a quelle droghe. Esiste già un dibattito sulla possibilità di mettere in discussione il proibizionismo delle droghe sulla base della violazione dei diritti umani, che potrebbe permettere in certo modo di sfruttare questa «scappatoia» dei principi costituzionali.

Ancora una volta, seguire questa linea d'azione porterebbe ad incorrere nell'ira del blocco proibizionista e dei suoi alleati strategico-ideologici nella filosofia del controllo sulla droga e non sarebbe privo di conseguenze politiche. Ma, in maniera analoga, la cooperazione di un gruppo di nazioni orientate alla riforma potrebbe trovare la forza dei numeri per resistere ad ogni conseguente pressione. Una tale defezione potrebbe, come dice Bewley-Taylor, «indebolire considerevolmente il sistema dei trattati e potrebbe innescare un cambiamento di regime».

Esistono altre due possibilità tecniche. Una sarebbe di stilare ed adottare un nuovo trattato sullo stesso oggetto, che rimpiazzasse i precedenti trattati. L'altra consisterebbe in qualcosa di simile al diritto di un popolo indigeno alla sovranità sulle proprie risorse naturali riconosciuto come *ius cogens* (cioè come una norma tassativa di legislazione internazionale): il che comporterebbe l'annullamento di qualunque norma in conflitto con esso. Entrambe queste possibilità sono però limitate dagli impedimenti politici descritti sopra.

Ignorare i trattati

Gli Stati firmatari potrebbero anche semplicemente ignorare i trattati, in tutto o in parte. Se diversi Stati adottassero questa strategia, i trattati finirebbero per «appassire sull'albero», cadendo in disuso senza bisogno di alcun atto di decadenza o di riforma. Un singolo Stato che decidesse di ignorare i trattati o di applicarli solo in parte potrebbe decidere a livello nazionale

«Io dico che il consumo di droga non può essere criminalizzato. Sto parlando di criminalizzare il traffico, ma non i consumatori. Da una prospettiva scientifica, non posso comprendere il punto di vista della politica repressiva»

Michele Kazatchkine, direttore del Fondo Globale per la lotta all'AIDS, alla TBC e alla malaria³⁰

³⁰ Discorso d'apertura alla Riunione dell'IHRA del maggio 2009, Bangkok, Thailandia.

tutte le politiche che ritenesse necessarie, incluse quelle più probabili: la legalizzazione della cannabis e l'introduzione di un sistema di concessione di licenze per i produttori nazionali (cosa che Olanda e Svizzera hanno discusso in sede parlamentare per diversi anni e che adesso è nell'agenda politica di una serie di Stati americani).

Un tale passo tuttavia, come tutte le altre possibilità di riforma discusse qui, solleva serie questioni che vanno al di là della sfera del controllo sulla droga, soprattutto se inteso in modo unilaterale. Che alcune nazioni possano ignorare unilateralmente gli impegni verso i trattati sul controllo alla droga potrebbe minacciare la stabilità dell'intero sistema dei trattati, o essere percepito come tale. I costi di una simile minaccia e i benefici derivanti in generale dal più ampio sistema di trattati delle Nazioni Unite scoraggerebbero gli Stati dal ritiro, anche se solo per una riforma limitata, come quella sulla produzione della cannabis.

Come stabilito dalla Convenzione di Vienna sulla Legislazione dei Trattati del 1969, articolo 62, tutti i trattati possono naturalmente cessare di essere vincolanti, allorché cambino sostanzialmente le circostanze rispetto al momento della firma. È ciò che si potrebbe sostenere riguardo al cambiamento fondamentale nella natura e nella portata del fenomeno internazionale della droga intervenuto dal 1961 ad oggi: il che significa che questa dottrina del *rebus sic stantibus* potrebbe essere applicata ai trattati sulla droga.

«Auspico che i governi asiatici emendino leggi superate che criminalizzano i settori più vulnerabili della società e prendano tutte le misure necessarie per garantire loro una vita dignitosa».
«Dobbiamo rivedere quella legislazione che rischia di intralciare l'accesso universale [alla prevenzione dell'AIDS, n.d.c.] nei casi in cui i gruppi vulnerabili siano criminalizzati per il loro stile di vita»

Ban Ki-Moon, segretario generale delle Nazioni Unite³¹

Ma, di nuovo, l'applicazione selettiva di un tale principio potrebbe mettere in discussione la più ampia validità delle molte e varie convenzioni delle Nazioni Unite. La valutazione del rapporto tra costi e benefici per qualsiasi Stato singolo avrebbe presumibilmente un effetto scoraggiante. Questo tuttavia non ha scoraggiato gli Stati Uniti dal ritirarsi dal trattato di Kyoto (mai ratificato), o dal ripudiare il Trattato Anti-Missili Balistici del 1972 (motivato dalla considerazione che esso fosse una «reliquia» della guerra fredda, non più rilevante

³¹ Il commento del segretario generale delle Nazioni Unite sul Rapporto della Commissione Indipendente sull'AIDS in Asia (stabilita dall'UNAIDS) è intitolato *Redefining AIDS in Asia: Crafting an Effective Response*, marzo 2008.

nel mondo moderno) e dalla recente decisione di ritirarsi dallo Statuto di Roma della Corte Criminale Internazionale.

Tutte queste azioni possono essere considerate non solo come una minaccia di per sé ai trattati, ma anche come una minaccia al sistema dei trattati in generale. Di certo gli Stati Uniti hanno lentamente iniziato a recedere da alcune delle decisioni dell'era Bush, man mano che le ramificazioni politiche di tali decisioni sono diventate più evidenti. Secondo l'analisi di Bewley-Taylor:

Con queste mosse senza precedenti, l'amministrazione di George W. Bush sembra aver asserito che gli Stati Uniti non sono più vincolati nemmeno dalla Convenzione di Vienna sulla Legislazione dei Trattati. In base alla Convenzione del 1969, un paese che ha sottoscritto un trattato non può agire allo scopo di annullare la finalità del trattato, anche se non intende ratificarlo. Perciò, avendo stabilito questo precedente per motivi di interesse nazionale, Washington si troverà sicuramente in una posizione difficile nell'opporsi a qualsiasi defezione dei trattati sul controllo delle droghe avanzate per motivi analoghi.

Vie pragmatiche e pratiche per andare avanti

Data la quasi totale impossibilità di effettuare riforme sostanziali o significative per mezzo di azioni unilaterali attraverso i percorsi amministrativi esistenti definiti dai vari articoli dei trattati sulle droghe e dalle relative strutture legali delle Nazioni Unite, la via più plausibile e probabile di allentare le attuali restrizioni che i trattati impongono alla ricerca di modelli di regolamentazione legale per certe sostanze passa chiaramente attraverso una qualche forma di azione collettiva, portata avanti da una coalizione di paesi orientati alla riforma. Tale coalizione probabilmente comprenderebbe un blocco Europeo prevalente (presumibilmente senza la Svezia), un blocco dell'America meridionale e centrale, più forse la Nuova Zelanda, l'Australia, il Canada e vari altri.

Questo gruppo di paesi, con l'adozione diffusa di politiche pragmatiche di tolleranza e di riduzione del danno, si sta già progressivamente allontanando sia dallo spirito che dalla lettera di certi cruciali elementi di proibizionismo presenti nelle convenzioni. Se, come sembra inevitabile, questa tendenza continuerà, si raggiungerà un punto critico in cui la tensione tra gli impegni del trattato e l'attuale applicazione delle politiche porterà alla necessità di una riformulazione sostanziale delle convenzioni, se si vorrà preservare il sistema generale di controllo sulle droghe, inclusi i preziosi e indiscussi benefici del sistema di controllo delle sostanze farmaceutiche legali.

Sembra che questo punto critico sia già stato raggiunto o si stia rapidamente avvicinando, come hanno dimostrato le tensioni sulla formulazione della dichiarazione politica alla CND del 2009 (specificamente riguardo all'inclusione di una qualsiasi menzione del concetto di «riduzione del danno»); elemen-

ti chiave del consenso all'attuale sistema internazionale di controllo alle droghe stanno già cominciando a sgretolarsi.

«[Era] *sempre più difficile continuare a giustificare la distinzione tra le sostanze solo in base al loro status legale e alla loro accettabilità sociale. Nella misura in cui la dipendenza da nicotina, l'alcolismo e l'abuso di solventi e di sostanze da inalazione possono costituire una minaccia per la salute più grave dell'abuso di alcune sostanze soggette al controllo internazionale, un approccio pragmatico porterebbe alla conclusione che perseguire strategie disparate per limitare il loro impatto è, in ultima analisi, qualcosa di artificiale, irrazionale e antieconomico*»

Il direttore esecutivo del Programma di Controllo sulla Droga delle Nazioni Unite alla trentasettesima Sessione della Commissione sui Narcotici, Vienna 13 aprile 1994.

