

BJPsych



Advances

Continuing professional development in psychiatry

Italian translation of:

The beginning of the end of prohibition: the politics of drug addiction

Jason Luty

BJPsych Advances 2016, 22: 242–250

doi: 10.1192/apt.bp.115.014704

Reprints/permissions To obtain reprints or permission to reproduce material from this article, please write to permissions@rcpsych.ac.uk

© The Royal College of Psychiatrists 2016

L'inizio della fine del proibizionismo: le politiche della dipendenza da sostanze

ARTICOLO

Jason Luty

SOMMARIO

L'abuso di sostanze come oppio, cocaina e cannabis era comune in tutto il mondo prima della Prima Guerra Mondiale e costituiva un mercato fiorente per le potenze coloniali. Sembra che ci sia stato un breve periodo di "sobrietà" tra le due guerre mondiali, con diffusa criminalizzazione dello spaccio e dell'uso di droghe, seguito da un'esplosione del mercato illecito di stupefacenti e dalla costosissima 'guerra alle droghe' condotta dagli Stati Uniti. Il costo e impraticabilità della criminalizzazione della droga, insieme ai cambiamenti nell'opinione pubblica occidentale, hanno portato la legalizzazione della cannabis ad essere stata molto recentemente accettata in alcuni paesi e il proibizionismo ad essere smantellato.

OBIETTIVI FORMATIVI

- Comprendere come l'opinione pubblica e le pressioni politiche abbiano creato, ed ora osteggino, il proibizionismo delle droghe
- Comprendere come la legislazione relativa alla droga sia determinata principalmente dall'opinione pubblica piuttosto che da prove scientifiche, in particolare che le droghe legali (tabacco e alcool) siano causa di problemi di salute pubblica molto maggiori rispetto alle droghe illegali
- Capire che la proibizione delle droghe non può avere successo senza la riduzione della domanda, oltre alla limitazione dell'offerta

CONFLITTI DI INTERESSI

Nessuno

"Un nuovo ordinamento riguardo le sostanze è effettivamente possibile, ma le nuove posizioni dipenderanno dai tempi, saranno assoggettate ad altre questioni, non deriveranno da un processo razionale". (Berridge 2013: p. 247).

In questo articolo tento di prevedere cosa accadrà alle politiche sulle sostanze stupefacenti – non quello che dovrebbe accadere. Il proibizionismo e l'astinenza probabilmente non riflettono lo stato naturale della società, in cui l'uso di sostanze psicotrope è stata ritualizzato e socialmente

accettato (l'alcool in Occidente come l'oppio in Estremo Oriente o la cannabis in Medio Oriente).

Si possono osservare due tendenze, a seconda delle condizioni locali: la prima è l'equilibrio tra criminalizzazione, controllo e legalizzazione. Per esempio, il 'controllo' comprende la regolazione della grandezza delle dimensioni delle confezioni del paracetamolo, la definizione della quantità di cannabis che un individuo può possedere per 'uso personale' e il divieto di vendita di alcool ai bambini. Gli organi legislativi, compresa l'Unione Europea, rivedono periodicamente la regolamentazione riguardanti le erbe medicinali, così come i più recenti "legal highs", sostanze stupefacenti ad oggi completamente legali o non comunemente proibite dalle leggi sulle droghe (questo processo di revisione sta diventando così oneroso che è spesso inefficace).

La seconda tendenza riguarda le organizzazioni criminali: queste (non diversamente dalle aziende del tabacco) stanno diversificando i loro investimenti in altri mercati anche se, nel caso di cartelli criminali dell'ex URSS e dei Balcani, questi tendono ad essere pure traffici illeciti, come quello di armi, l'estorsione o la prostituzione (Freudenberg 2014; LSE Ideas 2014).

La prevalenza e gli aspetti economici dell'abuso di sostanze

Lo United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC 2013) stima che, a livello globale, nel 2011 tra i 167 e i 315 milioni di adulti abbiano fatto uso di sostanze illecite, e che questo uso sia stato problematico nel 10% dei casi (16–29 milioni di persone).

Lo stesso ufficio ha inoltre stimato che circa 14 milioni di persone in tutto il mondo abbiano assunto droghe endovena (0,3% della popolazione adulta), di questi circa 1,6 milioni (11%) hanno contratto l'HIV e 7 milioni (51%) l'epatite C.

Il consumo globale di eroina è stimato essere di 340 tonnellate (UNODC 2010), mentre nel 2007 attorno ai 15–21 milioni di persone hanno usato oppiacei a scopo ricreativo, di cui 1,3 milioni in

Jason Luty è primario psichiatra delle dipendenze a Borders Health in Scozia. Si è formato presso il Maudsley Hospital di Londra e ha trascorso 8 anni come primario psichiatra delle dipendenze alla South Essex Partnership NHS University Foundation Trust, Inghilterra. Ha un PhD in farmacologia a seguito di studi sui meccanismi molecolari della desensibilizzazione e della tolleranza dei recettori e ha all'attivo pubblicazioni nel campo delle dipendenze.

Corrispondenza Dr Jason Luty, Borders Addiction Service, The Range, Tweed Road, Galashiels TD1 3EB, Scotland. Email: jason.luty@yahoo.co.uk

[†]Titolo originale: 'The beginning of the end of prohibition: the politics of drug addiction', *BJPsych Advances*, 2016, 22, 242–250. Traduzione della Dr.ssa Giulia Spiga, Università di Modena e Reggio Emilia. © The Royal College of Psychiatrists.

Nord America e 3,4–4 milioni in Europa (UNODC 2009). Circa un quinto degli individui dipendenti da oppioidi negli Stati Uniti e in Europa ricevono una terapia di mantenimento con oppioidi (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2009). Circa 16–17 milioni di persone utilizzano cocaina regolarmente – il 40% negli Stati Uniti.

Circa l'80% del mercato globale della cocaina, valutato in 88 miliardi di Dollari, è in USA ed Europa.

Le Nazioni Unite hanno stimato che la cannabis venga utilizzata da circa il 4% della popolazione mondiale degli adulti; nel 2004 circa 1 su 8 l'ha assunta quotidianamente, la metà dei quali era "dipendente" (UNODC 2010; LSE Ideas 2014).

I Paesi più ricchi, potendo affrontare prezzi più alti, consumano la maggioranza delle sostanze illecite (il 5% della popolazione degli Stati Uniti consuma il 68% della produzione globale di oppio) (LSE Ideas 2014).

La maggior parte degli utilizzatori non diventa dipendente – cioè non ne fa un uso quotidiano o non sviluppa sintomi di astinenza. Comunque, gli individui dipendenti da sostanze sono responsabili della larghissima parte del consumo: i sondaggi ad esempio rivelano che l'83% dell'eroina consumata negli Stati Uniti nel 2011 sia stata assunta da individui dipendenti da oppiacei (LSE Ideas 2014).

Il mercato globale della droga è stimato essere attorno a 321 miliardi di dollari, quasi l'1% del prodotto interno lordo (PIL) mondiale. Tale mercato è così grande che il Direttore del UNODC suggerì che l'introito di questo mercato fu il fattore principale che impedì il collasso del sistema bancario mondiale nel 2008 (LSE Ideas 2014).

Il mercato delle sostanze illecite in UK è stimato in 5 miliardi di sterline, con un costo stimato per la società di 13 miliardi di sterline, o circa l'1% del PIL (Reuter 2007): a confronto, le famiglie del Regno Unito spendono attorno ai 15 miliardi di sterline all'anno in alcol.

