

UN MUTAMENTO DI ROTTA DEGLI OBIETTIVI PRINCIPALI DEL CONTROLLO SULLA DROGA: DALL'ELIMINAZIONE DEL CONSUMO ALLA SUA REGOLAZIONE

La riduzione dei rischi come nuovo cardine della politica in materia di droga

Peter COHEN

Abstract: Ritengo che gli obiettivi originari del proibizionismo quasi totale del consumo di droghe, così come viene applicato in conformità con la Convenzione Unica del 1961, siano irraggiungibili. Intendo invece presentare alcune argomentazioni e modi di concepire il consumo di stupefacenti, da cui scaturisce l'esigenza di una revisione di vasta portata degli obiettivi che attualmente si prefigge il controllo sulla droga. Si dovrebbe praticare un cambiamento di rotta per quel che riguarda gli scopi ai quali mira la politica in materia di droga, spostandosi dalla soppressione alla regolamentazione del consumo.¹ In questo articolo presenterò i dati sul consumo di stupefacenti raccolti ad Amsterdam i quali, a mio parere, depongono a favore di questo mutamento.

I dati relativi al consumo di droga tra gli abitanti di Amsterdam (nell'arco di un decennio) mostrano un notevole livello di controllo e di stabilità nell'andamento del consumo di stupefacenti, nell'ambito di una politica che consente di accedere alle droghe con relativa facilità. E' prevedibile che l'autocontrollo individuale esercitato sul consumo della droga possa agire maggiormente sulla strutturazione dell'andamento in questione, rispetto a quanto possa farlo la teoria classica della politica in materia di droga.

Canapa e cocaina ad Amsterdam

Non è molto difficile legiferare sulla soppressione totale, o quasi, di droghe particolari, e continuare a mantenere tale soppressione come obiettivo principale, fintantoché tali droghe non vengono consumate, o sono usate raramente. Per quel che riguarda l'Olanda, la materia è stata oggetto di ricerche approfondite (Gerritsen, 1993; Leuw e Hean Marshall, 1994; De Kort, 1995). I problemi cominciano a sorgere allorché le droghe proibite iniziano a diventare parte di nuovi stili di vita nel cui ambito le ragioni che sono alla base della loro soppressione diventano irrilevanti. Tale irrilevanza crea problemi di natura politica e etica, come pure problemi pratici per la società nel suo complesso. Un altro elemento problematico è il fatto che è necessario che trascorra un certo periodo di tempo prima che si realizzi una "acculturazione" in relazione alle nuove droghe. Tale "acculturazione" su una nuova droga consiste nello sviluppo di norme riguardanti il suo consumo e il suo dosaggio, come pure il sorgere di rappresentazioni su cosa aspettarsi da queste droghe da parte di coloro che ancora non ne fanno uso.

In questo documento mi focalizzo sul consumo di cocaina e di canapa ad Amsterdam, due droghe consumate da parti ridotte ma significative della popolazione (il consumo "almeno una volta nell'ultimo mese", di canapa è meno del 10%, e quello della cocaina non è più dell'1% della popolazione dai dodici anni in su, Tabella 1). Lo studio dei modelli di consumo nell'arco temporale e dei contesti ambientali in cui vengono utilizzate queste droghe potrebbe permetterci di comprendere meglio se esistono rischi collegati all'utilizzo di tali droghe o quanti consumatori possono incorrere in questi rischi.

Amsterdam costituisce un'area geografica importante per lo studio del consumo di droghe a causa del livello più elevato di utilizzo e della sua storia di acculturazione dell'uso di droghe, più lunga rispetto a quella di qualsiasi altra zona dell'Olanda (Langemeijer et al., 1998; Abraham et al., 1999). Cercherò quindi di applicare la conoscenza ricavata sia da ricerche sulla popolazione, sia da studi effettuati in profondità sulla storia dei consumatori, come sfondo per la "valutazione del rischio" del consumo di droga. Dimostrerò che nella maggior parte dei casi il consumo di droghe radicato sul territorio è soggetto ad un notevole "controllo",

Tabella 1. Percentuali del consumo di canapa e cocaina tra la popolazione di Amsterdam a partire dai dodici anni, 1987 (numero=4377), 1990 (n.=4443), 1994 (n.=4364), 1997 (n.=3798). (ponderato)

Droga	<i>Prevalenza lifetime* %</i>				<i>Prevalenza nell'ultimo anno %</i>				<i>Prevalenza nell'ultimo mese %</i>			
	1987	1990	1994	1997	1987	1990	1994	1997	1987	1990	1994	1997
Canapa	23,2	25,2	29,8	36,3	9,5	10,2	11,2	13,1	5,6	6,1	7,2	8,1
Cocaina	5,7	5,7	7,0	9,3	1,6	1,3	1,9	2,6	0,6	0,4	0,8	1,0

Droga	<i>Incidenza (in percentuale sulla popolazione) %</i>				<i>Continuazione nell'ultimo mese %</i>				<i>> 25 volte (per il lifetime di vita riferito) %</i>			
	1987	1990	1994	1997	1987	1990	1994	1997	1987	1990	1994	1997
Canapa	1,1	1,0	1,2	1,1	24	24	24	22	.	47	44	44
Cocaina	0,3	0,2	0,3	0,6	10	7	11	10	.	24	30	27

Droga	<i>>20 volte (per l'ultimo mese riferito) %</i>				<i>Età media del primo consumo</i>				<i>Lifetime riferito non ponderato</i>			
	1987	1990	1994	1997	1987	1990	1994	1997	1987	1990	1994	1997
Canapa	23	22	19	23	20,2	20,3	20,2	20,3	995	1096	1272	1285
Cocaina	16	0	9	4	24,5	24,7	25,2	24,5	245	245	297	321

* Almeno una volta nella vita.

e aggiungerò alcune considerazioni pratiche sul significato che assume il termine “controllo” nella realtà quotidiana del consumo di droga. Queste considerazioni potrebbero essere rilevanti per coloro che cercano alternative al nostro attuale sistema di proibizionismo.

Metodi: che tipo di conoscenza è utile?

Le nostre ricerche sulla popolazione, come pure quelle condotte più in profondità sui consumatori, forniscono diversi tipi di conoscenza da utilizzare per la valutazione del rischio relativo al consumo di droghe. Le ricerche sulla popolazione consentono di effettuare stime di probabilità riguardanti variabili relativamente ampie, come i tassi di persistenza nel consumo, l'età media d'inizio dell'utilizzo di diverse droghe, le combinazioni nell'uso di stupefacenti. I nostri studi sui consumatori di droghe ci permettono di ottenere una visione più completa circa la dinamica dei modelli di consumo di droghe nell'ambito di storie individuali di tossicodipendenza, come pure la prevalenza di determinati rischi sanitari o sociali tra i più forti consumatori.

