

Questo volume raccoglie gli articoli e le interviste di **Lester Grinspoon**, pubblicati su *Fuoriluogo* dal 1998 ad oggi, insieme ad alcuni scritti inediti in Italia. La sua ricerca sulla canapa, a partire dagli anni Sessanta, costituisce un riferimento essenziale per studiosi e militanti per la riforma della politica sulle droghe. La denuncia dei miti e della disinformazione sulla marijuana, si accompagna all'approfondimento sul suo valore terapeutico. Negli ultimi anni, la riflessione di Grinspoon si è concentrata sulle prospettive del movimento per la canapa terapeutica: ferma è la sua polemica, scientificamente fondata, nei confronti della cosiddetta "farmaceutizzazione" della canapa, ossia del tentativo di creare farmaci derivati dalla canapa (legali), alternativi alla marijuana (illegale). «La marijuana medica - scrive - insegnerà alle persone che questa sostanza non è l'erba diabolica che il governo americano ci ha sempre fatto credere».

Il volume ha in appendice il testo di una Raccomandazione del Parlamento Europeo a favore di una svolta nella politica sulle droghe.

Lester Grinspoon, psichiatra, Professore emerito alla *Harvard Medical School* è autore di numerosi e fondamentali scritti sulle droghe: in Italia sono stati pubblicati nel 1995 *Marijuana, la medicina proibita* (coautore James B. Bakalar); nel 1996 *Marijuana*.

Lester Grinspoon

viaggio nella canapa

FUORILUOGO.2

Lester Grinspoon

viaggio nella canapa

*il movimento internazionale
per gli usi terapeutici*

FUORILUOGO
quaderno.2

Lester Grinspoon

viaggio
nella
canapa

*il movimento internazionale
per gli usi terapeutici*



FUORILUOGO

a cura di
Franco Corleone / Grazia Zuffa

traduzioni
Marina Impallomeni / Grazia Zuffa

progetto grafico e impaginazione
MobyDick, Ortona

stampa
Litografia Botolini,
Rocca San Giovanni

Edizioni
Forum Droghe / Fuoriluogo
c/o C.R.S.
Via Nazionale 75
00184 Roma
www.fuoriluogo.it

© Forum Droghe / Fuoriluogo

indice

<i>contro la follia del fondamentalismo</i>	7
<i>scritti (1998-2006)</i>	17
Odissea della canapa	19
Storia di canapa e di forche	39
Una ricchezza da sfruttare	47
Anche lo HIGH è terapeutico	63
Il fumo è la migliore medicina	73
<i>le interviste di Fuoriluogo</i>	77
Marijuana, farmaco miracolo al pari della penicillina	81
Ma il futuro non è in farmacia	85
Evidenze e pregiudizi	89
A carte truccate	95
<i>appendice</i>	
Il mondo ha qualcosa da imparare dall'Europa	113
Raccomandazione del Parlamento europeo sulla strategia europea in materia di lotta contro la droga (2005-2012) approvata il 15 dicembre 2004	117
<i>per saperne di più</i>	127

contro la follia del fondamentalismo

7

Da quando il movimento per la marijuana medica ha assunto dimensioni internazionali, travalicando i confini degli Stati Uniti, Lester Grinspoon, il maggior esperto mondiale sulla canapa, non ha bisogno di presentazioni. Tuttavia, è affascinante ripercorrere la sua storia. Medico, psichiatra, è stato docente alla prestigiosa Medical School dell'Università di Harvard. Come spiega nel saggio iniziale di questo volume (Odissea della canapa), cominciò a studiare la canapa fin dagli anni Sessanta, quando si ripromise di scrivere un articolo scientificamente fondato a sostegno della tesi della pericolosità della canapa: erano gli anni della diffusione della marijuana nei campus studenteschi e Grinspoon pensava che un intervento su basi scientifiche avrebbe avuto un effetto dissuasivo più efficace dei richiami moralistici o della propaganda politica. Andò diversamente: più allargava e approfondiva la ricerca, più lo studioso americano si avvicinava alle conclusioni opposte: «Cominciai a pensare che le mie conoscenze erano largamente basate su miti, vecchi e nuovi - scrive Grinspoon nel saggio già citato - e che la mia formazione medica e scientifica ben poco mi aveva tutelato dalle informazioni distorte».

Il suo primo scritto, uscito nel 1968, e poi il libro Marijuana Reconsidered riflettevano le sue scoperte: a confronto con altre sostanze psicoattive e anche con altri farmaci moderni considerati sicuri, quali l'aspirina, la canapa è una sostanza assai più sicura. Queste conclusioni fecero scalpore, naturalmente nell'America culla del proibizionismo: ma come, un docente di Harvard, un'autorità indiscussa in campo scientifico osava sostenere che la canapa era meno pericolosa dell'alcol e del tabacco?

Se pensiamo che la stessa tesi, sostenuta trent'anni dopo dall'accademico di Francia Bernard Roques, ha di nuovo suscitato scandalo, meglio si capisce il coraggio politico e la statura umana, oltre che scientifica, di Lester Grinspoon.

Non a caso, nella sua storia, l'impegno di ricerca si intreccia con la pratica clinica e la militanza politica. Grinspoon è sempre stato in prima linea nell'assistere i tanti pazienti che a lui si rivolgono per avere le informazioni sulla canapa, spesso rifiutate dai medici curanti. Il sapere proveniente dalle testimonianze dei malati è la base dell'altra famosa opera, Marijuana, the forbidden medicine. Grinspoon ha sempre difeso il valore delle evidenze aneddotiche a sostegno delle proprietà terapeutiche della canapa, anche in assenza di sperimentazioni cliniche controllate: è questa una delle sue argomentazioni preferite, ampiamente documentata in questo volume (cfr. Una ricchezza da sfruttare).

Si farebbe torto a Lester Grinspoon a confinarlo al tema della canapa medica. La sua ricerca procede a tutto campo, così come a tutto campo è iniziata. Parti-

colarmente interessante, a questo proposito, è la sua tesi circa la versatilità, com'egli la chiama, della marijuana, che non può essere circoscritta ai soli usi ludico e medico. C'è un terzo campo, di "potenziamento" delle facoltà umane (sensorie, di pensiero, dell'umore), che sta a cavallo fra i due, altrettanto fertile. Anche per questo, Grinspoon è scettico circa la possibilità, o l'opportunità, di scindere la battaglia per la legalizzazione degli usi terapeutici da quella per la decriminalizzazione della canapa. Così come non si è mai stancato di denunciare che i tentativi di creare farmaci derivati dalla canapa in alternativa alla marijuana, sono in realtà un «artefatto della proibizione». Da qui la polemica degli ultimi anni contro la «farmaceutizzazione» della canapa, com'egli la definisce; in particolare, contro la pretesa superiorità del Sativex (un farmaco creato dalla casa britannica G.W. Pharmaceuticals) sulla canapa inalata o fumata (cfr. Il fumo è la migliore medicina).

La «medicalizzazione» o «farmaceutizzazione» della marijuana è un nodo politico cruciale, che vede opinioni differenti all'interno dello stesso movimento anti-proibizionista; Fuoriluogo vi ha dedicato un dibattito con molti interventi, a partire dal 2001. Ma già due anni prima, Giancarlo Arnao aveva aperto il confronto con un articolo dal suggestivo titolo Liberare le droghe. Anche dal potere medico: commentando uno scritto di Thomas Szasz, egli individua i pericoli della «medicalizzazione» delle droghe, che rischia di sostituire una forma di controllo (quella poliziesca), con un'altra, più sottile ma anch'essa insidiosa (quella dei

camici bianchi). Arnao rivendicava l'uso della cannabis non come espressione di un disagio, ma come un'esigenza connaturata all'essere umano. Questo problema abbraccia l'intera problematica droga, interessata a fondo dal ben conosciuto fenomeno di "patologizzazione della devianza", e si riflette anche sul tema specifico degli usi medici della canapa: ha senso legittimare l'uso medico, mantenendo l'intolleranza, morale e penale, nei confronti degli usi non medici della canapa? E ancora: è possibile separare nettamente la funzione psicoattiva da quella terapeutica, privando il farmaco-canapa delle proprietà euforiche della marijuana?

Come si è detto, Grinspoon non ha incertezze nel tenere insieme le due funzioni; così come nel legare i diversi aspetti della medesima battaglia (cfr. Anche lo high è terapeutico). Nell'intervista A carte truccate, di nuovo auspica la crescita di un movimento di pressione delle persone che usano la marijuana come terapia per rovesciare del tutto il proibizionismo. «La marijuana medica - sostiene - insegnerà alle persone che questa sostanza non è l'erba diabolica che il governo ci ha descritto per anni».

Uno dei leit motiv dell'autore è la denuncia della persecuzione dei consumatori americani, una vera e propria caccia alle streghe responsabile fino ad oggi dell'arresto di 12 milioni di cittadini. La polemica attuale di Lester Grinspoon contro il fondamentalismo dei teocon di Bush è coerente con l'impegno di una vita per smascherare le menzogne che hanno imposto una «follia di massa» sulla cana-

pa; e per denunciare l'asservimento al potere della scienza, o almeno di molti, troppi, sedicenti scienziati.

La collaborazione di Lester Grinspoon con Fuoriluogo e con Forum Droghe ha avuto inizio grazie ai rapporti con il mondo americano di Giancarlo Arnao, nel 1998, con la pubblicazione del primo dei suoi fondamentali contributi sulla canapa, sulle sue applicazioni terapeutiche, sulle conseguenze della proibizione. Si tratta del drammatico processo contro un cittadino americano, arrestato in Malesia per possesso di marijuana, da lui utilizzata per curare il dolore cronico: Grinspoon racconta la sua testimonianza in tribunale in qualità di esperto internazionale di canapa medica, nel tentativo di salvare l'infelice che rischiava fino alla pena di morte. L'attività di consulente nei tribunali statunitensi fa parte della sua militanza politica: nonostante i pronunciamenti popolari che hanno imposto a molti stati americani di decriminalizzare la marijuana ad uso medico, il governo, appellandosi alla legge federale, ignora le leggi statali e continua a perseguire i malati e i medici: così come attesta la testimonianza giurata nel caso Ashcroft versus Raich, anch'essa riportata in questo volume.

Nel 1999, esattamente il 29 ottobre, Forum droghe organizzò a Bologna un incontro pubblico con Lester Grinspoon: fu un primo importante incontro fra lo studioso americano e l'intero movimento antiproibizionista italiano. Introduceva il seminario lo stesso Giancarlo Arnao, responsabile scientifico dell'associazione, un

anno prima della sua scomparsa: a Giancarlo dobbiamo la spinta politica per dare avvio anche in Italia alla battaglia per la canapa medica.

Da allora, il tema della medicina proibita è diventato centrale nella riflessione del giornale e strategico nell'azione politica di Forum Droghe: alla fine degli anni Novanta, fu pubblicato un quaderno di Fuoriluogo con la traduzione italiana del rapporto britannico della Camera dei Lord, che avallava autorevolmente le sperimentazioni con la canapa medica; nel 2000, durante la Terza conferenza nazionale sulle tossicodipendenze, fu presentato un altro quaderno speciale, il Libro Bianco sugli usi terapeutici della cannabis, preludio alla costituzione di un'associazione specifica. Negli anni successivi, altri gruppi e movimenti di pazienti sono scesi in campo, rivendicando il diritto alla cura.

Sulle droghe, e sulla canapa in particolare, i cinque anni del governo Berlusconi, con l'approvazione in extremis del decreto Fini-Giovanardi, hanno riportato l'Italia indietro di decenni. La svolta impressa alla legislazione italiana pone il nostro paese alla retroguardia dei paesi europei. Il cardine attorno a cui ruota la nuova legge consiste nella codificazione dell'uguaglianza delle diverse sostanze psicoattive, all'insegna del principio ideologico «la droga è droga». È un approccio fondamentalista che non tollera distinzioni, interpretate come “eresie” al credo proibizionista. Anzi, la condanna più dura, prima morale e poi penale, è proprio rivolta alle droghe leggere, alla canapa, la pianta “corruttrice” delle menti e dello spirito. Nella relazione al decreto Fini-Giovanardi è indicato a chiare lettere

l'obiettivo di impedire qualsiasi utilizzo della canapa, perfino dei farmaci derivati, a fine terapeutico: l'esclusione del principio attivo dalla tabella II (dove sono elencate le sostanze di valore medico) ha voluto - si dice - «eliminare il riferimento, foriero di equivoci, ad ipotetici prodotti farmaceutici a base di cannabis, non presenti nella Farmacopea ufficiale italiana» (sic!). Questa nuova norma di preclusione è stata varata nonostante le molte iniziative istituzionali trasversali prese fra il 2000 e il 2006: ricordiamo le mozioni di ben sei Consigli regionali (Basilicata, Friuli - Venezia Giulia, Lombardia, Sardegna, Toscana, Umbria) e di diversi Consigli provinciali e comunali, per sollecitare il Parlamento a discutere le proposte di legge nazionali per inserire nella Farmacopea i derivati della canapa (dronabinol e nabilone); per facilitare l'importazione di farmaci derivati disponibili in molti paesi europei; per promuovere sperimentazioni.

Con la vittoria dell'Unione, si è aperta in Italia una fase nuova. Il 18 luglio 2006, la Ministra della Salute, Livia Turco, ha emanato un'ordinanza per autorizzare «l'importazione di medicinali a base di delta-9-tetraidrocannabinolo o trans-delta-9-tetraidrocannabinolo per la somministrazione, a scopo terapeutico, in mancanza di alternative terapeutiche, a pazienti che necessitano di tali medicinali»: è un primo passo per rimediare ai danni della Fini-Giovanardi, sulla scia di nuove iniziative regionali e locali.

In Toscana, sta per iniziare la discussione di un progetto di legge che, tra l'altro,

propone la sperimentazione della canapa terapeutica; in Liguria, il 18 agosto 2006, il Consiglio regionale ha dato il via libera alla sperimentazione del farmaco Bedrocan, contenente derivati naturali della cannabis. Il farmaco è commercializzato nelle farmacie olandesi già dal 2003. Il documento impegna la Giunta alla promozione di «una forte azione istituzionale» verso il Ministero della Salute con lo scopo di facilitare l'uso, nelle terapie del dolore, di farmaci contenenti derivati sintetici della cannabis, agevolando «le procedure previste per l'impiego»; all'approvazione di norme che consentano «la sperimentazione ad uso terapeutico dei derivati naturale» della canapa; ed infine all'invio di circolari e direttive ai medici di base, alle Asl e a tutte le strutture competenti «per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore».

Anche il Consiglio regionale del Lazio, nel luglio 2006, ha approvato un ordine del giorno che impegna alla sperimentazione della canapa terapeutica. È stata anche depositata una proposta di legge, prima firmataria Anna Pizzo, che fissa le linee della sperimentazione.

Infine, ma non meno importanti, le iniziative parlamentari: già all'inizio della legislatura, presso la Camera dei deputati, è stata depositata una proposta di legge con oltre trenta firme (Atto Camera n. 34, primi firmatari Marco Boato, Carlo Leoni, Ruggero Ruggeri, Graziella Mascia, Enrico Buemi) che prevede la depenalizzazione completa del consumo di tutte le sostanze, compresa la coltivazione domestica della canapa e la cessione gratuita, una efficace politica di riduzio-

ne del danno e alternative al carcere per i tossicodipendenti. È inoltre imminente una iniziativa legislativa del Ministro della Solidarietà sociale, Paolo Ferrero, sulle identiche linee di intenti, con una indicazione esplicita di regolazione dell'uso terapeutico della canapa. Le scelte dell'Italia potrebbero favorire il ruolo dell'Europa per una strategia globale più tollerante e intelligente, lasciando alle spalle la fallimentare «guerra alla droga», così come auspicato dalla Raccomandazione del Parlamento europeo approvata alla fine del 2004.

La riforma della normativa italiana sulle droghe potrà finalmente dare una risposta al movimento, assicurando il diritto alla cura ai malati costretti alla clandestinità, offrendo nuove opportunità ai tanti pazienti che ancora oggi ignorano le potenzialità della canapa. Una sostanza che, come non si stanca di ripetere Lester Grinspoon, sarà prima o poi salutata come un farmaco eccezionale, al pari della penicillina. Non resta che augurarci che avvenga al più presto.

Franco Corleone / Grazia Zuffa

gli scritti (1996-2006)

Odissea della canapa

19

Ogni età ha la sua particolare follia e se Charles Mackay, l'autore del classico di metà Ottocento *Le straordinarie allucinazioni popolari e la pazzia della folla*, fosse ancora vivo, di sicuro riconoscerebbe nella "canapafobia" un'allucinazione popolare, alla pari della caccia alle streghe di un tempo. Oggi siamo all'apice di questa particolare allucinazione, che a oggi è responsabile dell'arresto di oltre 12 milioni di cittadini americani. Credo anche che gli storici futuri guarderanno a questa epoca come ad un altro caso di "follia di massa". Tutti noi che siamo qui in questa stanza lo abbiamo già capito, ma per alcuni di noi l'illuminazione è giunta più tardi di quanto non avremmo voluto. Lo scopo del mio *Progetto sugli Usi della Marijuana* (www.marijuana-uses.com) è di incoraggiare i consumatori a scrivere sulla loro esperienza con la canapa, così ho pensato che fosse coerente con questo obiettivo che anch'io comunicassi qualcosa della mia

dal *Journal of Cognitive Liberties*, vol.III n.2, 2002

personale “illuminazione” su questa sostanza: una storia lunga ormai un terzo di secolo.

Nella vita di ognuno ci sono degli eventi germinali, che modificano la traiettoria apparentemente già fissata della propria storia personale. Per me questi eventi sono stati, in ordine cronologico, la decisione di andare alla facoltà di medicina, la straordinaria fortuna di incontrare la donna che poi ho sposato, e il dono dei miei figli. Il quarto evento è stato l’incontro con la canapa, che ha diviso la mia vita in due ere: quella prima della canapa e quella dopo la “droga” (la fase BC e AD, come le chiama mio figlio David, che stanno per “prima della canapa” e “dopo la droga”). La mia “era della canapa” è cominciata nel 1967: come autore più anziano di un libro a più mani sulla schizofrenia, mi sono ritrovato a finire la mia parte due, tre mesi prima degli altri, avendo così un po’ di tempo relativamente libero a disposizione. In quel periodo ero molto preoccupato del fatto che così tanti giovani usassero quella droga terribilmente pericolosa, la marijuana; decisi così di dedicarmi alla revisione della letteratura medica su questa sostanza: l’idea era di scrivere un saggio ragionevolmente obbiettivo e scientificamente fondato sulla pericolosità della canapa. I giovani non ascoltano i moniti del governo - pensavo allora - però magari alcuni di loro potrebbero prendere più sul serio una ben documentata rassegna dei dati scientifici sulla canapa.

Cominciai perciò questa sistematica revisione della letteratura medica e scientifica circa la tossicità, fisica e mentale, della marijuana: non mi venne proprio in mente che ci potessero essere altri aspetti di questa droga da esplorare. Già durante le prime incursioni nella letteratura, con mio stupore, mi accorsi che dovevo seriamente mettere in discussione ciò che credevo di sapere sulla canapa. Cominciavo a pensare che le mie conoscenze erano largamente basate su miti, vecchi e nuovi, e insieme mi accorgevo che la mia formazione medica e scientifica ben poco mi aveva tutelato dalle informazioni distorte. Non solo ero diventato una vittima della disinformazione, ma, in quanto medico, anche uno dei suoi agenti.

Pensai di dover condividere il mio scetticismo circa il sapere ufficiale sulla marijuana: perciò scrissi un lungo saggio che fu pubblicato nello *International Journal of Psychiatry* (che oggi ha cessato le pubblicazioni); una versione più breve uscì come editoriale nel numero di dicembre 1969 dello *Scientific American*. In questi articoli mi chiedevo se la onnipresente convinzione circa l’eccezionale dannosità della canapa fosse sostenuta da dati sostanziali della letteratura medica e scientifica. Ci furono poche reazioni al saggio pubblicato nella rivista di psichiatria, ma l’articolo dello *Scientific American* suscitò molto interesse.

I miti della canapa

Dopo una settimana dall’uscita dell’articolo, ricevetti la visita del direttore associato della *Harvard University Press*, che mi suggeriva di prendere in considerazione l’idea di scrivere un libro sulla marijuana. Trovai che l’idea era attraente, anche se mi intimidiva. L’argomento meritava la lunghezza di un libro, e avrei avuto una buona ragione per approfondire l’esplorazione di questo affascinante e dannoso equivoco. C’era anche un altro motivo, forse il più impellente di tutti. Lo studio della marijuana era l’unico aspetto del mio lavoro che interessava Danny, il mio figlio dodicenne. Danny si ammalò nel luglio del 1967, all’incirca nel periodo in cui avevo deciso di documentarmi sui pericoli della marijuana. Gli fu diagnosticata una leucemia linfocitica acuta, e la prognosi era grave, ovviamente. Era contento e eccitato quando gli annunciai che avevo deciso di scrivere un libro sulla marijuana.

Poche settimane dopo, venni a sapere che il comitato dei sindaci della *Harvard University Press* aveva respinto la proposta del libro perché troppo controverso. Fino ad allora avevo del tutto ignorato l’esistenza di questo comitato, che deve approvare ogni libro pubblicato dalla casa editrice. Mi venne in mente un’immagine del dipinto di Rembrandt, *I sindaci della corporazione dei tessuti*: un gruppo di uomini coi capelli lunghi e l’espressione seria, che trasudavano cautela e conservatorismo. Rimasi deluso, ma non sor-

preso dal fatto che respingessero la mia proposta; era il primo caso di resistenza accademica al mio lavoro in questo settore. Avrei potuto firmare subito un contratto con un editore commerciale che mi offriva la prospettiva di vendere più libri. Pensai però che una casa editrice prestigiosa e conservatrice avrebbe offerto una maggiore credibilità ad un libro che prometteva di essere oggetto di molte polemiche. Il direttore della casa editrice non era scoraggiato; credeva di poter persuadere i sindaci a ribaltare la loro decisione, e così avvenne.

Il progetto risultò essere molto più vasto di quanto non avessi pensato. Scoprii di dover revisionare molto più della letteratura medica e scientifica. Poiché molti dei miti e della disinformazione su questa droga avevano origine negli scritti del movimento della letteratura francese romantica, mi sentii obbligato a esaminare le opere di Teofilo Gautier, di Charles Baudelaire e di altri membri del Club degli *Haschischins*, così come quelle di Bayard Taylor e Fitz Hugh Ludlow. Era affascinante scoprire che molta della mitologia sulla canapa diffusa dal governo americano aveva la sua origine in questi scritti. È difficile immaginare che Harry Anslinger (il nostro primo zar della droga) fosse in rapporti di diretta familiarità con questi autori del diciannovesimo secolo, eppure alcune delle loro descrizioni iperboliche sull'esperienza della canapa, prodotti in larga parte di un'immaginazione esuberante sotto l'influenza di copiose quantità di hashish, riecheggiano chiaramente negli "insegnamenti" di Harry Anslinger, quasi un secolo dopo. Ero arrivato a capire che la marijuana non produceva dipendenza nel significato usuale e piuttosto vago di questo termine, ma di certo fui preso dalla voglia di apprenderne di più. Ero affascinato perché capivo sempre più chiaramente quanto poco sapessi di questa droga, ancora di più in ragione delle molte false credenze che avevo nutrito. Presto si fece strada in me l'idea che anch'io, come la maggioranza degli altri americani, avevo subito il lavaggio del cervello, e facevo parte della "pazza folla". E più imparavo sulla canapa, più sembrava che questa sostanza fosse in grado di procurare

esperienze che in futuro poteva valer la pena di provare personalmente. Nel frattempo mi sentivo come un esploratore che naviga seguendo mappe dell'oceano inadeguate e imprecise. Laddove i precedenti cartografi avevano trovato molte secche, io al contrario ne trovavo poche; dove gli altri avevano visto isole pericolose e inaccessibili, io intravedevo terre che apparivano sempre più interessanti via via che mi avvicinavo. Più chiara si faceva la visione, più cresceva la tentazione di toccare terra per compiere una esplorazione diretta; ma poi ricordavo a me stesso che l'obiettivo del mio viaggio era di disegnare una carta nautica delle scogliere e delle secche, non di esplorare terre proibite alla ricerca di tesori. Molto tempo prima che decidessi di scendere a terra, più di un anno dopo la pubblicazione di *Marijuana Reconsidered*, nel 1971, era ormai inevitabilmente chiaro che la marijuana non era innocua; ma la sua dannosità non era tanto inerente alle proprietà psicofarmacologiche, quanto alle conseguenze legali e sociali di nostri radicati giudizi erronei.

Fumare o non fumare

Dopo la pubblicazione del libro, *Marijuana Reconsidered*, mi fu spesso chiesto se avevo esperienza personale della canapa, e alcuni si dimostravano scettici quando rispondevo di no: «Come, hai scritto un libro sulla marijuana senza averla provata?» L'idea era che la mancanza di esperienza invalidasse il fatto di presentarmi come esperto della materia. «Ho anche scritto un libro sulla schizofrenia, eppure non l'ho mai provata», rispondevo sulla difensiva. Solo alcuni anni dopo, capii che c'era del vero in queste critiche. Specialmente negli stadi più avanzati della ricerca e della stesura del libro, avevo accarezzato l'idea di provare la marijuana: non perché ritenessi a quel tempo che ciò avrebbe arricchito le conoscenze per il mio lavoro, ma perché mi sembrava un'esperienza davvero interessante. Ma poi avevo optato per il no, temendo di compromettere il mio obiettivo, di produrre una conoscenza il più oggettiva possibile.

Naturalmente, più perseguivo questo scopo, più mi accorgevo di quanto sarebbe stato difficile, se non impossibile, produrre enunciati veramente neutrali e obiettivi. Ma non volevo rendere il mio compito ancora più difficile provando personalmente la marijuana, anche se la tentazione di farlo cresceva via via che aumentavano le mie conoscenze su questa sostanza.