Dei 13 miliardi di sterline di cui sopra, circa 9,7 miliardi di sterline riguardano costi sostenuti dalle vittime di tale reato e oltre 4 miliardi di sterline è utilizzato dal sistema di giustizia nell'affrontare i trasgressori.

Il Ministero degli Interni del Regno Unito stima che le droghe siano la causa dell'86% dei taccheggi, del 70–80% dei furti e della metà di tutte le rapine nel Regno Unito (Pudney 2003). Nel 2004, il 6% degli arresti e il 13% delle condanne erano per reati connessi alle droghe, sebbene il 71% di tutti i reati legati alle droghe riguardassero la cannabis (la maggioranza di questi casi i è risolta con il

pagamento di cauzioni) (LSE Ideas 2014; Drug Policy Alliance 2015).

La natura arbitraria del proibizionismo sulle droghe – alcol e tabacco

Il proibizionismo sulla cannabis e altre droghe è irrazionale in quanto, paragonato a questi, l'alcol provoca ingenti danni a una più larga parte della società e il numero di morti per malattie legate al fumo continua a crescere in tutto il mondo. Per esempio, negli Stati Uniti nel 2000, il fumo era la causa principale delle morti prevenibili (435000 morti), con l'alcol al terzo posto (85000 morti) e l'abuso di droghe al decimo (17000 morti) (Mokad 2004), e il fumo mantiene tutt'ora questo primato.

In tutto il mondo, il fumo è il secondo principale fattore di rischio del carico totale di malattie, l'alcol è al terzo posto, l'abuso di droghe al diciannovesimo (Lim 2012).

In passato si è provato (senza successo) a instaurare il proibizionismo per l'alcol e, oggi, le restrizioni sulla vendita di alcol e tabacco sono avversate dai poteri economici derivati dei rispettivi settori industriali.

Per esempio, globalmente nel 2011 l'industria delle sigarette ha speso 8.37 miliardi di dollari in pubblicità.

Nel 2013, il governo federale degli Stati Uniti e quelli dei governi locali hanno riscosso 25.7 miliardi di dollari dalle tasse sul tabacco.

A dispetto del fatto che il fumo provochi una morte su 5, la spesa degli Stati Uniti per i trattamenti volti alla sospensione dell'abitudine tabagica ammonta a solo l'1.8% degli introiti provenienti dalla tassazione del tabacco. Inoltre, tra il 2000 e il 2004, il fumo di sigaretta è stato stimato essere costato agli Stati Uniti 193 miliardi di dollari (97 miliardi per la perdita di produttività, più 96 miliardi di spesa sanitaria) (LSE Ideas 2014).

È stato stimato che l'abuso di alcol costi al Regno Unito fino a 6 miliardi di sterline all'anno in spesa sanitaria, morti premature, perdite per le imprese e in reati e incidenti legati al bere (Cabinet Office Strategy Unit 2013). Un report del Royal College of Physicians (2001) ha stimato che il trattamento dell'abuso di alcol costi tra il 2 e il 12% del totale della spesa sanitaria al National Health Service (NHS). Questo equivale grossomodo ai 15 miliardi di sterline all'anno che le famiglie spendono per acquistare bevande alcoliche (Stockwell 2013). Nel 2009–2010 il governo del Regno Unito ha raccolto 9 miliardi di sterline dalle imposte sull'alcol e l'industria dell'alcol sostiene fino a due milioni di posti di lavoro nel Paese (Stockwell).

Il proibizionismo sulle droghe dell'inizio del XX secolo – L'International Opium Convention

Nel corso della storia sono stati fatti molti sforzi per regolare e vietare le sostanze d'abuso, come quello degli imperatori cinesi prima delle Guerre dell'Oppio (~1839–1860).

La prima legge europea moderna per la regolamentazione delle droghe fu il Pharmacy Act del 1868 del Regno Unito: il suo primo obiettivo, relativamente inefficace, era regolare le vendite di oppio (Booth 1996; Berridge 2013).

La progressiva espansione internazionale del “moralmente indifendibile” commercio di oppio e cocaina ha portato, nel 1912, all'International Opium Convention dell'Aja, a seguito della preoccupazione riguardo la diffusione del consumo di oppio sulla costa statunitense del Pacifico generata dall'afflusso di lavoratori cinesi.

Il congresso richiese ai firmatari di introdurre la graduale proibizione di oppio e cocaina al di fuori di usi strettamente medici. Lo scopo era quello di sradicare l'uso “non medico e non scientifico” di droghe.

Nello stesso congresso furono proibite le fumerie d'oppio, così come “gli edifici nei quali queste persone conducono tale attività o commercio” (Davenport-Hines 2002).

Il Governo Imperiale Cinese tentò di vietare la coltivazione di oppio nel primo decennio del XX secolo, sebbene le amministrazioni locali siano ricorse all'oppio come fonte di guadagno e per finanziare le proprie campagne elettorali negli anni '20.

Anche le colture alimentari in quel periodo vennero rimpiazzate da quelle di oppio, portando addirittura a carestie. Dopo la Prima Guerra Mondiale molti governi europei e stranieri, inclusi Gran Bretagna, Francia e Giappone, hanno ignorato i trattati stipulati per eliminare il commercio dell'oppio. Questo si intensificò fino a raggiungere un picco nel 1930 (UNODC 2007), e venne inoltre usato per finanziare il Partito Comunista Cinese negli anni '40, sebbene il Presidente Mao repressse poi brutalmente il suo commercio nella decade successiva (Booth 1996; Baulmer 2001).

Il mercato dell'oppio in Indocina

La campagna del governo coloniale francese per eliminare la dipendenza da oppio in Indocina (gli attuali Vietnam, Laos e Cambogia) iniziò nel 1946 con l'abolizione del monopolio dell'oppio.

Tuttavia, l'intelligence e gli enti paramilitari francesi iniziarono a monopolizzarne nuovamente il commercio allo scopo di finanziare le

proprie operazioni segrete durante la Prima Guerra di Indocina, come parte della resistenza all'indipendenza del Vietnam (1946–1954) (“Operazione X”) (McCoy1972).

In modo simile, Burma divenne indipendente alla fine della Seconda Guerra Mondiale e la coltivazione dell'oppio iniziò a prosperarvi. Negli anni '50 del '900, gli sforzi degli Stati Uniti di contenere la diffusione del Comunismo in Asia inclusero la stipulazione di alleanze con i signori della guerra in Laos, Thailandia e Burma (il “Triangolo d'Oro”, dove si concentrò la produzione mondiale di oppio).

Membri dei servizi segreti statunitensi e francesi nel Sud-Est asiatico vendettero armi e munizioni ai signori della guerra locali per finanziare le operazioni militari occidentali in quel territorio.

Gli stessi signori della guerra comprarono tali armi con i proventi derivanti dalla produzione e vendita di oppio (ironicamente, tale oppio veniva spesso venduto alle truppe statunitensi che prestavano servizio nel Sud-Est asiatico). Ciò condusse a una “epidemia” di uso illecito di eroina nei Paesi occidentali (McCoy 1991; Baulmer 2001). Il diffuso abuso di oppio tra i soldati statunitensi durante la guerra del Vietnam portò direttamente all'attuale “guerra alla droga” degli Stati Uniti e alle politiche internazionali correlate (vedi oltre).