Il rischio principale che normalmente si ricollega all'utilizzo di droghe illegali consiste nel fatto che si ritiene che l'iniziazione al consumo di droghe possa condurre automaticamente (o comunque con estrema frequenza) alla ripetizione del consumo, ed eventualmente ad un consumo pesante. Ricerche sulla popolazione, abbastanza ampie e di buon livello, forniscono le basi empiriche per verificare la veridicità di tale timore.

Un altro rischio che comunemente si associa al consumo di droghe, soprattutto all'uso della canapa, consiste nel ritenere che, all'uso iniziale di tale droga, seguiranno percorsi di forte consumo di altre droghe, che sono considerate ancora più pericolose. Ancora una volta, ampie ricerche sulla popolazione ci permettono di constatare se tali rischi effettivamente si verificano e, se ciò accade, con quale frequenza. Possiamo analizzare i nostri dati da una prospettiva di valutazione differenziata del rischio: infine vorremmo rispondere alla domanda se debba avere la massima priorità la prevenzione del consumo di stupefacenti (opinione che costituisce il fondamento delle politiche attuali), oppure se le politiche dovrebbero piuttosto dirigersi verso la prevenzione del rischio, lasciando agli individui, nella sfera della loro autonomia, la decisione se consumare o meno.

Misure

Le ricerche sulla popolazione che abbiamo svolto ad Amsterdam hanno chiarito se esista o meno il rischio che i semplici consumatori di droghe illecite diventino consumatori pesanti di droghe. La Tabella 1 contiene gli indicatori essenziali necessari per verificare il livello, l'intensità e la frequenza del consumo, come pure lo sviluppo di tali indicatori durante un periodo decennale nella popolazione di Amsterdam dai dodici anni in su. Tali indicatori sono:

- la prevalenza rispetto all'uso lifetime (almeno una volta nella vita);

- la prevalenza rispetto all'uso "almeno una volta nell'ultimo anno";
- la prevalenza rispetto all'uso "almeno una volta nell'ultimo mese";
- incidenza del consumo di droghe nella popolazione;
- tasso di persistenza del consumo nell'ultimo mese, ossia la proporzione di coloro che hanno fatto uso lifetime e che continuano a usarla mensilmente;
- il tasso di consumatori con esperienza, ossia la proporzione di consumatori lifetime che nella loro vita raggiungono almeno un'esperienza minima di 25 episodi di consumo nell'arco della vita;
- la proporzione di consumatori "almeno una volta nell'ultimo mese" che consuma quotidianamente o quasi quotidianamente (più di 20 volte al mese), e l'età media di iniziazione.²

Attraverso questi indicatori possiamo indagare circa le caratteristiche del consumo di droga nella popolazione, aldilà degli indicatori superficiali della semplice prevalenza.

Cocaina e canapa

Abbiamo studiato l'utilizzo di cocaina e di canapa ad Amsterdam ed in altre popolazioni urbane sin dal 1987 (Sandwijk et al., 1988, 1991, 1995; Langemeijer et al., 1998) e nell'intera Olanda sin dal 1997 (Abraham et al., 1999). Ai fini del presente articolo si utilizzano i dati di Amsterdam, in quanto essi consentono un periodo di osservazione decennale. Ai fini di una corretta interpretazione dei dati che abbiamo raccolto, si dovrebbe sapere che ad Amsterdam la soppressione del consumo individuale di droghe non è individuata come una priorità. In altre parole, vi sono sanzioni giuridiche in vigore, ma queste non recano praticamente alcun fastidio ai consumatori. La cocaina viene distribuita nelle case, per strada e nelle discoteche. La distribuzione di canapa avviene maggiormente in negozi di vendita al dettaglio, conosciuti come "caffè". La disponibilità di cocaina è limitata e non è facile che vi possa accedere la popolazione nel suo complesso. Solo coloro che sono nei circuiti dei consumatori sanno come trovarla. Per loro vi sono diversi modi di procurarsi la cocaina. La canapa è quasi altrettanto disponibile quanto lo sono sostanze legali quali il tabacco o l'alcol.

Sappiamo che ad Amsterdam la prevalenza del consumo lifetime di cocaina (LTP) è aumentata. Nel 1987 abbiamo trovato una LTP del 5,7% in tutta la popolazione dai dodici anni in su, mentre nel 1997 essa è aumentata al 9,3%. Tuttavia, i dati sulla prevalenza sono statisticamente fuorvianti, in quanto l'uso della droga è sperimentale o molto poco frequente per una larga parte della popolazione dei consumatori. La prevalenza "almeno una volta nell'ultimo mese" fornisce un indicatore più affidabile per valutare lo sviluppo del consumo di droga nella popolazione. Pertanto, se si osserva questa prevalenza, troviamo una cifra pari allo 0,6% nel 1987 e all'1% nel 1997. Il rapporto tra il consumo lifetime e il consumo "almeno una volta nell'ultimo mese" può essere visto come il tasso di persistenza del consumo "almeno una volta nell'ultimo mese", ed esprime quale

proporzione di consumatori lifetime riferisce anche una consumo "almeno una volta nell'ultimo mese". Il tasso di persistenza del consumo di cocaina "almeno una volta nell'ultimo mese" è rimasto molto stabile tra il 1987 e il 1997, intorno al 10%. L'incidenza di cocaina, che indica la quantità di nuovi consumatori, o di iniziatori, è anch'essa bassa e molto stabile, in quanto varia tra lo 0,3 e lo 0,6% all'anno³. Abbiamo sviluppato alcuni altri indicatori per studiare la dinamica di modelli di consumo di droghe, e tutti dimostrano come siano sorprendentemente stabili i modelli di consumo di cocaina ad Amsterdam, in senso epidemiologico (Abraham et al., 1998). Abbiamo i medesimi indicatori per la canapa e, a parte un lieve aumento nella prevalenza dei livelli di consumo, riscontriamo la stessa stabilità della cocaina negli indicatori epidemiologici (vedi Tabella 1).