Ed è bene che non lo abbia fatto, come poi è risultato: se l'avessi fatto, come vedrete fra poco, sarei potuto arrivare alla conclusione che la "droga" non produceva niente altro che un effetto placebo, che tutta la faccenda non era altro che una grande bufala, o, almeno, che si era fatto molto rumore per nulla. Per me, era importante che *Marijuana Reconsidered* non fosse uno studio che generalizzava l'esperienza di un unico soggetto: ma ora so che quel libro è per certi aspetti meno informato, anche se in qualche modo più obbiettivo, di quanto non avrebbe potuto essere se fosse stato scritto da un consumatore esperto di canapa. C'erano molte cose che non capivo sulla schizofrenia quando scrissi il libro (e non le capisco neppure adesso), ma in nessun modo l'esperienza personale avrebbe potuto rimediare a questa debolezza. Potevo fare una scelta, ma a quel tempo pensai che per rispondere ai criteri di oggettività e legittimità scientifica della mia opera dovessi rimanere astinente.

C'era anche un'altra ragione che mi spingeva a rimandare l'esperienza personale della canapa. Se il libro avesse avuto successo, pensavo che sarei stato chiamato a testimoniare come esperto davanti alle commissioni legislative e ai tribunali. Mi aspettavo, giustamente, che chi mi interrogava potesse chiedermi se avevo mai usato la canapa, e volevo avere la possibilità di negarlo, in modo da mantenere almeno l'apparenza dell'oggettività. All'inizio, non pensavo che questa domanda fosse sbagliata. Mi sembrava che non fosse differente da altre domande inerenti le mie credenziali. Ma presto capii che non era questo lo spirito: la domanda mi veniva posta, quasi sempre, da un legislatore, da un avvocato, da un giudice o da un esponente dei media che erano ostili all'idea che la canapa potesse risultare non così dannosa co-

me fermamente creduto. Appariva sempre più chiaro che questi ponevano la domanda non per saperne di più sul contesto delle mie conoscenze circa la sostanza, ma nella speranza che io rispondessi affermativamente, in modo da discreditarla la mia testimonianza. Circa un anno dopo la pubblicazione del mio libro, durante un'audizione in una commissione legislativa, un senatore, che già si era dimostrato chiaramente ostile, mi chiese: «Dottore, ha mai usato la marijuana?». Forse perché irritato dalla sua manifesta ostilità e dal tono di scherno, risposi: «Senatore, sarò felice di rispondere a questa domanda se prima risponderà alla mia: se io rispondo di sì, lei mi considererà una testimonianza più credibile o meno credibile?». Il senatore, chiaramente spiazzato dalla mia replica, dichiarò rabbiosamente che ero imperinente e uscì dall'aula. Fu allora che decisi che il momento era arrivato.

La prima volta

Qualche giorno dopo io e mia moglie Betsy andammo ad una festa a Cambridge, dove sapevamo che alcuni ospiti avrebbero fumato la marijuana. Sin da quando la recensione di *Marijuana Reconsidered* era apparsa sulla prima pagina del *Times Book Review*, spesso ci veniva offerta la marijuana e noi avevamo sempre declinato l'invito, educatamente e molte volte con un tono di scusa. Così, quegli ospiti che sapevano della nostra precedente e decisa scelta per l'astinenza, rimasero sorpresi quando decidemmo di fumare anche noi. Facemmo i primi tiri con prudenza, così come dovrebbero fare tutti i principianti. Poco dopo cominciò la mia prima esperienza con la canapa (e l'unica poco piacevole). Lo spinello passava di mano in mano alle persone sedute in circolo, e quando arrivava il nostro turno, facevamo dei grossi tiri, e li trattenevamo per qualche secondo. Dopo un po' le persone, una dopo l'altra, dichiaravano di essere a posto e saltavano il loro turno con lo spinello: la canapa faceva effetto, o almeno così dicevano. Chiesi a Betsy: «Senti qualcosa?». «Assolutamente nulla!». «Neppure io». Eravamo delusi. Avevamo atteso per diversi anni questa iniziazione, e io mi

aspettavo così tanto da questa esperienza, dalle magiche possibilità di questa sottile alterazione della coscienza - e invece niente! Cominciai a domandarmi: «È tutto qui?».

Forse avevo accettato le asserzioni degli *aficionados* della canapa con la stessa ingenuità con cui in precedenza avevo creduto alla propaganda disseminata dalla pattuglia della verità di Harry Anslinger e dei suoi discendenti? Era forse vero che tutto quello che avevo ottenuto in più di tre anni di intensa ricerca era solo di spostare il pendolo della mia credulità da un estremo a un altro?

Poco dopo, la delusione cedeva il passo ad una palpabile sensazione di ansia. Era mai possibile che avessi impiegato tutto questo tempo a studiare una sostanza che per alcune persone doveva essere solo un placebo con enormi capacità di persuasione? Come autore di un libro fondato sulla premessa che la marijuana fosse una vera droga, non sarei stato considerato un fraudolento? Cercai di rassicurarmi. Ricordai a me stesso che, dopo tutto, avevo accuratamente spiegato ai miei lettori che molte persone, se non la maggior parte, la prima volta che usano la canapa non sperimentano alcun effetto euforico.

A quel tempo credevo che l'ansia di quella notte fosse dovuta ad una brusca caduta di fiducia nelle mie conoscenze sulla canapa, che rappresentavano una recente conquista; nonché alla convinzione che, nonostante più di tre anni di duro lavoro, mi ero sbagliato e avevo messo sulla strada sbagliata molte persone: una base sufficiente per una buona dose di ansietà, certamente. Solo molto tempo dopo (sia come riferimento cronologico che rispetto alla mia esperienza di "pensiero drogato"), cominciai a dubitare di questa spiegazione. In genere, quando sopravviene l'ansia come risposta appropriata a una minaccia reale, essa svanisce quando la minaccia non c'è più, oppure si può dimostrare, in maniera plausibile, che non c'è mai stata sin dall'inizio. Ma l'ansia che avevo provato quella notte non si placava di fronte alla convincente evidenza che la canapa come droga non era un fal-

so e di fronte alle mie autorassicurazioni che non è raro il mancato effetto euforico fra i neofiti che provano la sostanza per la prima volta. Era come se quell'ansia avesse una vita sua propria, senza alcun legame con una vera minaccia, ed era simile a un disturbo generale di ansia. Ma, a differenza di questo, non ce n'era più traccia al mio risveglio il giorno dopo. Ero rimasto perplesso da questo episodio e solo anni dopo capii che effettivamente la sostanza mi aveva fatto effetto già quella prima volta: avevo sperimentato uno stato di "euforia ansiosa", certamente non l'effetto che mi ero aspettato. Di sicuro non era impossibile; una piccola percentuale di persone provano un certo livello di ansia, la prima volta. Proprio perché non l'hanno mai usata, non capiscono l'importanza di aggiustare la dose in corrispondenza degli effetti, e in ogni modo non è facile per loro, perché non sanno ancora riconoscere i segni sottili dell'intossicazione. C'è perfino qualcuno che prova sempre ansia quando usa la marijuana. Fra i Rasta della Giamaica, queste persone sono considerate leggermente devianti, ma vengono scusate con l'espressione "non ha la testa per la *ganja!*". Ma non era questo il problema della mia testa: quando, dopo circa una settimana, fumai di nuovo la canapa, insieme a Betsy, ancora una volta non notammo alcuna modificazione nel nostro stato di coscienza da far pensare che stavamo provando uno stato di euforia. Per fortuna quella volta non mi sentii affatto ansioso, ma solo deluso, ancora una volta. Solo al terzo tentativo ci riuscì di raggiungere l'effetto promesso.

Come godere la musica rock

La consapevolezza di avere finalmente varcata la soglia arrivò gradualmente. Dopo aver fumato per qualche minuto, la prima cosa che notai fu la musica: si trattava di *Sgt. Pepper's Lonely Hearts Club Band*. Conoscevo questa canzone, poiché era la favorita dei miei figli, che riempivano sempre la casa con la musica dei *Beatles*, dei *Grateful Dead* e di altri gruppi musicali rock di quegli anni. Spesso mi sollecitavano a togliermi dalla testa la musica clas-

sica e a provare ad ascoltare la musica rock. Mi era impossibile non ascoltare il rock, negli anni in cui i miei figli crescevano, ma mi era possibile non *sentirla*, come del resto succedeva a molti genitori della mia generazione. Ma quella sera io la *sentii*. Fu come una implosione ritmica, un'affascinante nuova esperienza con la musica. Mi si aprirono nuovi orizzonti musicali, e ho continuato ad esplorarli fino ad oggi, con l'aiuto dei miei figli.

Un anno dopo, raccontai questa storia a John Lennon e Yoko Ono, mentre pranzavo con loro (il giorno dopo dovevo comparire a testimoniare come esperto alle audizioni del Servizio per l'immigrazione e la Naturalizzazione, che il procuratore generale John Mitchell aveva organizzato per espellerli dal paese sulla base di accuse concernenti la canapa dopo che i due avevano cominciato a prender parte ad attività contro la guerra in Vietnam). Raccontai a John della mia esperienza e di come la canapa mi aveva reso possibile "sentire" questa musica, allo stesso modo di come Allen Ginsberg raccontava di aver "visto" Cezanne per la prima volta, quando aveva fumato apposta la canapa prima di recarsi al Museo di Arte Moderna. John mi rispose prontamente che avevo sperimentato solo una sfaccettatura di ciò che la marijuana poteva fare per la musica: egli pensava che poteva essere di grande aiuto sia per comporre e fare musica, che per ascoltarla.

L'altro mio ricordo di quella sera è di me e Betsy, insieme ad un'altra coppia, in piedi in cucina a mangiare a morsi un Napoleone, ognuno in cerchio a turno. Si rideva molto mentre, boccone dopo boccone, il contenuto vischioso degli strati del dolce veniva fuori e minacciava di colare sul pavimento. Sembrava un modo un po' turbolento di mangiarsi un Napoleone. Ma la parte più memorabile di quella esperienza in cucina era il gusto di quel dolce. Nessuno di noi aveva mai in tutta la vita mangiato un Napoleone così squisito.

«Mary, dove mai hai preso questi Napoleoni?». «Li avevo già comprati in quel posto, ma non erano mai stati così buoni!». Piano piano mi appariva chiaro che stava accadendo qualcosa di insolito: mica per caso stavamo provando il nostro primo *high* con la canapa?

Tornammo a casa in macchina con molta cautela. Infatti, mentre guidavo verso casa, osservavo che ero molto a mio agio nella corsia di destra, con tutte quelle macchine che mi fischiavano accanto sorpassandomi, io che di solito in autostrada stavo sempre sulla corsia di sinistra. Ci parve di impiegare molto tempo per arrivare a casa. Non che avessimo fretta, il viaggio fu molto piacevole. Una volta arrivati, il tempo passò ancora più lentamente prima di andare a dormire, ma, una volta a letto, avemmo la certezza di aver finalmente raggiunto uno stato euforico con la marijuana. E ciò segnò l'inizio della fase sperimentale nella mia era della canapa, che mi permise di progredire nell'apprendistato ai molti usi di questa notevole droga.

Al tempo di questa prima esperienza euforica con la marijuana, nel 1972, avevo 44 anni. L'ho trovata utile, e senza inconvenienti, perciò da allora l'ho sempre consumata. L'ho usata come droga ricreazionale, come farmaco, e come sostanza di "potenziamento" di alcune capacità. Quasi tutti sanno qualcosa circa la sua utilità come sostanza ricreazionale, e sempre più persone stanno acquistando familiarità con i suoi usi terapeutici; ma solamente i consumatori esperti sanno apprezzare altri modi in cui la sostanza può essere utilizzata. La canapa mi è stata così utile, che non posso fare a meno di chiedermi come sarebbe stata diversa la mia vita se avessi cominciato ad usarla quando ero più giovane. Mi ha aiutato a capire e a prendere importanti decisioni, e sono portato a pensare che mi avrebbe potuto aiutare ad evitare qualcuna delle decisioni sbagliate che ho preso nell'era "prima della canapa". Oggi, quando devo risolvere qualche problema importante, non mi lascio scappare l'opportunità di meditare sulla questione, sia da "fatto" che da "normale".

Il fumo rende lucidi

Non riesco a rendere l'idea della varietà di cose che la canapa mi aiuta ad apprezzare, a considerare, a penetrare sotto altri punti di vista. Ma voglio mettervi a parte di alcune circostanze, non troppo personali.

Ad esempio, vi voglio raccontare della peggiore scelta che abbia mai fatto nella mia carriera professionale: la decisione di far domanda presso l'Istituto di Psicoanalisi di Boston come candidato per il training da psicoanalista. Cominciai questo training - enormemente dispendioso sia per il tempo che per i soldi - nel 1960 e mi diplomai sette anni dopo. Già durante il training nutrivo qualche scetticismo circa certi aspetti della teoria psicanalitica, ma ciò non bastò a smorzare l'entusiasmo con cui iniziai a prendere pazienti in analisi nel 1967 (per coincidenza, lo stesso anno in cui cominciai a studiare la canapa). Solo verso la metà degli anni Settanta, il crescente scetticismo circa l'efficacia della psicoanalisi cominciò a farmi sentire a disagio. Un disagio su cui la canapa agì come catalizzatore.

Le sere in cui fumo, la marijuana mi fornisce lo spunto - tra le altre cose - per passare in rassegna le idee significative, i fatti e i rapporti della giornata trascorsa: il lavoro coi pazienti è sempre un punto in agenda. Questa rivisitazione della giornata insieme alla canapa è quasi sempre autocritica, spesso duramente autocritica, e i parametri di questa critica risultano molto ampliati. I miei pazienti in psicoterapia - quelli che mi sedevano di fronte, a contatto di sguardo e che potevano dialogare liberamente - sembravano fare più progressi dei pazienti in psicoanalisi. In genere, ero soddisfatto del mio lavoro coi primi, mentre, invariabilmente, con i pazienti sul lettino, mi ritrovavo ad essere prima impaziente e poi insoddisfatto perché non facevano progressi. Senza dubbio, fu l'effetto cumulativo di queste autocritiche sotto l'effetto della canapa a spingermi alla fine, nel 1980, a non accettare più nuovi pazienti in analisi. Ciononostante, continuai a pagare le quote d'iscrizione all'Istituto Psicoanalitico di Boston perché pensavo che il problema fosse mio; con altri psicoanalisti, la cosa funzionava, ma in qualche modo non poteva funzionare con me. Ci pensai ancora su per molto, sia da sobrio che da "fatto", nel corso di alcuni anni, e finalmente arrivai alla conclusione che il problema non era mio, ma della psicoanalisi che come terapia non era molto utile: a quel punto rassegnai le dimissioni dall'Istituto.

Ripensandoci ora, non credo di aver fatto peggio di altri psicoanalisti. Gli analisti non si preoccupano per i mancati progressi dei pazienti perché protetti dalla comune aspettativa che il processo sarà lungo, e, ancora di più, dalla potenza del transfert che, tra l'altro, gratifica il narcisismo dell'analista e sostiene la fantasia del paziente (nonché spesso del terapeuta) sull'onniscienza dell'analista. In queste circostanze, è difficile per lo psicoanalista essere critico sul proprio lavoro. Per farlo, deve esser provvisto di un potente *detector* di "stronzate". Sono convinto che la canapa mi aiuta ad affinare questo *detector* e questa capacità potenziata mi ha fatto capire che avevo fatto un enorme errore a decidere di fare lo psicoanalista. La decisione di dimettermi dall'Istituto fu molto difficile, un po' come divorziare dopo dieci anni di matrimonio. Ma non ho dubbio che è stato il solo modo per venire a capo del mio crescente disagio e per correggere quello che vedevo allora chiaramente come un errore. Alcuni dei miei colleghi psicoanalisti di allora potrebbero pensare, tra le altre cose, che ho semplicemente sostituito il coinvolgimento in ciò che consideravo un sistema di macro inganno con una micro versione di segno opposto. Anche se c'è questa possibilità, sono debitore alla canapa per l'aiuto che mi ha dato a raggiungere la chiarezza necessaria per arrivare a questa difficile decisione.

La canapa catalizza le idee

Si può usare la canapa anche per catalizzare la produzione di nuove idee. I consumatori esperti sanno che le idee fluiscono più facilmente rispetto a quando si è "normali". Capiscono anche che alcune sono buone e altre cattive, ed è meglio riordinarle quando si è normali.

Quando manca un'agenda, le idee nascono a caso oppure come associazioni, vicine o distanti, alla conversazione e alla lettura, o a qualche esperienza percettiva. A volte vale la pena di impegnarsi quando si è "fatti" a tentare di risolvere un particolare problema. Mi viene in mente un'immagine. Nel 1980, durante la mia permanenza in carica come presidente del Comi-

tato Scientifico dell'*American Psychiatric Association (APA)*, ho "inventato" e poi pubblicato i primi tre volumi della *Annual Review of Psychiatry*, un grande libro che viene ancora pubblicato tutti gli anni dall'APA. Ricordandosi di quanto danaro fruttava all'APA questa pubblicazione annuale, il capo del nostro subdipartimento di psichiatria mi chiese di mettermi in testa il "berretto per pensare" e di trovare il modo per rimpolpare lo scarso budget del Dipartimento di Psichiatria di Harvard. Presi sul serio la sua richiesta, e quella stessa notte fumai con l'espresso proposito di tentare di farmi venire in mente delle idee valide. Nel giro di qualche giorno, ci fu un incontro nell'ufficio del Preside, dove si rimase d'accordo di mettere in pratica l'idea che avevo partorito quella sera: la pubblicazione di un bollettino mensile di salute mentale. La prima edizione della *Harvard Mental Health Letter* apparve nel luglio del 1984 e ottenne subito un notevole successo come apprezzata pubblicazione di salute mentale, nonché come fonte stabile di entrata per il Dipartimento di Psichiatria della *Harvard Medical School*. Se fossi stato sobrio, mi sarebbe venuta quell'idea, o mi sarebbe venuta con altrettanta facilità? Forse.

Lungo tutto l'inflammato dibattito degli ultimi trent'anni sulla canapa, che sembra senza fine, nel nostro paese poco si è detto o scritto sui suoi molti usi. La schiacciante maggioranza di fondi, ricerche, scritti, attività politiche, legislazione si è concentrata sul problema della sua dannosità. Se ne discute da sessantacinque anni e solo relativamente di recente si è aggiunta la questione della utilità e sicurezza della canapa come farmaco, ma mai il dibattito ha riguardato i suoi usi non medici; ci si è sempre limitati a discutere di come produce danni e di come una società dovrebbe venire a capo dei danni che si pensa provochi.

Si stima che 76 milioni di americani abbiano provato la canapa e che più di 10 milioni la usino regolarmente. La consumano nonostante i rischi che corrono, che vanno dall'infamia all'incarcerazione. Da quando ho cominciato a studiare la marijuana, 12 milioni di cittadini sono stati arrestati per rea-

ti di marijuana. Il numero degli arresti per marijuana sta aumentando, e nel 1999 più di 700.000 persone sono state arrestate per accuse riguardanti la marijuana, l'88% per detenzione personale. Poiché il governo permette le confische di beni per reati di droga, molti hanno perso beni di valore, dalle automobili alle case. La maggioranza degli accusati deve dotarsi di una difesa legale costosa, alcuni hanno dovuto passare o passeranno del tempo in prigione. A meno che non si voglia credere che tutte queste persone siano travolte da un incontrollabile *craving* da "follia da spinello", si deve pensare che esse trovino qualcosa di utile e attraente in questa esperienza. Ciononostante, i suoi usi sono poco studiati, eccezione fatta per gli scopi medici, sempre più valorizzati. Ma anche qui, i funzionari governativi vogliono mettere la sordina al dibattito per la paura bene espressa dal capo del servizio sanitario, quando nel 1992 bloccò la sola via legale alla marijuana terapeutica: «Se si percepisce che il Servizio Sanitario Pubblico va in giro a dare la marijuana alla gente, potrebbero pensare che questa roba non può essere così male... si dà un brutto segnale». Fino a pochissimo tempo fa, il governo si è rifiutato di riconoscere che la canapa abbia un qualsiasi valore, anche come medicinale, ma ci sono milioni di cittadini che, sulla base dell'esperienza personale, hanno scoperto che ha una grande varietà di usi apprezzabili, con costi minimi per la salute.

Questa larga popolazione di consumatori di marijuana rappresenta una subcultura, che è stata presente nel nostro paese sin dagli anni Sessanta. Trent'anni fa era una cultura aperta, con una sua voce, attiva e articolata, dentro e fuori i campus universitari. Oggi è silenziosa e largamente nascosta perché comprensibilmente la maggioranza dei consumatori non vogliono alzarsi in piedi per essere contattati. Hanno da temere molto più della legge. I test delle urine sono ora un fatto nella vita delle imprese americane; un risultato positivo nei test può portare come minimo a dover sottoporsi ad un programma di "trattamento per droga", nella peggiore delle ipotesi alla perdita del lavoro, alla distruzione di una carriera, perfino all'incarcerazione.

razione. I consumatori sono molto consapevoli di questo terreno minato e la maggioranza trova le strade per aggirarlo. Perfino più invasivo, e in certo modo più pernicioso, è lo stigma attaccato all'uso della canapa. I giovani ne fanno poca esperienza, almeno fra i loro amici. Ma quando crescono e acquisiscono posizioni più visibili e di maggiore responsabilità, diventano molto più guardinghi. Molti ritengono, giustamente, che i colleghi li considererebbero dei devianti, se sapessero. Questa stigmatizzazione è incoraggiata dai media, che hanno creato una immagine stereotipata dei "fumati" (*potheads*): giovani capelloni e vestiti sciattamente, che non ne fanno mai una buona, oppure edonisti loschi, irresponsabili, e socialmente emarginati, che usano la marijuana solo per stare in compagnia e andare alle feste. Una delle ragioni della fiera resistenza alla canapa è la paura della contaminazione della *middle class* con la cultura *pothead*.

È tempo di uscire allo scoperto

Non si può negare che molte persone, specie fra i giovani, usino la marijuana soprattutto "per stare insieme e andare alle feste", allo stesso modo che molti più giovani bevono la birra. E la gran parte dei non consumatori pensa che il fumo alle feste e in compagnia definisca i limiti dei suoi possibili usi, almeno fino a che non viene a conoscenza del suo valore terapeutico. Questo stereotipo è potente, e chi sostiene che questa droga delle feste può essere utile come medicina o per altri scopi va incontro a reazioni dubbiose, se non rabbiose. Le persone che propugnano la varietà degli usi della canapa corrono il rischio di essere derisi come reperti dell'era *hippy*. Perciò non c'è da sorprendersi se la maggioranza dei consumatori usa la canapa di nascosto, da solo o con altri che ne apprezzano il valore.

È però una sfortuna che chi è consapevole della sua utilità per esperienza personale sia così riluttante a manifestarsi pubblicamente. Farebbe un gran bene al paese, se si sapesse che più uomini di affari, professionisti e accademici sono consumatori di marijuana. La persecuzione del governo si è

potuta affermare soprattutto per la diffusa credenza che i consumatori di canapa siano degli irresponsabili e degli emarginati; oppure che si tratti di adolescenti che "sperimentano", imparano la lezione, e poi smettono. Questa bugia è purtroppo destinata a perpetuarsi se chi sa rimane in silenzio. È tempo che la verità venga a galla. Il movimento "fuori dall'ombra" dei gay e delle lesbiche, che si sono manifestati pubblicamente come tali, ha fatto tanto per diminuire l'omofobia nel nostro paese; allo stesso modo, se tanti consumatori di qualità e di peso si manifestassero come tali, darebbero un grande contributo alla diminuzione della "canapafobia". Qualche politico è stato messo allo scoperto dai suoi nemici (e uno di loro è arrivato a dire che non aveva aspirato), e alcune promesse della politica hanno fallito perché avevano una storia con la marijuana. Occasionalmente, una star del cinema, un atleta professionista o un musicista sono arrestati per detenzione a fine personale. A parte Allen Ginsberg, alcuni musicisti famosi e qualche esponente dei movimenti beat e hippy, poche persone hanno riconosciuto pubblicamente, di loro spontanea volontà, di consumare la canapa. Gli accademici sono stati oltre modo cauti, eccetto il noto scienziato e fisico Richard Feynman. Questi ha ammesso coraggiosamente l'uso continuativo della canapa, con ciò guadagnandosi il rispetto e l'apprezzamento di molti e l'inimicizia di altri. Naturalmente, la paura di uscire allo scoperto non è senza fondamento. Fintanto che continuerà a prevalere l'attuale concezione stereotipata del consumo di marijuana e dei suoi effetti, chiunque ammetta di usarla, da quel momento in poi corre il rischio di essere preso meno sul serio. Si ritiene che i "fumati" non possano essere assolutamente considerati seri, maturi, responsabili e credibili. Tuttavia, solo chi usa la canapa può insegnarci quanto sia utile.

Non molto tempo fa, si riteneva generalmente che qualsiasi uso della marijuana fosse "puramente ricreazionale". Era certamente vero al tempo in cui scrisi *Marijuana Reconsidered*. Il capitolo sulla marijuana come medicina riguardava il passato (il diciannovesimo e ventesimo secolo) e i suoi usi

potenziali; a quel tempo non c'era alcun uso manifesto della canapa come farmaco, e ce n'era poco anche di nascosto. Oggi, ci sono molte migliaia di pazienti che usano la canapa come medicinale. E mentre crescono le schiere di questi pazienti, altrettanto aumenta il numero delle persone che sperimentano su di sé quanto questa sostanza sia relativamente benigna. Al momento, il 74% degli americani ritiene che la canapa dovrebbe essere disponibile come medicinale; nel 1971 sarebbero stati pochissimi a pensarla così. In genere, si ritiene correntemente che ci siano due categorie generiche di consumo di marijuana: quello ricreazionale e quello medico. Ma molti tipi di consumo non vi rientrano, se non a prezzo di allargare i confini di questa classificazione fino a distorcerli; piuttosto, trovano posto in una terza categoria, che è più diversificata e perciò difficile da etichettare. Essa comprende una serie di usi disparati, come il potenziamento del piacere in una molteplicità di attività che vanno dal cibo al sesso, una accresciuta capacità di sentire la musica e vedere le opere d'arte; e anche i modi in cui catalizza le nuove idee, l'*insight* e la creatività, tanto per nominarne alcuni. Ai confini, non ben definiti, di questa categoria, c'è qualche convergenza sia con l'uso terapeutico che con quello ricreativo. Tuttavia, la stragrande maggioranza di questi usi ricade in una vasta e distinta terza categoria, che io chiamo di "potenziamento".