BOX 1 Breve storia dell'oppio

L'Uomo ha coltivato i papaveri da oppio sin dall'Età della pietra – per almeno 15000 anni.

Anticamente era usato come antidolorifico e nelle cerimonie rituali da molte civiltà, inclusi Sumeri, Antichi Egizi, Indiani, Minoici, Persiani, Imperi Greco e Romano, così come gli Imperi arabi che diffusero l'Islam e introdussero l'oppio in Cina circa 1000 anni fa. Si riscontra l'utilizzo di oppio anche a scopo ricreativo nelle società Musulmane e successivamente nell'Impero Ottomano, almeno 700 anni fa.

Dall'inizio del XIX secolo, oppio grezzo e laudano (oppio dissolto in alcol) erano diffusamente reperibili nelle farmacie in Inghilterra, Europa e Stati Uniti.

L'importazione di oppio in Gran Bretagna salì dalle 41 tonnellate nel 1830 alle 125 tonnellate nel 1860.

In quel periodo esso era usato per il trattamento di dolore, tosse, insonnia e diarrea, in parte a causa dell'assenza di altri farmaci efficaci. In molte città una bottiglia

di laudano era meno costosa di vino o gin, fattore che portò alla larga diffusione dell'abuso: per esempio, la moglie del Presidente Lincoln era dipendente da oppio, largamente usato negli Stati Uniti finché il suo consumo non venne limitato alle già citate “fumerie”.

I Paesi Occidentali hanno spesso supportato il mercato dell'oppio.

La Gran Bretagna sconfisse la Cina nella Prima Guerra dell'oppio (1839–1842) e acquisì il diritto per i Paesi stranieri di commerciare l'oppio con i Cinesi, nonostante la maggioranza delle 41000 tonnellate di oppio prodotte in Cina nel 1906 fossero consumate localmente (si stima che un quarto della popolazione maschile cinese usasse oppio a scopo ricreativo).

Le vecchie potenze coloniali, Gran Bretagna e Francia, promossero attivamente e controllarono il commercio dell'oppio in Estremo Oriente, inclusa l'Indocina Francese (Vietnam), fino agli anni '50 del novecento. (Latimer 1981; McCoy 1991; Chovy2009)

L'Accordo Unico del 1961 sulle sostanze stupefacenti e la conseguente proibizione

Il periodo immediatamente successivo alla Seconda Guerra Mondiale fu un momento di sconvolgimento sociale. Nel Regno Unito, gli anni '50 del '900 videro la pubblicazione delle inchieste governative che raccomandavano la legalizzazione dell'omosessualità, della prostituzione e dell'aborto (le inchieste dei comitati Wolfenden e Birkett). Tuttavia, all'epoca la dipendenza da sostanze non era vista come uno dei maggiori problemi sociali del Paese. Ciò nondimeno, le Nazioni Unite introdussero gradualmente misure internazionali per rafforzare il proibizionismo con la "Single Convention on Narcotic Drugs" nel 1953, la "Convention on Psychotropic Substances" nel 1971 e la "Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances" nel 1988.

La Convention del 1961 portò all'introduzione, nei Paesi occidentali, di leggi che criminalizzavano la manifattura, il possesso e la distribuzione di molte sostanze d'abuso che non fossero utilizzate per il trattamento di patologie (come definito dai medici).

La Convention del 1971 è stata introdotta per proibire la cannabis e altre sostanze d'abuso sintetiche, che non erano incluse nei precedenti trattati. Ha inoltre introdotto la classificazione corrente delle sostanze d'abuso e ha permesso una riduzione delle pene detentive per le persone in trattamento per problemi di droga.

La Convention del 1988 richiese ai Governi di cooperare per imporre il proibizionismo, di combattere il riciclaggio di denaro e di estradare

i trafficanti di droga. Ha inoltre permesso a una commissione di esperti di aggiungere ulteriori sostanze sintetiche, inclusi i precursori, alla lista delle sostanze stupefacenti considerate ed emendate alla Convention.

Alla fine del 2002, una commissione del Parlamento Europeo raccomandò di abrogare la Convention del 1988 dato che il proibizionismo aveva dimostrato di essere inefficace, nonostante gli ingenti fondi investiti per regolamentare le sostanze illecite (Cappato 2002).

Purtroppo le leggi rimangono a livello nazionale mentre il mercato della droga è globale e può essere facilmente mantenuto in Paesi che sono restii o incapaci di applicare leggi proibizionistiche.

Paradossalmente, gli alti prezzi che le sostanze illecite hanno nei Paesi ricchi derivanti dalle leggi proibizionistiche procurano enormi ricavi per i mercanti di droghe, che spesso hanno la propria base in Paesi poveri. Questo denaro può essere utilizzato per intimidire e corrompere interi governi (LSE Ideas 2014).

È stato stimato che, nel 2005, il prezzo dell'oppio sia aumentato oltre 1000 volte durante la sua filiera produttiva e commerciale: dalle 204 sterline per 4 kg (0,051 cent. £ / grammo) di oppio in Afghanistan alle 54000 sterline per 1 kg (54 £ / grammo) di eroina (suo derivato) sulle strade della Gran Bretagna (Reuter 2007). Se fosse legale, la cocaina probabilmente costerebbe quanto la produzione e la distribuzione del caffè. Per esempio, i narcotrafficanti, per portare la cocaina dal Sud America agli USA, richiedono circa 10000 dollari americani al chilogrammo; la FedEx spedisce un qualsiasi pacco da un chilogrammo per circa 60 dollari americani (LSE Ideas 2014): questo incremento di prezzo è quasi interamente dovuto al divieto legale e al risarcimento per l'assunzione del rischio e significa, inoltre, che ci sono enormi guadagni per quei fornitori che evitano con successo di farsi rintracciare.

L'evasione dall'applicazione della legge nazionale illustra anche la grande mobilità del commercio delle sostanze illecite. Per esempio, con l'avvento del comunismo la produzione di oppio si spostò dalla Cina agli stati del Laos, della Thailandia e del Burma, recentemente divenuti indipendenti. Alla fine della guerra del Vietnam la produzione si spostò di nuovo, questa volta in Afghanistan. Allo stesso modo, la Colombia divenne la più importante tappa per il trasporto della cocaina in USA a seguito della sua produzione in Perù e Bolivia. Tuttavia, in seguito questa si è progressivamente spostata al Messico e alla Nigeria a causa del supporto militare statunitense alla lotta contro la droga in Colombia (LSE Ideas 2014).

BOX 2 Breve storia della cocaina

La masticazione delle foglie della pianta di coca per il rilascio degli alcaloidi della cocaina era in uso almeno 3000 anni fa tra i lavoratori nativi delle Ande.

Nel periodo dell'occupazione spagnola in Sud America, ai minatori delle miniere d'argento venivano concesse pause regolari per assumere foglie di coca. Questa usanza si diffuse tra i lavoratori delle industrie del Nord America dal 1900, periodo in cui la coca divenne meno costosa dell'alcol. La cocaina venne usata da Shackleton e Scott durante le loro spedizioni Antartiche.