Una strategia graduale

Se il sistema corrente è sempre più instabile e fragile, man mano che crescono le tensioni tra i diversi campi, non c'è d'altro canto speranza che le cose cambino dal giorno alla notte. Senza dubbio, un qualsiasi processo di riforma farà seguito a un dibattito lungo e difficile, carico di scontri diplomatici: c'è dunque bisogno di realismo nel guardare a queste difficoltà. Tuttavia, come dimostrano le citazioni in questa appendice, diverse figure e istituzioni chiave del sistema delle Nazioni Unite riconoscono liberamente l'inopportunità della criminalizzazione dei consumatori di droga, i fallimenti del sistema e l'inutilità dei controlli sul versante dell'offerta di droga, le drammatiche conseguenze indesiderate della

repressione e dell'interdizione all'offerta; e infine il fatto che le convenzioni sono superate e non più atte allo scopo. Inoltre essi ora riconoscono anche la priorità della salute pubblica nella politica sulla droga, la centralità di una strategia di riduzione del danno e il fatto di avvertire uno spirito di riforma nell'aria. In questo contesto, si comincia a vedere qualche barlume di speranza per una possibile evoluzione e riforma significativa del sistema di controllo sulle droghe delle Nazioni Unite.

Tra i passi fondamentali in direzione di una riforma:

- Si deve procedere a stabilire un sistema di raccolta significativa di dati a livello internazionale. In particolare, bisognerebbe aggiungere ai questionari nazionali, che forniscono informazioni ai rapporti annuali delle Nazioni Unite sulle droghe nel mondo, degli indicatori che per adesso non vi sono presenti: per esempio, le questioni relative agli effetti del controllo della droga sui diritti umani, i conflitti, il crimine, la corruzione, lo sviluppo e la sicurezza, accanto alle più comuni misure per la salute pub-

- blica. Questi dati faciliteranno la valutazione delle iniziative di controllo sulla droga delle Nazioni Unite e del proibizionismo mondiale, includendo così anche le conseguenze indesiderate già identificate dall'UNODC.³² Ciò aiuterà a giudicare con più efficacia i successi e fallimenti attuali e contribuirà ad informare e guidare una discussione più seria sulle strategie alternative.
- Si dovrebbero affrontare i problemi di coerenza di sistema nell'ambito della famiglia delle Nazioni Unite, in particolare gli effetti che l'infrastruttura internazionale di controllo sulla droga e la sua applicazione hanno sui diritti umani, lo sviluppo umano e la sicurezza delle persone: i tre pilastri delle Nazioni Unite. Affrontare le manifestazioni più estreme della guerra alla droga sarebbe naturalmente il primo passo, ma esiste la necessità urgente che le agenzie per la droga delle Nazioni Unite operino nell'ambito di quei principi e di quelle norme delle stesse Nazioni Unite, da cui sono state storicamente isolate.
 - Esplorare a fondo i conflitti esistenti tra legislazione dei diritti umani e le convenzioni sulla droga in modo che tutte le atti-

«In linea con i vari strumenti delle Nazioni Unite, si devono ricercare le riforme legislative e politiche necessarie per raggiungere gli obiettivi suddetti nelle seguenti aree:

- *Leggi e sanzioni penali, allo scopo di ridurre la criminalizzazione dei reati di droga non violenti e di ridurre significativamente il ricorso all'incarcerazione per consumatori di droga non violenti*
- *Leggi sul controllo della droga e sanzioni penali, allo scopo di assicurare che queste leggi e la loro interpretazione e applicazione siano in accordo con le strategie relative all'HIV/AIDS e non ne impediscano la prevenzione o l'accesso ai trattamenti*
- *Leggi e pratiche di esecuzione della sentenza, allo scopo di sviluppare le misure alternative alla prigione e le misure non detentive per persone condannate per crimini legati al consumo di droga, in modo da ridurre significativamente il numero di consumatori di droga mandati in prigione, così come la popolazione carceraria in generale e i livelli di sovraffollamento nelle carceri»*

HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings; A Framework for an Effective National Response, co-pubblicato dall'UNODC, insieme all'OMS e al Programma Combinato delle Nazioni Unite su HIV/AIDS

³² A. Costa, *Making Drug Control «Fit for Purpose»: Building on the UNGASS Decade*, UNODC, 2008.

vità di controllo sulla droga siano soggette agli obblighi relativi ai diritti umani.³³

- Una progressiva attribuzione di un ruolo più ampio ad altre agenzie delle Nazioni Unite, come la OMS e lo UNAIDS. Ciò rispecchierebbe la tendenza generale a spostare la politica sulla droga dal focus sulla giustizia criminale a quello sulla salute pubblica (come la collocazione della questione droga nei governi nazionali, per esempio in Spagna, che è passata dal Ministero degli Interni a quello della Sanità). Si potrebbe così sviluppare un discorso più pragmatico e basato sulle evidenze.
- L'iniziativa di un paese di peso che decidesse di «buttarsi», cioè di manifestare la propria posizione e di inserire il tema di più sostanziali riforme del sistema dei trattati nell'agenda della CND, allo stesso tempo costruendo e assumendo la leadership di una coalizione di Stati riformatori. Il gruppo dei ventisei Stati che è emerso durante il Segmento ad Alto Livello (*High Level Segment*) della CND del 2009 (che ha obiettato all'assenza di ogni riferimento alla riduzione del danno nella dichiarazione politica della CND) potrebbe costituire il nucleo di un gruppo «G-26» per la riforma dei trattati.
- L'impegno della comunità delle Organizzazioni non governative (una coalizione in crescita di Organizzazioni per i diritti umani, delle droghe, della salute pubblica e per lo sviluppo, fiancheggiata da un numero crescente di corpi accademici, *think tank* e corpi professionali) a guidare lo sviluppo di un nuovo discorso sulla salute pubblica e i diritti umani nella politica internazionale sulle droghe a livello delle Nazioni Unite. Questo permetterebbe di andare oltre i dibattiti del passato, polarizzati tra legalizzazione e proibizionismo, e sposterebbe il discorso su principi e obiettivi condivisi, esplorando le varie opzioni e i possibili risultati, criticando i fallimenti della guerra alla droga e spiegando in termini chiari e pratici come un'evoluzione graduale verso la regolamentazione potrebbe apportare benefici sia ai singoli paesi che alla comunità globale in generale.
- Una discussione seria ad alto livello su come la coalizione di Stati riformatori potrebbe ridisegnare il sistema delle convenzioni in modo da preservarne gli elementi positivi e, al tempo stesso, introdurre un principio di flessibilità che permettesse ai singoli paesi o a gruppi di Stati di esplorare le opzioni di produzione e distribuzione regolamentata di certe droghe attualmente proibite. Questa discussione potrebbe essere facilitata dalla collaborazione tra le ONG e gli Stati riformatori.

³³ Per una discussione più dettagliata si veda: D. Barrett, M. Novak, *The United Nations and Drug Policy, Towards a Human Rights Based Approach*, in *The Diversity of International Law: Essays in Honour of Kalliopi K Koufa*, 2009.

- È probabile che i primi passi verso una riforma sostanziale riguardino droghe ricavate da piante, cioè la cannabis e la coca, particolarmente l'uso tradizionale.

Bibliografia

- D. Bewley-Taylor, *Challenging the UN Drug Control Conventions: Problems and Possibilities*, in *International Journal of Drug Policy*, vol. 14, 2003, pp. 171-179.
- D. Bewley-Taylor, *Emerging Policy Contradictions between the United Nations Drug Control System and the Core Values of the United Nations*, in *International Journal of Drug Policy*, vol. 16, 2005, pp. 423-431.
- W. McAllister, *Drug Diplomacy in the Twentieth Century*, Routledge, 2000
- D. Barrett, *Recalibrating the Regime*, IHRA, Human Rights Watch, CHALN, 2008.
- A. Costa, *Making Drug Control «Fit for Purpose»: Building on the UNGASS Decade*, UNODC, 2008.
- Transnational Institute: www.ungassondrugs.org.
- Breaking the Impasse; Polarisation and Paralysis in UN Drug Control*, Transnational Institute, Drugs and Conflict Debate, Paper 5, 2002.
- D. Barrett, *Unique in International Relations? A Comparison of the International Narcotics Control Board and the UN Human Rights Treaty Bodies*, HR2, IHRA, 2008.
- J. Csete, D. Wolfe, *Closed to Reason: the International Narcotic Control Board and HIV/AIDS*, Canadian HIV/AIDS Legal Network and International Harm Reduction Development Program (IHRD) of the Open Society Institute, 2007.
- D. Barrett, M. Novak, *The United Nations and Drug Policy: Towards a Human Rights Based Approach*, in *The Diversity of International Law: Essays in Honour of Kalliopi K Koufa*, pp. 449-477), 2009.

Appendice 2.

Le attuali cornici di produzione legale di oppio, coca, cannabis e prodotti farmaceutici

La produzione regolamentata di sostanze psicoattive richiede meno attenzione rispetto alle questioni di distribuzione. Esiste già un'ampia serie di modelli per la produzione regolamentata di sostanze chimiche o a base di piante, da cui possiamo imparare. In molti casi, visto che si tratta delle stesse sostanze, la produzione ad uso non medico richiederà semplicemente l'espansione della cornice esistente. Le considerazioni seguenti sulla produzione legale e regolamentata di oppio/eroina, coca/cocaina e cannabis aiuteranno a mostrare come questo potrebbe accadere.