Questa è la classe di usi generalmente meno apprezzata o meno capita dai non consumatori. Può anche darsi che alcune persone che usano o hanno usato marijuana non siano consapevoli di alcune di queste possibilità di potenziamento, se non della maggior parte. Ciò può essere vero specie per i giovani, che sono perlopiù interessati alla droga perché promuove la socialità, il divertimento, la giocosità. Tutti sono consapevoli delle proprietà psicofarmacologicamente indotte, come il potenziamento dell'appetito. È un fatto molto comune e si manifesta con lo "sgranocchiare", che può essere un problema per i consumatori frequenti che hanno difficoltà a controllare il peso, ma è una manna per chi soffre gravemente di perdita di ap-

petito, come i pazienti di Aids. Ma perlopiù queste capacità di potenziamento non sono semplici manifestazioni di inerenti proprietà psicofarmacologiche della droga; alcune necessitano di un qualche grado di apprendimento, per svilupparsi. Chi vuole imparare a usare la canapa in tutte queste modalità, deve prima di tutto conoscere queste possibilità, e poi esplorarle e accumulare esperienza.

La sola categoria che abbiamo studiato è l'utilità della canapa come medicinale. Poiché non esiste una letteratura clinica sistematica sull'uso medico, io e James B. Bakalar abbiamo chiesto ai pazienti di raccontare le loro esperienze per il nostro libro, *Marijuana, the Forbidden Medicine*. Abbiamo arricchito i racconti dei pazienti con la nostra esperienza clinica e ciò che potevamo racimolare dalla letteratura medica. Quest'opera è stata occasionalmente criticata perché contiene in gran parte "evidenze aneddotiche", non appoggiate da vasti studi controllati a doppio cieco (che fino ad oggi non esistono): per questa ragione non sarebbe da prendersi sul serio.

La parola ai consumatori

Tuttavia, la recente riabilitazione della marijuana e la sua crescente accettazione come medicinale derivano proprio dai resoconti aneddotici. Verrà un giorno, spero non troppo lontano, in cui la canapa sarà testata allo stesso modo di altri farmaci nuovi e potenzialmente utili. Quando avremo i risultati di questi studi, potremmo modificare le nostre opinioni sull'utilità clinica della canapa. A oggi, comunque, è difficile immaginare che gli studi futuri muteranno di molto la percezione, emersa grazie all'esperienza clinica, della canapa come medicinale notevolmente versatile con una relativamente bassa tossicità. È mia intenzione seguire all'incirca lo stesso format con il Progetto sugli Usi della Marijuana (www.marijuana-uses.com). Tenterò di gettar luce sugli svariati usi della canapa attraverso i resoconti letterari e facendo conoscere le mie esperienze, ma la fonte primaria di ciò che costituirà - io spero - una conoscenza comprensiva degli usi di questa

droga così versatile, verrà dagli attuali consumatori. Alcuni dichiareranno il proprio nome, altri preferiranno rimanere anonimi, per le ragioni già dette. In ogni modo, spero di poter presentare sufficienti informazioni da queste testimonianze per inquadrare i racconti in un contesto significativo. A differenza dell'uso medico, che dovrà eventualmente accordarsi con le procedure scientifiche, la conoscenza di quegli usi che ricadono nella categoria del "potenziamento" sarà sempre basata su resoconti aneddotici; è improbabile, tanto per fare un esempio, che la capacità della marijuana di incrementare il piacere sessuale divenga argomento di un moderno studio scientifico (a doppio cieco e con gruppo di controllo a placebo). Comunque, se questo metodo etnografico avrà successo, dovremmo riuscire a dare un quadro ragionevolmente fedele degli svariati usi e del valore della canapa nella società contemporanea. Così facendo, attraverso il racconto delle nostre storie, noi consumatori di canapa possiamo dare un contributo significativo alla morte della "canapafobia", una delle più dannose allucinazioni popolari della nostra età.

Nel frattempo, io e Betsy abbiamo gradualmente l'opportunità di esplorare un'altra dimensione del valore della canapa: stiamo scoprendo quanto la marijuana può essere utile nel riconciliarci con il processo di invecchiamento, compreso il venire a patti con le inevitabili sofferenze fisiche ed emotive, i deficit, le perdite. La canapa esalta anche la capacità di apprezzare lo scorrere delle nostre giornate, ora che siamo ambedue pensionati, di godere della compagnia dei figli, dei nipoti e degli amici, di gustare la musica, i viaggi e le nostre passeggiate quotidiane nei boschi del New England. Ancor più importante, la canapa ci aiuta a comprendere la saggezza delle parole di Robert Browning: «Invecchia con me! Il meglio deve ancora venire...».

[pubblicato in forma ridotta su *Fuoriluogo*, aprile 2003]

storia di canapa e di forche

Il 4 novembre 1989 Kerry Wiley, trentacinquenne insegnante di informatica allora in anno sabbatico, fu arrestato a Kuala Lumpur, Malaysia, per possesso di marijuana. Era accusato di aver spedito a se stesso dalla Thailandia un pacco contenente marijuana. La polizia, dietro indicazione di un informatore, perquisì il suo appartamento, dove trovò altra marijuana. Kerry Wiley fu accusato di detenzione di oltre 500 grammi di cannabis. L'articolo 39b della «Legge sulle droghe pericolose» del 1983 prevede che il possesso di più di 200 grammi di cannabis venga punito con la morte per impiccagione. Una parte particolarmente raggelante di questa legge recita: «In ogni procedimento istruito ai sensi di questa legge, gli articoli della legge saranno letti e interpretati in modo tale da rispettare le finalità di questa legge, a prescindere da qualsiasi ambiguità, improprietà di linguaggio o altri difetti o debolezze che vi possano essere contenuti...».

Più di cento persone sono state impiccate in Malaysia in conseguenza di

questa legge. Proprio l'estate precedente erano stati impiccati otto giovani residenti a Hong Kong.

Un trattamento inumano

La legge non prevede la libertà su cauzione. L'accusato può trovarsi ad aspettare da due a cinque anni prima del processo. Al momento del processo Kerry aveva già trascorso più di un anno nella sovraffollata prigione di Pudu. Dormiva su una coperta stesa su un pavimento di cemento in una piccola cella condivisa con molti altri prigionieri, e si lavava con acqua sporca. Mentre la dieta per gli altri prigionieri era a base di riso, a lui fu riservata una dieta composta quasi esclusivamente di patate, probabilmente perché era cittadino americano. Il suo stato nutrizionale era cattivo e, come era prevedibile, i denti gli si stavano rovinando. Non deve quindi sorprendere che fosse entrato in una forte depressione.

A 12 anni, durante una passeggiata solitaria sulle montagne di Saint Jacint la vigilia di Natale, Kerry era scivolato ed era caduto da oltre 10 metri sulle rocce sottostanti. Fu ritrovato solo la mattina dopo. I titoli dei giornali descrissero il suo salvataggio come un "miracolo di Natale", ma a lui restarono gravi lesioni disabilitanti e dolorosi spasmi muscolari alla spalla e al braccio sinistri. Negli anni successivi gli furono somministrati diversi analgesici, nessuno dei quali risultò davvero soddisfacente. Kerry si trovò a un certo punto dipendente da uno di questi oppio-derivati.

Come molte altre persone, tra cui vittime di quadriplegia, paraplegia e sclerosi multipla, Kerry, ormai giovane adulto, scoprì che la cannabis era molto più efficace nel lenire il tipo di dolore di cui soffriva di tutti i farmaci che i dottori gli avevano prescritto, e che inoltre aveva minori effetti collaterali. Iniziò a usarla regolarmente e, come chiunque altro debba ricorrere a farmaci per alleviare dolori e spasmi muscolari, cercò di averne sempre a disposizione. Non esistono prove che egli ne abbia mai abusato né che ne abbia venduta.

La prima volta che venni a conoscenza del suo caso fu quando, nel febbraio 1990, ricevetti una telefonata da sua madre, la dottoressa Helen Wiley, una psicologa di Sacramento, California, ormai in pensione. Helen è una donna notevole che, tra l'altro, ha trascorso otto mesi da sola in un albergo di Kuala Lumpur per aiutare suo figlio nella difesa. Mi chiamò perché aveva letto "Usi medici di droghe illegali", un capitolo che James B. Bakalar ed io avevamo scritto per il volume *Dealing with Drugs*. Helen riteneva che, se lo avessi riscritto in forma di "dichiarazione giurata", quel testo avrebbe potuto essere utile al processo. Le risposi che per la difesa di suo figlio era necessario molto di più e la misi in contatto con Ramsey Clark, ex Procuratore generale degli Stati Uniti. Poco dopo Ramsey andò in Malaysia e parlò con l'avvocato malaysiano di Kerry. Ramsey e io ritenevamo che una difesa basata sulla necessità medica fosse la migliore e forse l'unica strada per scongiurare una tragica ingiustizia. Comprensibilmente, Karpal Singh, l'avvocato malese, era scettico, dato che in Malaysia una simile linea di difesa non era mai stata tentata.

Quando arrivai in Malaysia, la difesa di Kerry era passata nelle mani di un altro avvocato, Mohammed Shafee Abdullah. Shafee era riuscito a impedire che la marijuana che Kerry avrebbe spedito a se stesso dalla Thailandia fosse tecnicamente ammessa come prova; ma la cannabis trovata nel suo appartamento (265 grammi) era comunque abbastanza per farlo condannare a morte.

Arrivai a Kuala Lumpur il lunedì 10 dicembre 1990. Lo stesso giorno visitai Kerry nella prigione di Pudu per tre ore, e poi di nuovo per due ore e mezzo il mercoledì 12 dicembre. Prima di visitarlo avevo avuto la possibilità di esaminare le radiografie della sua spalla e braccio sinistri: l'omero non era adeguatamente guarito. Durante la visita mi fu evidente che Kerry aveva degli spasmi muscolari all'interno e intorno all'area del deltoide della spalla sinistra. Gli spasmi, secondo me, dovevano essere molto dolorosi, ma Kerry disse che il dolore non era terribile dato che aveva fumato can-

nabis giusto poco prima di essere portato nella stanza in cui si svolgeva la visita. Restai sorpreso:

«Prendi marijuana qui dentro?».

«La sola cosa che controlla il dolore e gli spasmi».

«Ma come te la procuri?».

«In tutta la Malaysia la prigione di Pudu è il posto in cui è più facile procurarsi marijuana. Le guardie stesse la vendono ai detenuti».

Una volta ripresomi dallo sbigottimento, mi resi conto che si trattava di una cosa molto plausibile: vendendo marijuana le guardie non solo guadagnano denaro extra, ma si rendono anche il lavoro più facile; chi è sotto l'effetto della cannabis è generalmente più tranquillo e non ha comportamenti violenti. Mi chiesi fino a che punto questo avvenisse anche nelle carceri americane. Parlai anche con lo psicologo del carcere che aveva seguito Kerry per la sua depressione e passai poi molte ore con Shafee per preparare una linea di difesa basata sulla necessità medica, di cui Shafee non aveva esperienza.

La testimonianza di fronte ai giudici

Questo uomo affabile e brillante organizzò per me, la sera di giovedì 13 dicembre, una conferenza con un gruppo di importanti medici e avvocati malesi. Parlai della grave confusione contenuta nel concetto malese di “dadah”, un termine generico che tratta oppiacei e cannabis come se fossero la stessa identica cosa. La maggior parte delle mie osservazioni si riferivano alla storia dell'utilizzo farmacologico della cannabis. Iniziai precisando come il lavoro del dottor W.B. O'Shaughnessy, pubblicato nel 1839, fosse basato proprio sullo studio dell'uso farmacologico della cannabis tra indiani e malesi. Raramente mi era capitato di parlare a un pubblico così interessato alla cannabis. Sembravano assetati di informazioni aggiornate, attendibili e realistiche su questa sostanza.

Fui chiamato in aula alle 9 di mattina di venerdì 14 dicembre. Il giudice Shaik

Daud Ismail, che presiedeva senza giuria, espresse subito la sua irritazione per la mia presenza chiedendo a Shafee, che cercava di presentarmi: «Perché ha fatto venire quest'uomo fin dall'altra parte del pianeta a testimoniare, quando è già stato appurato che l'accusato era in possesso di 265,7 grammi di cannabis e quando la pena per questo reato è chiaramente stabilita?».

Shafee spiegò quindi la nozione di necessità medica e, quando il giudice ebbe accettato a malincuore di farmi testimoniare, si passò all'interrogatorio diretto. Come molti altri durante la conferenza della sera precedente, il giudice si fece sempre più interessato all'uso farmacologico della cannabis in generale, e al suo uso da parte di Kerry in particolare. La deposizione terminò alle 11,50 della mattina. Il giudice chiese allora al pubblico ministero se i dieci minuti che rimanevano prima della pausa per le preghiere di mezzogiorno fossero sufficienti per il controinterrogatorio. La risposta fu: «Oh no, signore! Ci vorranno due o tre ore per tirare fuori la verità dal dottor Grinspoon». Avevo già sentito dire da molti che il pubblico ministero, Abdul Alim Abdullah, era convinto che la sua carriera avrebbe tratto vantaggio dall'impiccagione del primo cittadino americano in virtù dell'articolo 39b.

In aula, tutti furono sorpresi dalla prima domanda che mi fece dopo la pausa. Mi chiese se, al momento di completare le formalità di ingresso in Malaysia, avessi dichiarato che entravo nel Paese per lavoro o per piacere. Risposi:

«Per lavoro».

«E qual il suo lavoro qui, dottor Grinspoon?».

«Il mio lavoro è quello di visitare il paziente e comparire come testimone in questo processo». Mi interruppe per dire: «Vuol dire come accusato! E quante volte ha visitato l'imputato?».

«Due volte».

«Quanto sono durate queste visite?».

«Cinque ore e mezzo».

«Bene. E adesso lei farà cortesemente vedere alla Corte l'autorizzazione

scritta rilasciata dal Ministero della Sanità, necessaria a tutti gli stranieri che vogliono fare una visita medica a un prigioniero in Malaysia».

Stupefatto, dissi che non sapevo niente di questa legge. Era chiaro dalle loro reazioni che neanche Shafee e il giudice ne sapevano niente. Alim disse allora che mi avrebbe incriminato e arrestato per questa violazione. Il giudice, dopo aver letto una pagina da un libro di legge che Alim portò al banco, si accertò dell'esistenza di quella legge. Esitò e poi disse: «È nel suo diritto arrestare quest'uomo adesso, ma è chiaro che se lo fa non sarà poi in grado di controinterrogarlo, e lei ha detto che le servivano due o tre ore di controinterrogatorio».

Alim, dopo una breve conversazione con il capo di un piccolo contingente di uomini in uniforme, decise di sospendere l'incriminazione e di controinterrogarmi.

Nell'aula non si sentiva volare una mosca

Aveva una lunga lista di domande, che sbarrava una dopo l'altra. Più domande faceva, più terreno perdeva. Alla fine, esasperato, disse: «Dottor Grinspoon, tutto quello che lei ha detto riguardo alle capacità della cannabis di lenire dolori di un tipo o di un altro, deriva da articoli o pubblicazioni. Qual stata la sua esperienza diretta?».

In risposta, dissi alla Corte che mio figlio, che soffriva di una leucemia linfocitica, aveva tratto dalla marijuana uno straordinario sollievo alla tremenda nausea e al vomito provocati da alcune chemioterapie anticancro. Come disse poi qualcuno dell'Ambasciata: «In quell'aula non si sentiva volare una mosca».

Mentre parlavo, il pubblico ministero cominciò a sfogliare rumorosamente delle carte. Il giudice, molto interessato alla mia storia, alzò la voce e disse: «Dottor Alim, sta ascoltando cosa dice il dottor Grinspoon? Ha capito cosa sta dicendo? Vuole che ricominci dall'inizio?».

Alim smise di far frusciare carte. Quando terminai fece ancora alcune do-

mande e poi smise di colpo, nonostante avesse formulato solo due terzi delle domande che aveva in lista. Confabulò poi con alcune persone del governo, tra cui gli uomini in uniforme menzionati sopra. Sembrava chiaro che stavano decidendo se arrestarmi o no. Alla fine disse al giudice che aveva finito il controinterrogatorio, e la Corte si sciolse.

Eravamo abbastanza sicuri che, dati i suoi commenti durante il controinterrogatorio, il giudice non avrebbe inflitto a Kerry la pena di morte. Rite-nevamo anche che Alim avesse deciso di non arrestarmi perché la pubblicità avrebbe potuto ulteriormente danneggiare il suo caso (o lui stesso).

Tuttavia, mentre ci stavamo preparando a lasciare l'aula, Allen Kong, consigliere legale dell'Ambasciata degli Stati Uniti, disse a Shafee e a me che non ero ancora fuori pericolo, che Alim (il governo) poteva arrestarmi quella notte all'aeroporto di Subang mentre stavo per lasciare il Paese. Disse anche che sarebbe stato saggio da parte mia distruggere qualsiasi documento che non avessi voluto far cadere nelle mani di Alim e mi diede un numero di telefono a cui avrei potuto chiamarlo. Quella sera Shafee mi accompagnò all'aeroporto, dove ottenne un distintivo della sicurezza aeroportuale, rimase con me alla dogana e al controllo passaporti, senza mai lasciare il mio fianco fino a che non si chiuse la porta dell'aereo.

Dieci colpi di frusta

Il giudice emise la sentenza il 17 gennaio 1991. Disse che «nel bilancio delle probabilità, l'accusato aveva esibito prove sufficienti a dimostrare che la cannabis era per uso personale», specificamente «per alleviare il dolore procurato dalle ferite che aveva sofferto nella caduta in montagna». Gli furono dati cinque anni di prigione, di cui restavano da scontare 26 mesi e, come pena addizionale e obbligatoria, dieci colpi di *rattan*, la frusta usata in Malaysia particolarmente crudele e che infligge alla vittima limitazioni motorie e dolori per il resto della sua vita. Era necessario fare appello contro la sentenza.

Dietro consiglio di Ramsey Clark, scrissi al Primo Ministro, che era un medico. Pregai Mr. Mohamad Mahathir di risparmiare a Kerry il *rattan*. Gli ricordai che il *rattan* usato in Malaysia taglia fino al periostio delle ossa della colonna vertebrale e, di conseguenza, procura alla vittima fortissimi dolori, specialmente quando siede o sta sdraiato sul dorso, per il resto della vita. Era proprio perché soffriva di dolori cronici che Kerry Wiley aveva iniziato a usare marijuana. Aveva senso imporgli un ulteriore aumento di dolori cronici? Mohamad Mahathir non rispose mai alla mia lettera, ma molti mesi dopo, il 23 febbraio 1993, mentre il ricorso in appello era ancora in attesa di essere discusso, Kerry fu fatto discretamente uscire di prigione. Non aveva finito di scontare i 26 mesi di pena e il *rattan* non gli era stato inflitto.

Quando tornò negli Stati Uniti, Kerry Wiley era un uomo distrutto. Era in cattivo stato di salute e aveva perso tutti i denti. Si appartò completamente e non riprese mai l'insegnamento.

[pubblicato su *Fuoriluogo*, ottobre 1998]

una ricchezza da sfruttare

Questa testimonianza giurata è stata resa da Lester Grinspoon nel caso "Ashcroft contro Raich" presso la Corte Suprema degli Stati Uniti per conto di Norml (National Organization for the Reform of Marijuana Laws) e di The Norml Foundation (ottobre 2004).

Il caso, non solo giudiziario, ma politico vedeva coinvolte due pazienti californiane (Angel Raich e Diane Monson) e il Dipartimento della Giustizia Usa. Occorre ricordare che nel 1996 in California fu approvata con referendum la Proposition 215 che riconosce il diritto di possedere e coltivare marijuana per scopi terapeutici. Lo stato federale rivendica la propria competenza in nome della presunzione di traffico di droga che non sarebbe un fatto interno di uno stato. La causa si è conclusa nel 2005 ed ha riaffermato la legittimità dei raid dei poliziotti federali contro i malati. L'unica novità è che la Corte Suprema ha mostrato seri dubbi sulla decisione di mantenere la canapa medica nella illegalità e ha invitato il Congresso a modificare la legge in questione. La sentenza mantiene in piedi il contenzioso tra 11 stati che riconoscono la pos-

sibilità di curarsi con la marijuana e il governo centrale alfiere del proibizionismo tutelato dalla “ossessione ideologica” della Corte Suprema.

Io, Lester Grinspoon, professore emerito associato di psichiatria della Harvard Medical School di Boston, Massachusetts, dichiaro:

1. Sulla base delle mie ricerche, ho scoperto che la cannabis è una sostanza notevolmente sicura. Sebbene non innocua, è sicuramente meno tossica della maggior parte delle medicine convenzionali, che potrebbe sostituire se fosse disponibile legalmente. Nonostante sia stata usata da milioni di persone per migliaia di anni, la cannabis non ha mai causato una morte per overdose. La preoccupazione più seria è il danno respiratorio se la si fuma, ma questo può essere facilmente risolto aumentando la potenza della cannabis e ricorrendo alla tecnologia per separare le particelle di materia presenti nel fumo di marijuana dai suoi principi attivi, i cannabinoidi (mediante dispositivi noti come vaporizzatori). Quando avrà riconquistato il suo posto nella farmacopea statunitense, perduto nel 1941 con l'approvazione del *Marijuana Tax Act* (1937), la cannabis sarà tra le sostanze meno tossiche della lista. Oggi il pericolo maggiore del consumo di cannabis è la sua illegalità, che infligge a persone già sofferenti molta ansia e una spesa elevata.

Il declino di un farmaco storico

2. Ho fatto ricerca in maniera estensiva sulla storia dell'uso della canapa per fini medici e anche sulla normativa legale di questa sostanza negli Stati Uniti. La marijuana, la cannabis o la pianta di canapa è una delle più antiche piante psicoattive conosciute all'umanità. È una pianta originaria dell'Asia Centrale, coltivata probabilmente da diecimila anni. Si sa di certo che era coltivata in Cina già nel 4000 avanti Cristo e nel Turkestan nel 3000 a.C. È stata usata per lungo tempo come medicina in India, in Cina,

nel Medio Oriente, nel Sud est dell'Asia, nel Sud Africa e nel Sud America. La prima prova dell'uso medico della canapa si ritrova in uno scritto che risale al regno dell'imperatore cinese Chen Nun, 5000 anni fa: la canapa era raccomandata, fra l'altro, per la malaria e i dolori reumatici. Un altro erborista cinese raccomandava una mistura di canapa, resina e vino come analgesico durante le operazioni chirurgiche. La canapa è citata come rimedio anche nelle annotazioni di Galeno e di altri medici nel periodo classico ed ellenistico, ed era molto apprezzata in Europa.

3. Tra il 1840 e il 1900, su riviste mediche americane ed europee, sono stati pubblicati più di cento articoli sugli usi terapeutici della cannabis. Era raccomandata come stimolante dell'appetito, miorellassante, analgesico, sedativo, anticonvulsivo e per trattare la dipendenza da oppio. Un professore della facoltà di medicina di Calcutta, W. B. O'Shaughnessy, fu il primo medico occidentale ad accorgersi delle sue proprietà curative. Il professore somministrò la cannabis agli animali, si convinse che era sicura, e iniziò ad usarla con pazienti sofferenti di rabbia, di reumatismi, di epilessia e di tetano. In un rapporto pubblicato nel 1839, egli scriveva di aver riscontrato che la tintura di canapa (una soluzione di cannabis in alcol, assunta per via orale) era un analgesico efficace. Fu colpito anche dalle proprietà miorellassanti della canapa e la definì «un rimedio anticonvulsivo del più grande valore». Nel 1890, J. R. Reynolds, un medico britannico, scrisse una sintesi della sua esperienza trentennale con la *Cannabis indica*, trovandola utile nel trattamento di varie forme di nevralgia, compresa la nevralgia trigeminale (un doloroso disturbo neurologico facciale); e aggiunse che serviva a prevenire gli attacchi di emicrania. La trovò utile anche per certi tipi di epilessia, per la depressione e, a volte, per l'asma e la dismenorrea.

4. Già prima del 1890 l'uso medico della cannabis era in declino. Si riteneva che la potenza dei preparati a base di cannabis fosse troppo variabile,

mentre le risposte individuali alla cannabis assunta per via orale risultavano incostanti e imprevedibili.

Un'altra ragione per cui furono svolte poche ricerche sulle proprietà analgesiche della cannabis, fu l'aumento generalizzato degli oppiacei, verificatosi dopo che l'invenzione della siringa ipodermica alla metà dell'Ottocento consentì di iniettare sostanze solubili come antidolorifici ad azione rapida; i prodotti della canapa non sono solubili in acqua e quindi non possono facilmente essere somministrati per via iniettiva. Verso la fine del XIX secolo, lo sviluppo di sostanze sintetiche come l'aspirina, il cloralio idrato e i barbiturici contribuì anch'esso al declino dell'uso medico della cannabis. Ma queste nuove sostanze presentavano, e presentano ancora oggi, svantaggi notevoli. Più di mille persone negli Stati Uniti muoiono ogni anno per emorragia indotta dall'aspirina, e i barbiturici, naturalmente, sono molto più pericolosi.

5. Negli Stati Uniti, l'uso di canapa non è stato particolarmente un affare di stato o di regolamentazione federale fino al 1915, quando la California proibì il possesso e la vendita di marijuana. Nel 1930, l'anno in cui fu fondato l'Ufficio Federale per i narcotici (*Federal Bureau of Narcotics*), solo 16 stati avevano leggi di proibizione dell'uso della canapa. I sociologi hanno ipotizzato che la pressione della lobby dei liquori sia stato uno dei fattori più insidiosi all'origine di questo improvviso assalto legale. Più importante fu la mancanza di conoscenze scientifiche sugli effetti della canapa, che permise alle affermazioni senza nessun fondamento dell'ufficio federale dei narcotici di passare senza alcuna sostanziale contestazione. Il *Marijuana Tax Act* del 1937 rappresentò il culmine di una serie di sforzi messi in atto dall'ufficio federale per produrre una legislazione anti-marijuana.

6. Ci si poteva aspettare che i medici alla ricerca di migliori analgesici e ipnotici si rivolgessero ai cannabinoidi, ma il *Marijuana Tax Act* del 1937 minò

alle fondamenta qualsiasi sperimentazione di questo tipo. La legge del 1937 imponeva una tassa sulle transazioni della marijuana: chiunque volesse importare, produrre, vendere, prescrivere o cedere la marijuana, doveva registrarsi, annotare le transazioni e pagare delle tasse particolari a seconda delle finalità specifiche. Chi non osservava le prescrizioni era soggetto a pesanti multe o al carcere per evasione fiscale. Anche se, evidentemente, il *Marijuana Tax Act* era studiato per impedire l'uso non medico di marijuana, esso rese così difficile ottenere la sostanza, che nel 1941 la canapa fu rimossa dalla farmacopea e dal ricettario nazionale degli Stati Uniti. Il *Boggs Act* del 1951 stabilì pene detentive obbligatorie e grosse multe per la violazione di qualsiasi legge federale sulle droghe, e il *Narcotic Control Act* del 1956 aumentò quelle pene.