Non è possibile utilizzare ampie ricerche per raccogliere informazioni più dettagliate su come viene consumata la droga. Si necessitano ricerche speciali che coinvolgano consumatori con esperienza per sviluppare conoscenze significative sul come, quando e perché viene usata una droga, e su come l'utilizzo delle droghe possa variare lungo il percorso storico del consumatore. Inoltre, la raccolta di informazioni utili sui tipi di rischi individuati dai consumatori e su come sia possibile gestire tali rischi è fattibile solo se vi sono sezioni delle ricerche effettuate sui consumatori con esperienza dedicate a tali argomenti. E' quello che abbiamo fatto per quanto riguarda la cocaina tra il 1987 e il 1991 (Cohen, 1989; Cohen e Sas, 1993, 1994, 1995, 1996) e per la canapa fra il 1995 e il 1996 (Cohen e Sas, 1998a, b).

Quanto detto sopra ci permette di combinare la conoscenza raccolta da larghe ricerche epidemiologiche con le conoscenze derivate da ampi campioni di consumatori con esperienza.⁴

Nell'ambito delle ricerche sui consumatori siamo anche in grado di misurare l'effettiva prevalenza di alcuni rischi per la salute. Uno studio generale molto esteso circa i potenziali rischi per la salute provocati dal consumo di dosi elevate di cocaina viene fornito da Wolters (1989). Wolters non studia la prevalenza di tali rischi nell'ambito della popolazione dei consumatori, o secondo il grado di utilizzo. La prevalenza di taluni rischi per la salute provocati dalla cocaina in campioni provenienti dal territorio e il dibattito circa la loro gravità può ritrovarsi in Cohen (1989), Waldorf et al. (1991) e in Erickson et al. (1994). Un dibattito utile e completo circa i rischi potenziali ed effettivi della canapa viene fornito da Morgan e Zimmer (1997a, b), vedi anche OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), 1997; Hall e Solowij, 1998. Anche se permane la possibilità di discutere all'interno della comunità scientifica circa i rischi provocati dalla droga, il tema dei "rischi per la salute" è diventato un argomento privilegiato da parte di chi esercita l'attività politica.⁵

Scoperte specifiche

Rassegna generale sulle tendenze relative al consumo di canapa e di cocaina in Amsterdam: 1987-1997

Per quel che riguarda la cocaina e la canapa riscontriamo che, anche in una città dove entrambe le droghe possono essere facilmente acquistate da consumatori (più agevolmente la canapa rispetto alla cocaina), solo parti ridotte della popolazione dai 12 anni in su arrivano a provarle. All'interno di questa minoranza, una minima parte si trasformerà in consumatori "almeno una volta nell'ultimo mese" (per la canapa il 22%, per la cocaina il 10%). Neppure la metà di tutti i consumatori lifetime ha un'esperienza con queste droghe di 25 volte o più, nell'arco dell'intera vita.

E tra i consumatori "almeno una volta nell'ultimo mese" (come si è detto, si tratta di esigue minoranze per quel che riguarda entrambe le droghe) circa il 23% fa un uso giornaliero o quasi giornaliero di canapa oltre 20 volte al mese; nel caso della cocaina la percentuale è inferiore al 10% (trattandosi di percentuali basse, i dati relativi al consumo di cocaina "almeno una volta nell'ultimo mese" contenuti nella Tabella 1 varieranno nel corso degli anni). La nostra conclusione è che, pur trattandosi di un sistema di controllo della droga che non mette l'accento sulla soppressione e la condanna del consumo individuale di droga, l'utilizzo degli stupefacenti non solo è abbastanza poco frequente, ma è anche poco intenso. Possiamo confermare quanto detto in base ad una serie temporale della durata di dieci anni composta da quattro diverse misurazioni (campioni indipendenti casuali), che costituisce un elemento prezioso in confronto ai semplici dati sulla prevalenza annuale. Ne risulta che i rischi di un consumo pesante sono bassi sotto un regime in cui non è perseguito il consumo individuale di droghe.

Abbiamo altresì pubblicato un'analisi relativa al rischio, per chi consuma canapa nel sistema liberale di Amsterdam, di diventare consumatori di altre sostanze illegali, o persino forti consumatori di quelle stesse sostanze illecite (Cohen e Sas, 1997). Tale analisi dovrebbe mostrarci se gli effetti di "passaggio" si sviluppano in un campione proveniente dal territorio.

La cocaina è la seconda droga illegale più utilizzata ad Amsterdam, con una prevalenza lifetime del 9,3% tra la popolazione nel 1997 (vedi Tabella 1). In un'analisi precedente dei dati risultanti da ricerche che abbiamo effettuato nel 1990 e nel 1994 abbiamo cercato elementi per verificare se la canapa possa essere una droga di "passaggio". In base ai principali risultati ottenuti abbiamo constatato che, tra tutte le persone che hanno fatto uso di canapa lifetime, il 22% ha successivamente consumato cocaina lifetime (il che significa che l'avranno provata almeno una volta nella loro vita), e questo è avvenuto in media dopo 5,6 anni da quando hanno provato la canapa per la prima volta. Pertanto, oltre il 75% di coloro che hanno fatto uso di canapa in qualche momento non avranno mai alcuna esperienza con la cocaina. Abbiamo misurato la

Tabella 2. Livello di consumo di cocaina, rilevato in tre periodi, fra i consumatori di cocaina con una qualche esperienza, ad Amsterdam, 1991.

Livello del consumo di cocaina*	Primo anno di consumo regolare		Periodo di consumo più intenso		Ultimi 3 mesi precedenti all'intervista	
	n	%	n	%	n	%
Nessuno	-	-	-	-	71	26
Basso	232	87	134	50	168	63
Medio	29	11	82	31	20	7
Alto	5	2	50	19	7	3
Sconosciuto	2	1	2	1	2	1
Totale	268	100	268	100	268	100

Durata media del consumo dal primo consumo regolare: 5 anni.

Durata media del periodo di più intenso consumo: 19,4 mesi.

* Basso: < 0.5 grammi per settimana; medio: 0.5-2.5 g/per settimana; alto: > 2.5 g/per settimana.

Fonte: Cohen & Sas (1994), Cocaine use in Amsterdam in non deviant sub-cultures. *Addiction Research*, Vol. 2, p. 76.

Tabella 3. Livello del consumo di canapa, rilevato in tre periodi, per il numero totale di consumatori di canapa con una qualche esperienza, ad Amsterdam, Utrecht e Tilburg.

Livello del consumo di canapa*	Primo anno di consumo regolare		Periodo di consumo più intenso		Ultimi 3 mesi precedenti all'intervista	
	n	%	n	%	n	%
Nessuno	-	-	-	-	214	34
Basso	328	52	127	20	195	31
Medio	198	32	246	39	138	22
Alto	69	11	221	35	69	11
Sconosciuto	30	5	31	5	9	1
Totale	625	100	625	100	625	100

Durata media del consumo dal primo consumo regolare: 10 anni.