Produzione legale di oppio

Una porzione significativa (circa metà)³⁴ della produzione mondiale di oppio è realizzata legalmente al fine di trasformazione in farmaci a base di oppiacei. Qualsiasi paese può praticare la coltivazione, la produzione e il commercio legali di oppio, con il benestare della Convenzione Unica sui Narcotici delle Nazioni Unite del 1961 e sotto la supervisione e la guida dell'INCB. Nel 2001 c'erano diciotto paesi che lo facevano; tra questi, quattro (Cina, Corea, India e Giappone) coltivano il papavero per la produzione di oppio grezzo, anche se solo l'India lo esporta. Gli altri quattordici, incluso il Regno Unito, lo coltivano per la produzione di Concentrato di Stelo di Papavero (CPS), stelo, semi di papavero e alcaloidi come morfina e tebaina. L'Australia, la Francia, l'India, la Spagna e la Turchia sono i cinque principali esportatori di narcotici.

La maggior parte di questi paesi usano il metodo CPS, con il quale l'intera pianta viene tagliata con una mietitrebbiatrice, dopo che il fiore del papavero è seccato. Una volta mietuti e raccolti, i fiori e gli steli sono mandati in fabbrica dove vengono «lavati» chimicamente. Questo processo produce CPS, il quale ha un più alto contenuto di principio attivo della più comune gomma di oppio (anche chiamata latex di oppio), che viene invece raccolta a mano, ricavandola dal fiore di papavero in crescita. L'India è l'eccezione a questa regola: è l'unico esportatore legale di gomma di oppio. Anche se non è priva di problemi, questa gamma di situazioni dimostra che la produzione di oppio è possibile in una varietà di ambienti diversi.

³⁴ La produzione legale di oppio copriva più della metà di tutta la produzione mondiale di oppio fino al recente boom di raccolti in Afghanistan.

L'Iran e alcune repubbliche dell'Asia Centrale utilizzano l'oppio illegale confiscato per il proprio mercato medico interno. Mansfield nota che:

Se in passato questi paesi si erano accontentati di far uso dell'oppio confiscato per il loro bisogno interno di narcotici, negli ultimi anni hanno invece cercato di vendere quell'oppio o i prodotti da esso derivati sul mercato internazionale. Ciò ha sollevato preoccupazione tra i produttori «tradizionali», come l'India e la Turchia, così come nell'INCB.³⁵

Dirottamento sul mercato illecito

Il livello di perdite verso il mercato illecito varia ampiamente da paese a paese. Esistono in proposito dati assai poco attendibili; tuttavia alcune stime sono state elaborate per l'India e la Turchia, paesi che sono al centro dell'attenzione in quanto paesi produttori che si sono «convertiti» dalla produzione illecita/tradizionale a quella regolamentata legale ad uso medico.

INDIA

L'India emerge relativamente male da queste stime, in parte a causa del suo metodo di produzione (la gomma di oppio prodotta a mano è intrinsecamente più facile da dirottare sul mercato illecito rispetto alla produzione industriale di CPS) e in parte a causa della corruzione prevalente, alimentata a sua volta dalla povertà (l'India è infatti il paese meno sviluppato tra i principali produttori di oppio). Sono prese delle precauzioni per impedire i dirottamenti: l'Ufficio Centrale dei Narcotici (CBN) stabilisce una Resa Minima Qualificata (MQY), che specifica il numero di chili di oppio prodotti per ettaro e stabilisce un prezzo fisso per chilo. Si rilevano immagini satellitari per stimare l'area coltivata a papaveri e questa è paragonata con gli esatti rilevamenti fatti sul campo dagli ufficiali del CBN; dal 2007 sono distribuite ai coltivatori «carte magnetiche» (carte d'identità con microchip), con i loro dati personali e quelli dell'area di coltivazione autorizzata; il CBN sta anche sperimentando l'uso di telecamere a circuito chiuso per monitorare la raccolta e la pesatura dell'oppio.³⁶

Il governo dell'India stima che il 10% della produzione totale sia dirottato sul mercato illecito, anche se è probabile che la percentuale sia in realtà più alta.

TURCHIA

A differenza dell'India, la Turchia è un produttore di CPS: il che comporta impianti e materiali industriali su larga scala, rendendo ogni dirottamento generalmente più difficile e meno probabile. Il Dipartimento di Stato degli Stati Uniti afferma che «non esiste alcuna significativa produzione illecita di droga in Turchia, ad eccezione di cannabis coltivata soprattutto per uso interno». Continua poi dicendo che «la Commissione Turca sulle Gra-

³⁵ D. Mansfield, *An Analysis of Licit Opium Poppy Cultivation: India and Turkey*, UK Foreign and Commonwealth Office, 2001.

³⁶ US Department of State, *International Narcotics Control Strategy Report 2008*.

³⁷ US Department of State, *International Narcotics Control Strategy Report 2008*.

naglie (TMO) esercita uno stretto controllo sulla coltivazione legale di papavero da oppio e non si registra in apparenza alcun dirottamento sul mercato illecito»³⁷. L'UNODC dice che «dal 1974 fino ad oggi [2003], non si è dato alcun caso di confisca di oppio della Turchia, sia nel paese stesso che all'estero»³⁸.

Quote di produzione e soddisfazione della domanda

Ci sono controlli stretti sul volume di papaveri coltivati annualmente in ogni paese. Le quote di produzione per paese sono stabilite a partire dalle stime ufficiali della domanda internazionale calcolate sulla base dei dati di consumo dei due anni precedenti. Mentre l'India, la Turchia, l'Australia, la Spagna e il Regno Unito sono autorizzati a coltivare papaveri per la produzione e l'esportazione di oppiacei per la preparazione di antidolorifici, altri paesi, come la Repubblica Ceca, l'Ungheria, il Giappone, la Slovacchia e la Macedonia, per esempio, sono tenuti a produrre oppio solo ad uso interno. Il *Senlis Council* ha sottolineato che «[...] nel 2002, il 77% della morfina del mondo è stato consumato da sette paesi ricchi: Stati Uniti, Regno Unito, Italia, Australia, Francia, Spagna e Giappone». Tuttavia, in base ai numeri ufficiali «perfino in questi paesi si soddisfa solo il 24% del fabbisogno di medicinali per alleviare il dolore da moderato a grave».³⁹ Per i paesi in via di sviluppo che non sono autorizzati a coltivare papaveri c'è un problema reale di accesso agli antidolorifici.

Il quadro legale internazionale

Il sistema internazionale di controllo sulle licenze cerca di consentire e regolare la produzione ed il consumo legali di droga, ma allo stesso tempo di impedirne il dirottamento sul mercato illecito ad uso non medico. I governi nazionali gestiscono la concessione di licenze e l'ispezione di coltivazione, produzione, lavorazione e commercio (inclusa importazione ed esportazione) delle sostanze oggetto di controllo, mentre il loro operato viene monitorato dalla Commissione Internazionale per il Controllo dei Narcotici (INCB), che è responsabile di assicurare un equilibrio tra la produzione e i requisiti legittimi.

I governi nazionali devono sottoporre all'esame annuale dell'INCB le stime dei requisiti per gli oppiacei e non devono eccedere queste stime senza motivi validi e previa domanda all'INCB e sua approvazione. L'Ufficio delle Nazioni Unite sulle Droghe e il Crimine (UNODC) gestisce il monitorag-

³⁸ UNODC Turkey Programme: www.unodc.org/pdf/turkey_programme.pdf.

³⁹ Citato da Pierre-Arnaud Chouvy, *Licensing Afghanistan's Opium: Solution or Fallacy?*, in *Asia Times Online*, 1° febbraio 2006.

gio giornaliero della situazione in ogni paese. L'INCB non ha un vero potere coercitivo o la facoltà di comminare sanzioni punitive per le violazioni di quanto convenuto, a parte l'esercizio di pressione diplomatica ed un procedimento di «citazione di biasimo» nei suoi resoconti annuali.

Gli adattamenti nazionali del quadro legale

Ciascuno dei paesi che coltivano papaveri da oppio per l'esportazione possiede un proprio sistema legale per prevenire il dirottamento verso i mercati illeciti. Mentre alcuni sistemi sono più efficienti di altri, l'unica osservazione significativa che emerge dal loro esame è che, in generale, ci sono minori probabilità che il CPS prenda la via del mercato illecito rispetto all'oppio grezzo.

Regno Unito

I coltivatori non hanno bisogno di una licenza per coltivare i papaveri; tuttavia, la polizia deve essere informata della località. Il Ministero dell'Interno lo conferma:

Anche se non rilasciamo licenze al coltivatore, gli inviamo però una lettera in cui confermiamo di essere al corrente che quella coltivazione viene praticata nella loro fattoria e specifichiamo i dettagli della località. Invitiamo ciascun coltivatore a fornire una copia di questa lettera alla stazione locale di polizia, per mettere al corrente di ciò che sta accadendo.