7. Tuttavia, negli anni Sessanta il pubblico cominciò a riscoprire il valore medico della cannabis, e così apparvero, in pubblicazioni non specialistiche, lettere di persone le quali avevano scoperto che la cannabis poteva alleviare l'asma, la nausea, gli spasmi muscolari o il dolore, e volevano condividere queste scoperte con i lettori che già usavano quella droga. Nel frattempo cresceva la preoccupazione del legislatore circa l'uso ricreativo della cannabis e, nel 1970, il Congresso approvò il *Comprehensive Drug Abuse Prevention and Control Act* (chiamato anche *Controlled Substances Act*), che divideva le sostanze psicoattive in cinque tabelle e collocava la cannabis nella Tabella I, la più restrittiva.

La riscoperta degli anni Settanta

8. Negli ultimi venti anni, alcuni pazienti hanno potuto ottenere la canapa medica legalmente. A partire dagli anni Settanta, trentacinque stati hanno approvato normative che avrebbero permesso l'uso medico di cannabis se non fosse stato per la legge federale. In realtà molti di questi stati, col permesso del governo federale, avviarono speciali programmi di ricerca che

permettevano ai pazienti sottoposti a chemioterapia per cancro di usare la canapa. Questi progetti dimostrarono la validità sia della marijuana fumata che del Thc (tetra-idro-cannabinolo) assunto per via orale.

Nel 1986, la Fda (*Food and Drug Administration*) approvò il Thc per via orale (*Marinol*) come farmaco su prescrizione. Nel 1976, il governo federale introduceva il programma *Individual Treatment Investigational New Drug Program* (comunemente chiamato *Compassionate Ind*): sulla base di questo programma, veniva data la cannabis ad alcuni pazienti i cui medici fossero disposti a sottoporsi alla procedure richieste (con la compilazione di molte carte e la perdita di molto tempo). Alla fine, circa una quarantina di pazienti ricevettero la cannabis prima che il programma fosse interrotto nel 1992, e ancora la ricevono sei pazienti, superstiti di quel programma: le uniche persone in questo paese per le quali la canapa non è un medicinale vietato.

9. Lo stimolo più efficace al movimento per la marijuana medica venne dalla scoperta che la canapa poteva prevenire la sindrome di deperimento fisico da Aids. Non sorprende che la *Physicians Association for Aids Care* sia stata una delle organizzazioni mediche che in California hanno appoggiato l'iniziativa per impedire i procedimenti penali contro i pazienti che usano la marijuana per curarsi.

10. Ho condotto un'ampia disamina della letteratura concernente gli usi medici della cannabis e conosco bene gli studi sull'argomento. La revisione della letteratura medica è uno strumento comune di ricerca. Ho anche studiato i casi clinici di molti pazienti che hanno usato canapa per alleviare una varietà di sintomi; questa esperienza clinica costituisce la base del mio libro, *Marijuana, the forbidden medicine*. Nel mio libro, presento testimonianze in prima persona su come la canapa funziona nell'alleviare i sintomi della chemioterapia per cancro, della sclerosi multipla, della osteoartrite, del glaucoma, dell'Aids e della depressione, oltre a sintomi di patologie meno comu-

ni come il morbo di Crohn, la gastroparesi diabetica, e disturbi da stress post-traumatico. I resoconti dei pazienti illustrano non solo le proprietà terapeutiche della cannabis ma anche l'inutile dolore in più e l'ansia imposti alle persone malate, costrette a procurarsi la cannabis illegalmente.

Il trattamento del cancro

11. La cannabis ha molti utilizzi nel trattamento del cancro. Come stimolante dell'appetito, può contribuire a rallentare la perdita di peso nei malati. Può anche innalzare il tono dell'umore. Ma l'uso più comune è la prevenzione della nausea e del vomito associati alla chemioterapia. Circa la metà dei pazienti sottoposti a farmaci anti-cancro soffrono gravemente di nausea e vomito, il che non è solo spiacevole e doloroso, ma è anche una minaccia per l'efficacia del trattamento. I conati di vomito possono causare lacerazioni nell'esofago e fratture delle costole, impedire una nutrizione adeguata e causare la perdita di fluidi. Alcuni pazienti affermano di trovare la nausea così intollerabile che preferiscono morire piuttosto che andare avanti. Gli antiemetici più comunemente usati nella chemioterapia sono il metoclopramide (*Raglan*), il relativamente nuovo ondansetrone (*Zofran*), e il più recente granisetron (*Kytril*). Ma sfortunatamente questi antiemetici convenzionali non funzionano affatto per molti malati di cancro, o funzionano poco.

12. L'idea che la cannabis potesse essere usata nel trattamento del cancro nacque all'inizio degli anni Settanta, quando alcuni giovani pazienti sottoposti a chemioterapia riscontrarono che fumare marijuana riduceva la nausea e il vomito. Uno studio del 1988 (Vinciguerra et al.) su 56 pazienti che non avevano ricavato beneficio dai prodotti antiemetici standard, trovò che il 78% di loro si liberava dai sintomi fumando marijuana. Il tetra-idro-cannabinolo orale (Thc) si è dimostrato efficace laddove le sostanze standard non lo erano, ma fumare genera un sollievo più rapido e più prevedibile

perché innalza più velocemente la concentrazione di Thc nel sangue fino al livello necessario. Inoltre, può essere difficile per un paziente che soffre di nausea assumere medicine per via orale. In effetti, ci sono forti evidenze che la maggior parte dei pazienti sofferenti di nausea e vomito preferisce fumare la marijuana piuttosto che assumere il Thc per bocca.

13. Gli oncologi sono stati all'avanguardia rispetto agli altri medici nel riconoscere il potenziale terapeutico della cannabis. Nella primavera del 1990, due ricercatori selezionarono a caso più di 2000 membri della *American Society of Clinical Oncology* e spedirono per posta un questionario anonimo per raccogliere i pareri sull'uso della cannabis per la chemioterapia contro il cancro. Quasi la metà rispose. I ricercatori dovettero riconoscere che si trattava di un gruppo auto-selezionato, con conseguente rischio di *bias* nelle risposte, tuttavia i risultati di questa indagine permettono una stima approssimativa dell'opinione degli specialisti sull'uso del *Marinol* (dronabinol, Thc sintetico orale), e sulla marijuana fumata. Solo il 43% dichiarava i farmaci antiemetici disponibili legalmente (compreso il *Marinol*) adeguati per tutti i loro pazienti o per la maggior parte di loro; e solo il 46% affermava che raramente gli effetti collaterali di questi farmaci rappresentavano un problema serio. Il 44% aveva raccomandato l'uso illegale di cannabis ad almeno un paziente, e la metà l'avrebbe prescritta ad alcuni pazienti se fosse stata legale. In media, essi consideravano la marijuana fumata più efficace del *Marinol* e grossomodo altrettanto sicura.

Dal glaucoma alla terapia del dolore

14. La canapa serve anche nel trattamento del glaucoma, che rappresenta la seconda causa principale di cecità negli Stati Uniti. Questa malattia consiste nell'aumento della pressione del fluido nel bulbo oculare fino al danneggiamento del nervo ottico. Circa un milione di Americani soffrono della forma di glaucoma (angolo aperto) trattabile con la canapa. Il glaucoma

è curato principalmente con gocce contenenti dei betabloccanti come il timolol (*Timoptic*), che inibisce l'attività dell'epinefrina (adrenalina). Sono efficaci, ma possono avere seri effetti collaterali quali la depressione, l'aggravamento dell'asma, il rallentamento del battito cardiaco, e l'aumento del rischio di collasso cardiaco. La canapa produce una caduta clinicamente significativa, in relazione alla dose, nella pressione intraoculare, che dura diverse ore sia in soggetti normali che in quelli che hanno una tensione oculare anormale per via del glaucoma. Il Thc somministrato per via orale o per intossicazione ha lo stesso effetto, che sembra essere specifico dei derivati della canapa e non il semplice risultato della sedazione. La canapa non cura la malattia, ma può ritardare la perdita progressiva della vista quando falliscono i medicinali tradizionali e l'intervento chirurgico è troppo pericoloso.

15. Circa il 15-20% dei pazienti epilettici non ottiene molto sollievo dai medicinali tradizionali anticonvulsivi. La canapa è stata studiata come un'alternativa almeno dal 1975, quando fu riportato il caso di un giovane epilettico cui, per controllare gli attacchi, era necessario il fumo della marijuana in associazione agli anticonvulsivi standard (il fenobarbital e il difenilidantoin). Il derivato della canapa che appare più promettente come anticonvulsivo è il cannabidiol. In uno studio controllato, il cannabidiolo, associato agli anticonvulsivi, ha indotto miglioramenti in sette pazienti soggetti ad attacchi di grande male: tre di loro sono molto migliorati. Invece, solo uno dei sette pazienti trattati con un placebo ha mostrato un qualche miglioramento. Alcuni pazienti che soffrono sia di grande male che di attacchi di piccolo male trovano che fumare la marijuana permette di abbassare le dosi degli anticonvulsivi tradizionali o di farne a meno del tutto. Per di più, gli anticonvulsivi hanno molti effetti collaterali potenzialmente seri, compresi l'indebolimento osseo, l'anemia, il sanguinamento delle gengive, lo sdoppiamento della vista, la perdita dei capelli, il mal di testa, la nausea,

l'abbassamento del desiderio sessuale, l'impotenza, la depressione, la psicosi. L'overdose o reazioni idiosincratice possono portare alla perdita del coordinamento motorio, al coma e perfino alla morte.

16. Sono riportati molti casi di fumatori di canapa che usano la droga per ridurre il dolore: il dolore dopo un intervento chirurgico, il mal di testa, l'emicrania, i crampi mestruali, e così via. Per ironia, gli analgesici che rappresentano la migliore alternativa sono gli oppiacei, letali e potenzialmente additivi. In particolare, la canapa è sempre più riconosciuta come il miglior trattamento per il dolore che accompagna gli spasmi dei muscoli, che spesso sono cronici e debilitanti: specie nei paraplegici, nei quadriplegici, o altre vittime di danni traumatici dei nervi, nonché nei malati di sclerosi multipla o di paralisi cerebrale. Molti di loro hanno scoperto che non solo la canapa permette di evitare i rischi di altri farmaci, ma riduce anche gli spasmi della muscolatura e i tremori; a volte sono perfino in grado di alzarsi dalla sedia a rotelle.

17. Una delle cause più comuni di dolore cronico è l'osteoartrite, che in genere è trattata con analgesici sintetici. Di questi, i più usati sono l'aspirina, l'acetaminofeno (*Tylenol*), farmaci antinfiammatori non steroidei (i NSAID) come l'ibuprofen e il naproxen, che non sono additivi ma non sono sufficientemente potenti. Per di più, hanno importanti effetti collaterali. Gli inconvenienti seri più comunemente registrati negli Stati Uniti come conseguenza dell'assunzione di aspirina e di antinfiammatori non steroidei sono l'emorragia gastrica e l'ulcera, che si stima causino ogni anno 7000 morti. L'acetaminofen può provocare danni al fegato o il collasso dei reni se usato regolarmente per lunghi periodi di tempo; un recente studio indica che l'uso cronico di questo farmaco rappresenta il 10% di tutti i casi di malattie renali all'ultimo stadio, una condizione che richiede la dialisi o un trapianto di rene. Come ho già detto prima, non si è mai dato che la cana-

pa abbia causato la morte o una malattia seria. L'Università dello Iowa, nel 1975, ha condotto uno studio sull'effetto della canapa nell'alleviare il dolore. I ricercatori somministrarono casualmente a pazienti di cancro in ospedale che soffrivano di gravi dolori, del Thc orale oppure un placebo. Il Thc alleviò il dolore per diverse ore ad un dosaggio basso di 5-10 mg, e ancora di più al dosaggio di 20 mg. In questo contesto e a queste dosi, il Thc si dimostrò essere anche un sedativo, con minori effetti collaterali di altri analgesici usati comunemente.

L'utilità del fumo

18. Gli oncologi sono legalmente autorizzati a somministrare il Thc sintetico (*Marinol*) per via orale in capsule. Ma la canapa inalata può essere necessaria per svariate ragioni. Per prima cosa, il Thc orale è soggetto alle variazioni della biodisponibilità [quantità di principio attivo assorbito dall'organismo, *ndt*]. Questo significa che due pazienti, pur avendo preso la stessa quantità, possono anche assorbire proporzioni diverse della dose, e un dato paziente può rispondere diversamente a seconda dei giorni, a seconda della condizione del tratto intestinale e di altri fattori. Inoltre, gli effetti della cannabis fumata sono percepiti quasi immediatamente, perciò i pazienti possono fumare lentamente e assumere solo la quantità che gli serve per l'effetto terapeutico. I pazienti che ingeriscono il *Marinol* possono scoprire, magari dopo un'ora, di avere assunto una dose eccessiva, o al contrario troppo bassa per alleviare i sintomi. In ogni caso, un paziente che soffre di forte nausea e che vomiti costantemente può trovare quasi impossibile ingoiare la capsula senza rigettarla. Inoltre, in alcuni pazienti il *Marinol* provoca ansia e un senso di disagio.

19. In teoria, si potrebbero sfruttare tutte le proprietà terapeutiche della cannabis se, in aggiunta al Thc, i singoli cannabinoidi fossero isolati e resi disponibili separatamente come farmaci, come si fa con il Thc. Ma sarebbe un

procedimento enormemente complicato. Gli sponsorizzatori della ricerca dovrebbero valutare il potenziale terapeutico e la sicurezza di oltre sessanta sostanze, sintetizzare tutte quelle risultate utili, e confezionarle come pillole o aerosol. Poiché alcune di queste sostanze probabilmente agiscono in sinergia tra loro, sarebbe inoltre necessario prendere in esame varie combinazioni. Comunque, nessuna società farmaceutica fornirebbe le risorse necessarie per un progetto simile perché la cannabis non può essere brevettata. È una pianta contenente molte sostanze chimiche, non una sola, e nessun farmaco presente nell'attuale farmacopea viene somministrato attraverso il fumo.

20. Circa 500.000 persone sono morte di Aids. Circa 900.000 sono infettate dal virus Hiv, e circa 400.000 sono malati di Aids. Sebbene il diffondersi dell'epidemia abbia rallentato il suo corso fra gli omosessuali, il bacino è così enorme che il numero dei casi è destinato ad aumentare. Oggi l'infezione si diffonde fra le donne e i bambini così come fra gli uomini, sia omosessuali; la malattia si espande nella maniera più rapida fra i consumatori di droga per via iniettiva e i loro partner sessuali. La si combatte con i farmaci antivirali, di cui il più conosciuto è lo AZT e gli inibitori della protease. Sfortunatamente, questi farmaci provocano alcune volte una nausea severa che aumenta il pericolo di denutrizione in pazienti che già soffrono di nausea e di perdita di peso a causa della malattia (una condizione chiamata a volte la sindrome di consunzione da Aids). La canapa è particolarmente efficace per chi soffre di Aids perché non solo allevia la nausea, ma rallenta anche la perdita di peso stimolando l'appetito. In uno studio, si è messo a confronto per 21 giorni in corsia di ospedale il peso e l'assunzione di calorie di 27 consumatori di marijuana e di 10 soggetti come gruppo di controllo. Chi fumava marijuana mangiava di più del gruppo di controllo e aumentava di peso, a differenza di quelli del gruppo di controllo. Ma immediatamente cominciarono a mangiare di meno appena smisero di

fumare la marijuana. Quando la sostanza aiuta i pazienti a riguadagnare il peso perduto, può prolungare la vita. Si è dimostrato che il *Marinol* allevia la nausea e rallenta o inverte la perdita di peso in pazienti affetti da Hiv, tuttavia la maggioranza dei pazienti preferisce fumare la canapa. La canapa è più efficace e ha minori effetti collaterali spiacevoli, ed è più facile adattare il dosaggio. Molti pazienti riferiscono che la canapa stimola l'appetito e allevia il dolore senza l'effetto semicomatoso dei narcotici.

21. Chi si oppone alla cannabis medica spesso obietta che le evidenze a favore, anche se forti, provengono solo dai resoconti di singoli casi e dall'esperienza clinica. È vero che, finora, ci sono pochi studi (con gruppo di controllo e a doppio cieco) che possano soddisfare gli standard della *Food and Drug Administration*, soprattutto perché sono stati sempre frapposti ostacoli sia legali, che burocratici e finanziari. Sappiamo comunque di più sulla cannabis che sulla maggior parte dei farmaci prescrivibili. Inoltre, spesso le risposte terapeutiche individuali non risaltano negli esperimenti di gruppo, e peraltro i resoconti dei singoli casi e l'esperienza clinica sono la fonte di gran parte delle nostre conoscenze sui farmaci. Come ha osservato il dottor Louis Lasagna, non sono stati necessari esperimenti controllati per riconoscere il potenziale terapeutico dell'idrato di cloralio, dei barbiturici, dell'aspirina, dell'insulina o della penicillina. Né è con esperimenti simili che si è scoperta l'utilità del propranololo per l'ipertensione, del diazepam per l'epilessia e dell'imipramina per l'enuresi; originariamente, questi farmaci erano stati approvati per altri scopi.

Gli studi controllati e le evidenze aneddotiche

22. Nel metodo sperimentale noto come "esperimento randomizzato sul singolo paziente", i trattamenti attivi e quelli placebo vengono somministrati in modo casuale cambiando l'ordine o in successione. Questo metodo è usato spesso quando gli studi controllati su larga scala sono

inappropriati perché si tratta di una malattia rara, il paziente è atipico e la risposta al trattamento è idiosincratca. Diversi pazienti mi hanno detto di aver accertato l'efficacia della cannabis effettuando questo tipo di esperimento su se stessi: alternando periodi di consumo a periodi di astensione. Sono convinto che la reputazione della canapa come farmaco sia in parte dovuta a simili "esperimenti" condotti da molti altri pazienti.

23. Alcuni medici potrebbero giudicare irresponsabile incoraggiare l'uso di una medicina sulla base dei resoconti di singoli casi, che a volte vengono liquidati come evidenze meramente "aneddotiche", che contano i successi manifesti e ignorano i fallimenti evidenti. Questo sarebbe un problema serio se la cannabis fosse una droga pericolosa. Ma tutti gli anni di sforzi tesi a dimostrare che la canapa è una droga straordinariamente pericolosa, hanno in realtà dimostrato il contrario. La cannabis è più sicura e ha minori effetti collaterali della maggior parte dei farmaci prescrittibili; crea molta meno dipendenza o è soggetta a minor abuso di molte sostanze attualmente usate come miorilassanti, ipnotici e analgesici.

24. Sulla base delle informazioni mediche disponibili, è evidente che la cannabis dovrebbe essere resa disponibile anche se solo pochi pazienti potessero trarne beneficio, giacché i rischi sono così limitati. Ad esempio, come ho detto, molti pazienti malati di sclerosi multipla trovano che la cannabis riduce gli spasmi muscolari e il dolore. Qualche medico potrebbe non essere sicuro che un paziente del genere possa trarre più beneficio dalla cannabis che dai farmaci standard come il baclofene, il dantrolene e il diazepam (tutti farmaci che sono potenzialmente pericolosi o creano dipendenza); ma è più che certo che non si verificherà alcuna reazione tossica grave alla cannabis. Perciò il beneficio potenziale è molto maggiore di qualsiasi rischio potenziale.

25. Negli ultimi anni, l'utilità medica della cannabis è divenuta evidente ad un numero sempre maggiore di medici e pazienti, e sono aumentate le persone con una esperienza diretta della sostanza. Perciò oggi la questione non è l'efficacia della canapa come medicina, ma come renderla disponibile ai pazienti.

26. La posizione del governo, secondo cui la cannabis non avrebbe una applicazione medica riconosciuta non è razionale, data la messe di informazioni che ne confermano l'efficacia in campo medico. Per di più, secondo il mio punto di vista, il governo ha a lungo ostacolato i tentativi di fare ricerca sulla cannabis. Se il governo degli Stati Uniti non avesse opposto ostacoli alla ricerca, ritengo che saremmo almeno cinquant'anni più avanti di quanto siamo ora nel rendere disponibile la canapa alle persone che ne hanno bisogno per ragioni mediche.

[pubblicato in forma ridotta su *Fuoriluogo*, aprile 2005]

anche lo HIGH è terapeutico

63

Il governo degli Stati Uniti ha un problema con la marijuana medica. Sebbene negli Usa molte migliaia di pazienti usino la cannabis per curarsi, solo sette di loro sono legalmente autorizzati a farlo dal governo federale. Questi sono gli unici sopravvissuti delle svariate dozzine di pazienti che avevano fatto ricorso al *Compassionate Use Ind* [una legge in base alla quale erano stati autorizzati a curarsi con la cannabis, ndr] durante un lasso di tempo (dal 1976 al 1991) in cui il governo, sebbene a malincuore, aveva riconosciuto le proprietà terapeutiche della marijuana. Questa legge fu poi abolita perché il numero delle domande di adesione cresceva in modo esponenziale. La ragione ufficiale fu fornita da James O. Mason, all'epoca capo del servizio sanitario pubblico: «[La legge] dà un cattivo segnale. Non mi importa di doverlo fare, se non c'è altro modo di aiutare queste persone... Ma non c'è uno

Questo articolo è apparso con il titolo "The Pharmaceuticalization of Marijuana" su Cannabis Health. The Medical Marijuana Journal ©, luglio/agosto 2003.

straccio di prova che fumare marijuana giovi a una persona che ha l'Aids». Ciascuno dei pazienti autorizzati in base al *Programma Ind* riceve mensilmente una scatoletta contenente una quantità di spinelli già rollati sufficiente al trattamento dei suoi sintomi per quel mese. Poiché la cannabis è di scarsa qualità, ci vogliono più inalazioni di quante non ne richiederebbe una qualità superiore. A causa della crescente pressione da parte dei molti pazienti che trovano la cannabis utile al trattamento di una varietà di sintomi e sindromi, e grazie all'approvazione della *Proposition 215* in California nel 1996, il governo Usa ha finanziato l'Istituto di medicina della National Academy of Science affinché studiasse la questione dell'utilità della cannabis come medicina. Il suo rapporto, *Marijuana and Medicine: Assessing the Science Base* (pubblicato nel 1999) riconosceva timidamente che la cannabis effettivamente possiede proprietà terapeutiche.

I farmaci della moralità

Il crescente riconoscimento dell'utilità della cannabis in campo medico presenta un problema per il governo Usa: come può quest'ultimo consentire l'accesso illimitato alla marijuana alle persone che ne hanno bisogno per curarsi, proibendola allo stesso tempo a quanti desiderano farne uso per scopi che il governo non approva? Una possibile soluzione a questo problema poteva forse essere trovata nella "farmaceutizzazione" della cannabis: lo sviluppo di singoli cannabinoidi isolati, cannabinoidi sintetici e derivati dei cannabinoidi prescrivibili. Il rapporto dell'Institute of Medicine (IOM) afferma: «... se c'è un futuro per la marijuana come medicina, esso sta nei suoi componenti isolati, i cannabinoidi e i loro derivati». Il rapporto prosegue: «perciò, lo scopo delle sperimentazioni cliniche della marijuana da fumare non sarebbe quello di consentire che si fumi la marijuana a scopo medico; tali sperimentazioni potrebbero essere un primo passo verso la messa a punto di metodi di somministrazione dei cannabinoidi che escludano il fumo, ad azione rapida».

Per la verità, il primo tentativo di farmaceutizzazione si ebbe nel 1985 quando la *Food and Drug Administration* approvò il dronabinolo (*Marinol*) per il trattamento della nausea e del vomito da chemioterapia. Il dronabinolo è una soluzione di tetraidrocannabinolo sintetico in olio di sesamo (l'olio di sesamo serve a impedire che il contenuto della capsula venga fumato). Il dronabinolo è stato messo a punto dalla Unimed Pharmaceuticals Inc. con un grosso sostegno economico del governo Usa. Il governo sperava che la farmaceutizzazione della cannabis potesse risolvere il suo problema con la marijuana medica: il problema di come rendere ampiamente disponibile le proprietà mediche della cannabis (giacché il governo ritiene che tali misure esistano), proibendone contemporaneamente il consumo per qualunque altro scopo. Ma il *Marinol* non ha eliminato la marijuana come "trattamento d'elezione". La maggior parte dei pazienti ha trovato molto più giovamento nell'erba stessa che nel dronabinolo per il trattamento della nausea e del vomito da chemioterapia.

Nel 1992, il trattamento della sindrome dell'Aids fu aggiunto agli usi consentiti nel foglio illustrativo ma, ancora una volta, i pazienti hanno riferito che l'effetto era inferiore a quello della marijuana fumata. Il *Marinol* non ha risolto il problema della marijuana come medicina perché solo pochi dei pazienti che hanno scoperto l'utilità terapeutica della marijuana usano il dronabinolo. In generale, essi lo trovano meno efficace della marijuana fumata. Il suo dosaggio non può essere calibrato perché deve essere assunto oralmente e ci vuole almeno un'ora perché l'effetto terapeutico si manifesti. Inoltre, nonostante le tariffe proibitive della marijuana di strada, il *Marinol* è più costoso. Così, si è visto che il primo tentativo di farmaceutizzazione non era la risposta al problema. Di fatto, a molti pazienti che si curano con la marijuana la prescrizione del *Marinol* serve soprattutto come copertura contro la minaccia delle sempre più frequenti analisi delle urine. Talvolta, alcuni derivati della cannabis possono effettivamente presentare dei vantaggi rispetto alla marijuana fumata o ingerita nella sua interezza. Ad

esempio, il cannabidiolo può essere più efficace come farmaco ansiolitico e come anticonvulsivo quando non è assunto insieme al Thc, che a volte genera ansietà. In alcuni casi, altri cannabinoidi e derivati possono risultare più utili della marijuana perché possono essere somministrati per via endovenosa. Ad esempio, dal 15% al 20% dei pazienti che hanno avuto una trombosi o un'embolia perdono coscienza, così come alcune persone sofferenti di una sindrome cerebrale dopo un grave trauma cranico. Si è visto che il nuovo derivato dexamabinolo (Hu-211), se somministrato immediatamente dopo una trombosi, un'embolia o un trauma cranico, protegge le cellule cerebrali; in tali circostanze, sarà possibile somministrarlo per via endovenosa a una persona priva di conoscenza. Presumibilmente altri derivati possono offrire vantaggi simili. Alcuni di questi prodotti commerciali possono anche essere privi degli effetti psicoattivi che, per alcune persone, rendono la marijuana utile per scopi non medici. Perciò essi non sono definiti "abusabili" e dunque soggetti alle limitazioni del *Comprehensive Drug Abuse and Control Act*.