La cocaina fu purificata nel 1859 e venne usata a scopo ricreativo in una forma farmaceutica purificata da luminari del calibro di Sigmund Freud, Jules Verne,

Alexandre Dumas, Sir Arthur Conan Doyle (e Sherlock Holmes). Si suppone che la cocaina sia stata provata da Papa Leone XIII, Regina Vittoria e Ulysses S. Grant e che Robert Lewis Stevenson abbia scritto il romanzo "Dr Jekyll e Mr Hyde" mentre era sotto l'effetto della cocaina.

Gli alcaloidi della coca sono stati ingredienti della Coca Cola dal 1886 fino al 1903, periodo in cui le vendite della bevanda si diffusero a livello internazionale. La cocaina venne inoltre largamente utilizzata dalle star di Hollywood durante i Ruggenti Anni 20.

La Germania fu uno dei principali Paesi produttori di cocaina "farmaceutica" fino alla fine della Seconda Guerra Mondiale (Gootenberg 1999; Karch 2005; Feiling 2009).

Una vasta diaspora internazionale, governi corrotti e mezzi di trasporto accessibili attraggono il narcotraffico globale: Bolivia e Perù sono i principali produttori di cocaina, sebbene questa venga trattata successivamente e spedita dalla Colombia e dal Messico, i quali sono più vicini agli Stati Uniti.

L'Afghanistan ha dominato la produzione mondiale di oppio per almeno 20 anni.

L'Iran è rimasto costantemente uno dei percorsi maggiormente trafficati, essendo geograficamente vicino all'Europa e politicamente sgradito agli Stati Uniti. In modo analogo, il traffico di eroina attraverso il Tajikistan si è sviluppato in seguito allo scioglimento dell'Unione Sovietica e all'aumentare della domanda del mercato russo per l'eroina.

La Nigeria è diventata uno dei paesi di maggior transito della cocaina: è stata guidata da una serie di governi corrotti sin dall'indipendenza, ha subito una grande diaspora (molti Nigeriani vivono all'estero) ed è caratterizzata da una debole società civile, salari familiari molto bassi e mezzi di trasporto internazionali ragionevoli. Negli aeroporti nigeriani è relativamente facile comprare la protezione per transazioni illegali (a causa della corruzione e della tradizionale debolezza dei governi) (LSE Ideas 2014).

Critiche alla “guerra alle droghe”

La “guerra alle droghe” è una campagna militare e politica statunitense diffusa dal Presidente Nixon nel 1971, che puntava a sradicare il commercio internazionale delle sostanze illecite (il presidente Nixon nominò persino Elvis Presley come uno dei suoi consulenti sulle droghe).

Sebbene la campagna sia progredita continuamente, una fase più estrema si sviluppò durante l'amministrazione di George Bush (1989–1993), con l'intervento militare contro i cartelli della droga colombiani.

L'amministrazione più recente, guidata dal Presidente Obama (insediatosi nel 2009), ha dichiarato di non avere pianificato di cambiare la politica di lotta contro la droga attuale, che ha un costo annuale stimato di 51 miliardi di dollari americani (Drug Policy Alliance 2015), sebbene il termine “guerra alle droghe” non sia più usato.

La “Drug Policy Alliance” (2015) ha stimato che, nel corso di quattro decenni, gli Stati Uniti hanno speso oltre mille miliardi di dollari nella loro lotta contro le droghe.

Nonostante questo, i prezzi di eroina e cocaina sono scesi del 75–80% tra gli anni '80 e il 2011, sia grazie alla capacità del mercato delle sostanze illecite di distribuirsi tra i Paesi e dato che i

guadagni illeciti permettono ai signori della droga di controllare i governi dei Paesi poveri.

La “guerra alle droghe” è comunemente considerata come un costoso fallimento (Reuter 2007; LSE Ideas 2014).

Nel 1986, il Dipartimento della Difesa statunitense ha finanziato uno studio di 2 anni effettuato dalla RAND Corporation sull'uso dell'esercito nella lotta alla droga. Questo ha concluso che l'utilizzo delle forze armate statunitensi per impedire l'arrivo di droghe negli Stati Uniti avrebbe poco o nessun effetto sulla disponibilità di cocaina (Reuter 1988), e supportò le conclusioni di sette studi precedenti.

Oltre 7 miliardi di dollari vengono spesi ogni anno negli Stati Uniti per arrestare e perseguire le persone coinvolte in reati connessi alla cannabis (Miron 2005). Ciononostante un sondaggio finanziato dal governo degli Stati Uniti ha riportato che circa l'85% degli studenti adolescenti trovi che la cannabis sia “facile da procurarsi”. Inoltre, la prevalenza dell'uso di cannabis è rimasta stabile per almeno due decenni: in Occidente i prezzi delle sostanze illecite sono costantemente scesi durante gli ultimi 30 anni nonostante la “guerra alle droghe”.

Per esempio, i prezzi dell'eroina sono diminuiti da 1896 dollari americani per grammo all'11% di purezza nel 1981 fino a 408 dollari al grammo al 28% di purezza nel 2011.

I prezzi della cocaina sono scesi da 669,18 dollari per 2 grammi al 40% di purezza a 177,62 dollari al 42% di purezza durante lo stesso periodo (Office of National Drug Control Policy 2013).

BOX 3 Breve storia della cannabis

Per molti decenni la cannabis (marijuana, hashish) è stata la sostanza illegale più largamente utilizzata. È stata usata a scopo ricreativo per 5000 anni. L'uso della cannabis si diffuse dalla Cina all'India e poi, con l'espansione dell'Islam, al Nord Africa e all'Europa. Alla fine del XVI secolo in America, la cannabis si sviluppò come coltura commerciale, insieme al tabacco, a opera degli Inglesi e degli Spagnoli.

Durante l'invasione dell'Egitto, Napoleone scoprì che la cannabis veniva ampiamente utilizzata dai lavoratori egiziani e poco dopo, in Francia, fumare cannabis divenne di moda.

La cannabis veniva largamente venduta e usata a scopo ricreativo negli USA tra il 1850 e il 1915, prima del proibizionismo.

Fumare cannabis era comune in Medio Oriente durante gran parte del XX secolo (Deitch 2003; Cervantes 2015).

La diminuzione media dei prezzi è stata del 75–80% dagli anni '80 (Davenport-Hines 2002; Bewley-Taylor 2003).

Nel 2014, un rapporto della London School of Economics Expert Group on the Economics of Drug Policy (che includeva cinque vincitori premi Nobel) concludeva che la strategia della “guerra alle droghe” ha prodotto un enorme danno. Questo include “carcerazioni di massa negli Stati Uniti, politiche altamente repressive in Asia, vasta corruzione e destabilizzazione politica in Afghanistan e Africa occidentale, smisurate violenze in America Latina [e] una epidemia di HIV in Russia” (Quah 2014: p. 3).

Un “mondo senza droga” non è più un obiettivo realistico.

I governi dell'America Latina non sono più preparati a sopportare le conseguenze politiche ed economiche della “guerra alle droghe”, tanto che il costo totale per applicare le politiche proibizionistiche delle Nazioni Unite può solo essere coperto da una concessione di aiuti di 400–500 milioni di dollari americani all'anno. Come già citato, per dare un esempio del danno causato, non appena divenne efficace l'utilizzo dell'esercito statunitense contro i signori della cocaina in Colombia attorno al 2001, la produzione si spostò in Messico (fenomeno detto “effetto palloncino”, per analogia a ciò che succede all'aria contenuta in un palloncino di gomma se si esercita forte pressione in un suo punto).