Durata media del periodo di più intenso consumo: 31.3 mesi

* Basso: < 2.5 grammi/per mese; medio: 2.5-10 g/per mese; alto: > 10 g/per mese.

lunghezza della storia del consumo di cocaina di quel 22% che l'ha consumata: la durata media tra il primo e l'ultimo utilizzo di cocaina è di 2,9 anni.

Alcuni osservatori considerano alta o eccessiva questa percentuale del 22% di esperienza lifetime con la cocaina fra tutti i consumatori di canapa. Tuttavia, questa impressione dovrebbe essere oggetto di un'analisi attenta, alla luce dei dati di cui disponiamo su coloro che consumano cocaina lifetime (Tabella 1). Tra questi dati, l'elemento più importante è dato dal fatto che il consumo di cocaina lifetime in realtà consiste, nella maggior parte dei casi, in un mero

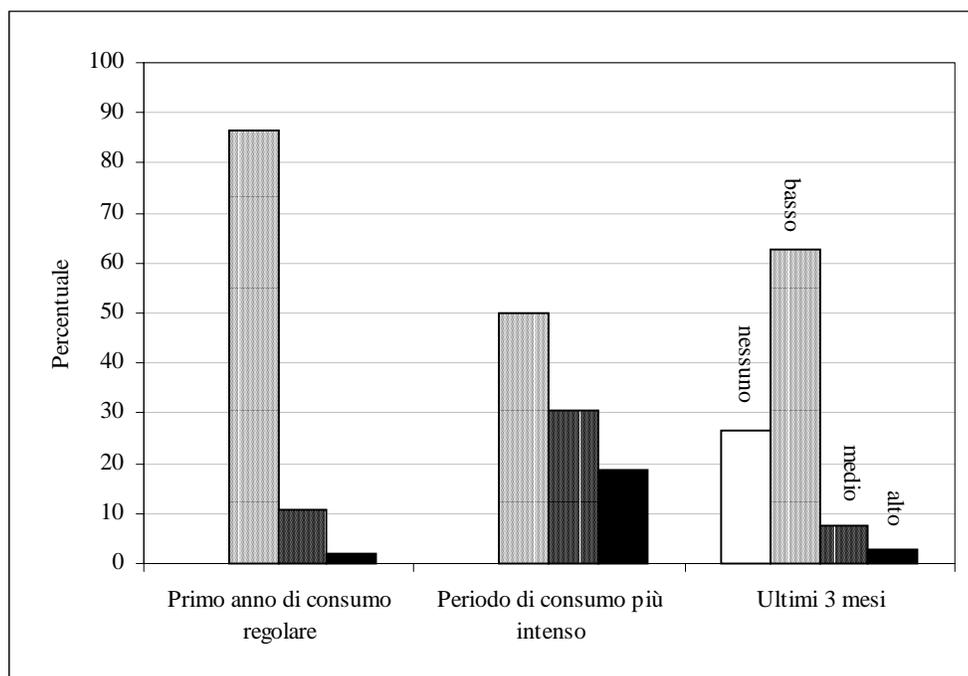


Fig. 1. Livello del consumo di cocaina, rilevato in tre periodi, per i consumatori di cocaina con una qualche esperienza, ad Amsterdam, 1991.

contatto discontinuo e “sperimentale”. Rifacendosi alle parole di Erickson et al. (1994), di Toronto, “in genere il consumo è poco frequente e si autolimita.”

Solo il 2% di coloro che fanno uso di canapa lifetime ad Amsterdam erano consumatori abituali di cocaina (ossia, la consumano almeno una volta al mese). Il consumo abituale e frequente di cocaina, ossia quello che avviene oltre 20 volte al mese, tra i consumatori di canapa ad Amsterdam si verifica in un caso su mille (2 intervistati su 2.368). Anche se queste cifre sono limitate alla popolazione registrata ad Amsterdam, per cui sono esclusi alcuni esempi di forte consumo di diversi tipi di droghe, quali i senz'altro, le cifre in questione dovrebbero mostrare che il 22% della prevalenza del consumo lifetime di cocaina tra coloro che i consumatori di canapa lifetime non rappresenta un indicatore di uso forte o irresponsabile di cocaina tra i consumatori di canapa.

L'esperienza relativa all'eroina è quasi inesistente tra i consumatori lifetime di canapa, e quindi viene ignorata in questa sede (la prevalenza lifetime di eroina è del 4,2% e la prevalenza “almeno una volta nell'ultimo mese” dello 0,7%; Cohen e Sas, 1997).

Dalle nostre ricerche in profondità tra i consumatori di cocaina e di canapa abbiamo raccolto un'enorme quantità di dati. Poiché siamo in grado di misurare la rappresentatività dei nostri campioni di consumatori di canapa e di cocaina, sappiamo che i dati di cui disponiamo sono applicabile in modo generalizzato alla categoria dei consumatori con una qualche esperienza di ambedue le droghe (per la cocaina ad Amsterdam, per la canapa ad Amsterdam e in città di dimensioni più ridotte).

I questionari completi impiegati nelle ricerche sui consumatori sono disponibili in Cohen (1989), (cocaina) e Cohen e Sas (1998a) (canapa).

Percorsi dell'utilizzo di droghe fra consumatori che hanno una qualche esperienza di cocaina e canapa

Nelle Tabelle 2 e 3, che mostrano dati relativi a consumatori esperti (e non alla popolazione nel suo complesso), si vedono le variazioni di livello del consumo di cocaina e di canapa tra il primo anno di utilizzo regolare e i tre mesi precedenti alle interviste (le illustrazioni 1 e 2 forniscono le stesse informazioni dei Tabelle 2 e 3). In media questo periodo dura 5 anni per i consumatori di cocaina (campo di variabilità: 0,5 - 20 anni) e 10 anni per i consumatori di canapa (campo di variabilità: 1 mese - 43 anni). Abbiamo individuato (per le Tabelle 2 e 3) tre punti nel percorso storico di un consumatore: il primo anno di consumo regolare, il massimo periodo di consumo e gli ultimi tre mesi precedenti all'intervista. Possiamo constatare nel periodo più elevato di consumo che, tra tutti i consumatori di cocaina, il 19% si sposta tra i consumatori di alto livello (oltre 2,5 grammi alla settimana), mentre fra tutti i consumatori di cannabis, si sposta il 35%.⁶ Nel momento in cui abbiamo intervistato questi consumatori, l'utilizzo ad alto livello era raro; l'abbiamo riscontrato nell'11% dei consumatori di canapa e nel 3% dei consumatori di cocaina.