Spray nasali, vaporizzatori, nebulizzatori, cerotti, pillole e supposte possono essere usati per proteggere i polmoni dalle particelle di materia presenti quando si fuma la marijuana. Il punto è se questi sviluppi renderanno la marijuana stessa obsoleta dal punto di vista medico. Sicuramente molti di questi nuovi prodotti possono essere utili e offrono garanzie di sicurezza sufficienti per un uso commerciale. Però non è certo se le compagnie farmaceutiche riterranno che essi valgano gli enormi costi necessari all'immissione sul mercato. Alcuni potrebbero valere tale costo (ad esempio, un cannabinoide capace di ridurre l'appetito potrebbe risultare molto lucroso) ma, per la maggior parte dei sintomi specifici, derivati o combinazioni di derivati difficilmente possono risultare più utili della cannabis naturale. Né è probabile che presentino una gamma di usi terapeutici significativamente più ampia, dato che il prodotto naturale contiene i composti (e le combinazioni sinergiche dei composti) da cui essi sono derivati. Ad

esempio, il Thc e il cannabidiolo che si trovano nella marijuana al naturale, così come il dexamabinolo, proteggono le cellule cerebrali dopo un colpo apoplettico o un trauma cranico. I cannabinoidi presenti nella marijuana possono essere separati dai prodotti della pianta sottoposta a combustione (comprendenti il fumo) mediante congegni per la vaporizzazione che non sarebbero costosi qualora venissero prodotti in grossi quantitativi. Tali congegni si avvalgono del fatto che la marijuana finemente tritata rilascia i cannabinoidi mediante vaporizzazione quando l'aria che passa attraverso la marijuana viene tenuta al di sotto della temperatura di combustione della pianta. L'inalazione è una modalità di assunzione molto efficace, e modalità più veloci non saranno disponibili per i derivati (eccetto che in alcune situazioni come l'iniezione parenterale in un paziente che sia in stato di incoscienza o soffra di insufficienza polmonare).

La marijuana è più sicura dei derivati

È la rapidità della risposta alla marijuana inalata che rende possibile per i pazienti calibrare la dose così precisamente. Inoltre, qualunque nuovo derivato dovrà avere un "indice di sicurezza" accettabile. Nel caso della marijuana tale indice è sconosciuto perché essa non ha mai causato una morte per overdose ma si stima, sulla base di estrapolazioni da dati sugli animali, che sia un quasi inesistente 20.000-40.000 [tale cifra indica il rapporto tra la dose letale e la dose terapeutica: più è alta, più il farmaco è considerato sicuro, ndr]. È improbabile che l'indice di sicurezza di un nuovo derivato sia più alto di così; in effetti, nuovi derivati potrebbero essere molto meno sicuri della marijuana da fumare, perché sarà fisicamente possibile ingerirne quantitativi maggiori. E c'è il problema della classificazione in base al *Comprehensive Drug Abuse and Control Act* per derivati con effetti psicoattivi. Più la classificazione di una sostanza è restrittiva, meno è probabile che le case farmaceutiche siano disposte a svilupparla o i medici a prescriverla. Riconoscendo questo meccanismo economico, la Unimed Phar-

maceuticals Inc. è riuscita recentemente a fare riclassificare il *Marinol* (dro-nabinolo) dalla tabella 2 alla tabella 3. Nondimeno, molti medici continueranno ad evitare di prescriberlo per paura delle autorità antidroga. Ora che il governo federale si è lanciato in una campagna crudele facendo chiudere i *buyers' clubs*, che scelta hanno le migliaia di pazienti che trovano la cannabis essenziale per la loro salute? Essi possono usare il *Marinol*, un farmaco che molti trovano insoddisfacente, oppure violare la legge e usare la marijuana. Perché un governo che si considera "compassionevole" ("conservatorismo compassionevole") li sta criminalizzando? Che problema ha il governo con la marijuana medica? Per il governo, il problema è che tutte quelle persone che vedono parenti e amici usare la marijuana come medicina, capiranno che questa droga non è come il governo l'ha descritta per anni. Esse apprezzeranno in primo luogo la sua utilità in campo medico. È meno tossica di quasi qualunque altra medicina nella farmacopea; è, come l'aspirina, notevolmente versatile; ed è meno costosa dei farmaci convenzionali corrispondenti. Poi cominceranno a chiedersi quali proprietà ha questa droga che ne giustifichino il bando per qualunque scopo diverso da quello medico. Senza considerare i 700.000 cittadini americani arrestati annualmente.

Gli esperimenti della GW Pharmaceuticals

Il governo federale degli Stati Uniti vede l'accettazione della marijuana medica come la via d'accesso alla catastrofe, la fine della proibizione. È difficile immaginare che esso autorizzi gli usi medici, mentre persegue vigorosamente una politica di proibizione per tutti gli altri usi. Un approccio in qualche modo diverso alla farmaceutizzazione della cannabis è stato adottato da una società inglese, la G.W. Pharmaceuticals. Essa sta tentando di mettere a punto dei prodotti e dei sistemi di somministrazione che aggirino le due preoccupazioni più diffuse circa l'uso medico della marijuana: il fumo e gli effetti psicoattivi (il cosiddetto "high"). Per evitare il bisogno di fuma-

re, la GW Pharmaceuticals ha messo a punto un *dispenser* controllato elettronicamente che dovrebbe somministrare estratti di cannabis per via sublinguale in dosi attentamente controllate. Questa società si aspetta che i suoi prodotti (estratti di marijuana) siano efficaci dal punto di vista terapeutico a dosi troppo basse per poter produrre gli effetti psicoattivi cui aspirano i consumatori ricreativi e gli altri tipi di consumatori. La mia esperienza clinica mi porta a porre la questione se questo sia possibile in molti, o diciamo nella maggior parte, dei casi. La questione è resa più complicata dalla tolleranza agli effetti psicoattivi. I consumatori a scopo ricreativo scoprono presto che più è frequente l'uso di marijuana, minore è l'effetto "high". Un paziente che fuma cannabis frequentemente per ridurre, diciamo, un dolore cronico o una elevata pressione intra-oculare, avrà un "high" molto limitato o nullo. Inoltre, dato che come clinico ho una esperienza considerevole nell'uso medico della cannabis, devo porre la domanda se l'effetto psicoattivo sia sempre separabile da quello terapeutico. E pongo con forza la questione se gli effetti psicoattivi siano necessariamente indesiderabili. Molti pazienti sofferenti di gravi malattie croniche riferiscono che la cannabis li fa sentire meglio in generale. Se notano un qualche effetto psicoattivo, essi parlano di un leggero miglioramento del tono dell'umore: certamente, niente di indesiderabile o incapacitante.

Il grande vantaggio della somministrazione di cannabis attraverso il sistema polmonare è la rapidità con cui essa fa effetto. Ciò, a sua volta, consente l'autodosaggio, che è il modo migliore di adattare le dosi individuali. Con altri sistemi di somministrazione il tempo di reazione è più lungo e l'autodosaggio diventa più difficile. L'autodosaggio non è praticabile con l'assunzione orale di cannabis. Anche se, in caso di assunzione per via sublinguale o attraverso le mucose orali, il tempo di reazione è minore rispetto all'assunzione orale, esso è significativamente maggiore di quello che si ha con l'assorbimento polmonare. Perciò esso è un metodo di somministrazione meno utile dal punto di vista dell'autodosaggio. Inoltre,

il *dispenser* della GW Pharmaceuticals è congegnato in modo da negare qualunque capacità di autodosaggio all'assunzione sublinguale. L'apparecchio ha dei controlli elettronici che verificano la dose e impediscono la somministrazione se il paziente cerca di assumerne una maggiore di quella stabilita dal medico o dal farmacista durante finestre temporali predefinite.

La proibizione altera il mercato

La proposta di usare questo apparecchio farraginoso e costoso sembra riflettere la preoccupazione che i pazienti non siano in grado di valutare correttamente il quantitativo terapeutico, o il timore che essi possano prendere dosi più alte di quelle necessarie e sperimentare un qualche grado di "high" (sempre partendo dal presupposto, cosa di cui dubito, che i due effetti possano essere facilmente separati, specialmente quando la cannabis è usata di rado).

Poiché saranno considerevolmente più costosi della marijuana naturale, questi prodotti avranno successo solo se i pazienti saranno intimiditi dai rischi legali, e se pazienti e medici considereranno i rischi per la salute legati al fumo di marijuana (con e senza un vaporizzatore) molto più gravi di quanto non consenta la letteratura medica ed epidemiologica, ritenendo essenziale evitare qualunque accenno di effetto psicoattivo.

Alla fine, il successo commerciale di qualunque cannabinoide psicoattivo dipenderà dalla severità con cui sarà imposta la proibizione della marijuana. È facile prevedere che i nuovi derivati ed estratti costeranno molto di più della marijuana da fumare o ingerire, anche ai prezzi gonfiati imposti dalle tariffe della proibizione. Dubito che le società farmaceutiche sarebbero interessate a mettere a punto dei cannabinoidi se questi dovessero competere con la marijuana naturale, a parità di condizioni. La ragione più comune per usare il *Marinol* è l'illegalità della marijuana, e molti pazienti scelgono di ignorare la legge per ragioni di efficacia e di costi.

Il numero di arresti per accuse legate alla marijuana è andato crescendo sempre di più, e ha ormai raggiunto oltre 700.000 casi all'anno. Eppure, i pazienti continuano a fumare la cannabis per curarsi. Mi chiedo quale sarebbe un livello di repressione tale da incoraggiare le società farmaceutiche a investire i molti milioni di dollari necessari a mettere a punto dei nuovi cannabinoidi. La Unimed riesce a trarre profitto dal dronabinolo, venduto a un prezzo esorbitante, solo perché il governo degli Stati Uniti ha finanziato in gran parte la ricerca. Le società farmaceutiche senza dubbio svilupperanno utili prodotti cannabinoidi, alcuni dei quali potrebbero non essere soggetti alle limitazioni del *Comprehensive Drug Abuse and Control Act*. Ma, per la maggior parte degli usi medici, è improbabile che questa farmaceutizzazione prenda il posto della marijuana naturale.

È anche chiaro che le realtà dei bisogni umani sono incompatibili con l'imposizione di una distinzione giuridicamente rilevante tra l'uso medico e tutti gli altri usi della cannabis. L'uso di marijuana, semplicemente, non è conforme ai limiti concettuali stabiliti dalle istituzioni del XX secolo.

Tra uso ludico e uso medico

La marijuana amplifica molti piaceri e ha molti potenziali usi medici, ma queste due categorie non sono le uniche categorie rilevanti. Il tipo di terapia spesso usato per alleviare i disagi quotidiani non rientra in nessuno di questi schemi. In molti casi, quello che fanno i profani nel prescrivere la marijuana a se stessi non è molto diverso da quello che fanno i medici quando prescrivono sostanze psicoattive o di altro tipo. La sola strada percorribile per realizzare il pieno potenziale di questa sostanza così notevole, comprese le sue piene potenzialità mediche, è liberarla dall'attuale dualismo delle normative: quelle che controllano tutti i farmaci per cui si richiede la prescrizione, e le leggi penali previste specificamente per le sostanze psicoattive.

Queste leggi, che si rafforzano a vicenda, hanno istituito un insieme di ca-

tegorie sociali che strangolano le potenzialità incredibilmente sfaccettate della canapa. La sola via d'uscita è tagliare il nodo di netto riconoscendo alla marijuana lo stesso status dell'alcool, ossia legalizzandola per gli adulti, per tutti gli usi, e rimuovendola interamente dai sistemi di controllo medico e penale.

Due forze potenti oggi stanno entrando in collisione: la crescente accettazione della cannabis medica e il divieto di qualunque uso, medico o non-medico, della pianta di marijuana. Non ci sono segnali che gli Usa stiano passando dalla proibizione assoluta a un sistema di regolamentazione che consenta un uso responsabile della marijuana. Il risultato è che per la canapa medica avremo due sistemi di distribuzione. Il modello convenzionale di prescrizioni compilate dalla farmacia per i cannabinoidi approvati dalla *Food and Drug Administration*, e un modello più vicino alla distribuzione delle medicine alternative e delle erbe officinali.

L'unica differenza - una differenza enorme - sarà la perdurante illegalità della marijuana fumata o ingerita. In ogni caso, l'aumento degli usi medici attraverso entrambi i canali distributivi inevitabilmente farà familiarizzare un numero crescente di persone con la cannabis e i suoi derivati. A mano a mano che esse scopriranno come la sua nocività sia stata fortemente esagerata e la sua utilità sottostimata, aumenterà la richiesta di un cambiamento drastico nel modo in cui la nostra società tratta questa droga.

[pubblicato su *Fuoriluogo*, settembre/ottobre 2003]

il fumo è la migliore medicina

La *Food and Drug Administration* si contraddice. Di recente, ha ribadito la sua posizione circa l'assenza di qualsiasi utilità medica per la canapa, ma ha anche approvato studi clinici avanzati per un farmaco derivato dalla canapa, il *Sativex*, un preparato liquido derivato da due dei componenti del Thc più utili dal punto di vista terapeutico. Ed è la stessa agenzia che nel 1985 ha approvato il *Marinol*, un altro farmaco orale derivato della canapa. Sia il *Sativex* che il *Marinol* rappresentano la "farmaceutizzazione" della marijuana. Sono tentativi per rendere disponibili le sue ovvie proprietà medicinali - per trattare il dolore, la perdita di appetito e molti altri disturbi - mantenendo al tempo stesso la proibizione per qualsiasi altro uso. I clinici sanno che l'erba, per il fatto di poter essere fumata o inalata attraverso un vaporizzatore, è una medicina assai più utile e affidabile delle preparazioni orali. Così sarebbe saggio valutare esattamente che cosa il *Sativex* possa o

dal *Los Angeles Times*, 5 maggio 2006

non possa fare, prima di immetterlo sul mercato. Qualche anno fa, la ditta britannica GW Pharmaceuticals convinse lo *Home Office* a permettere la produzione del *Sativex*, poiché il farmaco poteva fornire tutti i benefici medici della canapa senza appesantire i pazienti coi suoi effetti “pericolosi”, quelli del fumo e dello stato euforico.

Ma ci sono assai poche evidenze che il fumo come mezzo di assunzione della marijuana rappresenti un rischio significativo per la salute. Sebbene la canapa sia stata largamente fumata nei paesi occidentali per più di quattro decenni, non sono mai stati riportati casi di cancro ai polmoni o di enfisema attribuibili alla marijuana. Sospetto che respirare per un giorno in una qualsiasi città con l'aria scadente costituisca una minaccia più seria che inalare una dose giornaliera di marijuana - che per molti disturbi si riduce a una porzione di spinello. Senza contare che chi è preoccupato degli effetti tossici del fumo può ora usare un vaporizzatore, che libera le molecole dei cannabinoidi dal materiale della pianta senza bruciarlo e produrre fumo.

Quanto allo stato euforico, non sono convinto che i benefici terapeutici della canapa possano sempre essere separati dai suoi effetti psicoattivi. Ad esempio, molti pazienti affetti da sclerosi multipla che usano la marijuana affermano di “sentirsi meglio”, oltre al sollievo per gli spasmi muscolari e per altri sintomi. Queste persone dovrebbero esser private della canapa, se questa contribuisce all'innalzamento del loro umore?

L'affermazione che il *Sativex* “se preso in maniera propria” non causa intossicazione ruota sull'espressione “in maniera propria”. “In maniera propria” qui significa semplicemente prendere una dose - tenendo alcune gocce di liquido sotto la lingua - al di sotto del livello richiesto per gli effetti psicoattivi. Così come per il *Marinol*, chi volesse usare il *Sativex* per raggiungere gli effetti euforici sarebbe certamente in grado di farlo.

Una delle più importanti caratteristiche della canapa è la sua rapidità di azione quando è inalata, che permette ai pazienti di determinare facilmente la giusta dose per alleviare i sintomi. L'assorbimento sublinguale del *Sativex* è

più efficiente della somministrazione orale del *Marinol* (che impiega da un'ora e mezzo a due ore per fare effetto), ma non è ancora neppure lontanamente veloce quanto fumare l'erba o inalarla. Ciò significa che l'autodosaggio è difficile, se non impossibile. In più, poiché il *Sativex* ha un sapore spiacevole, molti pazienti non lo possono tenere sotto la lingua per il tempo necessario al suo assorbimento. Di conseguenza, quantità variabili del farmaco colano giù per l'esofago. A quel punto, il *Sativex* funziona come la canapa somministrata per via orale, con conseguente dilazione dell'effetto terapeutico.

Un giorno la canapa sarà considerata come un farmaco prodigio, come lo fu la penicillina negli anni Quaranta. Al pari della penicillina, l'erba marijuana è notevolmente non tossica, ha una vasta gamma di applicazioni terapeutiche e sarebbe assai economica se fosse legale. Anche oggi, una marijuana illecita di buona qualità o auto coltivata, è una medicina come minimo non meno utile del *Sativex*, ed è meno costosa del *Sativex* stesso o del *Marinol*. La farmaceutizzazione della marijuana offre delle promesse. Senza dubbio l'industria potrebbe produrre degli analoghi dei cannabinoidi esistenti in natura, che sarebbero utili in modi in cui la canapa fumata non può essere. Ma per il momento, i medicinali come il *Sativex* hanno solo un vantaggio sull'erba: sono legali.

Devo ancora vedere un paziente che abbia preferito il *Marinol* alla marijuana fumata. In maniera simile, il successo commerciale del *Sativex* dipenderà in gran parte dal vigore con cui saranno applicate le leggi repressive sulla marijuana. Non è irragionevole pensare che le case farmaceutiche abbiano interesse a sostenere la proibizione dell'erba.

Geoffrey Guy, il fondatore della G.V. Pharmaceuticals, afferma che il suo intento è di tenere lontano dai tribunali le persone che trovano per sé utile la marijuana. Per far ciò, c'è naturalmente un modo molto meno costoso, sia in termini economici che di sofferenze umane.

[pubblicato su *Fuoriluogo*, maggio 2006]

le interviste di *Fuoriluogo*

77

In questa sezione pubblichiamo quattro interviste rese da Lester Grinspoon in tempi diversi, dal 1999 al 2005, per rispondere a quesiti posti dall'attualità della ricerca scientifica o del confronto politico.

Il colloquio con Grazia Zuffa, a margine dell'incontro sulla canapa medica organizzato da Forum Droghe a Bologna nel 1999, ripercorre la storia di Grinspoon e l'inizio del suo interesse per la canapa, nel 1967.

A quell'epoca la marijuana cominciava ad essere molto popolare tra i giovani e impazzava la propaganda sullo nocività dello spinello, che, si diceva, portava alla follia. «Anch'io ne ero convinto - afferma il professore di Harvard - e pensavo che i miei studi avrebbero portato argomenti alla pericolosità della marijuana. Con mia sorpresa ho scoperto che ero stato male informato dal governo: nonostante la mia formazione medica avevo subito un vero e proprio lavaggio del cervello, come moltissimi americani del resto». Da allora ha concentrato i suoi studi sull'utilità medica della canapa raccogliendo un'ampia rassegna di casi clinici. L'intervista si concentra sulle prospettive politiche del movimento per la canapa

terapeutica. Le sue opinioni sulla innocuità della canapa, considerata un farmaco miracolo come la penicillina e la bassa tossicità sono chiare e nette. Già in questa prima intervista veniva contestata la medicalizzazione della canapa sulla base dell'osservazione che i derivati sintetici sono meno efficaci della pianta naturale. Quella era la stagione dei referendum sulla canapa medica approvati in molti stati, ma Grinspoon non si illudeva su una rapida legalizzazione della marijuana, anche se affermava esplicitamente che l'unico modo di venire incontro alle esigenze dei pazienti era proprio la legalizzazione della sostanza per qualsiasi uso.

Nel luglio 2001, alla conclusione di un dibattito di Fuoriluogo sui dilemmi politici e le prospettive del movimento per la canapa terapeutica in Italia, Grinspoon veniva intervistato da Marina Impallomeni. Il titolo era assai eloquente: "Ma il futuro non è in farmacia". Grinspoon si mostrava scettico sull'utilità della ricerca dei derivati sintetici della cannabis e poneva invece la necessità del reinserimento della pianta nella farmacopea, da cui era stata tolta nel 1941. Nell'intervista va segnalata la critica alla GW Pharmaceuticals che era allora impegnata a fornire un prodotto capace di avere un effetto terapeutico senza quello psicoattivo. Per Grinspoon i malati cronici sono dei veri e propri esperti della terapia del dolore.

Alla fine del 2002, Marina Impallomeni intervista nuovamente Lester Grinspoon per commentare la pubblicazione sul British Medical Journal di alcuni studi che sostengono un nesso fra uso di canapa, schizofrenia e depressione. Il giudizio, da psichiatra e da studioso di schizofrenia è tagliente ai limiti dell'irrisione. Grinspoon afferma che tali ricerche non vanno prese sul serio perché già in precedenza altri studi pubblicati su Lancet, sui danni che la marijuana provocherebbe al tessuto cerebrale, si rivelarono inconsistenti e falsi. Grinspoon sostiene che in re-

altà lo spinello è usato perché allevia i sintomi delle due patologie e comunque l'emersione di un disturbo mentale latente accade a prescindere dal consumo di cannabis. Se ci fosse un rapporto di causa ed effetto invece, considerando la diffusione del consumo di marijuana fra i giovani si sarebbe dovuto verificare un aumento enorme di casi di schizofrenia, il che non è accaduto.

Lester Grinspoon conclude l'intervista dando una ragione dell'atteggiamento ossessivo verso la canapa e la spiegazione che offre è legata alla persecuzione e al giro di affari legato ad essa e quindi all'interesse di molte persone che la proibizione continui, seppure in modo insensato e senza giustificazione.

L'ultima intervista, molto ampia è stata rilasciata alla rivista canadese Cannabis Health nel 2005 ed è incentrata in una polemica frontale con la GW Pharmaceuticals che per promuovere il Sativex negli Usa ha ingaggiato l'ex vice zar antidroga americana Andrea Barthwell. Anche in questa occasione Grinspoon ribadisce la condanna della repressione che porta in carcere 750.000 giovani all'anno e smaschera l'operazione furba delle industrie farmaceutiche che possono prosperare solo grazie all'illegalità della marijuana. In questa occasione puntualizza il significato vero della terapeuticità della canapa, contro lo stereotipo della rigorosa distinzione fra "uso medico" e "uso ludico". Distinzione astorica, ma perfettamente congeniale al moralismo proibizionista, perché permette di "salvare" la medicina, condannando la "droga". Il Sativex rischia di diventare "il farmaco della moralità", in soccorso della proibizione più che dei pazienti. La conclusione è ancora una volta fiduciosa nella ragione: la marijuana medica insegnerà alle persone che questa sostanza non è quella sostanza diabolica che il governo ci ha descritto per anni. Un messaggio per continuare la battaglia per rovesciare del tutto il proibizionismo.

marijuana, farmaco miracolo al pari della penicillina

81

*Professor Grinspoon, ci sono ancora dei dubbi
sull'utilità terapeutica della canapa?*

Dal punto di vista scientifico no. Se i governanti riacquistassero la ragione, sarebbe considerata un farmaco miracolo come la penicillina. Perché al pari della penicillina è poco costosa (tolta la "tassa" della proibizione), è utile per molti disturbi e malattie, ed è innocua. Del resto è stata prescritta dai medici dalla metà del XIX secolo fino agli inizi del Novecento, e non si è mai registrato, e sottolineo mai, un caso di morte per l'uso di questa sostanza. Nessun altro farmaco può vantare un tale indice di innocuità. L'aspirina, per fare un esempio, è considerata sicura e relativamente poco dannosa: ma da mille a duemila persone negli Usa muoiono ogni anno per aver ingerito aspirina, e 74.000 sono ricoverate per gli effetti collaterali degli antinfiammatori. Tant'è che un numero crescente di pazienti con l'osteoartrite preferisce fumare la canapa, quando il dolore non è troppo forte.

Ma il recente rapporto dell'Istituto di Medicina dell'Accademia Nazionale

delle Scienze non raccomanda ulteriori ricerche, soprattutto per trovare modalità di assunzione meno dannose del fumo?

Il rapporto ha esagerato i rischi del fumo e non ha valorizzato la vastissima documentazione di casi clinici, che testimoniano l'ampiezza delle applicazioni terapeutiche della canapa e la bassissima tossicità. È vero che non esistono ricerche con gruppi di controllo per sapere la percentuale dei casi in cui la marijuana può essere efficace per un certo disturbo. Ma non c'è bisogno di studi così costosi. La prima regola del medico è quella di non nuocere al paziente. Se curo un malato di cancro che soffre per la chemioterapia e non trae beneficio dai farmaci tradizionali, posso consigliargli di provare la marijuana, perché so che molti ne hanno tratto vantaggio. Non posso garantirgli che funzionerà, ma posso garantire che non gli nuocerà.

Dunque il rapporto non è soddisfacente?

Da un punto di vista politico è molto importante. Non dimentichiamo che è stato lo zar antidroga, Barry McCaffrey a commissionare la ricerca. McCaffrey ha sempre sostenuto che l'applicazione medica della marijuana è una "presa in giro" e che tipi come Grinspoon vogliono perpetuare la beffa per legalizzare la canapa ad altri scopi. Lo zar pensava che lo IOM gli avrebbe offerto una sponda per bloccare definitivamente a livello federale i referendum approvati in California ed altri stati. Il rapporto ha invece riconosciuto la validità terapeutica della canapa, anche se prende tempo per permettere alle industrie farmaceutiche di sviluppare diverse modalità di assunzione dal fumo. Ha anche stabilito che la canapa non produce dipendenza e non è una "droga di passaggio" a sostanze pericolose. Chiunque la usi sa che è così, ma è significativo che sia una ricerca commissionata dal governo a dirlo. È McCaffrey a prendere in giro gli americani, adesso è chiaro a tutti. Eppure Clinton continua a dichiararsi contrario. Certo, ci sono interessi enormi in gioco anche economici. Le industrie farmaceutiche sono contrarie perché la marijuana può sostituire a basso prezzo farmaci molto costosi. Le ditte farmaceutiche non a caso sovvenzionano con mi-

gliaia di dollari l'ente di propaganda proibizionista, la "Drug free America". E poi c'è la pressione dell'opinione pubblica conservatrice. Non si tollera che sia legittimata una sostanza che ti fa gustare di più il cibo, il sesso, la vita insomma. Il piacere è una minaccia terribile.