Il tasso totale di omicidi in Messico triplicò in 4 anni, da circa 8 omicidi ogni 100.000 individui nel 2006 a più di 23 nel 2010. Tra il 2006 e il 2012, una intensa campagna della polizia contro le maggiori organizzazioni di narcotraffico risultò in oltre 60.000 omicidi connessi alla droga e in un milione e mezzo di persone sfollati dalle proprie case (LSE Ideas 2014).

Il Rapporto LSE (Quah 2014) evidenziò come Paesi piccoli e poveri come la Guinea-Bissau o il Ghana potrebbero non possedere sufficienti forze di polizia o militari per applicare le leggi anti-contrabbando, facendo di essi le basi ideali per il trattamento delle droghe.

Lo stesso vale per i Paesi politicamente instabili, in particolare l'Afghanistan, l'Iran e i cosiddetti “narco-stati” in Africa orientale e America Centrale. Sfortunatamente, i funzionari del governodeputati all'applicazione del proibizionismo nei Paesi poveri sono nella posizione ideale per diventare i migliori trafficanti perché capaci di eludere le leggi esistenti sul contrabbando. Essi sono inoltre vulnerabili alla corruzione e all'intimidazione da parte dei potenti signori della droga, compresi l'assassinio e il sequestro dei familiari.

Anche i Paesi ricchi hanno trovato impraticabile la “guerra alle droghe” (Quah 2014).

Il governo Olandese trovò che le proprie prigioni e tribunali fossero inadatti a processare i 1300 corrieri della cocaina arrestati all'aeroporto di Amsterdam nel corso del 2001. Di conseguenza, furono introdotte le confische della droga e dei passaporti dei trafficanti, unite al divieto di ulteriori voli internazionali (attraverso l'Olanda).

Il numero di corrieri intercettati scese a soli 40 nel 2005, con un enorme risparmio per il sistema giudiziario olandese. È improbabile che le droghe di classe A (eroina e cocaina) verranno legalizzate nel prossimo futuro. Comunque, nel 2001, con una decisione spesso travisata, il Portogallo depenalizzò il possesso di piccole quantità di qualsiasi droga. Quindi, il possesso di quantità modeste di eroina è soggetto a sanzioni non penali come venire indirizzati a trattamenti o a programmi educazionali (Berridge 2013).

Ciononostante, lo spaccio di droga resta un reato ed è la criminalizzazione della distribuzione (piuttosto che del possesso) che conduce ai prezzi (e ai guadagni) altamente gonfiati delle sostanze illecite, i quali a loro volta portano a commettere reati per potersi permettere l'acquisto.

Legalizzazione della cannabis

Il gennaio del 1969 avvenne la pubblicazione, nel Regno Unito, di un rapporto sulla cannabis da parte del Advisory Committee on Drug Dependence.

Prese il nome dalla presidente del comitato, la Baronessa Wootton. Con un approccio notevolmente liberale, faceva riferimento alle conseguenze socialmente dannose dalla criminalizzazione della cannabis (Advisory Committee on Drug Dependence 1969).

Il Rapporto Wootton giunse alla fine di un periodo di governo e le sue raccomandazioni furono ignorate dai successivi regimi austeri e conservatori del Regno Unito (a anche negli Stati Uniti) (Holden 2004).

Quasi 50 anni dopo, un nuovo regime più liberale sembra si stia sviluppando. Questo potrebbe essere dovuto alla conclusione pragmatica che la “guerra alle droghe” è fallita – l'uso di droga infatti persiste ed è anzi aumentato nonostante le campagne enormemente dispendiose per eliminarne il commercio. Inoltre l'opinione pubblica, in particolare negli Stati Uniti, è diventata progressivamente più tollerante sul tema.

Dal 1996, 20 Stati degli Stati Uniti hanno permesso l'utilizzo di cannabinoidi per scopi medici approvati, sebbene questo non includa il fumare la cannabis sotto forma di sigarette (Farrell 2014). L'uso medico di cannabis fu autorizzato per

il trattamento della sclerosi multipla negli anni '90 ed è probabile che abbia spianato la strada per l'accettazione pubblica della cannabis, con legalizzazione e depenalizzazione in Occidente.

Attualmente i sondaggi mostrano pubblica approvazione per la legalizzazione della cannabis.

Un sondaggio svolto su 1800 adulti statunitensi riscontrò che il 54% di essi ritenesse che la droga avrebbe dovuto essere resa legale (Pew Research Centre 2014) circa metà dei rispondenti al sondaggio aveva provato la cannabis e il 70% considerava la cannabis meno dannosa dell'alcol. Quando Gallup fece un sondaggio sul tema negli Stati Uniti nel 1969, solo il 12% dei rispondenti favoriva la legalizzazione.

Le amministrazioni statunitensi, tradizionalmente restrittive, hanno cominciato di conseguenza ad adottare politiche più miti. Nel 2012, gli elettori del Colorado e dello stato di Washington, hanno approvato i procedimenti per legalizzare la vendita di modeste quantità di cannabis a utenti registrati dal primo gennaio 2014. Questo seguì un referendum di stato nel quale il 55% della popolazione votò per legalizzare la cannabis.

Un emendamento simile fu adottato dal governo dello stato di Washington (Washington Initiative 502) a seguito di un referendum in cui una percentuale simile (quasi il 56%) votò a favore della legalizzazione.

Questi cambiamenti stanno avvenendo nonostante il fatto che essi contravvengano le Convention dell'ONU sulle droghe del 1961 e del 1988, e il Procuratore Generale degli Stati Uniti ha confermato che non si tenterà di farle rispettare da parte del governo federale.

Nell'agosto 2013, l'Uruguay divenne il primo Paese dell'era moderna a legalizzare la produzione e la vendita di cannabis, sebbene la vendita sia solo per consumatori registrati. Ciononostante, in Uruguay il sostegno pubblico per la legalizzazione era basso. Secondo i sondaggi del 2012–2013, il 58–66% degli uruguayani era contro la legalizzazione della vendita di marijuana, mentre il 24–29% era a favore (Global Commission on Drug Policy 2011). La legalizzazione della cannabis fu presentata nel Parlamento della Jamaica nel giugno 2014 e la normativa venne approvata il 22 gennaio 2015 (Associated Press in Kingston 2015).

Il BOX 4 contiene elementi riguardanti il dibattito sulla cannabis.

Spaccio di sostanze di abuso soggette a prescrizione medica

La dipendenza, e lo spaccio, delle sostanze d'abuso concesse sotto prescrizione come il metadone, la morfina e le benzodiazepine sono divenute così

diffuse da essere diventate più comune della dipendenza da sostanze illecite.

Per esempio, nel Regno Unito, la National Treatment Agency for Substance Misuse (2006) ha stimato che ci fossero circa 200.000 “consumatori problematici di sostanze” (es. consumatori di sostanze illecite) nel primo decennio del XXI secolo.

D'altro canto, le stime suggeriscono che il 2% della popolazione adulta del Regno Unito (circa 1 milione di persone), e anche degli Stati Uniti, abbiano usato regolarmente benzodiazepine per 12 mesi o più; circa metà di questi per 5–10 anni (Ashton 1989, 1994). In modo simile, il 10–30% degli utilizzatori cronici di benzodiazepine hanno sviluppato una dipendenza fisica da queste (National Institute of Health and Care Excellence 2004).