Dalla Tabella 2 si ricava altresì che, dopo un percorso storico medio di 5 anni di consumo di cocaina, l'89% del campione si astiene dal consumo, oppure consuma a livelli bassi (inferiore a 0,5 grammi di cocaina alla settimana). La Tabella 3 mostra inoltre che, dopo un periodo medio di dieci

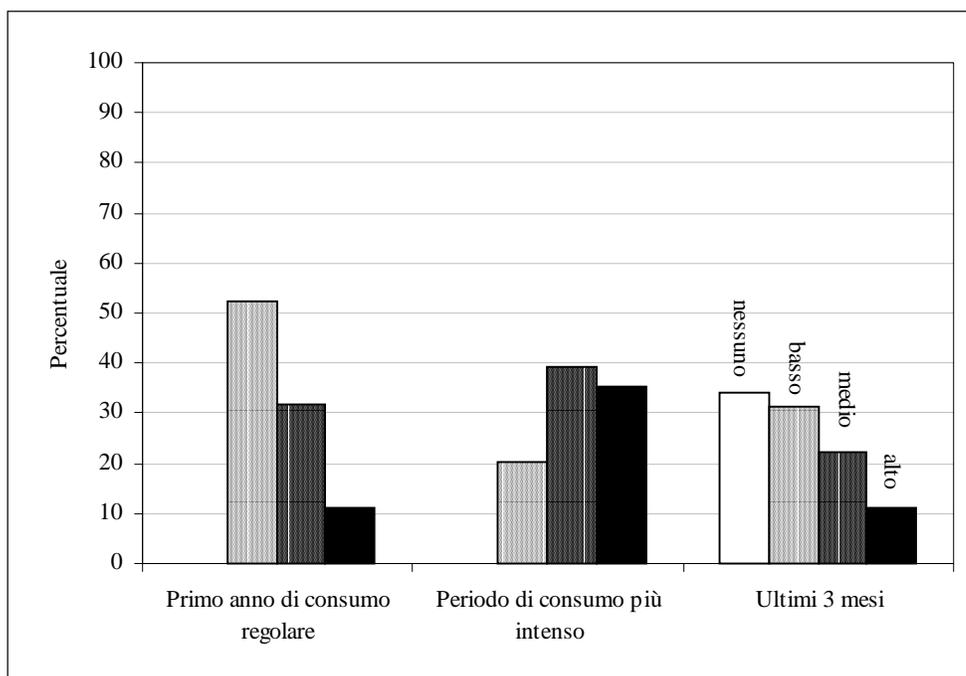


Fig. 2. Livello del consumo di canapa, rilevato in tre periodi, per il numero totale di consumatori di canapa con una qualche esperienza, ad Amsterdam, Utrecht e Tilburg.

anni di utilizzo della canapa, la categoria di coloro che si astengono dall'uso, o che la usano ad un livello basso (meno di 2,5 grammi di canapa al mese) costituisce il 65% di tutti gli intervistati. Per quel che riguarda i consumatori di cocaina, abbiamo realizzato una indagine di follow up di 4 anni, in media dieci anni dopo il primo anno di consumo regolare. Non si è riscontrato un livello elevato di consumo, e la proporzione di astinenti (che non ne ha fatto uso durante gli ultimi tre mesi) è aumentata dal 26% dopo 5 anni al 66% dopo dieci anni dal primo anno di consumo regolare di cocaina (Cohen e Sas, 1993).

I modelli normativi per i consumatori di canapa e di cocaina che sono stati oggetto della nostra ricerca mostrano una tendenza tipica (durante il loro intero percorso storico di consumo) verso livelli di consumo progressivamente decrescenti, spesso fino all'astinenza. La maggior parte dei consumatori di cocaina e di canapa applica forme di autolimitazione nel consumo (vedi anche Harrison, 1994). Ciò non contraddice il fatto che vi sia un consumo eccessivo e frequente di canapa o di cocaina durante periodi prolungati (Waldorf et al., 1991; Reilly et al., 1998), particolarmente in campioni specifici di consumatori di questo tipo o in ricerche su persone sottoposte a trattamento in cliniche per la disintossicazione dalla droga o dall'alcol. Ma tali consumatori non rientrano nella norma.

Oltre ai rischi che si riscontrano nei modelli di consumo eccessivo, esistono altri rischi correlati al consumo di droga.

Con l'aiuto dei nostri questionari siamo in grado di fornire informazioni su una grande varietà di altri "rischi", come quelli relativi alla guida sotto l'influenza della sostanza, o a comportamenti antisociali, o ancora a fenomeni di "dipendenza", ecc. Tutti questi comportamenti a rischio si verificano, ma sempre per minoranze ristrette rispetto al

gruppo dei consumatori nel suo complesso. È anche interessante notare che questi rischi sono spesso mitigati e limitati dal consumatore stesso. Per un'ampia informazione sulla prevalenza di tutti i tipi di rischio, e sulla loro gestione nel tempo, vedi le nostre pubblicazioni sulla cocaina e sulla canapa e molte pubblicazioni di altri autori.⁷

Il controllo sul consumo di droghe

Perché la grande maggioranza dei consumatori di droghe e di alcol non diventano consumatori compulsivi come gli alcolisti? La risposta è il controllo.

La nozione di controllo può apparire strana a coloro che vedono nel consumo di droghe un segno di perdita di controllo "per definizione". Ma per la verità si può scoprire che la maggior parte dei consumatori di droghe si autoimpongono controlli di tutti i tipi. Questi controlli sono molto simili per tutte le droghe che si analizzano. Si apprendono nell'ambito di stili di vita e di ambienti nei quali la proibizione delle droghe, e le relative coercizioni legali, sono diventate completamente irrilevanti. Nell'ambito di questi stili di vita, il consumo di droghe è funzionale e svolge un ruolo nella elaborazione e nel mantenimento delle norme collettive (controllo sociale), dei piaceri e delle identità.

Nei nostri studi, il controllo sul consumo di droghe viene definito come comportamenti o norme autoimposte che regolano la scelta dei luoghi in cui avviene il consumo di droga e le frequentazioni del consumatore, normalmente determinano la quantità di droghe consumata, gli stati d'animo adatti (o non adatti) al consumo. I controlli possono anche influenzare la scelta di occasioni per l'acquisto e le quantità che si acquistano giornalmente o settimanalmente.