Tutti i referendum fin qui promossi sono stati approvati, dunque sembra che la maggioranza dei cittadini sia convinta dell'utilità terapeutica della canapa.

Le cose stanno cambiando, questo è certo. Tutti i sondaggi dicono che dal 65 all'85% degli americani sono a favore. Anche i medici, che sono stati agenti e vittime dell'ideologia proibizionista, stanno mutando atteggiamento. È vero che non sanno niente sulla canapa né trovano informazioni nella letteratura scientifica, o nei corsi ufficiali di aggiornamento. Ma per la prima volta da molto tempo i medici stanno imparando dai loro pazienti, che usano la canapa per proprio conto. E così questi medici la consigliano ad altri pazienti, magari dicendo sottovoce "non dire che te l'ho detto, però provala".

Non c'è il rischio di "medicalizzare" la canapa?

Magari in un futuro si potrà assumerla in pillole, mentre l'uso ricreativo continuerebbe ad essere criminalizzato. No, non è possibile. Le industrie difficilmente produrranno questi farmaci, perché sono più costosi della canapa, anche se illegale. L'anno scorso 700.000 americani sono stati arrestati per l'uso di marijuana. Nonostante questa enorme repressione la canapa è fumata anche a scopo medico. Perché le industrie dovrebbero entrare in questa competizione che le vede perdenti in partenza? C'è di più. I derivati sintetici sono meno efficaci della pianta naturale. Già oggi esiste il *Marinol*, il THC sintetico, ma molti malati preferiscono fumare la marijuana perché funziona meglio e costa meno. L'unico modo per venire davvero incontro alle esigenze dei pazienti è di legalizzare la marijuana per qualsiasi uso.

Fino a quando il governo e i politici potranno contrastare il movimento crescente per la canapa medica?

I politici stanno cominciando a ricevere il messaggio. Ai tempi del referen-

dum in California, il Procuratore Generale di allora era ferocemente contrario. Quando si è candidato a governatore, è stato sconfitto. Oggi l'attuale procuratore è favorevole. Di recente il governatore del New Mexico si è dichiarato a favore della legalizzazione della canapa alla pari dell'alcol, e ha ammesso di averla fumata. Piano piano anche i medici verranno allo scoperto e i cittadini si renderanno sempre più conto dell'utilità della canapa. E la repressione diventerà impopolare. Dunque la legalizzazione è all'orizzonte? Non nell'immediato, ma quando sarà accettato l'uso medico, certo il governo non sarà più così rigido con chi fuma. Oppure la legge di proibizione rimarrà sulla carta, ma non sarà più applicata. In 14 stati americani il sesso orale è ancora proibito, ma la legge è disattesa. Molti cittadini non sanno neppure che esiste.

84

intervista a cura di Grazia Zuffa

[pubblicata su *Fuoriluogo*, novembre 1999]

ma il futuro non è in farmacia

85

Professor Grinspoon, lei pensa che sia necessario dimostrare l'efficacia terapeutica della marijuana attraverso la sperimentazione clinica?

Una volta pensavo di sì. Ma più conosco la cannabis, meno ne sono convinto. Negli Usa ogni nuovo farmaco deve superare il vaglio della *Food and Drug Administration*: le società farmaceutiche presentano i dati di quella che è, in effetti, un'analisi rischi-benefici, e in cambio ottengono un brevetto della durata di vent'anni, che consente di produrre il farmaco in esclusiva. Il costo minimo dell'operazione è di 200 milioni di dollari, e naturalmente una casa farmaceutica è disposta a farlo solo se pensa di poter recuperare il suo gigantesco investimento finanziario con le vendite. E nessuna casa farmaceutica è interessata a condurre ricerche sulla marijuana, perché una pianta non può essere brevettata. Ciò che, in una certa misura, si sta facendo, è cercare di ottenere dei derivati sintetici della cannabis, che possono essere brevettati. Il problema è che questi farmaci saranno molto costosi, e finora non è chiaro se daranno benefici maggiori della semplice pianta.

Lei parla di analisi rischi-benefici. Quali rischi comporta la marijuana?

Il rischio nell'uso della marijuana è talmente basso che vietare l'uso medico in attesa di valutarlo non ha senso. Non si è mai verificato un solo decesso per marijuana. Probabilmente nell'intera farmacopea non c'è un'altra droga di cui si possa dire altrettanto. Il *National Institute of Drug Abuse* (Nida), negli ultimi quarant'anni, ha speso milioni di dollari per cercare di identificare la tossicità della marijuana, ma inutilmente. In effetti, i loro risultati sono rassicuranti. Questa droga è altamente atossica. Non abbiamo motivo di preoccuparci veramente per i rischi.

E per quanto riguarda i benefici?

Gli effetti benefici della cannabis sono indubbi. È usata come medicina da 5.000 anni. Oggi molte migliaia, probabilmente milioni di persone nel mondo stanno riscoprendo che questa medicina è utile in una grande quantità di sindromi e sintomatologie. Dunque, la cannabis presenta pochissimi rischi in confronto alle altre medicine, può essere usata per vari sintomi e sindromi, è altrettanto efficace dei farmaci ufficiali disponibili, e per alcune persone è migliore delle medicine convenzionali. Perché dunque sottoporla a questo processo enormemente lento e costoso per ottenere l'approvazione? Non si tratta di un nuovo farmaco, ma di un ritrovato molto vecchio che non sarebbe mai dovuto uscire dalla farmacopea, come è accaduto negli Usa nel 1941. Reinsierla oggi dovrebbe essere una pura formalità.

Lei pensa che l'effetto psicoattivo della marijuana

possa costituire un problema nel trattamento medico?

La GW Pharmaceuticals in Gran Bretagna sostiene di poter produrre un farmaco a base di cannabis privo di effetti psicoattivi. Prima di tutto, non penso che ciò sia vero. Credo cioè che sia difficile fornire un dosaggio di cannabis che non abbia un effetto psicoattivo. Comunque, anche se fosse vero, non sono così sicuro che sarebbe una buona idea. Per molti pazienti l'utilità terapeutica della cannabis non consiste solo nella sua capa-

rità di inibire, ad esempio, lo spasmo muscolare causato dalla sclerosi multipla, ma nel fatto che il paziente, nell'insieme, riferisce di sentirsi meglio. Ci sono poi persone a cui l'effetto psicoattivo non piace, ma secondo la mia esperienza sono solo una minoranza. Per loro possiamo sviluppare un derivato della cannabis che ne sia privo. Quello sarà il prodotto giusto per loro.

Alcuni temono gli effetti negativi connessi al fumo come modalità di assunzione. Che cosa risponde?

Se una persona fumasse l'equivalente di un pacchetto di sigarette alla marijuana al giorno, questo sarebbe certamente un problema. Ma i pazienti che usano la marijuana come medicina non ne fumano così tanta. Se un paziente fuma marijuana un paio di volte al giorno per trattare, ad esempio, la nausea da Aids, non credo che quello sia un grosso rischio per i suoi polmoni. Comunque, per coloro che si preoccupano, ci sono i vaporizzatori.

Torniamo alla Gran Bretagna: lì abbiamo da una parte la GW Pharmaceuticals che sta portando avanti la sua ricerca in campo medico, mentre dall'altra il governo Blair appare fermamente contrario agli altri tipi di uso per la cannabis.

Geoffrey Guy della GW Pharmaceuticals ha persuaso il governo britannico di due cose: uno, che fumare è molto pericoloso e, due, che lui può fornire un prodotto in cui il principio attivo è sufficiente per avere un effetto terapeutico, ma abbastanza scarso da non avere effetto psicoattivo. Per fare questo ha sviluppato un congegno molto costoso, perché ha dei chip computerizzati che consentono al paziente di assumere solo un certo dosaggio, e solo in determinati momenti della giornata. Ho incontrato Geoffrey Guy recentemente, e gli ho detto: «supponiamo, Geoffrey, che io sia un paziente che soffre di dolore cronico. Perché dovrei acquistare il tuo congegno e il tuo farmaco, che costano un sacco di soldi, quando posso semplicemente fumare marijuana quel tanto che basta per

far passare il dolore?». Non scommetterei sul grande successo della G.W. Pharmaceuticals, perché si può ottenere lo stesso risultato fumando marijuana a un costo molto più basso, e inoltre in questo modo i pazienti possono controllare il dosaggio. I malati cronici, in particolare, diventano veri e propri esperti della terapia del dolore.

intervista a cura di Marina Impallomeni

evidenze e pregiudizi

Professor Grinspoon, che cosa pensa degli studi pubblicati dal British Medical Journal?

Ho cominciato a studiare la schizofrenia nel 1968, ho pubblicato il mio primo libro sulla schizofrenia *Schizophrenia: pharmacotherapy and psychotherapy* nel 1972, ho dedicato un sacco di tempo ai pazienti schizofrenici, e non ho mai trovato alcuna prova che la cannabis possa causare la schizofrenia. La schizofrenia è una malattia mentale, e una sostanza come la marijuana non può certo provocarla. Nel mio primo libro, *Marijuana Reconsidered* uscito nel 1971, ho preso in considerazione i diversi miti riguardanti la marijuana dimostrando che erano effettivamente tali, e che molte delle critiche che venivano fatte erano infondate. Nel novembre 1971, poco dopo l'uscita del libro, la rivista *Lancet* pubblicò uno studio del ricercatore britannico A.M.G. Campbell in cui si sosteneva che la marijuana danneggerebbe il tessuto cerebrale. La cosa interessante è che, quando altri ricercatori hanno tentato di replicare quella ricerca, non ci sono riusciti. In seguito

nessuno ha cercato di sostenere che la marijuana possa danneggiare il tessuto cerebrale, e per *Lancet* aver pubblicato quello studio fu motivo di imbarazzo. Le faccio anche un altro esempio. Come è noto, in taluni casi può accadere che un ragazzo abbia un rigonfiamento temporaneo delle mammelle dovuto a fenomeni ormonali. Ebbene, si è cercato di sostenere che questo potesse dipendere dal consumo di marijuana. Fu fatta una ampia ricerca nell'esercito, che accertò l'infondatezza di questa teoria. Oggi nessuno sostiene più una tesi del genere. Così, a una a una, tutte queste teorie si sono dimostrate false. Per quanto riguarda le ricerche pubblicate sul *British Medical Journal*, non ritengo che vadano prese sul serio.

Perché?

Le spiego. Prendiamo i pazienti schizofrenici. Loro usano sostanze di tutti i tipi in grandi quantità: soprattutto alcool, ma anche tabacco, caffè e marijuana. Ora, perché consumano cannabis? Per le stesse ragioni per cui usano caffè, tabacco e alcool, soprattutto l'alcool: la schizofrenia li fa sentire così male, che vogliono modificare la loro coscienza con l'alcool o con qualunque altra sostanza che possa servire a questo scopo, compresa la marijuana.

E per la depressione?

Le persone che hanno sviluppato la depressione all'età di 26 anni - si sostiene sul *British Medical Journal* - non presentavano ansia o depressione all'epoca in cui avevano cominciato a fumare marijuana. Ma è molto difficile riconoscere precocemente la depressione, perché nei giovani può essere del tutto invisibile. Il fatto è che per moltissime persone la marijuana è un ottimo antidepressivo. In molti casi le persone che erano già avviate a diventare depresse o schizofreniche praticano di fatto una forma di automedicazione. Ho incontrato molti pazienti che usavano la marijuana in questo modo. Se gliela sospendevo per un mese, come facevo in genere, loro tornavano a sentirsi esattamente come prima di cominciare l'assunzione. C'è poi un altro aspetto. Dato che il consumo di marijuana si è così diffu-

so tra i giovani, non crede che, se questi ricercatori avessero ragione, i casi di schizofrenia sarebbero aumentati?

E invece?

Invece non è accaduto. Nel 1974 *Nature*, la più prestigiosa rivista scientifica, pubblicò uno studio secondo cui la marijuana avrebbe compromesso il sistema immunitario. Dunque ci si doveva aspettare un aumento di malattie, in particolare tra i giovani, considerato anche il fatto che passarsi lo spinello favorisce la trasmissione di virus o germi. Aumento che invece non c'è stato. Quello che voglio dire è che nel corso degli anni sono state pubblicate ricerche su riviste scientifiche importanti i cui risultati si sono dimostrati completamente sbagliati.

Esiste il pericolo che la marijuana possa provocare l'emersione di una schizofrenia latente?

È stato dimostrato che se lei prende i filmati fatti in casa di bambini (parlo di bambini di tre o quattro anni) che hanno poi avuto una crescita perfettamente normale, e quelli di bambini che invece hanno in seguito sviluppato la schizofrenia, e li mostra a un gruppo di esperti, questi riusciranno a identificare i bambini che avevano le maggiori probabilità di diventare schizofrenici.

Lei sta dicendo che se una persona ha un disturbo mentale latente come la schizofrenia, questa è destinata a emergere in ogni caso?

Sì, questo accade a prescindere dal consumo di cannabis. È possibile che alcuni usino la marijuana perché si sentono male senza sapere il perché, e si sentono male perché portano dentro sé il seme della schizofrenia.

Secondo lei, perché persiste questo atteggiamento isterico nei confronti della marijuana?

La responsabilità è del governo degli Stati Uniti che dette avvio alla proibizione negli anni Trenta, con il *Federal Bureau of Narcotics*. Il suo direttore, Harry J. Anslinger, decise che avrebbe dimostrato agli americani la pericolosità della marijuana e lanciò quella che lui chiamava una grande campagna di informazione. In realtà fu una campagna di disinformazione. Il film

Reefer Madness [uscito in America nel 1930, ndr] era pura propaganda di governo. Da allora si è sempre cercato di dimostrare la pericolosità della marijuana. Se lei pensa che negli Usa sono stati arrestati a causa della proibizione 16 milioni di americani, capirà che è molto difficile che adesso dicano «Ops! Scusate, ci siamo sbagliati». Un secondo motivo è che a partire dagli anni Sessanta il consumo di marijuana è stato associato alla crescita dei movimenti per i diritti civili e di contestazione. Penso che ancora oggi molte persone abbiano paura di questo. C'è poi un terzo motivo, ed è che intorno alla proibizione ruotano molti soldi. Pensiamo solo a tutti i poliziotti, alle carceri e al personale penitenziario che ci lavora, a tutte le compagnie che fanno i test antidroga, ecc. Sono veramente tanti soldi, e un sacco di persone hanno interesse a che la proibizione continui. Devo però dire che la gente non ha un atteggiamento isterico. Anzi, per quanto riguarda la marijuana sta diventando sempre più preparata, e questo non solo perché ci sono state persone che come me hanno cercato di fare chiarezza sull'argomento, ma soprattutto grazie al diffondersi degli usi medici.

Come spiega allora i risultati piuttosto deludenti dei recenti referendum?
Secondo me gli organizzatori hanno fatto il passo più lungo della gamba, mentre questa questione va affrontata con gradualità. In Nevada era stato proposto il possesso personale fino a tre onces [circa 85 grammi, ndr]. Era troppo! Io e lei sappiamo che la proibizione è sbagliata, ma questo risultato non si può ottenere dalla sera alla mattina.

Spesso si sostiene che la cannabis fumata oggi sarebbe molto più forte in termini di Thc rispetto a quella che si fumava negli anni Sessanta e Settanta. Lei che ne pensa?

È un'assurdità per due ragioni. Prima di tutto, la marijuana oggi è effettivamente un po' più forte rispetto al passato, perché le persone hanno imparato a coltivarla, ma non è affatto da 20 a 30 volte più forte, come sostiene il nostro governo. Vorrei che lo fosse, ma non lo è! Diciamo che il Thc presente negli anni Sessanta poteva essere il 2-3%, mentre oggi si aggira intorno al 4-5%.

Il secondo punto, come ho spiegato nel mio libro *Marijuana, the Forbidden Medicine*, è che se la cannabis è più potente, è più sicura dal punto di vista dell'eventuale danno polmonare. Infatti alcune ricerche hanno dimostrato che, se il livello di Thc è più alto, si tende a fumare meno spinelli. Comunque non credo che chi fuma marijuana in quantità ragionevole si esponga a un grosso rischio per la salute. Se fumo uno spinello, sto esponendo i miei polmoni a un rischio inferiore che se passassi una giornata a Houston, Texas, dove c'è molto inquinamento. La cannabis è semplicemente una pianta. Gli esseri umani hanno sempre usato le piante sottoponendole a combustione, lo fanno da 200.000 anni. Prendiamo invece il tabacco. Le sigarette contengono tutte le sostanze chimiche che ci mettono le società produttrici. E poi, quale consumatore di marijuana fuma venti spinelli al giorno?

A mio parere quest'idea che oggi la marijuana sia molto più forte che negli anni Sessanta è dettata da un intento politico ben preciso. I genitori di oggi, che magari da ragazzi fumavano la marijuana e ne conoscevano gli effetti, ora dovrebbero dire ai loro figli di non farlo... Lei cosa ne pensa?

Ma certo, sono perfettamente d'accordo! È esattamente questo l'uso che si intende fare di questa falsa informazione.

Secondo lei è casuale che gli studi vengono pubblicati adesso, proprio quando in Gran Bretagna si decide la riclassificazione della cannabis?

No, penso di no. Sarebbe bello poter credere che la scienza sia assolutamente al di sopra della politica e del pregiudizio, ma spesso non è così. Per esempio il *National Institute of Drug Abuse* (Nida) ha investito molti soldi in ricerche il cui scopo ultimo era dimostrare la tossicità della marijuana, così da giustificare la proibizione di marijuana e l'arresto di 740.000 persone all'anno negli Usa. Perciò non mi sorprende che il *British Medical Journal* abbia pubblicato queste ricerche.

intervista a cura di Marina Impallomeni

[pubblicata su *Fuoriluogo*, dicembre 2002]

a carte truccate

95

Potrebbe spiegare cosa intendevano il dottor J.M. McPartland e il dottor Ethan Russo affermando che «la combinazione di Thc, Cbd e olii essenziali negli estratti medicinali ricavati dalla cannabis può produrre un composto terapeutico i cui effetti benefici sono maggiori della somma delle parti»?

Si tratta di una buona descrizione della marijuana. Quest'ultima contiene tutte le sostanze utili dal punto di vista terapeutico, alcune delle quali probabilmente agiscono in sinergia, mentre altre devono ancora essere identificate. Se le contenessero tutte, gli estratti di cui parlano McPartland e Russo potrebbero potenzialmente avere la stessa utilità dal punto di vista clinico della cannabis fumata o vaporizzata. Ma, non essendo assunti attraverso il sistema polmonare, questi estratti non possono competere dal punto di vista medico con la marijuana.

La GW ha recentemente dichiarato in un comunicato stampa che «il Sativex

non è marijuana liquida, è un prodotto farmaceutico standardizzato nella composizione, nella formulazione, e nella dose somministrata mediante un sistema di somministrazione alternativo appropriato che è stato, e continua ad essere, testato in studi preclinici e clinici debitamente controllati. La semplice pianta di cannabis, spesso chiamata "marijuana", in forma liquida o in qualunque altra forma non è nessuna di queste cose».

Nei trentotto anni in cui ho studiato la cannabis sono stato così impressionato da quanto poco sia tossica e da quanto sia versatile in campo medico, che a mio parere la GW Pharmaceuticals non se la dovrebbe prendere se il *Sativex* è stato definito "marijuana liquida": io lo considererei piuttosto un complimento. Comunque, penso che queste persone abbiano dimostrato un bel coraggio a utilizzare i dati aneddotici prodotti dai consumatori di marijuana medica per creare un prodotto farmaceutico che ora li costringe a persuadere il mondo che il succo d'arancia manipolato è più sicuro, più facile da trattare e più sano delle arance; e, naturalmente, che vale il maggior costo. È un'affermazione assurda, ma la GW Pharmaceuticals deve persuadere i potenziali consumatori di canapa medica che tra il *Sativex* - un estratto della marijuana - e la marijuana "naturale" c'è una differenza terapeutica significativa.

Secondo me non riusciranno ad avere successo nella vendita del loro estratto, a meno che non riescano a far passare questa distinzione. Se però la proibizione dovesse irrigidirsi, l'interesse per il *Sativex* potrebbe aumentare così come è successo con il *Marinol*: non perché sia una medicina migliore e più sicura della marijuana, ma perché *non* è illegale. Se la proibizione scomparisse, e il *Sativex* dovesse competere con la marijuana alla pari, probabilmente subirebbe un destino simile a quello del *Marinol*: qualcuno lo userebbe, qualcuno potrebbe persino preferirlo, ma non sarebbe il mezzo preponderante con cui la popolazione ricorre alle proprietà curative della marijuana.

Se la ricerca sulla marijuana fosse stata autorizzata, così come sarebbe ap-

propriato fare per una medicina tanto usata, la marijuana sarebbe stata «testata in studi preclinici e clinici debitamente controllati» già da tempo. È un po' impreciso, da parte della GW, dire che il *Sativex* è il primo farmaco al mondo, derivato dalla marijuana, ad essere stato approvato.

La GW non pensa che il *Nabilone* o il *Marinol* siano medicinali derivati dalla cannabis? In senso letterale il *Sativex* viene dalla pianta di canapa, e non da un composto sintetico, ma questi medicinali sono anch'essi derivati dalla cannabis. I governi attuali possono non approvare la marijuana come medicina, ma una parte significativa dei pazienti che si curano con il Thc in tutto il mondo usano la marijuana, lo fanno da secoli, e continueranno a farlo.

Qual è la storia dell'estratto di marijuana?

A metà Ottocento esistevano molte case farmaceutiche che producevano *Cannabis indica*, un nome generico dato all'epoca agli estratti della marijuana. Uno di essi, che veniva usato comunemente, era l'*Estratto Tilden*: questo il marchio che Fitz Hugh Ludlow decise di usare. Ludlow voleva emulare gli scrittori del movimento letterario del romanticismo francese, i soci del *Club des Haschischins*, che consumavano grossi quantitativi di hashish. Questo movimento, con la fervida immaginazione degli scrittori che ne facevano parte, produsse racconti straordinari e spesso distorti delle esperienze fatte con la cannabis. A mio parere quelle descrizioni hanno fatto nascere alcuni dei miti che circondavano la marijuana fino a poco tempo fa. Tali racconti esagerati sono giunti fino a Harry Anslinger (l'architetto del proibizionismo Usa), anche se Anslinger quasi certamente non li aveva letti direttamente. Estratti come il *Tilden* erano usati comunemente per trattare l'insonnia e il dolore. Potevano essere acquistati in qualunque farmacia finché, nel 1937, non fu approvato il *Marijuana Tax Act*.

La Bayer (la stessa società che attualmente ha un accordo di distribuzione con la GW Pharmaceuticals per il *Sativex*) produsse il primo acido acetilsalicilico di sintesi, o aspirina, nel 1898. Ora i medici potevano prescrivere queste piccole pillole bianche, in grado di placare il dolore leggero o mo-

derato. Nel 1900 fu sintetizzato il primo barbiturico, ed altri lo seguirono rapidamente. Ora era possibile prescrivere pillole per dormire. Il *Marijuana Tax Act* non mirava a far scomparire la cannabis come medicina, ma la quantità di pratiche da sbrigare prevista da questa legge ne scoraggiava la prescrizione.

Con l'arrivo dei nuovi farmaci che trattavano con successo l'insonnia e il dolore, i due sintomi per cui era solitamente prescritta la *Cannabis indica*, l'uso di quest'ultima declinò. La canapa fu rimossa dalla farmacopea nel 1941.

Con che velocità agisce la somministrazione sublinguale?

Non è così rapida come quando si fuma, ma non è nemmeno lenta come l'assunzione orale. Perché abbia effetto bisogna attendere almeno venti minuti. All'inizio la GW sosteneva che il *Sativex* viene totalmente assorbito attraverso la mucosa sotto la lingua. Ma l'estratto ha un pessimo sapore, e alcuni lo trovano molto sgradevole. Non riescono a tenerlo sotto la lingua abbastanza a lungo, così esso penetra nell'esofago.

Sospetto che la maggior parte delle applicazioni sublinguali di *Sativex* finiscano in realtà così: un quantitativo che non conosciamo viene assorbito per via sublinguale, mentre un'altra parte viene deglutita. In questo caso ci sarebbero due diversi tipi di valutazione del dosaggio: uno dopo 20-40 minuti, l'altro solo dopo un'ora o due.

A mio parere l'assunzione sublinguale è una modalità di assunzione non efficiente, se la medicina è disponibile in una forma che permette un dosaggio molto più preciso. Inoltre, nell'assunzione per via polmonare, la precisione del dosaggio consente ai medici di affidare al paziente la responsabilità di stabilire da sé il suo dosaggio. Dopo tutto, è il paziente a poter dire quando i suoi sintomi si sono attenuati. Non i dottori, né i farmacisti: il paziente. Noi consentiamo ai pazienti di comprare i farmaci da banco. Anche se più di 16.000 persone muoiono ogni anno negli Usa per emorragia gastrica ed altri effetti tossici causati dai farmaci anti-infiammatori non ste-

roidi (*Fans*), gli consentiamo di assumere senza ricetta ibuprofene, aspirina ed altri *Fans*, e confidiamo nel fatto che li useranno in modo responsabile.

Non ha alcun senso negargli la responsabilità di usare la marijuana e la libertà di stabilire il loro dosaggio.

È possibile avere effetti psicoattivi dal Sativex?

Naturalmente sì. Dato che contiene Thc, certamente si può avere un effetto di "high" e prevedibilmente ci saranno persone il cui principale motivo di interesse nei confronti del *Sativex* sarà il raggiungimento dell'effetto psicoattivo. Inoltre alcuni pazienti, senza volerlo, con il *Sativex* sperimenteranno per la prima volta gli effetti psicoattivi: o perché la dose non può essere stabilita con tanta precisione come quando si fuma, oppure perché la dose terapeutica è troppo vicina a quella che produce l'effetto psicoattivo, o la supera.

Sul sito web del Marinol si legge che questo prodotto non è simile alle droghe d'abuso perché l'effetto è graduale. Ciò significa che l'azione rapida della marijuana ne fa una droga d'abuso?