Nel 1996 più della metà delle 360.000 persone che assumevano benzodiazepine in Australia le aveva utilizzate almeno per oltre 6 mesi (Australian Bureau of Statistics 1996).

L'abuso degli analgesici oppioidi ottenibili sotto prescrizione medica, come l'ossicodone, ha raggiunto proporzioni epidemiche negli Stati Uniti, con pochi segnali di riduzione (Maxwell 2011; Freynhagen 2013). Weiss et al (2011) hanno riportato che l'1.7% della popolazione statunitense (5.1 milioni di persone) avesse utilizzato oppioidi concessi sotto prescrizione a scopo non medico nell'ultimo mese, con il 5% che lo aveva fatto nell'ultimo anno (Fischer 2014).

Nel 2014, gli oppiacei ottenuti sotto prescrizione e poi “dirottati” per consumo illecito sono diventati la seconda sostanza di abuso più comune dopo la cannabis. Analogamente, nel 2009 negli Stati Uniti, l'uso di un farmaco oppioide per motivi non medici era 20 volte più comune e causava più morti rispetto all'uso di eroina (Weiss 2011). L'aumento di abuso e di morti causate da farmaci oppiacei è in parte dovuta alle tecniche di marketing aggressive utilizzate per questi farmaci nel trattamento del dolore, soprattutto il dolore cronico non dovuto a cancro, e alla difficoltà nell'evitare il loro dirottamento sul mercato nero (Maxwell 2011; Fischer 2014).

La ridotta regolazione della pratica medica, la pratica medica speculativa (come l'esecuzione di trattamenti non necessari per generare un guadagno) e il marketing diretto ai pazienti possono spiegare perché i tassi di uso dei farmaci oppiacei sino circa quattro volte più alti negli Stati Uniti che in Europa.

Le stime suggeriscono che il 4% di tutte le dosi di farmaci oppiacei prescritti negli Stati Uniti siano rivendute sul mercato nero (Katz 2010; Dasgupta

BOX 4 Argomenti riguardo la legalizzazione della cannabis

La lunga discussione sulla legalizzazione della cannabis tende a includere concetti astratti come la morale, la salute, la libertà e la pubblica sicurezza. Il fatto che la cannabis sia facilmente reperibile in molti Paesi, nonostante le leggi proibizionistiche, viene spesso ignorato e molti esperti, in modo polemico, hanno dichiarato che la cannabis non sia più pericolosa di alcol o tabacco (Advisory Council on the Misuse of Drugs 2008).

È verosimile che l'aumentato uso di cannabis possa portare a un aumentato numero di incidenti coinvolgenti veicoli a motore o macchinari industriali (Hall 2015). Tuttavia, sebbene l'uso aumenterà quasi certamente dopo la legalizzazione, questa eviterebbe un grande numero di condanne minori per droga e i governi creerebbero così considerevoli entrate fiscali in contrasto con la situazione attuale, in cui la fornitura di cannabis costituisce un guadagno per le organizzazioni criminali e per altri gruppi dissidenti.

Una recente e approfondita review sugli effetti sulla salute dell'uso regolare di cannabis (Hall 2015) riporta i seguenti dati:

- Guidare sotto l'effetto di cannabis raddoppia il rischio di incidenti stradali (paragonato all'aumento del rischio di 6–15 volte dell'alcol): per esempio, in Francia l'uso di cannabis è stimato essere responsabile del 2,5 % delle morti sulla strada, mentre l'alcol del 29%;

- La dipendenza si verifica in circa il 10% degli utilizzatori di cannabis (comparato al 32% per la nicotina, 23% per l'eroina, 17% per la cocaina, 15% per l'alcol e 11% per gli stimolanti);
- Un uso intenso e prolungato di cannabis riduce il QI di 8 punti e produce cambiamenti oggettivi all'imaging tramite risonanza magnetica e altre indagini neuroradiologiche;
- L'uso di cannabis aumenta il rischio di interruzione prematura degli studi del 17%;
- I tassi di psicosi e suicidio sono raddoppiati nei consumatori regolari di cannabis, e probabilmente potrebbe essere evitato il 13% dei casi di schizofrenia se la cannabis non fosse disponibile (questo implica che, nel Regno Unito, 4.700 giovani uomini dovrebbero astenersi dalla cannabis per evitare l'insorgenza di un caso di schizofrenia; rimane controversa l'effettivo nesso di causalità tra i due fenomeni – l'incidenza annuale della schizofrenia sembra essere rimasta stabile durante il secolo scorso nonostante la crescita massiva dell'uso di cannabis – ma recenti evidenze suggeriscono che la cannabis a elevata potenza o "skunk" potrebbero avere un'associazione più significativa con la genesi della schizofrenia);
- La cannabis ha modesti effetti sui tassi di eventi cardiaci mortali, cancro al polmone e bronchiti, sebbene questi dati siano confusi dal fumo di tabacco.

Questi risultati sono basati su numerosi studi, i più solidi dei quali sono due studi di coorte longitudinali durati 40 anni effettuati in Nuova Zelanda. Sebbene siano chiari gli effetti dannosi della cannabis sulla salute, questi rimangono modesti, specie se comparati con quelli del tabacco, dell'alcol e dell'uso di droghe endovena.

L'ipotesi di "ingresso" (che la cannabis porti a droghe più dannose quali la cocaina) è piuttosto debole – la grande maggioranza dei consumatori di cannabis non diventa dipendente e un numero ancora minore passa alle droghe "pesanti" (Sullum 2003). Per esempio, i rapporti dal Canadian Senate's Special Committee on Illegal Drugs (2002) e il UK Advisory Council on the Misuse of Drugs (2008) hanno concluso che solo una piccola percentuale di casi di schizofrenia possa essere ascritto all'uso di cannabis (verosimilmente l'1%, sebbene molte persone con disturbi psicotici preesistenti siano andati incontro a uno scompenso acuto a seguito dell'abuso di cannabis; Reuter 2007). Comunque, l'imposizione, l'arresto e la carcerazione hanno un effetto dannoso sugli individui e sulle loro prospettive di occupazione. Questi costi sono inoltre trasferiti sui contribuenti sotto forma di reddito perduto. La cannabis contribuisce solo in piccola parte alla criminalità a scopo di lucro o violenta, in contrasto all'alcol e alla cocaina (Reuter 2007).

2014). Il costo complessivo dell'abuso di farmaci oppioidi concessi sotto prescrizione medica negli Stati Uniti del 2007 è stato stimato oltre i 56 milioni di dollari, con 14.800 morti all'anno (Birnbaum 2011; Fischer 2014).

Negli ultimi anni c'è stato un aumento dell'8% nelle richieste di aiuto dei pazienti per dipendenza da analgesici concessi sotto prescrizione medica nel Regno Unito, con 154 morti causate dal tramadolo (confrontate con le 486 del metadone) nel biennio 2010–2011 (Ghodse 2011; Stannard 2013).

Wilens et al (2008) hanno effettuato una revisione di 21 studi (riguardanti oltre 100000 bambini e adolescenti) stimando l'abuso dei farmaci stimolanti prescritti per il Disturbo da deficit di attenzione/iperattività (principalmente il metilfenidato): i tassi di uso "deviato" di farmaci stimolanti nell'anno passato pari a 5–9% nei bambini statunitensi in età scolare e del 5–35% negli studenti del college.