Più astrattamente, potremmo definire i controlli esercitati sul consumo di droghe e di alcol come quei comportamenti che consentono al consumatore di individuare (o di strutturare) ogni consumo di droga nell'ambito di un campo molto più ampio di impegni di vita. Ne risulta che il consumatore, dopo un certo periodo di tempo, ha imparato a distinguere tra le funzioni utili e quelle dannose negli episodi di consumo di droga e di alcol. Questa consapevolezza espande le competenze di "navigazione" necessarie per vivere la vita quotidiana.

Le persone devono leggere il giornale, preparare un pasto, andare al cinema, crescere i figli, conservare un senso di scopo e di appartenenza alla società, avere rapporti con chi gestisce le loro operazioni bancarie, dare da mangiare ai gatti, recarsi in chiesa, pagare le proprie bollette e dividere il proprio tempo tra le ore di sonno e di veglia. (Questo elenco è arbitrario). Come affermano Waldorf et al. (1991) "i paletti dell'identità e della vita comune restano importanti per qualsiasi teoria che tenti di spiegare gli ampi modelli di uso e abuso della cocaina". Così come accade per un'altra droga potenzialmente ad alto rischio, l'alcol, la grande maggioranza dei consumatori di cocaina o canapa riescono a strutturare il consumo di queste droghe all'interno della loro vita complessa e piena di impegni. In effetti si potrebbe vedere la complessità di queste vite come il motore principale di controllo sul consumo di droghe e di alcol. I meccanismi di controllo individuali e sociali non vengono semplicemente eliminati nel momento in cui le persone incominciano ad usare droghe illegali. Il controllo sul consumo delle droghe implica che, se esse incominciano a diventare non funzionali o addirittura causano disfunzioni all'interno della complessità della vita, se ne modifichi il consumo, oppure esso venga ridotto o abbandonato. E questo è esattamente ciò che osserviamo nella stragrande maggioranza dei consumatori nei nostri studi.

Vorrei sottolineare che il controllo sul consumo delle droghe non è un risultato casuale che semplicemente capita alla maggioranza dei consumatori. L'analisi del consumo di droghe, e dei tipi di controllo che mettono in atto le persone rivela che il consumo di droghe è considerato funzionale solo in circostanze particolari. E che, al di fuori di tali circostanze, esso è percepito come controproducente o come un elemento di disturbo per i suoi effetti - ossia, non come qualcosa di positivo, bensì addirittura di sciocco. In altre parole, solo mettendo in atto regole di autocontrollo il consumatore riesce a conservare le motivazioni e i piaceri del consumo di droga. Ciò fa sì che il ricorso a strategie di controllo sia parte integrante del consumo nell'esperienza umana per la maggior parte dei consumatori. Solo una prospettiva euristica sulla droga può rivelare quando detto. Un approccio farmacologico sul consumo di droghe nell'esperienza umana basato su modelli di "dipendenza" negli animali senza alcun sapere scientifico di tipo sociale sul consumo di droga nella vita reale delle persone si risolverà in una conoscenza parziale.⁸

Conclusioni

Questi risultati suggeriscono che sarebbe opportuno regolamentare legalmente il consumo di droga e non impedire ai consumatori di controllare il proprio consumo di stupefacenti, piuttosto che cercare di impedire il consumo di droghe con la proibizione. Nella misura in cui lo stato ha un ruolo da svolgere nel controllo della droga, esso dovrebbe concentrare i propri sforzi sulla prevenzione dei rischi. Lo stato può giocare un ruolo importante nella promozione di controlli sul consumo delle droghe che partano dal consumatore stesso. Può farlo lasciando che emergano le condizioni che permettano al consumatore di droghe di mettere in atto al meglio le proprie considerevoli strategie di controllo. Le agenzie sanitarie e sociali potrebbero diffondere informazioni attendibili sui rischi e sui contesti nei quali possono verificarsi errori nell'uso delle sostanze, o sui modi di ottenere dalla droga il massimo effetto ai livelli più bassi di dosaggio. Per ottenere questo bisogna regolamentare l'intensità, il prezzo e la distribuzione delle sostanze. Inoltre bisognerebbe fornire informazione e aggiornamenti costanti mediante l'interazione tra consumatori ed esperti. Questa informazione può consistere sia nei modi di ridurre il danno (per esempio, evitare di guidare quando si è sotto l'effetto delle droghe, o prendere in considerazione un trattamento o un counselling qualora il consumo di droga o alcol superi certi limiti, o ne risultino determinati effetti, ecc.)

Al contrario, molti sistemi statali di controllo della droga basati sul proibizionismo si concentrano su misure che risultano distruttive per il controllo individuale. I regimi proibizionistici determinano il perpetuarsi di una massiccia marginalizzazione, della carcerazione e della discriminazione sia dei consumatori che dei fornitori.⁹ Vengono così costantemente minacciate le reti di comunicazione dei consumatori, riducendo la loro efficacia in quanto veicoli di conoscenza per un consumo sicuro.

Questo sistema non ha prodotto in nessun luogo risultati positivi nel prevenire il consumo di droghe e la crescita di questo fenomeno, né ha impedito i seri danni causati dal consumo stesso. Oltretutto, la mancanza di risultati positivi non ha neanche portato seri sforzi per cambiare tale sistema. I trattati internazionali in materia di droga sono stati ispirati da una teoria antiquata e di stampo vittoriano, principalmente farmacocentrica (l'oppio e altre droghe non possono essere controllate dalle persone che ne fanno uso), che è ancora dominante (Cohen, 1994). Finora, l'esperienza acquisita in cliniche per la "tossicodipendenza" o in strati sociali impoveriti (esperienza che proviene da un piccolo "subcampione" dei consumatori) è stata enfatizzata allo scopo di sostenere questa teoria obsoleta.