Qui entriamo nel problema di definire una droga d'abuso. Molti capiscono che usare marijuana non significa necessariamente abusarne. L'abuso attiene al consumatore, non è intrinseco alla sostanza. Possiamo abusare di qualsiasi cosa: l'abuso non risiede nelle proprietà psicofarmacologiche di questa droga.

Il modo tradizionale di consumare la cannabis, fumandola, è pericoloso?

Una delle argomentazioni usate per promuovere il *Sativex* è che non c'è bisogno di fumarlo sottoponendosi al rischio di un grave danno polmonare. Questa affermazione non è suffragata da molte evidenze. Negli anni Sessanta, quando ho cominciato a occuparmene, alcuni dicevano: «è naturale che il danno polmonare non ci sia: in questo paese usiamo [la marijuana] da poco tempo». Ma siamo nel 2005, e in tutto il mondo ormai la si fuma da decenni, eppure non abbiamo registrato casi di cancro al polmone o di

enfisema che siano dovuti al solo fumo di marijuana. Non sarei sorpreso se alla fine li scopriremmo in Europa, dove la cannabis viene frequentemente miscelata al tabacco.

Circondati come siamo da messaggi contro il fumo, molti pensano che fumare qualsiasi cosa sia comunque dannoso per i polmoni. Personalmente, credo che vivere in un ambiente urbano inquinato rappresenti un rischio polmonare maggiore. E coloro che non desiderano fumare possono usare un vaporizzatore, ottenendo gli stessi effetti senza fumare. I cannabinoidi vengono vaporizzati e, rimuovendo dal vaporizzatore il materiale usato, possiamo osservare che non c'è cenere, perché non c'è combustione.

Perciò l'assunzione per via polmonare è ancora il metodo d'elezione?

Fumare permette un dosaggio molto accurato. Una delle cose che rende la cannabis una medicina così notevole, è il fatto che può essere assunta attraverso i polmoni, direttamente oppure attraverso un vaporizzatore: ciò dà al paziente la possibilità di stabilire la sua dose rapidamente, in modo da avere la quantità necessaria, e non di più. Secondo me questo è un grande vantaggio non solo perché permette di prescrivere la dose giusta, ma anche perché dà il controllo al paziente, il miglior giudice delle sue necessità.

Qual è la temperatura di combustione della cannabis?

Il punto di combustione della cannabis è leggermente superiore a 230°C. Un buon vaporizzatore mantiene la temperatura al di sopra dei 140°C circa, ma senza raggiungere il punto di combustione. Sul mercato ci sono apparecchi che sono chiamati vaporizzatori ma che non mantengono la temperatura rigidamente all'interno di questa finestra.

Se i vaporizzatori o il semplice fumo funzionano così bene,

perché la GW Pharmaceuticals ha un atteggiamento tanto negativo?

Per riuscire a vendere il suo prodotto, la GW deve persuadere le persone che fumare la marijuana comporti un pericolo reale. Questo fa il gioco dei proibizionisti. Il ragionamento è: stiamo venendo a capo del problema tabacco, il consumo di sigarette è sceso. Chiaramente il consumo di tabacco

è molto pericoloso, perché dunque dovremmo autorizzare il fumo di un'altra droga, che porterà alle stesse disastrose conseguenze sanitarie?

Il problema di questo ragionamento è che vi sono molti pochi dati empirici per assimilare le conseguenze del fumo di marijuana a quelle del fumo di tabacco.

Il paziente può ottenere dalla cannabis gli stessi vantaggi terapeutici, pur senza avere la sensazione di "high"?

In base alla mia esperienza clinica, in una qualunque delle molte applicazioni mediche della cannabis, non sono sicuro che l'obiettivo terapeutico possa sempre essere conseguito in totale assenza di effetto psicoattivo. Inoltre non sono sicuro che eliminare l'effetto psicoattivo sia una buona idea, ammesso che sia possibile. Ad esempio, i malati di sclerosi multipla che usano la marijuana primariamente per alleviare il dolore e ridurre gli spasmi muscolari, spesso dicono: «mi fa sentire meglio».

Qui gli aspetti sono due. Il primo è l'attenuazione dei sintomi, che li fa sentire meglio. Ma chiaramente c'è anche qualcos'altro, che ritengo legato all'effetto psicoattivo, forse antidepressivo.

In medicina sta diventando sempre più importante riconoscere che le persone che si sentono meglio, generalmente reagiscono meglio. Chi ha un atteggiamento migliore verso la propria malattia o disabilità, tende a reagire meglio.

Ammettendo che vi sia una qualche differenza di dosaggio tra il punto in cui la cannabis riesce ad alleviare il sintomo e il punto in cui si verifica un effetto psicoattivo, non sarebbe meglio per coloro che vogliono evitare l'effetto psicoattivo, avere la possibilità di dosarla più accuratamente che nel modo approssimativo in cui viene dosato il Sativex? Non è possibile dosare, nel senso usuale della parola, una preparazione orale di marijuana, sia essa il Marinol, il Sativex o i biscotti alla marijuana.

Se sofferissimo di un dolore cronico per un grave disturbo artrite, come la spondilite anchilosante, potremmo preferire una preparazione orale

perché l'effetto dura più a lungo. Ma nelle situazioni di forte nausea e vomito, o nei dolorosi crampi da morbo di Crohn, o in alcuni casi di dolore neuropatico, se si vuole avere un sollievo immediato, il modo per ottenere questo risultato è l'assunzione mediante il fumo. Se ci capitasse di sperimentare i prodromi di un attacco di emicrania o un episodio convulsivo, fumando subito potremmo riuscire a bloccare la crisi sul nascere.

Il paziente deve poter decidere che tipo di medicina funziona meglio, e in che quantità?

In molte situazioni i pazienti sono i giudici migliori e certamente, una volta che capiscono come usare la canapa in modo appropriato, lasciare che siano loro a giudicare quanta usarne è sicuro e clinicamente ragionevole. Potrebbero trovarsi un po' a disagio se non sono abituati allo "high", o se non gli piace, ma impareranno e la prossima volta staranno più attenti. Non gli succederà nulla che sia dannoso o irreversibile.

Lo "high" deve preoccuparci?

Se per alcuni lo "high" può risultare sgradevole, per altri è un'esperienza molto positiva. Grazie al *Sativex* molti pazienti potrebbero avvicinarsi alla cannabis. In seguito giudicheranno da soli quale modalità di assunzione è la più adatta per loro. Quale fa effetto più rapidamente, quale è più facile da controllare, quale è meno costosa. Possiamo supporre che alcuni di loro, dopo averlo provato, abbandoneranno il *Sativex* a favore della marijuana. D'altro canto, persone che attualmente fumano la marijuana potranno convincersi che una preparazione orale, in particolare per la maggiore durata del suo effetto, è più comoda e più utile per loro. Ed è legale! Potrebbero provare il *Sativex* e scoprire che, per un motivo o per l'altro, nel loro caso funziona meglio.

Tutto questo sarebbe magnifico, se i due approcci competessero ad armi pari. L'elemento più importante su cui può contare il *Sativex*, ma non la marijuana, è il fatto che usarlo *non* sarà illegale. Alcune persone, trovando nel *Sativex* l'effetto di "high" che cercano, potrebbero usarlo per scopi diversi

da quelli medici. Ma la GW insiste nel dire che ci sarebbe una differenza enorme tra il valore terapeutico di queste due sostanze e gli approcci al loro uso, e questo mi preoccupa.

Se le due sostanze potessero competere in base alle leggi del capitalismo - ad armi pari, e che vinca il prodotto migliore - non vorrei essere tra coloro che hanno investito sulla GW Pharmaceuticals. Penso che il bilancio netto di questo prodotto sarà negativo sia per quanto riguarda la sua relativa utilità come medicina, sia per quanto riguarda il compito di cercare di fare qualcosa contro questa assurda proibizione.

Già vediamo che la GW ha ingaggiato la dottoressa Andrea Barthwell (ex vice-zar antidroga dell'*Office of National Drug Control Policy* dell'amministrazione Bush), per promuovere l'accettazione del *Sativex* negli Usa. Barthwell è una fautrice dell'idea che fumare marijuana debba essere proibito ad ogni costo, anche a quello di arrestare - nel mio paese - circa 750.000 persone all'anno, soprattutto giovani.

Penso che lei e quelli che l'hanno assunta alla GW continueranno a sostenere che l'estratto *Sativex* è meno nocivo della marijuana fumata o vaporizzata, e che non ha effetti psicoattivi, finché i dati empirici attestanti il contrario non li sommergeranno.

Così le società farmaceutiche non vorranno confrontare i loro prodotti alla cannabis con la marijuana per paura di perdere parte delle loro quote di mercato?

Esattamente. Che la marijuana sia più efficace, che costi meno, che dia meno disagi, o quali che siano le ragioni per cui le persone la preferiscono a fini medici, queste persone la useranno. La questione è: che prezzo dovranno pagare in termini legali? Alcuni, se si curano con la marijuana, rischiano di perdere il lavoro. Molti pazienti usano il *Marinol* perché così, quando sono sottoposti al test delle urine, possono esibire la prescrizione. In misura maggiore o minore, lo stesso avverrà con il *Sativex*. Così come, indirettamente, sosterrà la proibizione, il *Sativex* sarà anche usato per aggirare la legge.

Quando ha detto per la prima volta che «la marijuana alla fine sarà vista come la penicillina del XXI secolo», e perché?

L'ho scritto per la prima volta in *Marijuana: The Forbidden Medicine* nel 1993. Alexander Fleming scoprì la penicillina nel 1928. Partendo per le vacanze aveva inavvertitamente lasciato in giro una capsula di Petri vuota, e al suo ritorno scoprì che vi erano cresciuti molti stafilococchi; e proprio in mezzo c'era una colonia di muffa. La muffa aveva espulso una sostanza che era tossica per lo stafilococco; quella sostanza fu poi chiamata penicillina. Fleming pubblicò questa scoperta nel 1929, ma nessuno gli dette retta fino al 1941 quando due persone, Howard Florey e Ernst Chain, la tirarono giù dallo scaffale. Erano motivati dal fatto che c'era la seconda guerra mondiale, e stavano disperatamente cercando degli antibiotici. Provarono la penicillina in sei pazienti e scoprirono quanto fosse efficace contro quelle infezioni. Fu subito chiaro che oltre ad essere un antibiotico incredibilmente efficace e versatile, era notevolmente priva di tossicità e non era costosa da produrre. Presto fu considerata la "medicina miracolosa" degli anni Quaranta. Non si può fare a meno di chiedersi quante vite avrebbero potuto essere salvate tra il 1929, quando l'articolo fu pubblicato per la prima volta, e il 1941: è più di un decennio.

Ora prendiamo la marijuana. Anch'essa non è tossica, una proprietà rimarchevole. In effetti, quando otterrà nuovamente il posto che merita nella farmacopea Usa, la canapa sarà ritenuta una delle sostanze meno tossiche di tutto quel compendio. Una volta liberata del dazio causato dal proibizionismo, sarà piuttosto economica. E, come la penicillina, la canapa è una medicina incredibilmente versatile.

Perciò secondo me non c'è dubbio che abbiamo perso molto tempo e abbiamo negato a molte persone un grande beneficio medico. In effetti questa è la prima cosa a cui ho pensato quando mio figlio ha sofferto di leucemia linfocitica acuta. Quando ho visto come [la marijuana] lo liberava dalla nausea e dal vomito dovuti alla chemioterapia e dalla terribile ansia che

la precedeva, come - invece di cominciare a vomitare immediatamente e avere conati di vomito per oltre otto ore - ora mio figlio si alzava dal letto e diceva: «mamma, possiamo andare a prendere un panino imbottito?», ho iniziato a chiedermi a quante altre persone, a quanti altri giovani costretti a sottoporsi alla chemioterapia, potessero essere risparmiati questa terribile nausea, questo vomito. Così, per la nostra famiglia, certamente [la marijuana] è stata qualcosa di simile alla penicillina. Per noi è stata una medicina meravigliosa.

Abbiamo perso di vista la libertà di scelta?

Sì, per quanto riguarda la marijuana abbiamo perso di vista l'importanza della libertà di scelta. Che io sappia, la marijuana non comporta rischi tali da giustificare la proibizione del suo uso agli adulti per qualsiasi scopo. Un aspetto deleterio della decisione di produrre il *Sativex* è che alcuni anni fa il Ministero degli Interni britannico, a quanto pare, fu persuaso con un'argomentazione che suonava più o meno così: «sappiamo tutti che la marijuana ha delle proprietà curative, ma noi della GW Pharmaceuticals abbiamo un modo per metterla a disposizione dei pazienti senza caricarli dei due principali effetti tossici, cioè l'assunzione mediante il fumo e l'effetto psicoattivo».

Queste persone stanno cercando di piegare le proprietà mediche della cannabis al loro fine, cioè vendere un prodotto che secondo loro sarebbe più sicuro della marijuana (perché privo di queste due "gravi" forme di tossicità). Ciò è coerente con l'aggressiva campagna pubblicitaria che è una parte importante del *Sativex*. A meno di non sostenere che la semplice pianta di canapa è molto diversa dal *Sativex*, e molto più tossica, come si può giustificare il reclutamento della dottoressa Andrea Barthwell come portavoce per la promozione di questa sostanza? Barthwell sostiene che la marijuana non ha efficacia terapeutica, che la marijuana medica è una mistificazione. Ha fatto simili affermazioni ripetutamente, ed ora sta promuovendo il *Sativex*. Averla ingaggiata è coerente con questa sorta di approc-

cio schizoide alla cannabis: in questa forma è buona; in quella forma è cattiva; in questa forma, chiunque abbia questi sintomi dovrebbe provarla; nell'altra forma, le persone vanno punite per averla usata come medicina.

Lei crede che Andrea Barthwell non sappia che queste due sostanze sono molto simili nei loro effetti?

È complicato rispondere a questa domanda. È difficile credere che, con i suoi studi di medicina, e considerati i suoi incarichi passati e presenti, Barthwell non abbia letto attentamente e criticamente la letteratura sulla canapa medica, compresa la grande quantità di dati aneddotici. Mi sarei aspettato che pervenisse a una migliore comprensione di tutta questa questione. Averla ingaggiata è stato un atto di cinismo, tanto quanto lo è stato da parte sua avere accettato l'incarico. È una misura della mancanza di onestà della GW Pharmaceuticals, quando cerca di dire: succo d'arancia, sì; arance, no.

Quando in passato ho parlato della farmaceutizzazione, come punto di partenza ho chiarito che dai tentativi di ricavare farmaci dalla marijuana sarebbero scaturite alcune scoperte magnifiche. Per illustrare queste possibilità ho detto specificamente che la messa a punto di un agonista inverso alla proprietà di stimolare l'appetito potrebbe produrre qualcosa che non abbiamo prodotto in tutti questi anni: una sostanza non tossica per il controllo del peso.

L'altra faccia della medaglia della farmaceutizzazione era la mia preoccupazione che il governo vedesse in quest'ultima un modo per risolvere il suo problema con la marijuana medica, ossia consentirne l'uso per scopi medici, proibendola allo stesso tempo a chi voglia usarla per altri scopi. Nel 1985 il governo credette erroneamente che il problema fosse risolto quando una piccola società farmaceutica chiamata Unimed mise a punto il farmaco conosciuto con il nome di *Marinol* (dronabinolo), cioè Thc sintetico: esattamente la stessa sostanza chimica che si trova nella marijuana e nel *Sativex*.

Chi ha sostenuto il Marinol?

Registrare un nuovo farmaco è molto costoso, e il costo è sostenuto dal-

la casa farmaceutica. In questo particolare caso il governo Usa ha sostenuto il progetto, ma ha preteso che il dronabinolo fosse incapsulato in olio di sesamo, di modo che non potesse essere fumato. Sono arrivati al punto di inserire questo Thc (il *Marinol*) non nella Tabella 1 insieme al suo gemello identico, il Thc (che è il principale cannabinoide della pianta di cannabis), ma nella Tabella 2, in modo che potesse essere prescritto; e pochi anni dopo l'hanno inserito nella ancor meno restrittiva Tabella 3. Ma il Thc, comunque lo si chiami, è Thc. Sono stati davvero ipocriti. Il governo ha tentato di dire: «non continuate a chiedere la marijuana come medicina; ora c'è un farmaco alla cannabis. Si chiama dronabinolo o *Marinol*: compratelo nella vostra farmacia». Ciò fornisce loro un motivo per non consentire l'uso medico della marijuana, un obiettivo che stanno perseguendo con i pieni poteri del governo federale in California, dove tentano in tutti i modi di chiudere i "club compassionevoli".

Il *Sativex* sarà usato come l'ennesimo strumento in questo tentativo di farmaceutizzare la marijuana. Una persona cinica potrebbe dire che è stato studiato apposta. Il governo Usa potrebbe benissimo adottarlo: sarebbe un altro preparato in questo armamentario che consente di dire: «vedete, ora c'è un'altra medicina alla cannabis. Non c'è bisogno di concedere un permesso speciale alle persone che vogliono fumare la marijuana a scopi medici, quando possono ottenere ciò di cui hanno bisogno attraverso questi altri farmaci». C'è da aspettarsi che il governo sosterrà qualsiasi società farmaceutica intenzionata a produrre una sostanza che possa competere con la marijuana. E queste case farmaceutiche hanno interessi convergenti con l'obiettivo del governo degli Stati Uniti di sopprimere l'uso della marijuana, sia per fini terapeutici che per altri fini.

Parliamo un po' delle implicazioni psicologiche della proibizione e del perché i fautori della riforma sono ancora ricondotti allo stereotipo del cannabista.

È come se i media moderni avessero sostituito lo stereotipo del fumatore assassino e dissoluto di *Reefer Madness* [il celebre film di propaganda con-

tro la cannabis degli anni Trenta, ndr] con lo stereotipo comico di *Cheech and Chong* [il riferimento è al film commedia del 1978 *Cheech and Chong's Up in Smoke*, ndr]. Come la maggior parte delle persone che usano marijuana, io e lei non corrispondiamo a questo stereotipo più di quanto non corrispondessimo allo stereotipo di *Reefer Madness*. Sto cercando di dare una risposta a questo problema attraverso il mio sito web *Uses of Marijuana* (www.marijuana-uses.com), che contiene una serie di saggi. Alcuni contributi sono di persone molto famose, come Allen Ginsberg e Carl Sagan, ma la maggior parte sono di persone sconosciute. Alcuni usano uno pseudonimo. Io continuo a cercare scritti di persone che usano marijuana per scopi non medici e non ricreativi e hanno scoperto che questa ha un ruolo significativo nella loro vita.

Non si può leggere questi scritti senza pensare: «Caspita, ci sono cittadini in carne e ossa che stanno raggiungendo dei risultati nella loro vita e che stanno usando la marijuana per scopi che non avrei mai sognato».

Ecco un messaggio e-mail che ho ricevuto questa mattina, e che parla del mio sito: «Caro dottor Grinspoon, c'è davvero bisogno di discutere il lato positivo della cannabis (l'opinione pubblica sa che ne esiste uno?) e questo sembra un modo eccellente di farlo. Mi ripropongo di scrivere [un saggio per questo sito web] quando avrò completato il mio dottorato di ricerca quest'estate. Una gran parte di esso non sarebbe stato possibile senza la cannabis come strumento creativo e terapeutico. In quanto giovane scienziato sono stato ispirato dalle opere di Carl Sagan, e ho imparato molto dal modo in cui Sagan, lei e molti altri avete corso dei rischi scrivendo sulla cannabis, e facendo sì che queste conoscenze non andassero perse per la nostra generazione. Non vedo l'ora di fare il mio post-dottorato sui particolari processi cognitivi osservabili mentre si eseguono delle mansioni sotto l'effetto della cannabis; mi aspetto che alcuni di essi saranno molto positivi. Cordiali saluti». Ricevo questi messaggi e-mail da tutto il mondo. È chiaro che il sito è molto seguito.

Alcuni decenni fa, un coraggioso psichiatra di nome Richard Pillard della Boston University fu il primo omosessuale contemporaneo con un incarico prestigioso a venire allo scoperto, *out of the closet*. Questo gesto segnò l'inizio del movimento *out of the closet*. In questo paese siamo molto lontani dalla sconfitta dell'omofobia, ma abbiamo fatto dei grandi passi avanti da quando molte persone hanno cominciato a rendere pubblica la propria omosessualità. Pillard, Barney Frank e molti altri hanno aiutato la gente a capire che l'omosessualità non è una specie di disturbo mentale tossico di cui aver paura o sprezzo.

Analogamente, penso che molti siano giunti a capire che siamo persone che hanno raggiunto molti traguardi, non abbiamo due teste o chissà cosa. Anzi, mi permetta di dire che [la marijuana] mi ha molto aiutato nella vita.

Perché il governo americano è così determinato a impedire l'uso medico della marijuana?

Il governo teme che, una volta acquisita maggiore esperienza sulla marijuana osservando i pazienti che la usano per curarsi, la popolazione sia maggiormente tentata di usarla per scopi che esso disapprova. Se vedessimo che zia Nellie la usa per trattare gli effetti della chemioterapia, o un amico la usa per trattare le convulsioni con risultati molto migliori rispetto ai farmaci tradizionali, potremmo cambiare idea e chiederci: «un momento, cosa sono tutte queste storie? Questa è un'applicazione perfettamente rispettabile di una medicina ricavata da una pianta, e sembra piuttosto benigna. Allora qual è il problema, se la si usa per altri scopi? Non crea alcun danno, non sembra avere alcun tipo di effetto deleterio su queste persone». Mi permetta di raccontarle un aneddoto che illustra questo cambiamento di atteggiamento.

Un collega con cui lavoravo alla Facoltà di medicina dell'Università di Harvard un giorno mi chiamò dopo aver sfogliato il mio libro *Marijuana: The Forbidden Medicine*. Sua suocera aveva un cancro al pancreas e aveva molti problemi di nausea.

«Quel farmaco che citi nel tuo libro, il *Marinol*, la aiuterebbe? E sarebbe rischioso somministrarlo a una donna di 67 anni?». Gli dissi che era un farmaco piuttosto sicuro e che probabilmente l'avrebbe aiutata, ma c'era una via migliore che presentava maggiori prospettive di successo rispetto a questo preparato orale. Gli consigliai di suggerire alla donna di trovare qualcuno che le insegnasse a fumare la marijuana.

«Non direi mai una cosa del genere a mia suocera» fu la risposta. Così gli spiegai cosa fare per prendere il *Marinol* e gli suggerii di darle il mio numero di telefono, nel caso avesse incontrato delle difficoltà. Due settimane più tardi la donna mi telefonò. Mi disse che il *Marinol* inizialmente aveva funzionato, ma la sua efficacia era diminuita considerevolmente. Aveva aumentato la dose, ma l'efficacia continuava a diminuire. «Che cosa devo fare?»

Le chiesi se conosceva qualcuno che potesse insegnarle a fumare la marijuana. «Sì» rispose lei, «ho una nipote al college che già da tempo mi ha raccomandato di fumare la marijuana».

«Okay, ecco cosa deve fare» risposi. «Si faccia mostrare come si confeziona uno spinello e le chiedo di fumare con lei le prime volte. Aspiri e attenda due o tre minuti almeno. Poi, se non sente niente, aspiri un'altra volta e attenda. Continui così, finché non accadrà una di queste due cose: o inizierà a sentirsi in ansia e a disagio, oppure inizierà a sentirsi meglio. A quel punto si fermi».

Un po' di tempo dopo, alla fine di una riunione di lavoro nel suo ufficio, il mio collega mi chiese se potevo fermarmi qualche minuto. Sua suocera ora abitava con loro a Boston. «Non so dirti quanto la mia famiglia ti sia grata» disse. Continuò raccontandomi come i suoi tre figli (tutti sui vent'anni e tutti ragazzi realizzati) rollavano uno spinello insieme alla nonna, si sedevano in circolo, si passavano lo spinello e stavano bene insieme. Ora lei riusciva a tenere la nausea sotto controllo e aveva ricominciato a mangiare. «È stato incredibile».

Alcuni mesi dopo quella donna morì. Quando arrivammo al loro party di Natale come tutti gli anni, la moglie del mio collega ci accolse sulla porta e

disse con parole quasi identiche: «Non so dirti quanto ti siamo debitori!». Ripeté la storia di come [fumare la marijuana] avesse fatto tutta la differenza negli ultimi due mesi di vita della madre. Sparita la nausea, aveva recuperato le forze e i suoi ultimi mesi erano stati molto più appaganti. E la famiglia, naturalmente, era sollevata per non aver dovuto assistere a tanta sofferenza nella persona amata. «Quando i miei figli erano al college e ho scoperto che fumavano marijuana» aggiunse, «mi sono molto arrabbiata e ho puntato i piedi». Col senno di poi questo la imbarazzava. «Ed è di questo mi chiese, «che il governo ha paura?»».

Sempre più persone stanno facendo e faranno esperienze simili, e vedranno da sole che per anni gli sono state raccontate delle falsità. E crescerà un movimento di pressione per porre fine all'arresto delle persone che usano la marijuana a scopo medico, se non per rovesciare del tutto il proibizionismo. La marijuana medica insegnerà alle persone che questa sostanza non è quella sostanza diabolica che il governo ci ha descritto per anni.

[una versione abbreviata di questa intervista è apparsa su *Fuoriluogo*, settembre 2005]

il mondo ha qualcosa da imparare dall'Europa

Siamo a due anni da una scadenza importante nel campo della politica mondiale delle droghe: nel 2008, è prevista una nuova solenne assise delle Nazioni Unite, per valutare la strategia globale adottata nel 1998 dalla sessione speciale sulla droga dell'Assemblea Generale dell'Onu, svoltasi a New York. Qualcuno ricorderà che in quella occasione l'allora Vicesegretario Generale delle Nazioni Unite e Direttore dell'agenzia sulle droghe, Pino Arlacchi, lanciò la sfida di eliminare la produzione di oppio e coca nell'arco di un decennio. Anche se in realtà il progetto non fu mai varato per mancanza di finanziamenti, tuttavia il piano di azione approvato solennemente dall'Assemblea manteneva l'ambizioso obiettivo di «eliminare o almeno sostanzialmente ridurre» le coltivazioni illegali entro dieci anni. Che la sfida sia fallita, è sotto gli occhi di tutti. Basti leggere il comunicato dell'Agenzia Onu per la droga e il crimine (Unodc), rilasciato il 2 settembre 2006, che anticipa i contenuti del rapporto annuale sulla produzione di oppio in Afghanistan: nel 2006 l'area coltivata ha raggiunto l'estensione record di 165.000 ettari contro i 104.000 del 2005. Solo 6 delle 34 province sono ora esenti dalle

coltivazioni illegali. Si prevede perciò un raccolto eccezionale di 6100 tonnellate, che rappresenta il 92% dell'intera produzione globale. Nell'insieme, l'incremento nella produzione è del 59% (sic!).