Tra il 16 e il 29% degli studenti a cui erano stati prescritti farmaci stimolanti era stato chiesto talvolta di cedere, vendere o barattare le proprie

medicine, e circa il 25% degli studenti del college aveva venduto i propri farmaci stimolanti.

"Legal Highs"

Si sta rivelando virtualmente impossibile impedire la diffusione dell'abuso di una moltitudine di "legal highs" sintetici. Nel 2013, lo European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009) ha riportato che in Europa erano disponibili 280 nuove sostanze psicoattive, conosciute appunto come "legal highs".

Una di quelle più conosciute, il mefedrone, fu vietata nel Regno Unito nel 2010.

I "legal highs" sono le sostanze psicoattive sintetiche che sono recentemente divenute disponibili e che non sono regolate dall'attuale legislazione di molti Paesi (come il Misuse of Drugs Act del 1971 nel Regno Unito), sono assunti per i loro temporanei effetti stimolanti ed euforizzanti, simili a quelli della cannabis, dell'ecstasy e della ketamina. Effetti collaterali e overdose causano sintomi simili a quelli delle sostanze stimolanti illecite, inclusa la sindrome serotoninergica.

Nel 2001, il 5–10% dei giovani cittadini europei ha ammesso di avere assunto una di queste sostanze nell'ultimo anno (confrontato con il 25–50% che aveva utilizzato la cannabis) (Gallup 2011). I “legal highs” sono solitamente acquistati su internet o da spacciatori di cannabis ed ecstasy (Meacher 2013).

Esistono molte centinaia di tali composti chimici, incluso il catinone “meow meow” (mefedrone), GBL (gammabutirrolattone, un solvente industriale), BZP (benzilpiperazina) e la salvia un estratto dalle foglie di *Salvia divinorum*.

Il contenuto esatto delle pastiglie o polveri illegali è estremamente variabile, tanto da poter contenere principi attivi completamente differenti a seconda di quando vengono acquistati.

I “legal highs” o i loro precursori chimici sono generalmente prodotto in grandi quantità in Cina o in India e importati in Europa per essere imballati o distribuiti tramite internet (Griffiths 2013).

A riguardo, non è probabile che gli accordi delle Nazioni Unite, come la Convention on Psychotropic Substances, vengano effettivamente applicati, dato che i Paesi produttori traggono guadagno da questo commercio allo stesso modo in cui Gran Bretagna e Francia hanno gestito il mercato dell'oppio in Cina fino alla Seconda Guerra Mondiale (nonostante le Convention internazionali stabilissero in contrario).

Lo Psychoactive Substances Act 2016

Il 26 maggio 2016 è entrato in vigore lo Psychoactive Substances Act del Regno Unito (quando questo articolo è andato alle stampe). Adesso nel Regno Unito è reato produrre o procurare qualsiasi sostanza che possa essere verosimilmente usata per i suoi effetti psicoattivi, questo a prescindere dal rischio. Certe sostanze sono escluse: alcol, nicotina, caffeina e qualsiasi altra sostanza soggetta ad altre regolamentazioni sull'abuso di droghe. L'obiettivo della legislazione del Regno Unito è quello di chiudere gli “head-shop” (negozi che vendono accessori per l'uso di droghe) e siti web che possano vendere “legal highs”, il semplice possesso di queste sostanze non costituisce reato. Quindi, l'Act evita di criminalizzare le persone che si sono procurate modeste quantità di tali sostanze per il proprio consumo.

La legislazione indica che il produttore e il distributore della sostanza debba dimostrare che è improbabile che la sostanza sia usata per i suoi effetti psicoattivi. Infatti, al produttore e al distributore verrà richiesto di fornire un uso alternativo credibile per i composti chimici venduti in caso di azione contro di loro.

Rimane da vedere se la legislazione del regno Unito possa arginare la marea della vendita su internet e della spedizione ai consumatori dei “legal highs”, sebbene questo sembri altamente improbabile data la natura internazionale del commercio online.

Conclusioni

Il commercio di droghe come l'oppio e la cannabis dura sin dall'antichità e ha prosperato sotto le potenze coloniali. Sembra ci sia stato un breve periodo di sobrietà durante la metà del XX secolo dovuto alla interruzione dei commerci internazionali causata dalle Guerre Mondiali, al proibizionismo internazionale e dall'avvento dei regimi totalitari comunisti. Comunque, il commercio di sostanze illegali si è espanso e ha prosperato nei Paesi Occidentali dopo la Seconda Guerra Mondiale.

È probabile che la legalizzazione della cannabis a scopo ricreativo in due stati degli Stati Uniti d'America nel 2014 sia un evento significativo, segnale della fine delle attuali politiche proibizionistiche contro le droghe. Analogamente, il diffuso “spaccio” dei farmaci oppiacei, benzodiazepine e stimolanti concessi sotto prescrizione medica insieme alla vendita su internet dei “legal highs” rende al momento virtualmente impossibile imporre proibizioni tramite leggi penali.

Bibliografia

- Advisory Committee on Drug Dependence (1969) *Cannabis*. HMSO.
- Advisory Council on the Misuse of Drugs (2008) *Cannabis: Classification and Public Health*. Advisory Council on the Misuse of Drugs.
- Ashton H (1989) Risks of dependence on benzodiazepine drugs: a major problem of long-term treatment. *BMJ*, **298**: 103–4.
- Ashton H (1994) The treatment of benzodiazepine dependence. *Addiction*, **89**: 1535–41.
- Associated Press in Kingston (2015) Jamaica decriminalises marijuana. *The Guardian*, 25 Feb.
- Australian Bureau of Statistics (1996) *National Health Survey, First Results, Australia, 1995*. Australian Bureau of Statistics.
- Baumler A (2001) *Modern China and Opium: A Reader*. University of Michigan Press.
- Berridge V (2013) *Demons: Our Changing Attitudes to Alcohol, Tobacco and Drugs*. Oxford University Press.
- Bewley-Taylor DR, Fazel CSJ (2003) *The Mechanics and Dynamics of the UN System for International Drug Control*. Forward Thinking On Drugs.
- Birnbaum HG, White AG, Schiller M, et al (2011) Societal costs of prescription opioid abuse, dependence, and misuse in the United States. *Pain Medicine*, **12**: 657–67.
- Booth M (1996) *Opium: A History*. Simon & Schuster.
- Cappato M, Davies C, Cohn-Bendit DC, et al (2002) *Proposal for a Recommendation, 23 December 2002: Recommendation on the Reform of the Conventions on Drugs (B5-0541/2002)*. European Parliament.