Chiunque può coltivare papaveri da oppio perché il processo in sé non è contemplato dalla legge sull'Abuso delle Droghe (*Misuse of Drugs Act*) del 1971, ma qualsiasi forma di lavorazione della pianta per estrarre gli oppiacei è soggetta a controllo e può essere praticata esclusivamente su licenza.⁴⁰ I papaveri vengono coltivati e poi la compagnia farmaceutica Macfarlan Smith, che ha il monopolio sulla licenza di trasformazione del papavero da oppio nel Regno Unito, raccoglie e trasporta i fiori alla propria fabbrica per la lavorazione. Il governo britannico fornisce annualmente all'INCB per l'approvazione le stime del proprio fabbisogno di narcotici ed è tenuto ad avvisare l'INCB se si verifica qualche cambiamento nelle richieste.⁴¹

⁴⁰ Hampshire – *The Opium Poppy Capital of the UK*, www.thisiswiltshire.co.uk, 25 febbraio 2008.

⁴¹ Risposta del governo britannico alla revisione dell'operato di Macfarlan Smith Limited, Dipartimento del Commercio e dell'Industria stilata da parte dell'Ufficio del Commercio Equo del Regno Unito, settembre 2006, clausola 7.

Tasmania

Le licenze per coltivare papaveri da oppio sono rilasciate ai coltivatori solo dopo che questi hanno ricevuto l'appalto (da una delle compagnie autorizzate) a coltivare e conferire il raccolto ad una fabbrica autorizzata.⁴² I coltivatori devono anche ottenere il via libera sulla sicurezza dalla polizia tasmana e fornire una pianta dettagliata dell'area di coltivazione. La strategia di sicurezza vigente in Australia va in quattro direzioni e comprende industria, governo e comunità rurale, includendo: le valutazioni della proprietà elaborate da ufficiali della Commissione Consultiva e di Controllo sul Papavero (*Poppy Advisory and Control Board*, PACB) accompagnate da controlli, da parte della polizia tasmana, sul *background* dei coltivatori, al momento della concessione della licenza; la sorveglianza generale e l'obbligo per i coltivatori, i raccoglitori e gli addetti sul campo della compagnia di riferire ogni attività sospetta; le indagini sui furti, l'arresto e il procedimento penale contro i trasgressori e le azioni di *intelligence* portate avanti dalla Sezione Operativa dell'Ufficio Droga della polizia tasmana; il coordinamento delle attività di sicurezza da parte del PACB.⁴³

India

L'Ufficio Centrale Narcotici (*Central Bureau of Narcotics*, CBN) offre licenze ai coltivatori idonei in tre Stati: Madhya Pradesh, Rajasthan e Uttar Pradesh. Le licenze per il raccolto sono rilasciate annualmente e vanno dal 1° ottobre al 30 settembre dell'anno successivo. Ogni ottobre quindi, il CBN rilascia licenze ai coltivatori idonei per la coltivazione legale nelle Regioni elencate. I coltivatori sono tenuti ad offrire l'intero raccolto allo Stato. Per questo motivo, il governo centrale rende nota una quota di «Raccolto Minimo Consentito» (MQY) di un certo numero di chili di oppio per ettaro.⁴⁴

Turchia

La Commissione Turca per le Granaglie (TMO) rilascia licenze ai coltivatori dopo che il governo ha stabilito quanta terra debba essere assegnata alla produzione di papavero e in quali province e distretti. L'area media da coltivare per ogni detentore di licenza è di circa 0,4 ettari, a differenza degli 0,2 ettari in India e dei circa 100 ettari in Australia. Nel 2001 ci sono state solo cinque

⁴² Si veda il sito di Poppy and Advisory Control Board (parte del Ministero della Giustizia in Tasmania): «becoming a grower».

⁴³ Si veda il sito di Poppy and Advisory Control Board (parte del Ministero della Giustizia in Tasmania): «security issues».

⁴⁴ Si veda il sito dell'Ufficio Centrale Narcotici Indiano: www.cbn.nic.in/html/operation-scbn.htm.

province in cui papaveri da oppio erano coltivati legalmente, mentre nel 1933 erano tredici; il limite è stato ridotto allo scopo di gestire l'estensione della produzione. L'ufficio del distretto locale del TMO monitora il raccolto di papavero in ogni area allo scopo di impedire dirottamenti verso il mercato nero.⁴⁵

Discussione

È chiaro che l'espansione della produzione di oppio e di prodotti derivati entro il quadro esistente è possibile e non è problematica. Anche con la pressione economica esercitata dalla domanda illegale che c'è ora, la produzione e il transito legali di oppio grezzo e prodotti farmaceutici lavorati a base di oppio avvengono su larga scala e senza significativi problemi di sicurezza o di dirottamento.

È probabile che l'espansione del consumo legalmente regolamentato di oppiacei avvenga inizialmente entro gli esistenti modelli di prescrizione medica: questo processo è già in corso, anche se lento. Progressivamente, nel corso di una serie di anni, si realizzerebbe un passaggio più significativo da una produzione illecita ad una lecita (sia tramite una sostanziale espansione del modello di prescrizione, sia tramite qualche altra forma appropriata di vendita autorizzata; si veda sopra): ciò garantirebbe un utile periodo di transizione in cui sviluppare ed espandere un'adeguata infrastruttura legislativa ed esecutiva, rispondendo, via via, ad ogni problema che dovesse emergere.

Man mano che questo processo a fasi andrà avanti, la domanda di prodotti illeciti diminuirà proporzionalmente, e con essa gli incentivi economici per la produzione illegale o il dirottamento del prodotto. Questo solleva questioni di sviluppo significative per l'Afghanistan, che attualmente si stima contribuisca al 93% della produzione illegale di oppio del mondo, coprendo con essa più di metà del proprio PIL.⁴⁶

Coltivazione di coca e produzione di cocaina legali

Sia la foglia di coca che la cocaina, il suo contenuto attivo di droga, sono soggetti a rigidi controlli in base alla Convenzione Unica sui Narcotici del 1961,

⁴⁵ D. Mansfield, *An Analysis of Licit Opium Poppy Cultivation: India and Turkey*, UK Foreign and Commonwealth Office, 2001, p. 13.

⁴⁶ «In Afghanistan, nel 2007 il valore totale dell'esportazione di oppio ed eroina trafficati con i paesi confinanti è stato di 4 miliardi di dollari, un incremento del 29% rispetto al 2006. Questo significa che l'oppio ora copre più di metà (53%) del PIL legale del paese». UNODC, *Afghanistan: Opium Survey 2007*, ottobre 2007, p. iii.



Il tradizionale tè alla coca

in modo analogo all'oppio e ai prodotti farmaceutici a base di oppio.⁴⁷ La produzione legale sia di coca che di cocaina esiste, ma se paragonata alla produzione legale di oppio avviene su scala molto più ridotta e c'è molta meno informazione: l'intero processo sembra quasi avvolto dal segreto.

Vari prodotti a base di coca a basso potenziale, come l'uso tradizionale della foglia di

coca e del tè di coca e vari altri preparati, come cibi o medicinali tradizionali, esistono in una zona d'ombra legale che rimane l'oggetto di continue tensioni tra le Nazioni Unite e le agenzie per la droga di Bolivia e Perù.

La foglia di coca come agente aromatizzante

La Convenzione del 1961 consente specificamente di utilizzare foglie di coca decocainizzate come agente aromatizzante.⁴⁸ L'acquirente principale per questo aromatizzante è la ditta che da esso prende il nome, la Coca Cola, che rimane notoriamente reticente sui propri ingredienti, ma che ammette di usare «l'essenza aromatizzante decocainizzata che è contenuta nella foglia di coca». Nel caso della Coca Cola, le foglie di coca sono acquistate da distributori sudamericani tramite il gruppo americano Stepan Chemicals Company. Negli anni novanta importavano negli Stati Uniti e lavoravano 175 tonnellate di foglie di coca all'anno: l'unica compagnia autorizzata a farlo con licenza federale (rilasciata dall'Agenzia Esecutiva sulla Droga degli Stati Uniti, DEA). La separazione della cocaina dall'agente aromatizzante comporta un processo piuttosto elaborato nel quale la foglia di coca viene «sminuzzata, mischiata a segatura, imbevuta di bicarbonato di soda, filtrata con toluene, sottoposta a getto di vapore, mischiata con farina di noci di cola e infine pastorizzata»⁴⁹. Il prodotto decocainizzato è poi inviato alla ditta Coca Cola. Il volume e la destinazione della cocaina prodotta ad uso medico (almeno una tonnellata della quale proverrebbe da quelle 175 tonnellate di foglia), rimangono misteriosi, anche se presumibilmente sono anch'essi amministrati dalla DEA.

Anche una serie di ditte meno importanti impiegano la coca come agente aromatizzante e molte di loro (a differenza della Coca Cola) si costruiscono

⁴⁷ Convenzione Unica sui Narcotici delle Nazioni Unite (1961), articoli 23.2.d e 26.

⁴⁸ Convenzione Unica sui Narcotici delle Nazioni Unite (1961), articolo 27.2.5.