È necessario che una moderna teoria e metodologia scientifica di tipo sociale confermi, nei diversi modelli culturali di consumo, che la maggior parte di questo è di tipo controllato, e che è associato con un basso livello di rischio per la maggior parte dei consumatori di droghe. Attraverso una ricerca di questo genere possiamo sperare

di ottenere un grado di conoscenza sulle droghe che alla fine ci liberi dai miti e dall'ideologia che su di essi si basa.¹⁰

Spero che ciò porterà, al tempo stesso, a liberarci dalla crescente influenza delle burocrazie nazionali e internazionali che prosperano in tutto il mondo grazie alla persistenza dei miti sulla droga. Gli scienziati hanno un ruolo da svolgere in questo senso, ma esso è poca cosa in confronto a quello dei politici.¹¹

Note

- 1 In un recente articolo, Caulkins et al. (1997) individuano i concetti di "riduzione del consumo" e di "riduzione del danno" come due degli obiettivi politici contrapposti. Essi concludono il loro articolo sostenendo che la riduzione del consumo è parte integrante della riduzione del danno, anche se ciò non deve avvenire a qualsiasi costo. Pertanto essi integrano entrambi gli obiettivi. Secondo il mio punto di vista, la contrapposizione fra i concetti di soppressione e di regolamentazione del consumo è utile a chiarire il dibattito relativo agli obiettivi delle strategie in materia di droga.
- 2 Nelle nostre relazioni sul consumo di droga forniamo alcuni o tutti gli indicatori anche in base alla fascia di età, al livello socioeconomico, al grado di istruzione, all'appartenenza etnica, all'area urbana e alla composizione familiare (vedi ad esempio Abraham et al., 1998).
- 3 Gli intervalli di affidabilità relativi a questi valori si sovrappongono, quindi queste differenze non sono significative ai fini statistici.
- 4 Affinché le conoscenze relative a quest'ultima categoria possano essere generalizzate alla maggior parte dei consumatori di droghe, si dovrebbero selezionare campioni provenienti dal territorio, piuttosto che da cliniche. Lo stesso dicasi nel caso di studi dettagliati sul consumo di alcol. E' possibile selezionare consumatori sottoposti ad una cura in istituti per il trattamento dell'alcolismo. Ma sarebbe difficile o impossibile applicare la conoscenza sui modelli di consumo ricavata in questo modo alla larga schiera di consumatori di alcol sul territorio che non sono alcolisti e tutt'al più hanno periodi limitati di abuso.
- 5 Pertanto, dal punto di vista della maggior parte del pubblico, la presente questione si è spostata al di là delle frontiere della discussione razionale, in un'arena dove gli "esperti in materia di droga" svolgono il ruolo di gladiatori che lottano per opposte ideologie di politiche sulle droghe.
- 6 La metodologia che abbiamo seguito per calcolare il livello di utilizzo nel tempo a seconda dei diversi indicatori è illustrato in Cohen e Sas (1994) e in Cohen e Sas (1998a).
- 7 Per informazioni provenienti da altri autori che confermano ed analizzano in dettaglio i nostri risultati secondo cui la grande maggioranza dei consumatori sul territorio mettono in atto ampie strategie di controllo, vedi per la cocaina Harrison (1994) o l'intero numero speciale di *Addiction Research*, 1994, Ditton e Hammersley (1996), Waldorf et al. (1991), Erickson et al. (1994), e Reinerman e Levine (1997). Per la canapa, buoni esempi di descrizioni chiare e realistiche che descrivono modelli di consumo si ritrovano in Goode (1970), Rubin et al. (1975), Kleiber e Soellner (1998); per la gestione del rischio relativa alla canapa e al suo traffico, vedi gli eccellenti studi di Robbe (1994, 1997).
- 8 Le nozioni farmacologiche sugli effetti delle droghe sul cervello sono sempre state utilizzate per sostenere che la

tossicodipendenza ha una base non solo biologica e neurologica, ma può essere anche spiegata attraverso di essa. Ciò alimenta un processo rovinoso di medicalizzazione delle problematiche legate alla droga. Io sostengo che la farmacologia può insegnarci molto poco sulla "dipendenza", ma anche se la mia opinione al riguardo è errata, non di "dipendenza" si tratta per la maggior parte del consumo di droga. Qualunque teoria si scelga di seguire rispetto alla tossicodipendenza, questa appare inutile per spiegare la parte più rilevante del consumo di droghe e di alcol. Per una critica interessante e non convenzionale della medicalizzazione dei problemi della droga vedi Polak (1994).

- 9 Vedi per una visione basata sui fatti sugli effetti distruttivi del proibizionismo in materia di droga per i paesi in via di sviluppo (Tullis, 1995).
- 10 Gli elementi costitutivi di questa mitica ideologia in materia di droga vengono enormemente esagerati e talvolta persino inventati, come avviene nel caso dei rischi alla salute e altre potenziali conseguenze del consumo di droga che sono propagandate in modo aggressivo. La gente è portata a pensare che questa sia la "conoscenza" obiettiva applicabile a tutto il consumo di droghe nel complesso. Il problema tragico che si presenta è che non possiamo aspettarci che la maggior parte dei membri dell'opinione pubblica, compresi i politici, sappiano distinguere tra propaganda e fatti (vedi, per la costruzione e la funzionalità di un sistema ampiamente propagandistico in materia di controllo della droga, Boekhout van Solinge, 1997).
- 11 I dilemmi che devono affrontare i politici in questo campo sono evidenti. Per un politico, le droghe costituiscono uno strumento a costo ridotto ma stupendo per mostrare la propria lealtà al 'bene' commune normativo, finché egli si trovi disposto a non deviare dai sentieri della superstizione e del conformismo. Un simile strumento è tanto importante per un politico quanto lo è un foro scientifico per uno scienziato. Solo i politici più grandi sono in grado di essere alla guida e di sopravvivere senza strumenti di questo genere.

Bibliografia

- Abraham, Manja, Peter Cohen, Roelf-Jan van Til & Marieke Langemeijer (1998), *Licit and illicit drug use in Amsterdam III. Developments in drug use 1987-1997*. Amsterdam: CEDRO.
- Abraham, Manja, Peter Cohen, Marielle de Winter (1999), *Licit and illicit drug use in the Netherlands 1997*. Amsterdam: CEDRO/Mets (forthcoming).
- Boekhout van Solinge, Tim (1997), *The Swedish drug control system. An in-depth review and analysis*. Amsterdam: CEDRO/Mets.
- Caulkins, Jonathan P., and Peter Reuter (1997), *Setting goals for drug policy: harm reduction or use reduction?* *Addiction* (1997) 92 (9), 1143-1150
- Cohen, Peter (1989), *Cocaine use in Amsterdam in non deviant subcultures*. Amsterdam: Department of Human Geography, University of Amsterdam.
- Cohen, Peter (1994), *Re-thinking drug control policy. Historical perspectives and conceptual tools*. Paper presented at the United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD) Geneva, 7-8 July 1993, Palais des Nations, Symposium "The crisis of social development in 1990's." In: Lorenz Böllinger (Ed.), *De-americanizing drug policy*. pp. 189-198. Peter Lang Publishers.