Risposte

1 e 2 a 3 d 4 e 5 d

- Cabinet Office Strategy Unit (2013) *Alcohol Misuse: How Much Does it Cost?* Cabinet Office.
- Cervantes G (2015) *The Cannabis Encyclopedia*. Van Patten Publishing.
- Chouvy PA (2009) *Opium: Uncovering the Politics of the Poppy*. I. B. Tauris.
- Dasgupta N, Creppage K, Austin A, et al (2014) Observed transition from opioid analgesic deaths toward heroin. *Drug and Alcohol Dependence*, **145**: 238–41.
- Davenport-Hines R, Treadwell P (2002) *The Pursuit of Oblivion: A Global History of Narcotics*. W. W. Norton.
- Deitch R (2003) *Hemp: American History Revisited: The Plant with a Divided History*. Algora.
- Drug Policy Alliance (2015) *Wasted Tax Dollars*. Drug Policy Alliance (<http://www.drugpolicy.org/wasted-tax-dollars>). Accessed 10 Feb 2016.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009) *Annual Report on the State of the Drugs Problem in Europe 2009*. EMCDDA.
- Farrell M, Buchbinder R, Hall W (2014) Should doctors prescribe cannabinoids? *BMJ*, **348**: 33–6.
- Feiling T (2009) *The Candy Machine: How Cocaine Took Over the World*. Penguin.
- Fischer B, Keates A, Bühringer G, et al (2014) Non-medical use of prescription opioids and prescription opioid-related harms: why so markedly higher in North America compared to the rest of the world? *Addiction*, **109**: 177–81.
- Freudenberg N (2014) *Lethal But Legal: Corporations, Consumption, and Protecting Public Health*. Oxford University Press.
- Freyenhagen R, Geisslinger G, Schug SA (2013) Opioids for chronic non-cancer pain. *BMJ*, **346**: f2937.
- Gallup Organization (2011) *Youth Attitudes on Drugs: Analytical Report* (Flash Eurobarometer 330). European Commission.
- Ghodse H, Corkery J, Schifano F, et al (2011) *Drug-Related Deaths in the UK: Annual Report 2011*. International Centre for Drug Policy, St George's, University of London.
- Global Commission on Drug Policy (2011) *War on Drugs: Report of the Global Commission on Drug Policy*. Global Commission on Drugs.
- Gootenberg P (ed) (1999) *Cocaine: Global Histories*. Routledge.
- Griffiths P, Evans-Brown M, Sedefov R (2013) Getting up to speed with the public health and regulatory challenges posed by new psychoactive substances in the information age. *Addiction*, **108**: 1700–3.
- Hall W (2015) What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use? *Addiction*, **110**: 19–35.
- Holden A (2004) *Makers and Manners: Politics and Morality in Post-War Britain*. Politico.
- Karch SB (2005) *A Brief History of Cocaine* (2nd edn). Taylor and Francis.
- Katz MH (2010) Long-term opioid treatment of nonmalignant pain: a believer loses his faith. *Archives of Internal Medicine*, **170**: 1422–4.
- Latimer D, Goldberg J (1981) *Flowers in the Blood: The Story of Opium*. Franklin Watts.
- Lim SS, Vos T, Flaxman AD, et al (2012) A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, **380**: 2224–60.
- LSE Ideas (eds) (2014) *Ending the Drugs Wars: Report of the LSE Expert Group on the Economics of Drug Policy*. London School of Economics.
- Maxwell JC (2011) The prescription drug epidemic in the United States: a perfect storm. *Drug and Alcohol Reviews*, **30**: 264–70.
- McCoy AW (1972) *The Politics of Heroin in Southeast Asia*. Harper & Row.
- McCoy AW (1991) *The Politics of Heroin: CIA Complicity in the Global Drug Trade*. Lawrence Hill Books.
- Meacher MC (2013) Drug policy reform: legal highs. *The Psychiatrist*, **37**: 249–52.
- Miron JA (2005) *The Budgetary Implications of Marijuana Prohibition*. University of Harvard.
- Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, et al (2004) Actual causes of death in the United States, 2000. *JAMA*, **291**: 1238–45.
- National Institute for Health and Care Excellence (2004) *Guidance on the Use of Zaleplon, Zolpidem and Zopiclone for the Short-Term Management of Insomnia Nice* [Technology Appraisal Guidance TA77]. NICE.
- National Treatment Agency for Substance Misuse (2006) *Models of Care for Treatment of Adult Drug Misusers: Update 2006*. NTA.
- Office of National Drug Control Policy (2013) *National Drug Control Strategy: Data Supplement 2013*. Office of National Drug Control Policy (http://www.whitehouse.gov/sites/default/files/ondcp/policy-and-research/2013_data_supplement_final2.pdf).
- Pew Research Centre (2014) *America's New Drug Policy Landscape*. Pew Research Centre.
- Pudney S (2003) *The Road to Ruin? Sequences of Initiation into Drug Use and Offending by Young People in Britain* (Home Office Research Study 253). Home Office Research, Development and Statistics Directorate.
- Quah D, Collins J, Atuesta Becerra LH, et al (2014) *Ending the Drug Wars: Report of the LSE Expert Group on the Economics of Drug Policy*. LSE Ideas.
- Reuter P, Crawford G, Cave J (1988) *Sealing the Borders: The Effects of Increased Military Participation in Drug Interdiction*. RAND Corporation.
- Reuter P, Stevens S (2007) *An Analysis of UK Drug Policy: A Monograph Prepared for the UK Drug Policy Commission*. UK Drug Policy Commission.
- Royal College of Physicians (2001) *Alcohol – Can the NHS Afford It?* RCoP.
- Senate Special Committee on Illegal Drugs (2002) *Cannabis: Our Position for a Canadian Public Policy*. Report of the Senate Special Committee on Illegal Drugs. Senate of Canada.
- Stannard C (2013) Opioids in the UK: what's the problem? *BMJ*, **347**: f5108.
- Stockwell T, Thomas G (2013) *Is Alcohol too Cheap in the UK? The Case for Setting a Minimum Unit Price for Alcohol*. Institute of Alcohol Studies.
- Sullum J (2003) Marijuana as a 'gateway' drug. *Reason*, 24 Jan.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2007) A century of international drug control. *Bulletin on Narcotics*, **LIX** (1 and 2): 1–167. Republished 2009. UNODC.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2009) *World Drug Report 2009*. UNODC.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2010) *World Drug Report 2010*. UNODC (<http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2010.html>).
- United Nations Office on Drugs and Crime (2013) Fact Sheet on Statistics and Trends of Illicit Drugs. Appended to *World Drug Report 2013* (UN Office on Drugs and Crime). UNODC.
- Weiss RD, Potter JS, Fiellin DA, et al (2011) Adjunctive counseling during brief and extended buprenorphine-naloxone treatment for prescription opioid dependence: a 2-phase randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, **68**: 1238–46.
- Wilens TE, Adler LA, Adams J, et al (2008) Misuse and diversion of stimulants prescribed for ADHD: a systematic review of the literature. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, **47**: 21–31.

Domande a scelta multipla

Scegliere la risposta migliore tra quelle possibili a ciascuna delle domande

1 Tra le cause di morte nel mondo, quelle attribuibili all'abuso di sostanze sono

- a al primo posto
- b al terzo posto
- c all'ottavo posto
- d al dodicesimo posto
- e al diciannovesimo posto.

2 Il proibizionismo internazionale delle droghe cominciò con la Convenzione internazionale del:

- a 1912
- b 1918
- c 1939
- d 1945
- e 1971.

3 La percentuale di soldati statunitensi nella guerra del Vietnam stimati essere dipendente da oppiacei era:

- a 0.1%
- b 1%
- c 10%
- d 15%
- e 50%.

4 Il Presidente degli Stati Uniti che ha reso famosa l'espressione "guerra alle droghe" è:

- a George Washington
- b George W. Bush
- c Lyndon Johnson
- d J. Edgar Hoover
- e Richard Nixon.

5 Nel 2009, negli Stati Uniti, l'uso di oppiacei soggetti a obbligo di prescrizione per ragioni non mediche era più comune dell'uso di eroina di:

- a due volte
- b cinque volte
- c 10 volte
- d 20 volte
- e 100 volte.