⁴⁹ *The Legal Importation of Coca Leaf*, University of Illinois, Class module 9.3, 1999.

specificatamente il mercato intorno all'ingrediente della foglia di coca,⁵⁰ nonostante le bevande non contengano in effetti il principio attivo della coca. Tra queste ci sono la Red Bull (nel Regno Unito), la Kdrink, la Kokkawine, e la Agwa (un liquore a base di foglia di coca).⁵¹ La Red Bull dichiara di procurarsi il proprio aromatizzante di coca decocainizzata in Bolivia, Perù e Colombia; conferma anche che la cocaina estratta dalle foglie viene passata a importanti case farmaceutiche per «l'uso medico» e che le varie fasi della lavorazione sono monitorate dalle agenzie per la salute nei paesi in questione e autorizzate dalle agenzie delle Nazioni Unite.⁵²

Prodotti farmaceutici a base di cocaina

C'è relativamente poca informazione di dominio pubblico sulla produzione e sull'impiego di cocaina farmaceutica ad uso medico. Non esistono dati sul bilancio della produzione globale (derivante dal processo di decocainizzazione dell'aromatizzante estratto dalla foglia) o della domanda o su possibili fenomeni di dirottamento verso il mercato nero, a qualsiasi stadio del processo di produzione di coca/cocaina.

Oggi in pratica la cocaina ha relativamente poche applicazioni mediche principali.⁵³ Il suo utilizzo in anestesia è stato progressivamente rimpiazzato da più moderne e più efficaci alternative sintetiche come la Novocaina, la Lidocaina e la Xilocaina. Tuttavia essa rimane un medicinale autorizzato in molti paesi, inclusi gli Stati Uniti, dove è classificata nella Tabella II (sostanza ad alto rischio, con alcuni usi medici, soggetta a forti restrizioni), e nel Regno Unito, dove teoricamente può anche essere prescritta a consumatori dipendenti,⁵⁴ sulla base dello stesso modello di prescrizione a mantenimento che è più comunemente impiegato nel caso dell'eroina.

In base alla Convenzione Unica del 1961, i paesi che producono legalmente coca e cocaina sono tenuti a definire un'agenzia per il controllo e a supervisionare la coltivazione della coca e la produzione di cocaina.

Il Perù ha creato un'agenzia del genere, anche se è discutibile che essa operi nella maniera intesa dalle convenzioni: l'*Empresa Nacional de la Coca*

⁵⁰ A differenza della Coca Cola, che potrebbe fare a meno dell'ingrediente, se, sul finire dello scorso secolo la sua aggiunta non avesse acquisito implicazioni commerciali nella descrizione del prodotto per la registrazione del marchio, Pepsi e la maggior parte delle altre bevande analoghe notoriamente non aggiungono coca.

⁵¹ www.redbullcola.com; www.kdrink.com; www.kokkawine.com; www.agwabuzz.com.

⁵² Corrispondenza tra Transform e Red Bull, dicembre 2008.

⁵³ Nell'America meridionale rimane ampio l'uso di vari preparati a base di coca come medicina tradizionale.

⁵⁴ Gli esempi documentati di tali prescrizioni sono tuttavia pochi o nessuno.

(ENACO)⁵⁵ agisce come un monopolio di Stato autorizzato ed esporta foglie di coca negli Stati Uniti, ma produce e promuove anche una serie di prodotti a base di coca, come il tè di coca (*mate de coca*). Il Perù lavora anche una piccola quantità di cocaina grezza da esportare in altri paesi per la produzione di cocaina ad uso medico.⁵⁶ Anche la Bolivia, in modo analogo, ha un'agenzia nazionale per monitorare la produzione e il commercio di coca: la Direzione Nazionale Boliviana per il Controllo della Foglia di Coca (DIGECO).

Tè a base di coca, foglia di coca e altri prodotti a base di coca

La produzione, esportazione e distribuzione di tè di coca (*mate de coca*) e di foglia di coca sono considerati illegali dall'INCB in base alla Convenzione del 1961, un giudizio riaffermato con forza nel Rapporto annuale del 2007⁵⁷ (pubblicato nel marzo del 2008). Comprensibilmente, questo pronunciamento ha causato sdegno in Bolivia e Perù, dove la masticazione della foglia di coca è una tradizione di antica data tra i gruppi indigeni e il *mate de coca* è consumato largamente in tutti i gruppi sociali ed economici ed è liberamente disponibile tanto quanto il caffè o il tè (convenzionale). L'uso tradizionale della foglia di coca è sempre di più diventato un argomento infiammato nell'arena politica internazionale, in quanto tali antiche pratiche culturali e tradizioni indigene si scontrano con le prerogative dei governi occidentali, determinati a eliminare la fonte di cocaina illegale che esiste a fianco di quella destinata al consumo tradizionale.

L'argomento storico avanzato a livello delle Nazioni Unite a sostegno della proibizione dell'uso tradizionale essenzialmente consiste nel fatto che la coca è ritenuta una sostanza che dà dipendenza: una visione riconducibile alla Commissione di Esperti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sulla Dipendenza da Droga, che nei rapporti del 1952 e del 1954 concluse che la masticazione di coca dovesse essere considerata come una forma di dipendenza da cocaina.⁵⁸ Tuttavia un più recente studio sul consumo mondiale di cocaina elaborato dall'Istituto Interregionale di Ricerca su Crimine e Giustizia del-

⁵⁵ Sito web ENACO: www.enaco.com.pe.

⁵⁶ Comunicazione tra Transform e l'INCB, marzo 2008.

⁵⁷ «La commissione invita di nuovo i governi di Bolivia e Perù a considerare l'emendamento delle loro legislazioni nazionali al fine di abolire o proibire attività che sono in contrasto con la Convenzione del 1961, come la masticazione di foglia di coca e la produzione di *mate de coca* (tè di coca) e altri prodotti contenenti alcaloidi di coca per consumo domestico o esportazione». Resoconto Annuale dell'INCB del 2007 (pubblicato nel marzo 2008), p. 37.

⁵⁸ WHO Technical Report Series 57, March 1952, section 62, p. 10, and No. 76, March 1954, Section 6, p. 10.

le Nazioni Unite (UNICRI) e dall'OMS ha scoperto che «il consumo di foglie di coca non sembra avere effetti negativi sulla salute e possiede una positiva funzione terapeutica, sacrale e sociale per le popolazioni indigene delle regioni andine».

Questo studio esauriente durato quattro anni e completato nel 1995 rappresenta l'analisi più comprensiva ed approfondita sul consumo globale di coca e cocaina che sia mai stata prodotta: ha raccolto dati da ventidue città, in diciannove paesi, in cinque continenti, analizzando l'uso di coca e di cocaina e i suoi effetti sulle comunità. Nel marzo del 1995 l'OMS e lo UNICRI annunciò in una conferenza stampa la prossima pubblicazione dello studio, riassumendone alcune delle scoperte chiave. Poco dopo quest'annuncio, il rappresentante degli Stati Uniti all'Assemblea Mondiale della Sanità mise in discussione i dati e minacciò il ritiro del finanziamento statunitense all'OMS, se l'Organizzazione Mondiale della Sanità non si fosse dissociata da quel rapporto. Fino ad oggi, questo rapporto non è mai stato ufficialmente pubblicato, anche se le parti più importanti sono filtrate all'esterno e sono state rese pubbliche su Internet.⁵⁹

La Convenzione delle Nazioni Unite del 1961, sottoscritta anche da Perù e Bolivia, stabilisce che il consumo tradizionale di coca debba essere eliminato entro 25 anni. Essendo la Convenzione entrata in vigore nel 1964, la scadenza era fissata nel 1989 ed è passata. La Convenzione del 1988 prende in considerazione il consumo tradizionale di coca, sebbene in modo confuso e ambiguo. Essa afferma che «le misure adottate devono rispettare i diritti umani fondamentali e devono tener conto dell'uso tradizionale [...]»⁶⁰; in più si avanzano preoccupazioni sul fatto che tali divieti possano violare la tutela delle culture indigene, proclamata dalla Convenzione delle Nazioni Unite sulle Popolazioni Indigene e Tribali del 1957. L'INCB rimane in qualche modo solo nella sua visione rigida della Convenzione del 1961: nell'aprile del 2008 il Parlamento Europeo ha avanzato la richiesta di indagare l'«uso sicuro» di certi prodotti a base di coca (tè di coca, ecc.).⁶¹

Attualmente quattro paesi (Bolivia, Perù, Argentina e Colombia) mantengono una legislazione che, in diverse misure, permette alcune forme di protezione dell'uso tradizionale. La Bolivia e il Perù permettono la coltivazione delle foglie per questo uso, ma limitandola ad un certo numero di ettari. L'Argentina permette alla gente di tenere con sé foglie di coca per la tradizionale

⁵⁹ WHO/UNICRI, *The Cocaine Project*, report, 1995, p. 16 (per l'intero documento si veda: www.tdpf.org.uk/WHOleaked.pdf).

⁶⁰ Convenzione delle Nazioni Unite sul Traffico Illecito di Narcotici e Sostanze Psicotrope (1988), articolo 14, clausola 2.

⁶¹ *The Role of Civil Society in Drugs Policy in the European Union*, Section 39, 2008.

masticazione, come fanno anche la Colombia e il Cile per le proprie popolazioni indigene.