- Cohen, Peter, & Arjan Sas (1993), *Ten years of cocaine. A follow-up study of 64 cocaine users in Amsterdam*. Amsterdam: Department of Human Geography, University of Amsterdam.
- Cohen, Peter, & Arjan Sas (1994), Cocaine use in Amsterdam in non deviant subcultures. *Addiction Research*, Vol. 2, Nr. 1, pp. 71-94.
- Cohen, Peter, & Arjan Sas (1995), *Cocaine use in Amsterdam II. Initiation and patterns of use after 1986*. Amsterdam: Department of Human Geography, University of Amsterdam.
- Cohen, Peter, & Arjan Sas (1996), Les usages de cocaïne chez les consommateurs insérés à Amsterdam. In: Ehrenberg, A. (Ed.), *Vivre avec les drogues. Régulations, politiques, marchés, usages*. Communications 62. Paris: Editions du Seuil. pp. 195-221.
- Cohen, Peter, & Arjan Sas (1997), Cannabis use, a stepping stone to other drug use? The case of Amsterdam. In: Lorenz Böllinger (Ed.), *Cannabis Science/Cannabis Wissenschaft*. Frankfurt Am Main: Peter Lang Verlag. pp. 49-82.
- Cohen, Peter, & Arjan Sas (1998a), *Cannabis use in Amsterdam*. Amsterdam: CEDRO.
- Cohen, Peter, & Arjan Sas (1998b), *Cannabisgebruik in Tilburg en Utrecht*. Unpublished manuscript. Amsterdam: CEDRO.
- Ditton, Jason, & Richard Hammersley (1996), *A very greedy drug. Cocaine in context*. New York: Harwood Academic Publishers.
- Erickson, Patricia G., Edward M. Adlaf, Reginald G. Smart, & Glenn F. Murray (1994), *The steel drug. Cocaine and crack in perspective*. Second Edition. Lexington: Lexington Books.
- Gerritsen, Jan-Willem (1993), *De politieke economie van de roes. De ontwikkeling van reguleringsregimes voor alcohol en opiaten*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Goode, Erich (1970), *The marihuana smokers*. New York: Basic Books.
- Harrison, Lana (1994), Cocaine using careers in perspective. *Addiction Research*, Vol 2, no 1. pp. 1-19. Special Issue. Cocaine in the community: International perspectives.
- Hall, Wayne, & Nadia Solowij (1998), Adverse effects of cannabis. *Lancet* 1998; 352: 1611-16.
- Kleiber, Dieter, & Renate Soellner (1998), *Cannabiskonsum. Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Risiken*. Weinheim: Juventa Verlag.
- Kort, Marcel de (1995), *Tussen patiënt en delinquent. Geschiedenis van het Nederlandse drugsbeleid*. Hilversum: Verloren.
- Langemeijer, Marieke, Roelf-Jan van Til, & Peter Cohen (1998), *Het gebruik van legale en illegale drugs in Utrecht en Tilburg*. Amsterdam: CEDRO.
- Leuw, Ed, & Ineke Hean Marshall (1994), *Between Prohibition and legalization. The Dutch experiment in Drug Policy*. Amsterdam: Kugler Publications.
- Morgan, John P., & Lynn Zimmer (1997a), Exposing Marihuana Myths. A review of the scientific evidence. In: Lorenz Böllinger (Ed.), *Cannabis Science/Cannabis Wissenschaft*. Frankfurt Am Main: Peter Lang Verlag, pp. 101-126.
- Morgan, John P., & Lynn Zimmer (1997b), *Marijuana myths, marijuana facts: A review of the scientific evidence*. New York: The Lindesmith Center.
- Polak, Freek (1994), The medicalization of (problematic) intoxicant use and the medical provision of psychoactive drugs. In: Lorenz Böllinger (Ed.), *De-Americanizing Drug policy. The search for alternatives to failed repression*. Frankfurt am Main: Peter Lang Verlag.
- Reilly, David, et al. (1998), Long-term cannabis use: Characteristics of users in an Australian rural area. *Addiction* 93(6), pp. 837-846.
- Reinarman, Craig, & Harry Levine (1997), *Crack in America. Demon drugs and social justice*. Berkely: University of California Press.
- Robbe, Hindrik W.J. (1994), *Influence of marihuana on driving*. Dissertation. Maastricht: Institute of Human Psychopharmacology, University of Limburg.
- Robbe, Hindrik W.J. (1997), Cannabis and car driving. In: Lorenz Böllinger (Ed.), *Cannabis Science/Cannabis Wissenschaft*. Frankfurt am Main: Peter Lang Verlag. p. 127-137.
- Rubin, Vera, & Lambros Comitas (1975), *Ganja in Jamaica. A medical anthropological study of chronic marihuana use*. The Hague: Mouton & Co.
- Sandwijk, J. P., I. Westerterp, S. Musterd (1988), *Het gebruik van legale en illegale drugs in Amsterdam. Verslag van een prevalentie-onderzoek onder de bevolking van 12 jaar en ouder*. Amsterdam: Instituut voor Sociale Geografie, Universiteit van Amsterdam
- Sandwijk, J. P., P. D. A. Cohen, S. Musterd (1991), *Licit and illicit drug use in Amsterdam. Report of a household survey in 1990 on the prevalence of drug use among the population of 12 years and over*. Amsterdam: Department of Human Geography, University of Amsterdam.
- Sandwijk, J. P., P. D. A. Cohen, S. Musterd & M. P. S. Langemeijer (1995), *Licit and illicit drug use in Amsterdam II. Report of a household survey in 1994 on the prevalence of drug use among the population of 12 years and over*. Amsterdam: Department of Human Geography, University of Amsterdam.
- Tullis, Lamond (1995), Unintended consequences. Illegal drugs and drug policies in nine countries. Volume four of *Studies on the impact of the illegal drug trade*, a project of the United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD) and the United Nations University (UNU). Boulder.
- Waldorf, Dan, Craig Reinarman, & Sheighla Murphy (1991), *Cocaine changes: The experience of using and quitting*. Philadelphia: Temple University Press.
- WHO (1997), *Programme on Substance Abuse. Cannabis: a health perspective and research agenda*. Geneva: Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse.
- Wolters, Eric (1989), Biomedical and Neuropharmacological Issues. In: Peter Cohen, *Cocaine use in Amsterdam in non deviant subcultures*, pp. 159-168. Amsterdam: Department of Human Geography.