Tuttavia, l'attuale direttore dell'Unodc, Antonio Costa, ribadisce che l'unica soluzione è di seguire la stessa strada, rafforzando la repressione: «Abbiamo addestrato la polizia e i magistrati, abbiamo costruito tribunali e istituti di detenzione - afferma Costa - ora sta al governo afgano fare la sua parte». Ciò dimostra, se mai ce ne fosse bisogno, che la proibizione è un principio fondamentale, più che una strategia politica: non si persegue l'obiettivo (pragmatico) di ridurre la circolazione delle droghe, bensì quello (morale) di non "cedere" e di tenere in vita la proibizione stessa. Se non si riesce, vuol dire che "la carne è debole", dunque non resta che raddoppiare gli sforzi.

Tuttavia, a partire dagli anni Novanta si è lentamente fatto strada un approccio alternativo, seguito oggi dalla gran parte dei paesi europei, con politiche che cercano di anteporre la salute dei cittadini alla repressione, l'efficacia nel raggiungimento degli obiettivi alla vuota retorica della "lotta alla droga". Sono le lenienti policies dei paesi europei, così come le definiscono sprezzantemente gli inventori della war on drugs, gli Stati Uniti: che da sempre cercano di indirizzare e controllare la politica mondiale sulle droghe.

Su questa linea, il Parlamento Europeo ha adottato diversi testi che nell'insieme vanno nella direzione delle "politiche miti", come i rapporti D'Ancona, Buitenweg, Catania, l'ultimo in ordine di tempo, di cui presentiamo qui il testo integrale. Nel rapporto Catania si stabiliscono chiaramente le finalità pragmatiche delle strategie di contrasto alle droghe. Da qui la dichiarata necessità, in vista dell'Assem-

blea Onu del 2008, «di predisporre urgentemente obiettivi precisi, quantificabili e operativi, onde appurare in quale misura abbiano comportato risultati gli obiettivi definiti nella precedente strategia»: un buon viatico, in vista di quell'importante appuntamento. Se naturalmente l'Unione Europea e gli stati membri sapranno essere all'altezza del proprio parlamento; se, in una parola, sapranno rivendicare nell'assise mondiale la validità delle politiche innovative adottate, sulla base della loro provata efficacia e delle indicazioni della scienza.

Su questo versante, il rapporto valorizza le sperimentazioni scientifiche: a queste rimandando il giudizio circa le iniziative e i programmi che hanno suscitato polemiche e resistenze a livello degli organismi Onu: come i trattamenti con eroina, già sottoposti a studi controllati in Germania, Olanda, Spagna, Svizzera; come le proprietà terapeutiche della canapa, su cui già si sono pronunciati favorevolmente importanti rapporti scientifici, come ad esempio il Cannabis Report 2002, nato dalla collaborazione fra un cospicuo gruppo di paesi europei.

In ultimo, ma non per questo meno importante, il documento delinea una politica alternativa anche verso i paesi produttori: citando progetti pilota per la produzione di prodotti leciti derivanti dalla foglia di coca nonché incentivi per la coltivazione di oppiacei a fini medici o scientifici. Su questa stessa linea, un'organizzazione internazionale, il Senlis Council, ha di recente lanciato la proposta di acquistare la produzione afgana per la produzione di morfina, di cui si lamenta la scarsità per gli usi medici a livello mondiale. Una proposta di Peace on drugs, in quelle martoriolate terre. Se l'Europa la facesse propria, sarebbe un nuovo incoraggiante segnale di vitalità politica, dopo il ruolo assunto nella crisi del Medio Oriente.

raccomandazione del
Parlamento europeo sulla
strategia europea in materia di
lotta contro la droga (2005-2012)
approvata il 15 dicembre 2004

117

Il Parlamento europeo,

- A. considerando che il consumo ed il commercio di droga raggiungono livelli molto elevati in tutti gli Stati membri e che tale problema non può essere risolto singolarmente da ciascuno Stato; che, per tale motivo, è essenziale che l'Unione europea adotti una vera politica europea nell'ambito della lotta contro le droghe e la attui in modo integrato e globale, avvalendosi di tutti i mezzi necessari per prevenire e risolvere i problemi sanitari e l'emarginazione sociale che provoca alle persone, nonché per riparare il danno alla società causato dalla criminalità organizzata connessa alle droghe,
- B. considerando che la produzione e il commercio delle sostanze stupefacenti costituiscono la principale fonte di profitto delle mafie europee e contribuiscono alla loro capacità di corruzione e di impunità,
- C. considerando che, nonostante le politiche fino ad oggi attuate a livello internazionale, europeo e nazionale, il fenomeno della produzione, del

consumo e del commercio delle sostanze illecite contenute nelle tre convenzioni delle Nazioni Unite sopra citate raggiunge livelli molto elevati in tutti gli Stati membri e che, di fronte a tale fallimento, è essenziale che l'Unione europea riveda la sua strategia generale in materia di sostanze stupefacenti,

- D. considerando che il Consiglio GAI ha deciso, nella sua riunione dell'8 giugno 2004, che doveva essere attuata una nuova strategia dell'UE in materia di lotta contro la droga per il periodo 2005-2012 sulla base di due piani di azione dell'UE contro la droga, ciascuno della durata di tre anni (2005-2007 e 2009-2011) e seguito da un periodo di valutazione di un anno (2008 e 2012), e che tale strategia sarebbe stata adottata durante il Consiglio europeo del dicembre 2004,
- E. considerando che, il 6 luglio 2004, la Presidenza olandese del Consiglio ha presentato al gruppo orizzontale sulla droga un progetto di strategia europea in materia di lotta contro la droga (2005-2012) (CORDROGUE 53) che teneva conto delle conclusioni della conferenza, tenutasi il 10 e 11 maggio 2004 a Dublino, relativa ad una strategia dell'UE sulle droghe (CORDROGUE 36) e che tale progetto è stato successivamente esaminato nelle sue riunioni del 7 e 8 settembre e del 30 settembre e 1° ottobre 2004,
- F. considerando che il Consiglio sta negoziando, in seno al gruppo orizzontale sulla droga e al CATS (comitato ai sensi dell'articolo 36 del trattato UE), il contenuto del progetto di strategia antidroga dell'Unione europea (2005-2012) senza conoscere le valutazioni politiche e tecniche sulla strategia antidroga dell'UE (2000-2004) o sull'applicazione del piano di azione sulle droghe dell'UE (2000-2004) elaborate dalla Commissione e dall'OEDT e i cui risultati sono stati presentati dalla Commissione al Consiglio GAI il 25-26 ottobre 2004 e dall'OEDT al Parlamento il 24 novembre 2004, permettendo di valutare in che misura sono stati realizzati gli undici obiettivi generali e i sei obiettivi principali defi-

niti come parte della strategia dell'Unione europea contro la droga (2000-2004),

- G. considerando che la Commissione sugli stupefacenti delle Nazioni Unite dovrà avviare il processo preparatorio della riunione dell'Assemblea generale dell'ONU in materia di stupefacenti del 2008, a dieci anni dalla sessione speciale del 1998,
- H. considerando la necessità di predisporre urgentemente obiettivi precisi, quantificabili e operativi onde appurare in quale misura abbiano comportato risultati gli obiettivi e provvedimenti definiti nella precedente strategia,
- I. ritenendo che, per evitare ogni analisi riduttiva dei molteplici problemi legati al fenomeno della droga, i rischi che comportano le droghe devono essere analizzati, tra l'altro, da un punto di vista scientifico, sociologico e culturale, non solo esaminando con precisione i dati oggettivi e comparabili, ma anche valutando attentamente ogni altro tipo di implicazioni e danni per lo sviluppo di una società, e auspicando che dette analisi e valutazioni vengano rese pubbliche,
- J. considerando che la politica nazionale in materia di droghe deve basarsi su conoscenze scientifiche relative ad ogni tipo di droga e non su impulsi emotivi, essendo inteso che ogni problema connesso con le droghe postula un approccio specifico, giacché un approccio generico mina la credibilità degli aspetti settoriali di detta politica,
- K. ritenendo altresì fondamentale che, sulla base di tali valutazioni ed analisi, si avvii un processo di revisione delle politiche in materia di sostanze stupefacenti al fine di renderle più efficaci ed efficienti rispetto agli obiettivi da raggiungere, dedicando particolare attenzione alle politiche alternative che già oggi in molti Stati membri raggiungono risultati migliori, ad esempio rispetto alla diminuzione delle morti per stupefacenti, alla tutela della salute e al reinserimento sociale ed economico dei tossicodipendenti,

- I. raccomanda al Consiglio e al Consiglio europeo, nella definizione della futura strategia europea in materia di lotta contro la droga (2005-2012) e, in generale, in relazione alla politica dell'Unione europea in materia di droga:
- a) di ridefinire una cooperazione europea in vista di una politica sulla droga volta a fronteggiare il traffico di droga transfrontaliero e su larga scala, che affronti il problema da tutti i punti di vista e sia basata su un approccio scientifico, sul rispetto dei diritti civili e politici e sulla tutela della vita e della salute degli individui;
 - b) di determinare chiari, precisi e quantificabili obiettivi e priorità che possano essere tradotti in indicatori e azioni operativi nell'ambito dei futuri piani d'azione, ferma restando la necessità di definire con la massima chiarezza le responsabilità e le scadenze relative alla loro attuazione, tenendo conto del principio di sussidiarietà; ai fini di una sollecita attuazione, occorre un'impostazione multidisciplinare a livello europeo in ordine a detti obiettivi chiaramente definiti (coordinamento, informazione, valutazione e cooperazione internazionale);
 - c) di prendere coscienza del fatto che le valutazioni sinora realizzate per quanto riguarda i sei obiettivi principali definiti nella strategia antidroga dell'UE (2000-2004) dimostrano che nessuno di essi ha conseguito risultati favorevoli e di trarne quindi le conseguenze politiche e legislative nell'elaborazione della strategia europea in materia di lotta contro la droga (2005-2012) e dei relativi Piani d'azione;
 - d) di tener conto delle valutazioni relative all'attuazione dei sei obiettivi principali della strategia dell'Unione europea in materia di droghe;
 - e) di basare maggiormente la nuova strategia su ricerche scientifiche e su una approfondita e strutturale concertazione con gli operatori in tale settore negli Stati membri;
 - f) di fondare la nuova strategia dell'UE in materia di lotta contro la droga sulle basi giuridiche, istituzionali e finanziarie che derivano dal-

- l'efficacia delle azioni sinora intraprese e dalla promozione delle migliori prassi;
- g) di rafforzare la ricerca sociale e scientifica sulle sostanze illecite a fini medici e sociali;
 - h) di predisporre un'alternativa all'attuale frammentazione finanziaria, creando una nuova linea di bilancio che sia strettamente collegata a tutte le misure che dovranno essere previste nei futuri piani di azione che saranno adottati dalla Commissione poiché, altrimenti, non potranno essere conseguiti gli obiettivi definiti nella strategia antidroga;
 - i) di creare una linea di bilancio specifica, al fine di facilitare un processo dinamico di consultazione con le organizzazioni interessate della società civile e con esperti professionali indipendenti in merito all'impatto delle politiche in materia di droga al livello dei cittadini;
 - j) di intraprendere una valutazione dettagliata dell'efficacia dell'attuazione della strategia precedente, segnatamente per quanto attiene:
 - alla prevenzione dell'uso e della dipendenza
 - alla riduzione dell'offerta e della domanda di droghe illecite
 - alla limitazione del danno sociale (marginalizzazione)
 - alla limitazione dei danni alla salute
 - alla riduzione dei reati minori e del crimine organizzato connessi con la droga, e di non adottare la nuova strategia europea in materia di lotta contro la droga (2005-2012) senza conoscere i reali risultati ottenuti con la strategia precedente, misurati attraverso le pertinenti valutazioni tecniche, scientifiche, legislative e politiche;
 - k) di informare periodicamente il Parlamento europeo, conformemente ai principi di legittimità democratica, trasparenza e cooperazione leale tra le istituzioni, sui progressi dei negoziati sulla strategia europea in materia di lotta contro la droga (2005-2012) in seno al Consiglio;

- l) di consultare in tempo utile il Parlamento europeo prima dell'adozione della strategia europea in materia di lotta contro la droga (2005-2012), affinché si tenga conto del suo parere;
- m) di proporre misure totalmente diverse da quelle attualmente selezionate al fine di conseguire l'obiettivo generale del progetto di strategia antidroga dell'Unione europea, dando priorità alla salvaguardia della vita e alla tutela della salute dei consumatori di sostanze illecite, al miglioramento del loro benessere e della loro protezione mediante un approccio equilibrato e integrato al problema, poiché quelle proposte sono totalmente inadeguate;
- n) di rafforzare i meccanismi europei di cooperazione, perché l'UE a 25 ha i suoi confini più vicini ai paesi da cui proviene la droga, al fine di contenere il traffico di stupefacenti verso l'Unione e di definire chiaramente e sviluppare il nuovo meccanismo europeo di coordinamento, anche per il tramite dell'OEDT, nell'ambito della politica in materia di droghe, per conseguire un approccio integrato, multidisciplinare ed equilibrato al problema della droga, oggi più che mai necessario a seguito dell'adesione di dieci nuovi Stati membri;
- o) di migliorare, a seguito dell'adesione di dieci nuovi Stati membri, il coordinamento e lo scambio di informazioni all'interno dell'Unione nell'ambito della politica in materia di droghe, al fine di conseguire un approccio integrato, multidisciplinare ed equilibrato del problema della droga che tenga anche conto degli incoraggianti risultati ottenuti, ampiamente documentati dai vari Stati membri nonché da altri paesi europei che attuano politiche alternative sugli stupefacenti;
- p) di definire norme minime che migliorino la disponibilità e l'efficacia degli interventi e quelle relative alle misure di riabilitazione, basate sulle migliori prassi degli Stati membri, al fine di ridurre l'impatto sociale derivante dall'uso di stupefacenti;
- q) di tenere sufficientemente conto della nuova situazione creatasi do-

- po l'adesione di dieci nuovi Stati membri all'Unione europea, che rende necessaria un'intensa cooperazione con i nuovi Stati frontaliere;
- r) di migliorare la messa a disposizione di programmi di riduzione del danno (segnatamente allo scopo di prevenire il diffondersi dell'HIV e di altre malattie trasmissibili attraverso il sangue) tra coloro che fanno uso di stupefacenti;
- s) di stabilire norme minime per le misure di riabilitazione sulla base delle migliori prassi invalse negli Stati membri, anziché concentrarsi sulla post terapia con trattamenti sostitutivi delle droghe; a tal fine vanno compiuti particolari sforzi per promuovere il reinserimento sociale;
- t) di conferire maggiore rilevanza agli aspetti della riduzione del danno, dell'informazione, della prevenzione, cura e attenzione alla tutela della vita e della salute degli individui con problemi derivanti dal consumo di sostanze illecite e di individuare misure capaci di evitare la marginalizzazione dei soggetti colpiti piuttosto che attuare strategie repressive al limite della violazione dei diritti umani fondamentali e che hanno frequentemente determinato la violazione di tali diritti;
- u) di prevedere per i trasgressori-consumatori, in alternativa all'incarcerazione, programmi terapeutici la cui efficacia è stata valutata positivamente nei paesi che li hanno sperimentati;
- v) di potenziare e finanziare adeguatamente le iniziative di informazione relative alle sostanze illecite volte a prevenire l'uso di droghe, soprattutto nelle scuole, come previsto nel piano d'azione 2000-2004, e a contenere i risvolti negativi derivanti dal loro uso e i rischi correlati;
- w) mettere l'accento sul potenziamento delle campagne di informazione che dovrebbero basarsi su conoscenze scientifiche relative alle

conseguenze dell'assunzione dei vari tipi di droghe (soprattutto sintetiche) al fine di poter mettere in guardia chiunque in maniera chiara e risoluta;

- x) di definire e potenziare in modo esponenziale la partecipazione e il coinvolgimento dei tossicomani e consumatori di sostanze illecite, della società civile, delle ONG e del volontariato, nonché dell'opinione pubblica, nella soluzione dei problemi relativi alla droga, in particolare coinvolgendo maggiormente le organizzazioni che operano in tale settore nelle attività del gruppo orizzontale sulla droga ed organizzando, a livello europeo, un'iniziativa annuale di prevenzione ed istituendo, in via sperimentale, luoghi a bassa soglia per la riduzione del danno e per la strategia antiproibizionista;
- y) di definire misure di valutazione che permettano di individuare correttamente e di correggere in tempo le deviazioni dagli obiettivi previsti dalla strategia antidroga dell'UE nonché i mezzi e le risorse più adeguati per raggiungerli;
- z) di adottare misure adeguate per evitare che i profitti economici derivanti dal traffico illegale di droga possano finanziare il terrorismo internazionale, e applicare la legislazione vigente in materia di confisca dei beni e di lotta contro il riciclaggio dei capitali, anche sostenendo la legislazione antimafia italiana che prevede il riutilizzo per fini sociali dei beni (profitti) confiscati alle organizzazioni criminali;
- aa) di comprendere in tutti gli accordi internazionali, e segnatamente nei nuovi accordi di cooperazione con i paesi terzi, una clausola specifica di cooperazione antidroga cui si riconosca lo status di clausola essenziale;
- ab) di aumentare significativamente l'aiuto allo sviluppo dei paesi produttori di droga, mediante programmi che finanzino coltivazioni alternative sostenibili e la riduzione radicale della povertà, studiando anche la possibilità di favorire e tutelare la produzione a fini medici

e scientifici, come nel caso degli oppiacei, nonché di prendere in considerazione la possibilità di lanciare progetti pilota per la produzione industriale di prodotti leciti derivanti dalle piante contenute nella convenzione del 1961, come ad esempio la canapa indiana e la foglia di coca;

- ac) di prevedere e assicurare l'accessibilità dei programmi di sostituzione, con particolare attenzione all'ambiente carcerario, promuovendo al contempo l'applicazione di misure alternative all'incarcerazione per i consumatori di sostanze illecite o per reati minori e non-violenti relativi ad esse;
- ad) di sviluppare la ricerca sull'uso di talune piante che attualmente sono illegali o che si trovano in una zona grigia, come la canapa indiana, l'oppio o le foglie di coca, per uso medico, per la sicurezza alimentare, l'agricoltura sostenibile, la costituzione di fonti di energia alternativa, la sostituzione di prodotti a base di legno o di petrolio e altri scopi benefici;
- ae) di rivedere la decisione quadro sulla lotta al traffico di stupefacenti tenendo conto dei pareri espressi dal Parlamento europeo, nel rispetto dei principi di sussidiarietà e di proporzionalità iscritti nei trattati;
- af) di condurre uno studio scientifico sui costi e benefici delle attuali politiche di controllo delle sostanze stupefacenti, che comprenda in particolare: un'analisi della canapa indiana e dei suoi vari derivati leciti e illeciti, anche al fine di valutarne gli effetti e le potenzialità terapeutiche, nonché i risultati delle politiche di criminalizzazione e le alternative possibili; un'analisi dell'efficacia dei programmi di distribuzione sotto controllo medico di eroina a scopi terapeutici rispetto all'obiettivo di ridurre i morti per droga; un'analisi dei costi economici, giuridici, sociali e ambientali delle politiche di proibizione in termini di risorse umane e finanziarie destinate all'applicazione del-

le leggi; un'analisi dell'impatto sui paesi terzi delle attuali politiche derivanti tanto dalla strategia europea che dal sistema mondiale di controllo delle droghe;

ag) di invitare i governi e i parlamenti nazionali a adottare più efficienti provvedimenti tesi ad impedire il traffico di stupefacenti nelle prigioni;

2. incarica il suo Presidente di trasmettere la presente raccomandazione al Consiglio e al Consiglio europeo e, per conoscenza, alla Commissione, nonché ai governi e ai parlamenti degli Stati membri, all'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, al Consiglio d'Europa, all'Organizzazione delle Nazioni Unite e alle sue Agenzie specializzate.

per saperne di più

Come è evidente dalle stesse dimensioni questa non è una bibliografia, ma una segnalazione di testi reperibili in Italia e che possono aiutare ad approfondire i temi proposti nel libro. Un'ulteriore ricerca può essere fatta attraverso il sito www.fuoriluogo.it, nel suo archivio e utilizzando i link specifici.

- Arnao, G., *Erba proibita: rapporto su hashish e marijuana*, Feltrinelli, Milano, 1978.
Arnao, G., *Fuori dai denti*, Edizioni Menabò, Ortona, 2002.
Arnao, G., *Cannabis, uso e abuso*, Stampa Alternativa - Millelire, Roma, 2005.
Blumir G., *La marijuana fa bene. Fini fa male*, Stampa Alternativa, Roma, 2003.
Blumir G., *Marijuana. Uno scandalo internazionale*, Einaudi, Torino, 2002.
Corleone F. e Zuffa G. (a cura di), *La ragione e la retorica*, Edizioni Menabò, Ortona, 2004.
Corleone F. e Zuffa G. (a cura di), *La guerra infinita*, Edizioni Menabò, Ortona, 2005.
Grinspoon L., *Marijuana*, Urra, Milano, 1996.
Grinspoon L. e Bakalar J.B., *Marijuana, la medicina proibita*, Muzzio editore, Padova, 1995 e Editori Riuniti, Roma, 2002.
Samorini G., *L'erba di Carlo Erba. Per una storia della canapa indiana in Italia (1845-1948)*, Nautilus, Torino, 1996.
Zymmer L. e Morgan J.P., *Marijuana, i miti e i fatti*, Vallecchi, Firenze, 2005.
Associazione Cannabis Terapeutica, *Erba Medica*, Stampa Alternativa, Roma, 2002.
Uso terapeutico della cannabis: Il rapporto della Camera dei Lord, *Quaderni di Fuoriluogo*, n. 6, 1999.
Libro bianco sugli usi terapeutici della cannabis, *Quaderni di Fuoriluogo*, n. 8, 2000.

Articoli sulla canapa medica pubblicati su Fuoriluogo

I testi possono essere scaricati dal sito www.fuoriluogo.it

La scienza e il movimento internazionale

Claudio Cappuccino e Tato Grasso. <i>Benefiche influenze</i>	agosto 2000
Carlo Vetere. <i>Marijuana, i fatti e i miti</i>	ottobre 2000
Marina Impallomeni. <i>Dalla parte dei pazienti</i>	novembre 2000
Nunzio Santalucia. <i>Se la cura si chiama cannabis</i>	novembre 2000
Wayne Hall. <i>Terapia australiana</i>	novembre 2000
Irene Peirano. <i>Marijuana, la parola alla scienza</i>	gennaio 2001
Marie Andrée Bertrand. <i>Il paradosso del Canada</i>	settembre 2001
Anna Porcella. <i>Un farmaco antiglaucoma</i>	ottobre 2001
Patrizio Gonnella. <i>Una sentenza illuminata</i>	dicembre 2001
Ignasi Peña. <i>Canapa, un servizio per i malati spagnoli</i>	gennaio 2002
Ignasi Peña. <i>Canapa, un servizio per i malati spagnoli</i>	gennaio 2002
Francesco Crestani e Salvatore Grasso. <i>La canapa e i suoi usi</i>	gennaio 2003
Enrico Fletzer. <i>Una cura senza confini</i>	gennaio 2003
Peter Cohen. <i>L'Olanda raddoppia</i>	settembre 2003
Giorgio Bignami. <i>False certezze</i>	ottobre 2003
Grazia Zuffa. <i>La scienza tra miti e fatti</i>	ottobre 2003
Grazia Zuffa. <i>Marijuana, i miti e i fatti</i>	novembre 2003
Salvatore Grasso. <i>Una speranza per la sclerosi multipla</i>	novembre 2003
Bill Breen. <i>Naturale è meglio</i>	marzo 2004
Salvatore Grasso. <i>Il paziente preferisce il coffee-shop</i>	gennaio 2005
Grazia Zuffa. <i>Il farmaco della moralità</i>	settembre 2005
Marina Impallomeni. <i>Bugie di stato</i>	maggio 2006
Paolo Crocchiolo. <i>Ignorate le tante evidenze scientifiche</i>	maggio 2006

Le convenzioni Onu

Giancarlo Arnao. <i>Falsi divieti</i>	novembre 2002
Grazia Zuffa. <i>Tabelle e coltelli nelle nebbie di Vienna</i>	gennaio 2005
Martin Jelsma. <i>E il rapporto fini in un cassetto</i> (intervista di Marina Impallomeni)	gennaio 2005

I referendum e il conflitto col governo Usa

Thomas Szasz. <i>Un sostegno allo stato terapeutico</i>	giugno 1997
Thomas Szasz. <i>Droghe e stato terapeutico.</i> <i>Comportamenti privati e coercizioni pubbliche</i>	agosto 1998
Bernardo Parrella. <i>Usa, cannabis terapeutica davanti alla Corte Suprema</i>	aprile 2001
Marina Impallomeni. <i>L'erba alla corte di Bush</i>	maggio 2001
Massimiliano Verga. <i>La guerra sporca della casa Bianca</i>	aprile 2005
Daniel Abrahamson. <i>Resta il conflitto fra governo e stati</i>	giugno 2005
Massimiliano Verga. <i>E lo zar festeggia la vittoria di Pirro</i>	giugno 2005

Il dibattito in Italia

Giancarlo Arnao. <i>Liberare le droghe. Anche dal potere medico</i>	giugno 1997
Grazia Zuffa. <i>La malattia e il piacere</i>	aprile 2001
Daniele Farina. <i>Canapa, affari & movimento</i>	aprile 2001
Tato Grasso. <i>La terza via dell'uso medico</i>	maggio 2001
Paolo La Marca. <i>Le tante marie</i>	giugno 2001
Claudio Cappuccino. <i>Un farmaco per curare</i>	luglio 2001
Matteo Ferrari. <i>Un consumo autogestito</i>	luglio 2001
Franco Corleone. <i>L'erba e il consenso</i>	maggio 2002
Marzia Mealli. <i>Il tempo è già scaduto</i>	ottobre 2002
Cecilia D'Elia. <i>Canapa medica</i>	febbraio 2003