I mercati legali e semi-legali di prodotti a base di coca incontrano problemi significativi, in quanto devono lottare in competizione con la produzione illegale di coca che rifornisce il commercio illegale di cocaina. L'ENACO ha dichiarato di aver pagato nel 2006 i propri coltivatori 1,4 dollari per un chilo di foglia di coca, mentre il prezzo sul mercato illegale è di 4 dollari al chilo.⁶² È interessante notare l'emergere di un mercato ombra che paga ai coltivatori per la foglia di coca prezzi perfino più alti di quelli offerti dai produttori di cocaina: questa coca (destinata ad un mercato di nicchia di coca di alta qualità) è impiegata non per la produzione di cocaina ma per il consumo tradizionale e scavalca l'ENACO completamente.

Il governo della Bolivia è attualmente guidato da un ex coltivatore di coca, Evo Morales, e sta attivamente incoraggiando la produzione di prodotti a base di coca, come il tè, la farina e anche la pasta dentifricia. Nel 2006, di fronte all'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, Morales avanzò la richiesta di porre fine alla criminalizzazione della foglia di coca e ha poi ripetuto il suo appello nel 2009 di fronte alla Commissione Narcotici (CND), masticando una foglia di coca sul palco a conclusione del suo discorso. Nel luglio 2009, la proposta boliviana di emendare la Convenzione del 1961 in modo da escluderne la masticazione della foglia di coca è stata ufficialmente ammessa alla considerazione dell'ECOSOC.⁶³

Discussione

La produzione legale di coca per essere consumata nella sua forma grezza di foglia, in prodotti poco lavorati o come cocaina ad uso medico non presenta di per sé alcun problema significativo. I prodotti a base di coca a basso potenziale (foglia e tè) non richiedono alcun controllo in più di prodotti analoghi, come il caffè, mentre la lavorazione della coca per estrarre cocaina ad uso medico dovrebbe avvenire a livello industriale, per cui qualsiasi questione di sicurezza e di regolamentazione del prodotto opererebbe entro modelli consolidati. I problemi fondamentali di un sistema di questo tipo sarebbero gli stessi che nelle regioni produttrici di coca: cioè le tensioni economiche potenzialmente destabilizzanti e le pressioni esercitate da qualsiasi mercato illecito che rimanesse parallelamente in attività.

⁶² Lasso, *South America: The Business of Legal Coca*, 2006.

⁶³ Un'analisi dettagliata è disponibile sul sito dell'Istituto Transnazionale (Transnational Institute): www.ungassondrugs.org.

La regolamentazione della produzione legale di foglia di coca in linea con le direttive esistenti di commercio equo (garanzie sui prezzi insieme ad una serie di altre norme di protezione sociale ed ambientale, come per i coltivatori di caffè, cacao, zucchero, ecc.) andrebbe a migliorare questi problemi. Inoltre, in modo analogo a quanto potrebbe succedere per l'oppio e la cannabis, i problemi dovrebbero diminuire progressivamente col ridursi della domanda di offerta illegale, man mano che il mercato globale si sposta verso la produzione e distribuzione legalmente regolamentata. Può darsi che sorgano problemi specifici di commercio e di sviluppo durante questo periodo di transizione, inclusa la possibilità che le agenzie per le droghe delle Nazioni Unite concedano la licenza alla produzione di coca solo ad un numero limitato di paesi (per esempio limitandola alle nazioni andine) o che i singoli Stati inizino a coltivare la coca per il proprio mercato interno (si veda paragrafo 4.5. Le conseguenze sociali, politiche ed economiche più generali).

La produzione legale di cannabis

Se pensiamo a come in futuro si potrebbe regolamentare la produzione di cannabis, abbiamo un corpo significativo di esperienze passate da cui attingere. Tra queste, la regolamentazione legale della produzione di cannabis per una serie di scopi (in primo luogo per vari tipi di impiego e vari preparati medici, ma anche, seppure in minor misura, per la produzione industriale di canapa e per vari usi sacrali e religiosi) in una serie di diversi paesi, nel corso di svariati decenni. Le sfide e i problemi sollevati dai modelli già esistenti offrono una chiara indicazione della direzione in cui i modelli di produzione autorizzata di cannabis ad uso non medico potrebbero svilupparsi, se e quando il contesto politico e legislativo lo permettesse.

La cannabis ha una singolare posizione nel contesto della cultura e della politica contemporanea sulla droga, in quanto è di gran lunga la droga illegale più ampiamente consumata a livello globale,⁶⁴ ma è anche una droga che viene da una pianta,⁶⁵ che può essere consumata al suo stato grezzo di erba senza richiedere gli alti livelli di lavorazione necessari, per esempio, nel caso di eroina e cocaina. I problemi di controllo sulla regolamentazione sono anche resi più complicati dal fatto che la pianta stessa è straordinariamente semplice da coltivare in un'ampia serie di condizioni ambien-

⁶⁴ L'UNODC stima che circa 160 milioni di persone facciano uso di cannabis ogni anno: il 3,8% della popolazione mondiale compresa tra l'età di 15 e 64 anni. *Resoconto Annuale dell'UNODC del 2008*, p. 10.

⁶⁵ La cannabis contiene una serie di principi attivi, i più importanti dei quali sono il THC e il CBD.

tali. La combinazione di questi fattori con l'enorme e crescente domanda di droga (che è aumentata costantemente in Occidente nel corso degli ultimi quaranta anni, ma che in effetti mostra ora segni di arresto o persino di diminuzione)⁶⁶ ha fatto sì che la regolamentazione di produzione, distribuzione e consumo di cannabis abbia rappresentato una sfida impossibile da sostenere per chi ha dovuto applicare la proibizione; e così la produzione, la distribuzione e l'offerta illegale sono state più che capaci di tenere il passo con la domanda.

A parte l'incubo insormontabile, ed evidentemente mai destinato a finire, che questo fenomeno rappresenta per chi è addetto a reprimerlo (i dati più recenti a disposizione sono del 2003, quando si stimava che il mercato del commercio illegale di cannabis fruttasse circa 113 miliardi di dollari),⁶⁷ la pressoché totale mancanza di regolamentazione del mercato comporta che una produzione di vastissima scala sia in mano a coltivatori non autorizzati, non tassati e non soggetti a controllo per l'impatto ambientale che provocano. Non solo; significa anche che il prodotto stesso non è soggetto ad alcun controllo, cosicché la sua forza/potenza⁶⁸ non può essere valutata o controllata e non c'è possibilità per le agenzie competenti di intervenire su questioni relative al controllo della qualità, come nel caso di contaminazione.⁶⁹

Produzione legale di cannabis ad uso medico

Il modello attuale più utile per la produzione di cannabis è quello della produzione ad uso medico, sia nella forma di erba, sia in quella lavorata.

Prodotti lavorati a base di cannabis ad uso medico

La compagnia GW Pharmaceuticals con sede nel Regno Unito produce il Sativex, che è il primo prodotto farmaceutico su prescrizione (con composizione, formula e dosaggio standardizzati) derivato dalla pianta di cannabis. Esso differisce da analoghi prodotti sintetici (vedi sotto) in quanto è derivato direttamente dal vegetale e contiene due principi attivi presenti nella

⁶⁶ «La produzione ed il consumo di cannabis ha cessato di crescere per la prima volta nell'ultimo decennio», *Resoconto Annuale dell'UNODC del 2008*, p. 10.

⁶⁷ *UNODC World Drug Report 2005*, p. 127.

⁶⁸ Inclusa la potenza relativa di THC e CBD, che può influenzare la prevalenza di alcuni effetti collaterali negativi dell'intossicazione da cannabis, come sintomi/episodi psicotici.

⁶⁹ Ci sono svariati esempi di come la cannabis possa essere contaminata con varie sostanze. Esiste un caso documentato del 2007, in cui cannabis di strada veniva appesantita con del particolato di piombo, portando ad un considerevole numero di seri avvelenamenti da piombo; si veda: *Lead Poisoning Due to Adulterated Marijuana*, in *New England Journal of Medicine*, 10 aprile 2008.

pianta di cannabis, il THC e il CBD (esistono diverse formule). La coltivazione della pianta di cannabis per quest'uso è permessa previa concessione di una licenza specifica rilasciata dal Ministero degli Interni (autorizzata in base alla sezione 7 della legge sull'Abuso di Droghe del 1971). Questa licenza permette alla compagnia di condurre ricerche e sviluppare medicinali da prescrizione a base di cannabinoidi come il Sativex. In base a quanto dichiarato da GW Pharmaceuticals, le piante di cannabis vengono coltivate «in un ambiente climatizzato elettronicamente, in serre protette»: il che permette di seguire «rigorose procedure di lavorazione rigorosamente standard», «per assicurare l'assenza di contaminazione da agenti chimici, di infestazione o crescita di funghi, la regolarità del contenuto di principi attivi, del metodo di raccolta, di essiccaggio, di estrazione primaria, di conservazione e di consegna finale». La coltivazione ha luogo in una località segreta del Sud dell'Inghilterra.

È interessante notare che attualmente esistono altri medicinali da prescrizione che sono a base di composti presenti nella pianta della cannabis. Il primo è il dronabinolo (commerciato come Marinol), che contiene il principale principio attivo della cannabis, il tetraidrocannabinolo (THC), ma che è prodotto in modo interamente sintetico. Nel 1986, negli Stati Uniti, il Marinol è stato spostato dalla tabella 1 (nessun uso terapeutico: la categoria alla quale la cannabis/marijuana appartiene ancora) alla tabella 2, permettendo così di prescriverlo sotto forma di gel a base di olio, sebbene a condizioni molto rigide. Nel 1991, la Commissione sui Narcotici (CND) ha spostato analogamente il THC e i suoi stereoisomeri (varianti chimiche) dalla tabella I delle Nazioni Unite (nessun valore terapeutico) alla tabella II (limitato valore terapeutico), liberando così il Marinol dalle strettissime restrizioni imposte dall'articolo 7 della Convenzione delle Nazioni Unite sulle Sostanze Psicotrope del 1971. Nel 1999, in America, il Marinol è stato ancora spostato alla tabella 3 degli Stati Uniti.⁷⁰ Tre anni dopo, al 33° *meeting* del 2002, la Commissione degli Esperti sulla Dipendenza dalle Droghe dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha raccomandato di trasferire il THC alla tabella IV della Convenzione del 1971 (la categoria meno strettamente controllata), menzionando i suoi impieghi medici ed il suo basso potenziale di abuso. La commissione di esperti ha poi rivisto questa proposta nel 2006⁷¹ e ha raccomandato di spostare il THC solo alla Tabella III delle Nazioni Unite. Avevano infatti scoperto che «il Dronabinolo è

⁷⁰ In base ad una ricostruzione elaborata da J. Gettman questo cambiamento fu avanzato «in risposta ad una petizione sottoscritta dalla ditta produttrice il 3 febbraio del 1995», www.drugscience.org/lib/bib_tl.html.

⁷¹ WHO Expert Committee on Drug Dependence. *Thirty Fourth Report*, p. 10 (2.1.1).

il principale principio attivo della cannabis ed ha quindi effetti simili ad essa sull'umore, sulle percezioni e sul sistema cardiovascolare»⁷².

L'altro medicinale a base di cannabinoidi è il Nabilone, che è prodotto sinteticamente e imita gli effetti del THC, apparentemente limitandone però gli effetti collaterali, in particolare l'euforia prodotta dal THC.

Prodotti non lavorati o in forma di erba ad uso medico

L'uso di cannabis sotto forma di erba per una serie di usi medici è ben diffuso ed è sostenuto da un'ampia gamma di membri della comunità medica e scientifica.⁷³ Il suo impiego rimane tuttavia controverso nel mondo della medicina perché, a differenza di quasi tutti gli altri medicinali autorizzati, viene consumato nella sua forma grezza di erba (considerata un cocktail «caotico» di principi attivi); e perché spesso viene fumato (anche se può essere usato con un vaporizzatore o ingerito sotto forma di preparati diversi) e non passa attraverso i severi controlli, che sono normali per altri medicinali da prescrizione.

Ci sono anche questioni etiche riguardo ai potenziali effetti collaterali, come quelli piacevoli, insieme alla preoccupazione per possibili dirottamenti ad uso non medico. Ciononostante, la fornitura di cannabis ad uso medico in forma di erba esiste in varie forme e offre utili indicazioni su come in futuro potrebbero funzionare i modelli di produzione ad uso non medico.

La produzione legale negli Stati Uniti

Nell'arena politica americana, la produzione, la distribuzione ed il consumo di cannabis sono chiaramente più controversi (rispetto, per esempio, all'uso della pianta di S. Giovanni come antidepressivo, che non ha alcun uso concomitante non medico/ricreativo): infatti la questione si è inesorabilmente intrecciata col più ampio dibattito politico e culturale sul consumo non medico di cannabis e sulla legislazione ad esso relativa. Ciononostante, la questione si è imposta, sospinta dalle tante testimonianze sull'efficacia della cannabis in forma di erba, a paragone di medicinali da prescrizione standard, per un gran numero di individui affetti da malattie croniche, i quali non rientrano nello stereotipo dei consumatori di droga. Tredici Stati permettono oggi

⁷² In certi paesi ci sono stati alcuni importanti dibattiti sul tentativo di rimuovere la cannabis dalla sua attuale classificazione nella Categoria 1 delle Nazioni Unite; in particolare ci sono stati dibattiti parlamentari in Olanda all'inizio del 2008 riguardo all'ambiguo stato legale della politica del paese sulla cannabis. Un tale cambiamento è ancora in attesa di ricevere seria considerazione a livello di Nazioni Unite dalla Commissione sui Narcotici.

⁷³ *Supporting Research into the Therapeutic Role of Marijuana: A Position Paper of the American College of Physicians*, gennaio 2008.

l'uso medico della cannabis: Alaska, California, Colorado, Hawaii, Maine, Maryland, Montana, Nevada, New Mexico, Oregon, Rhode Island, Vermont e Washington.

È in corso un conflitto tra gli Stati e il governo federale. I singoli Stati, nell'esercizio di quello che essi considerano un proprio diritto a permettere produzione, distribuzione e consumo di cannabis ad uso medico, si sono ripetutamente scontrati col governo federale, che insiste a sostenere che la cannabis non abbia alcun valore terapeutico, secondo la classificazione nella tabella 1 delle droghe definita in base alla legge americana. Di conseguenza si sono avuti una serie di spiacevoli incidenti nell'azione di repressione, quando la polizia federale ha chiuso i centri di produzione e i dispensari che erano stati ufficialmente ratificati dal governo dello Stato. Paradossalmente, lo stesso governo federale degli Stati Uniti produce cannabis ad uso medico e la distribuisce ai consumatori, che ricevono una consegna mensile di spinelli preconfezionati.

Al momento in cui scriviamo, sopravvivono solo quattro dei pazienti partecipanti al Programma di ricerca compassionevole di nuove droghe (*Compassionate Investigational New Drug Programme*, IND), portato avanti dalla *Food and Drug Administration* (FDA). A questi pazienti è stata fornita cannabis ad uso medico per un periodo che va dagli 11 ai 27 anni. La cannabis è coltivata presso l'Università del Mississippi con il benestare del *National Institute on Drug Abuse*, NIDA. Il materiale è spedito all'Istituto del Triangolo della Ricerca in North Carolina, dove è sminuzzato e arrotolato da macchine per sigarette modificate, quindi immagazzinato in forma parzialmente disidratata e congelata. Gli spinelli sono distribuiti ogni mese a ciascun paziente.

La produzione legale di cannabis in Canada

Uno scenario simile è presente in Canada, dove, nel 2001, la Divisione Accesso alla Marijuana ad Uso Medico del Dipartimento della Salute Canadese ha legalizzato il consumo della cannabis a scopi medici in circostanze particolari.⁷⁴ In base alle Normative per l'Accesso alla Marijuana ad Uso Medico, i singoli possono ottenere una licenza per produrre la cannabis per il proprio fabbisogno, oppure la licenza può essere assegnata a terzi per coltivarla al posto loro. Nel 2000, il Dipartimento della Salute Canadese, *Health Canada*, ha appaltato alla *Prairie Plant Systems* il compito di coltivare cannabis in una miniera sotterranea a Flin Flon in Manitoba per conto del governo federale e a scopi di ricerca; nel 2003 ha poi autorizzato la stessa ditta a distribui-

⁷⁴ Il sito di Health Canada: www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/marihuana/supply-approvis/prairie_e.

re il prodotto ad un numero crescente di pazienti inclusi nel programma governativo.⁷⁵ *Health Canada* osserva che:⁷⁶

In accordo con i termini dell'originale contratto quinquennale che la PPS (Prairie Plant Systems) ha sottoscritto con Health Canada, la compagnia:

- *ha messo in piedi e gestito un impianto per la coltivazione, la lavorazione, il confezionamento e la conservazione di marijuana;*
- *ha condotto test di laboratorio e controlli sulla qualità della marijuana lungo tutto il ciclo del prodotto;*
- *ha confezionato, imballato, etichettato e immagazzinato il materiale di marijuana;*
- *ha adempiuto agli obblighi imposti dalla legge sulle Droghe e sulle Sostanze Controllate, comprese le strette misure fisiche e di sicurezza;*
- *ha distribuito la marijuana ai pazienti e ai ricercatori.*

Oltre ai 600 consumatori che, secondo le stime, fanno uso della cannabis prodotta dalla *Prairie Plant Systems*, in Canada ci sono anche oltre 11.000 consumatori che fanno parte di «associazioni compassionevoli» (*compassion clubs*).⁷⁷ Queste associazioni fungono da distributori di cannabis ad uso medico, fornendo la sostanza dietro valida richiesta o conferma di diagnosi da parte di un medico autorizzato.⁷⁸ La Commissione Speciale del Senato sulle Sostanze Illegali⁷⁹ e altri enti governativi hanno richiesto che queste organizzazioni ricevano una licenza e vengano legalmente riconosciute, ma per ora queste continuano ad operare senza alcuna ratifica legale.

Al momento, questi gruppi sono autoregolamentati. Essi stabiliscono precisi standard, incluso l'impegno ad offrire qualità diverse di pianta e ad effettuare la coltivazione senza l'uso di fertilizzanti chimici, (che potrebbero portare ad una contaminazione da metalli pesanti), senza pesticidi o fungicidi. I coltivatori devono anche proteggere la cannabis dalla fermentazione, dalle ruggini, dalle muffe e dai funghi. Le associazioni conducono personalmente i test sugli agenti contaminanti e sulla potenza del prodotto.

⁷⁵ Il sito della Divisione Accesso alla Marijuana ad Uso Medico di Health Canada è: www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/marihuana/index-eng.php.

⁷⁶ Sono stati sollevati dubbi sulla qualità della cannabis prodotta da Flin Flon; si veda: *Open Letter of Concern for the Health and Safety of Canada's Medicinal Cannabis Community*, Canadians for Safe Access.

⁷⁷ Lucas, *Regulating Compassion: An Overview of Canada's Federal Medical Cannabis Policy and Practice*, in *Harm Reduction Journal*, vol. 5, n. 5, 2008, p. 9.

⁷⁸ Capler, Lucas, *Guidelines for Community-Based Distribution of Medical Cannabis in Canada*, maggio 2006, p. 4.

⁷⁹ «Si dovrebbero prendere delle misure per sostenere ed incoraggiare lo sviluppo di pratiche alternative, come l'apertura di associazioni di compassione». Nolin, Kenny, *Cannabis: Our Position for a Canadian Public Policy. Report of the Senate Special Committee on Illegal Drugs*, Summary Report, settembre 2002, p. 20.

La produzione di Cannabis in Olanda

La produzione di cannabis in Olanda vive in una particolare zona d'ombra legale creata dal contrasto tra la politica nazionale di decriminalizzazione di fatto del consumo personale e delle vendite autorizzate (attraverso il sistema dei *coffee shop*; vedi sopra), e l'impegno nei confronti dei trattati sulla droga delle Nazioni Unite, che impongono rigidamente di proibire la produzione. Mentre la coltivazione di piccole quantità per il consumo personale viene tollerata (così come anche altrove in Europa), la produzione o l'importazione su larga scala per rifornire i *coffee shop* non lo sono, e hanno dovuto subire una repressione crescente negli ultimi anni. Nei decenni precedenti le organizzazioni criminali olandesi erano maggiormente coinvolte con il traffico europeo e internazionale di cannabis, ma la spinta repressiva della fine degli anni novanta è riuscita a smantellare gran parte di queste attività: ciò ha coinciso con l'espansione della produzione illegale interna, sia in Olanda che altrove. La produzione interna di erba di cannabis copre ora il 75-80% delle vendite dei *coffee shop* e, anche se non è regolamentata quanto alla potenza e all'inquinamento, è però generalmente considerata di buona qualità. Non abbiamo a disposizione dati attendibili, tuttavia si ritiene che una parte sostanziale della produzione interna olandese sia destinata all'esportazione verso i paesi confinanti. Corre voce che la cannabis esportata sia di qualità inferiore, quindi non accettabile per i *coffee shop* e sia distribuita in confezioni sottovuoto in cui è più facile appesantirla con altri materiali. La maggior parte della cannabis in forma di hashish/resina offerta nei *coffee shop* è ancora importata dal Marocco attraverso consolidate vie illegali.

L'uso tradizionale della cannabis in India

La cannabis (chiamata anche *ganja* o, in India, *bhang*) viene usata in India da molti secoli. È associata con una delle più importanti divinità Indu, Shiva, ed è anche apertamente usata durante alcune festività tradizionali annuali, soprattutto durante la festa di primavera di Holi. Fino a quando l'India non ha sottoscritto la Convenzione sulle droghe delle Nazioni Unite del 1961, la vendita di *bhang* era controllata dal governo, che gestiva il commercio delle droghe attraverso la concessione di licenze e l'imposizione di tasse. Le rivendite governative di *bhang* erano le più diffuse in larghe aree dell'India e in alcuni casi lo sono ancora oggi.

In base alla Convenzione Unica del 1961, l'India, come molti altri paesi che avevano un cosiddetto «uso tradizionale» di sostanze contenute nelle tabelle, era obbligata a porre fine al consumo di tali sostanze in un arco di tempo di 25 anni. Ciò non è avvenuto, in modo analogo a quanto successo per il consumo tradizionale della foglia di coca nelle Ande, e c'è poco da sorprendersi



Una tradizionale rivendita di cannabis «autorizzata» a Jaisalmer, India, 2006

(la scadenza a 25 anni era forse già segno che non ci si aspettava che avvenisse). Infatti esistono ancora «ufficiali» rivendite governative di *bhang* in alcune città come Varanasi e Puri (e in altre località nel Rajasthan) e il consumo di cannabis è ancora ampiamente diffuso durante le feste religiose, così come, su base più regolare, tra un piccolo gruppo di religiosi, i Sadhus. Il consumo a scopi ricreativi di *bhang* da parte di turisti occidentali non è raro. La produzione di *bhang*,

che ha una potenza relativamente bassa ed è soprattutto usato dentro cibi o bevande, è essenzialmente priva di regolamentazione e funziona non diversamente dalla produzione di qualsiasi altra erba aromatica o spezia.

La produzione domestica su piccola scala ad uso personale

Come si è discusso sopra, la cannabis è relativamente semplice da coltivare e preparare in giardino o in casa, facendo uso di sistemi d'illuminazione e di coltivazione che si possono trovare liberamente. Questi sistemi non possono essere soggetti a restrizioni legali o a controlli, in quanto hanno una varietà di altri usi legittimi. Stante questa realtà, la produzione domestica di piccole quantità è diventata sempre più popolare e diffusa, fomentata da una fiorente industria di guide e letteratura, strumenti e accessori per la coltivazione. Questo fenomeno è stato facilitato dalla difficoltà di legiferare contro la distribuzione di semi di cannabis, che in se stessi non contengono i principi attivi della droga.⁸⁰

Alcuni paesi hanno creato normative per la produzione domestica di cannabis ad uso personale terapeutico. Il Canada, come si è visto sopra, ne è un buon esempio. In base alle norme della Divisione all'Accesso alla Marijuana ad Uso Medico, il Canada permette il rilascio di «licenze per la produzione ad uso personale», che consentono la coltivazione di piccole quantità (usando una formula per determinare il limite al numero di piante/di prodotto raccolto) in base a stretti criteri di concessione di licenza.

In Spagna la politica di decriminalizzazione del possesso e consumo personale di cannabis copre anche il diritto degli individui di coltivare un limitato numero di piante per il proprio uso personale.

⁸⁰ I semi, per esempio, sono legali nel Regno Unito e in Canada, ma non negli Stati Uniti.

Discussione

La produzione autorizzata di cannabis ad uso medico che, su media o larga scala, avviene in un certo numero di paesi dimostra chiaramente come sia possibile realizzare questo tipo di produzione in un modo che soddisfi sia le preoccupazioni relative alla sicurezza che le questioni sul controllo della qualità. La produzione ad uso non medico presumibilmente potrebbe non avere bisogno di rispettare standard così rigorosi in nessuno di questi due aspetti. Per esempio, impiantare una coltivazione in una miniera sotterranea potrebbe risultare un po' eccessivo.

Le legittime preoccupazioni circa il possibile dirottamento del prodotto sul mercato illegale potrebbero essere risolte tramite la concessione di un'appropriate licenza ai coltivatori e ai distributori, in combinazione con efficaci azioni repressive qualora si verificassero violazioni delle condizioni di licenza. Chiaramente, l'incentivo economico a dirottare il prodotto sul mercato illegale diminuirebbe progressivamente, man mano che la produzione legale si espandesse e venisse minato il margine di profitto di cui attualmente godono i distributori illegali. Come nel caso dell'oppio e dei prodotti a base di coca discussi sopra, l'espansione della produzione legale di cannabis avverrebbe in modo graduale nel corso di un numero di anni, permettendo così di gestire la transizione e di sviluppare un'efficace infrastruttura di regolamentazione in risposta ad ogni problema che emergesse via via.

Quando fosse disponibile una vendita al dettaglio legale, plausibilmente la coltivazione domestica di cannabis ad uso personale potrebbe diventare un'attività sempre più minoritaria, qualcosa di simile alla distillazione domestica di vino o birra: il retaggio esclusivo di un piccolo gruppo di amatori. In termini pratici, sarebbe quasi impossibile fornire licenze per la produzione di piccole quantità a scopi non commerciali, anche se parte del prodotto fosse messo in circolazione tra gli amici. La produzione domestica di tabacco nel Regno Unito è teoricamente soggetta a dazio, ma in pratica non si applica. Si potrebbero emanare e diffondere linee guida di base e porre limiti sull'ammontare della produzione concessa ad ogni individuo, ma l'esperienza di simili schemi in Europa insegna che questi sono poi difficili da applicare e ignorati dalla polizia e dai coltivatori in ugual misura. Potrebbe essere appropriato un modello di licenza per piccoli o medi club della cannabis o per associazioni di coltivatori che condividono/forniscono/scambiano no profit la sostanza, in maniera tale da mettere in atto controlli di qualità e sull'età, e da stabilire un certo livello di affidabilità.

Finito di stampare
nel mese di febbraio 2011
dalla Tipografia O.Gra.Ro.
Vicolo dei Tabacchi 1 - Roma

